



**You have downloaded a document from  
RE-BUŚ  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Edukacja zdrowotna na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej : diagnoza i ewaluacja rozwiązań systemowych w województwie śląskim

**Author:** Dorota Lamczyk

**Citation style:** Lamczyk Dorota. (2018). Edukacja zdrowotna na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej : diagnoza i ewaluacja rozwiązań systemowych w województwie śląskim. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



Uniwersytet Śląski w Katowicach

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Katedra Pedagogiki Społecznej

**EDUKACJA ZDROWOTNA NA ETAPIE WYCHOWANIA  
PRZEDSZKOLNEGO I EDUKACJI WCZESNOSZKOLNEJ –  
DIAGNOZA I EWALUACJA ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH  
W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM**

mgr Dorota LAMCZYK

Rozprawa doktorska

przygotowana pod kierunkiem naukowym

dr hab. Katarzyny Borzuckiej-Sitkiewicz

Katowice 2018

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	<b>5</b>
<b>Część I. Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne oraz jej praktyczna realizacja na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej</b> .....	<b>10</b>
Rozdział 1. Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej .....	10
1.1. Pojęcie oraz uwarunkowania zdrowia współczesnego człowieka.....	10
1.2. Edukacja zdrowotna jako element promocji zdrowia.....	21
1.3. Edukacja zdrowotna – definicje, założenia, cele.....	25
1.4. Modele edukacji zdrowotnej .....	29
1.5. Pedagogika społeczna wobec zagadnień zdrowia i edukacji zdrowotnej.....	36
Rozdział 2. Okres dzieciństwa w kontekście edukacji zdrowotnej oraz praktyczna realizacja edukacji zdrowotnej w polskim systemie oświaty .....	41
2.1. Rozwój oraz koncepcja zdrowia dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym a realizacja edukacji zdrowotnej.....	41
2.2. Przedszkole i szkoła jako miejsca działań z zakresu edukacji zdrowotnej .....	50
2.3. Idea tworzenia przedszkoli oraz szkół promujących zdrowie w Polsce.....	59
2.4. Szkolne oraz zewnętrzne programy profilaktyczne jako element edukacji zdrowotnej.....	66
2.5. Czynniki warunkujące skuteczność edukacji zdrowotnej .....	78
2.5.1. Kompetencje oraz przygotowanie nauczycieli do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej .....	78
2.5.2. Znaczenie współpracy przedszkola/szkoły z rodzicami, pielęgniarką lub higienistką szkolną oraz społecznością lokalną w edukacji zdrowotnej .....	84
2.5.3. Rola dyrekcji przedszkola/szkoły w procesie edukacji zdrowotnej .....	90
Rozdział 3. Status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego na etapie edukacji wczesnoszkolnej .....	92
3.1. Historia szkolnej edukacji zdrowotnej w Polsce – podstawowe dokumenty i akty prawne .....	92
3.2. Miejsce i status edukacji zdrowotnej w podstawie programowej wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.....	100
3.3. Edukacja zdrowotna w programach nauczania w wybranych krajach europejskich.....	109
<b>Część II. Metodologiczne podstawy badań własnych</b> .....	<b>119</b>
1. Przedmiot, cel i typ badań własnych .....	119
2. Problematyka badawcza .....	124

3. Zmienne i wskaźniki .....	127
4. Wykorzystane metody, techniki i narzędzia badawcze .....	130
5. Charakterystyka terenu oraz próby badawczej.....	135
6. Organizacja i przebieg badań .....	145
<b>Część III. Edukacja zdrowotna realizowana na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim w świetle badań własnych.....</b>	<b>148</b>
Rozdział 1. Systemowe rozwiązania z zakresu edukacji zdrowotnej wdrażane na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim ...	148
1.1. Dokumenty strategiczne / akty prawne regulujące zakres edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej .....	148
1.2. Analiza wewnętrznych programów profilaktycznych, programów wychowawczych, statutów oraz innych dokumentów opracowanych przez przedszkola i szkoły podstawowe w woj. śląskim pod względem zawartości treści z zakresu edukacji zdrowotnej .....	156
1.3. Programy edukacyjne z zakresu edukacji zdrowotnej, z których korzystają przedszkola oraz szkoły podstawowe .....	166
Rozdział 2. Ocena sposobu oraz skuteczności realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii dyrektorów placówek.....	173
2.1. Poziom trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii badanych dyrektorów placówek.....	174
2.2. Ocena skuteczności realizacji zaleceń odnośnie do edukacji zdrowotnej wynikających z podstawy programowej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w opinii badanych dyrektorów placówek .....	187
2.3. Ocena poziomu przygotowania kadry dydaktycznej w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii badanych dyrektorów placówek.....	200
Rozdział 3. Ocena sposobu oraz skuteczności realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III .....	207
3.1. Ocena poziomu rozumienia przez dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym pojęć związanych ze zdrowiem oraz ich stosunek do własnego zdrowia i problematyki zdrowotnej .....	208
3.2. Edukowanie zdrowotne dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym przez nauczycieli podczas zajęć .....	213
3.3. Ocena stopnia zainteresowania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym problematyką zdrowotną podczas zajęć z edukacji zdrowotnej .....	216

Rozdział 4. Ocena skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach oraz klasach I-III szkół podstawowych w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.....	218
4.1. Dostrzeganie potrzeby realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną oraz ich ważność w opinii badanych nauczycieli.....	219
4.2. Warunki do edukacji zdrowotnej w przedszkolach i szkołach oraz wsparcie ze strony dyrekcji oraz innych pracowników w realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej .....	236
4.3. Cele w zakresie kształcenia zdrowotnego zakładane i realizowane w przedszkolu i szkole w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej....	248
4.4. Znajomość potrzeb zdrowotnych dzieci/uczniów przez nauczycieli oraz stosowana metodyka kształtowania zachowań prozdrowotnych podczas zajęć z edukacji zdrowotnej .....	256
4.5. Opinie nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej na temat swojego przygotowania do realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną oraz chęci do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych.....	276
Rozdział 5. Ocena skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach oraz klasach I-III szkół podstawowych w opinii rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym .....	287
5.1. Opinia rodziców na temat organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych, do których uczęszczają ich dzieci.....	287
5.2. Opinia rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na temat ich współpracy z placówką w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej oraz ich aktywne uczestnictwo w tych działaniach .....	304
<b>Podsumowanie i główne wnioski wynikające z przeprowadzonej diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych z zakresu edukacji zdrowotnej oraz rekomendacje dla praktyki pedagogicznej.....</b>	<b>318</b>
<b>Zakończenie i refleksje końcowe.....</b>	<b>335</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>340</b>
<b>Spis wykresów.....</b>	<b>358</b>
<b>Spis rysunków.....</b>	<b>353</b>
<b>Spis tabel .....</b>	<b>353</b>
<b>Aneksy .....</b>	<b>359</b>

*Dobra szkoła nie produkuje geniuszy,*

*tylko zdrowe społeczeństwo*

– P. Szreniawski

## **Wstęp**

Niewątpliwie działania z zakresu edukacji zdrowotnej należy rozpocząć w możliwie najmłodszym wieku, ponieważ inwestycja w dobre jakościowo kształcenie w pierwszych latach życia dziecka jest dużo skuteczniejsza oraz przynosi znaczne korzyści w dalszym życiu niż późniejsze interwencje. Dlatego też, mając na uwadze jej ważność, edukacja ta nie może zostać pominięta na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej. Ponadto istnieje pilna potrzeba rozpowszechniania działań z zakresu edukacji zdrowotnej wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym ze względu na fakt, że w tych grupach wiekowych najłatwiej można wykształcić odpowiednie nawyki i postawy wobec zdrowia. Kształtowanie u dzieci przekonania, że zdrowie jest walorem oraz wartością, o którą warto się troszczyć i zabiegać, jest jednym z ważniejszych celów edukacji zdrowotnej. Przedszkole i szkoła odgrywają istotną rolę w formowaniu pozytywnych zachowań dzieci, w tym zachowań sprzyjających zdrowiu, a edukacja zdrowotna powinna być rozpatrywana jako podstawowe prawo każdego dziecka, które powinno być uwzględnione w jego wychowaniu przedszkolnym i edukacji wczesnoszkolnej.

Zagadnienia dotyczące edukacji zdrowotnej realizowanej w placówkach oświatowo-wychowawczych są przedmiotem zainteresowania niewielkiej grupy autorów. W dostępnych publikacjach można zauważyć swoisty brak koncentracji na problematyce przedszkolnej oraz wczesnoszkolnej edukacji zdrowotnej w ujęciu systemowym. Jak trafnie zauważył C. Lewicki, literatura z zakresu edukacji zdrowotnej ma najczęściej charakter normatywno-postulatywny, a badania dotyczą tylko pojedynczych aspektów, co nie gwarantuje jej efektywności<sup>1</sup>. Zachodzi zatem potrzeba podejmowania prób całościowego, systemowego ujęcia problematyki przedszkolnej oraz wczesnoszkolnej edukacji zdrowotnej, czego starano się dokonać w niniejszym opracowaniu. Systemowe ujęcie problematyki edukacji zdrowotnej możliwe było poprzez zakrojone na szeroką skalę badania własne, do których włączeni zostali praktycznie wszyscy członkowie społeczności szkolnej, jak również poprzez dokonanie wnikliwej analizy dokumentów wewnętrznych placówek. Edukacja zdrowotna, rozumiana

---

<sup>1</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006, s. 14.

jako praktyka wychowawcza, z pewnością wymaga pogłębionych interdyscyplinarnych poszukiwań naukowo-badawczych oraz zwiększenia uregulowań formalnoprawnych w celu zwiększenia jej efektywności w placówkach oświatowych<sup>2</sup>. W związku z tym w niniejszej rozprawie dokonano diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych z zakresu edukacji zdrowotnej wdrażanej na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej w celu sprawdzenia jej skuteczności oraz trafności doboru treści i celów jej realizacji. W kontekście uzasadnienia wyboru tematu rozprawy należy zauważyć, że powyższy jej cel stanowi niezwykle ciekawe i innowacyjne przedsięwzięcie. Zatem badanie to stanowi doskonały pretekst do zgłębienia wiedzy w tej dziedzinie i poszerzenia horyzontów w zakresie tego wycinka rzeczywistości badawczej. Temat ten dotyczy bardzo istotnych kwestii z obszaru nauk pedagogiki zdrowia. Kwestie poruszone w niniejszej rozprawie są de facto bardzo ważne, gdyż obejmują kontekst przyczynowości związany z diagnozą i ewaluacją rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym w ujęciu całościowym. Ponadto temat ten stanowi nowe wyzwanie w obrębie dziedziny pedagogiki, bowiem nikt do tej pory nie zweryfikował obszarów, które zdiagnozowano w niniejszej rozprawie, co z kolei wniesie istotny wkład w teorię i praktykę w tym obszarze. Należy również zauważyć, że stan wiedzy dotyczący wybranego tematu rozprawy nie został dotychczas dokładnie zbadany w żadnej publikacji, stąd też należy uznać, że realizacja tego tematu stanowi swoisty wkład naukowy w dziedzinę pedagogiki – zarówno w ujęciu teoretycznym, jak i pedagogiczno-społecznym oraz praktycznym. Poza tym po dokładnej analizie uwarunkowań realizacji tematycznej niniejszego tematu rozprawy nie stwierdzono żadnych potencjalnych ograniczeń związanych z możliwością uogólnień i wnioskowania ani w związku z jakimkolwiek obszarem czy aspektem realizacji niniejszego przedsięwzięcia naukowego. Sądząc po powyższym, należy uznać pełną celowość badań niniejszej rozprawy doktorskiej za uzasadnioną i wartościową merytorycznie oraz praktycznie.

Pozyskany materiał empiryczny pozwolił na dokonanie oceny efektywności realizacji treści, celów i zadań edukacji zdrowotnej na początkowych etapach kształcenia oraz na wyodrębnienie najlepszych praktyk z zakresu kształtowania zachowań zdrowotnych. Ponadto umożliwił sformułowanie propozycji wprowadzenia rozszerzeń oraz zmian dla właściwych organów w zakresie wdrażania zaleceń edukacji zdrowotnej w przedszkolach i szkołach oraz

---

<sup>2</sup> A. Buczak, *Edukacja zdrowotna w kształceniu językowym w świetle analizy podstawy programowej i podręczników do nauki języków obcych*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, 2016, t. 35, z. 3, s. 241.

na zbudowanie teoretycznego modelu skutecznych oddziaływań w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.

Rezultaty uzyskane w ramach przeprowadzonej diagnozy i ewaluacji w zakresie edukacji zdrowotnej wskazały na interesujące rozwiązania, które powinny zostać wykorzystane w przedszkolnej i szkolnej edukacji zdrowotnej oraz wdrażane do praktyki pedagogicznej. Na podstawie nakreślonych wyżej przesłanek powstała niniejsza praca, składająca się z trzech zasadniczych części: teoretycznej, metodologicznej oraz badawczej. Część teoretyczna pracy zawiera trzy rozdziały, w których dokonano swoistej syntezy aktualnej wiedzy, a także praktycznych rozwiązań z zakresu edukacji zdrowotnej.

W rozdziale pierwszym, zatytułowanym *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej*, omówiono podstawowe paradygmaty zdrowia, jego uwarunkowania oraz przytoczono najistotniejsze definicje zdrowia. Ponadto wskazano na edukację zdrowotną jako nieodłączny, komplementarny element promocji zdrowia, zaprezentowano definicje edukacji zdrowotnej oraz jej założenia i cele. W rozdziale przeanalizowano również zagadnienia dotyczące modeli edukacji zdrowotnej. Podejmowane rozważania, ukazujące różne podejścia do zdrowia oraz edukacji zdrowotnej, prowadzą do przemyśleń na temat zdrowia w kontekście pedagogiki społecznej, które zostały zawarte na końcu rozdziału. Współcześnie można stwierdzić, że edukacja zdrowotna przyjęła wiele zadań pedagogiki społecznej, a przeprowadzone w tym rozdziale analizy wskazują na wielokierunkowość związków pomiędzy pedagogiką społeczną i edukacją zdrowotną.

W drugim rozdziale pierwszej części rozprawy, zatytułowanym *Okres dzieciństwa w kontekście edukacji zdrowotnej oraz praktyczna realizacja edukacji zdrowotnej w polskim systemie oświaty*, omówiono rozwój dziecka w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym w kontekście działań z zakresu edukacji zdrowotnej oraz przybliżono koncepcję zdrowia dzieci. Następnie wskazano na rolę przedszkola i szkoły jako miejsc działań z zakresu edukacji zdrowotnej oraz zwrócono uwagę na ważność opracowywania i realizacji szkolnych programów profilaktycznych, jak też wyboru rekomendowanych programów z zakresu edukacji zdrowotnej. W rozdziale tym ponadto opisano ideę tworzenia przedszkoli oraz szkół promujących zdrowie, których działania ukierunkowane są na kształtowanie wśród dzieci i uczniów zachowań prozdrowotnych oraz dokonywanie zmian w środowisku szkolnym. Rozdział ten kończą rozważania na temat czynników warunkujących skuteczność edukacji zdrowotnej, wśród których wymieniono: kompetencje oraz przygotowanie nauczycieli do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej, znaczenie współpracy przedszkola i szkoły



z rodzicami, higienistką szkolną oraz społecznością lokalną w edukacji zdrowotnej, jak również wskazano na istotną rolę dyrekcji placówek w procesie edukacji zdrowotnej.

W kolejnym rozdziale, pod tytułem *Status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego na etapie edukacji wczesnoszkolnej*, omówiono historię szkolnej edukacji zdrowotnej, jak również wskazano na zmiany jej statusu na przestrzeni lat. Następnie dokonano charakterystyki edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w zakresie edukacji wczesnoszkolnej. Przedstawiona charakterystyka to wynik analizy rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 roku, która obowiązywała w trakcie pisania niniejszej rozprawy. Ważnym z punktu widzenia opisanych treści dotyczących edukacji zdrowotnej w podstawie programowej z 2012 roku było ich zestawienie z treściami prezentowanymi w nowej podstawie programowej, która obowiązuje od 1 września 2017 roku. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na nowatorstwo tej inicjatywy, ponieważ żaden autor nie podjął się dotąd owej analizy porównawczej. Interesującym rozwiązaniem było również dokonanie krótkiej charakterystyki edukacji zdrowotnej w programach nauczania w wybranych krajach europejskich, co uczyniono w niniejszym rozdziale.

Część druga rozprawy stanowi prezentację aspektów metodologicznych badań własnych. W podjętych rozważaniach wybór określonych metod i technik badawczych podyktowany został specyfiką postawionych problemów. Za metodę najbardziej odpowiadającą celom badań w niniejszej rozprawie została uznana metoda monograficzna o charakterze terenowym. W przeprowadzonych badaniach, w celu zredukowania do minimum błędów pomiaru, wykorzystano metodę triangulacji, rozumianą jako sposób gromadzenia materiału empirycznego z wielu źródeł i przy zastosowaniu większej liczby różnorodnych metod. Podjęte badania miały charakter diagnostyczny i zmierzały do ustalenia istniejącego stanu rzeczy, a przeprowadzony opis uzyskanych danych przyjął analityczny oraz wyjaśniający charakter<sup>3</sup>.

W części trzeciej zawarto wyniki autorskich badań ilościowych przeprowadzonych wśród nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej oraz wśród rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Część ta obejmuje również analizę i interpretację materiału empirycznego zgromadzonego w toku prowadzenia badań jakościowych, w skład których wchodziły: wywiady swobodne przeprowadzane

---

<sup>3</sup> D. Skulicz, *Badania opisowe i badania diagnostyczne*, [w:] S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, GWP, Gdańsk 2010, s. 227-228.

z dyrektorami placówek, obserwacje uczestniczące podczas zajęć dzieci z edukacji zdrowotnej, wywiady fokusowe z dziećmi i uczniami oraz analiza dokumentacji wewnętrznej placówek oświatowych. Uzyskane wyniki zostały zaprezentowane na tle dokonań badawczych innych autorów oraz opatrzone komentarzem własnym.

Rozprawę kończy podsumowanie oraz wnioski wynikające z przeprowadzonej diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych z zakresu edukacji zdrowotnej, jak również postulaty rekomendujące dla praktyki pedagogicznej. Całość opracowania wieńczy zakończenie oraz refleksje końcowe autora. Niniejsza rozprawa zawiera również spis tabel, schematów, rycin i wykresów oraz bibliografię uporządkowaną alfabetycznie, jak też aneks, zawierający wszystkie wzory wykorzystanych narzędzi badawczych.

Dzięki wykorzystaniu bogatej literatury przedmiotu oraz badań własnych, zakrojonych na szeroką skalę, możliwe było dokładne zbadanie wycinka rzeczywistości, jakim jest edukacja zdrowotna na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w ujęciu systemowym. Ponadto wartość prowadzonych badań w obszarze każdego wycinka przestrzeni edukacji jest ewidentna i niezwykle cenna<sup>4</sup>. Zważywszy na powyższe, rozprawa ta, ze względu na zawarte w niej treści, może stać się inspiracją zarówno dla badaczy, jak i dla praktyków poruszających się w obszarze edukacji zdrowotnej oraz pozwoli na szersze spojrzenie na kwestie zdrowia dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

---

<sup>4</sup> M. Gierczyk, *Diagnoza i ewaluacja rozwiązań systemowych w zakresie kształcenia uczniów zdolnych na przykładzie Polski i Anglii. Studium komparatystyczne*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 2016, s. 304.

## Część I

# Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne oraz jej praktyczna realizacja na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej

## Rozdział 1. Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej

### 1.1. Pojęcie oraz uwarunkowania zdrowia współczesnego człowieka

W edukacji zdrowotnej kluczowym pojęciem, zarówno dla rozważań teoretycznych, jak i dla podejmowanych na ich podstawie rozwiązań praktycznych, jest zdrowie.

Pojęcie zdrowia może być przedmiotem refleksji przynajmniej trzech nauk: medycyny, socjologii oraz psychologii. Na wstępie należy zauważyć, że ma ono niezwykle wymiar, jest najcenniejszą wartością, kapitałem człowieka, który otwiera perspektywy na osiągnięcie wyznaczonych celów życiowych oraz służy realizacji pojawiających się potrzeb. Jednak niepokojący jest fakt, że znaczna część społeczeństwa dostrzega jego walory oraz podejmuje działanie sprzyjające zdrowiu dopiero w sytuacji jego utraty<sup>5</sup>. Rozumienie pojęcia zdrowia zmieniało się wraz z rozwojem wiedzy, rozwojem gospodarczym oraz rozwojem kulturowym społeczeństw. Pojęcie to stało się również przedmiotem dyskusji oraz licznych badań naukowych na całym świecie. Szczególna rola przypadła tu ekspertom Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), którzy w 1948 roku zwrócili uwagę na wielopłaszczyznowość zdrowia oraz jego indywidualność, co znaczy, że każdy człowiek ma charakterystyczny tylko dla siebie stan zdrowia. Jednak ostateczne zdefiniowanie ujednoczonego pojęcia zdrowia do chwili obecnej nie zostało wypracowane, między innymi dlatego, że w jego ocenie różne grupy badaczy uwzględniały rozmaite składowe.

W piśmiennictwie naukowym funkcjonuje około 120 definicji i określeń zdrowia, zróżnicowanych pod względem rodzaju ocenianych cech, z których większość ma już jedynie znaczenie historyczne<sup>6</sup>.

Sformułowanie definicji zdrowia, która byłaby powszechnie akceptowana, jest niezwykle trudne, ponieważ poczucie zdrowia zarówno w wymiarze fizycznym,

---

<sup>5</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, s. 22.

<sup>6</sup> I.D. Karwat, M. Jędrych, D. Skawiński, H. Pieciewicz-Szczęśna, J. Sobieszkański, W. Żukow, M. Fronczek, P. Borzęcki, *Zdrowie i niepełnosprawność – problemy w definiowaniu, Cz. 1. Cechy wykorzystywane w ocenie stanu zdrowia*, „Journal of Health Sciences” 2012; vol. 2, no. 5, s. 87-100.

jak i psychicznym jest indywidualną kwestią każdego człowieka. Warto zauważyć, że wśród różnych podejść do zdrowia można wyodrębnić ich podział na definicje profesjonalne oraz potoczne (laickie).

Zdrowie jest najczęściej ujmowane zgodnie z modelem biomedycznym, w którym przeważa orientacja patologiczna i gdzie zdrowie pojmowane jest jako brak choroby. Brak choroby z kolei ujmowany jest jako stan, w którym nie ujawniają się żadne ze znanych jednostek chorobowych bądź patologii w funkcjonowaniu organizmu<sup>7</sup>.

W tradycyjnym modelu biomedycznym zdrowie zostało potraktowane jako przeciwieństwo choroby, którą rozumie się jako dający się rozpoznać klinicznie stan patologii organizmu. Podkreślono także, że zdrowie jest stanem sprawnego funkcjonowania poszczególnych części organizmu, a choroba zakłóca ten proces. Model tradycyjny sprowadza oba fenomeny do poziomu jednostki i akcentuje, że zdrowie tkwi właśnie w jednostce, a nie poza nią. Definicja zdrowia traktowana jako brak choroby, oparta na modelu biomedycznym, została jednakże skrytykowana za jej redukcjonizm, założenia, ignorowanie społecznych uwarunkowań zdrowia oraz pomijanie jego subiektywnego wymiaru<sup>8</sup>. Zdaniem krytyków istnieje wiele stanów z pogranicza zdrowia i choroby, które ujawniają konflikt pomiędzy perspektywą biomedyczną a indywidualną jednostki<sup>9</sup>. Przekonanie o ograniczonej zdolności eksplanacyjnej modelu biomedycznego spowodowało, że zaczęto poszukiwać alternatywnych interpretacji. W badaniach prospektywnych i rozważaniach teoretycznych najczęściej stosowana jest holistyczna definicja zdrowia według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia oparta na teorii H. Sigerista<sup>10</sup>, która została przyjęta w 1946 roku: „Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)”. Innowacyjność tej definicji wynika m.in. z faktu, że podkreśla ona subiektywne odczucie zdrowia, zatem zdrowie zaczęto utożsamiać z dobrą jakością życia, dobrym samopoczuciem, szczęściem, zadowoleniem z życia oraz samorealizacją, stawiając owe subiektywne wskaźniki ponad mierniki obiektywne. Nowym elementem definicji jest również zwrócenie uwagi na jej wielowymiarowość poprzez wskazanie na aspekt fizyczny, psychiczny oraz społeczny. Nie da się jednak ukryć, że granica między zdrowiem a chorobą,

---

<sup>7</sup> L.T. Niebrój, *Defining health/illness: societal and/or clinical medicine?*, „Journal of Physiology and Pharmacology” 2006, vol. 57, no. 4, s. 251-262.

<sup>8</sup> J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, „Hygeia Public Health” 2013, vol. 48, no. 4, s. 408-409.

<sup>9</sup> B. Hoffmann, *On the triad disease, illness and sickness*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2002, vol. 27, no. 6, s. 651-673.

<sup>10</sup> H.E. Sigerist, *Medicine and human welfare*, Yale University Press, New Haven 1941.

dobrym a złym samopoczuciem, jest często rozmyta i trudna do zdefiniowania, co może wynikać z tego, że na postrzeganie zdrowia i choroby wpływ mają nie tylko czynniki medyczne (kliniczne), ale również społeczno-kulturowe. Definicja ta stała się również przedmiotem krytyki. Zwracano uwagę na brak aspektu duchowego zdrowia oraz nieprecyzyjność sformułowania określenia „dobrostan”. Innym zarzutem jest to, że definicja WHO ujmuje zdrowie w kategoriach statystycznych, a nie procesualnych. Z kolei osiągnięcie pełnego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego uznano za wręcz niemożliwe<sup>11</sup>. Krytyczne stanowisko wobec tej definicji zajął L.T. Niebrój, który uważał stan idealnego zdrowia za nieosiągalny dla człowieka. Jednak autor ten za pozytywne aspekty definicji WHO uznał promocję „holistycznego” podejścia do medycyny i pacjentów oraz spojrzenie na zdrowie jako formę harmonii między ciałem, umysłem i duchem, które mogą zostać określone indywidualnie dla każdego człowieka<sup>12</sup>.

W najnowszych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla się również, że zdrowie jest wartością, dzięki której jednostka może realizować swoje aspiracje i satysfakcje oraz zmieniać środowisko i sobie z nim radzić. Zdrowie to również zasób dla społeczeństwa gwarantujący jego rozwój społeczny oraz ekonomiczny, jak również środek do codziennego życia, który umożliwia lepszą jego jakość. Pomimo wielu zastrzeżeń odnośnie do definicji zdrowia zaproponowanej przez WHO jest ona nadal cytowana na całym świecie oraz zainicjowała liczne próby formułowania pozytywnych definicji zdrowia<sup>13</sup>.

Duże zasługi w definiowaniu zdrowia wniósł również wybitny teoretyk amerykański Talcott Parsons, który określił zdrowie jako „stan, w którym jednostka wskazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”<sup>14</sup>.

Według autora dobry stan zdrowia stwarza jednostce możliwość jak najpełniejszego rozwijania aktywności społecznej na różnych płaszczyznach życia. Natomiast choroba powoduje ograniczenie lub uniemożliwienie pełnienia przez jednostkę zwykłych codziennych czynności społecznych. Zdefiniowanie zdrowia jako zdolności do realizacji indywidualnych potrzeb, co prowadzi do spełnienia ambicji życiowych i osiągnięcia szczęścia przez człowieka, proponuje w swojej pracy L. Nordenfelt. Autor wprowadza tu pojęcie szczęścia, jako podstawę rozumienia zdrowia, w celu wyróżnienia naczelnej roli odczuć indywidualnych w postrzeganiu zdrowia. W ten sposób wykluczone zostaje „mechaniczne” odnoszenie się do

---

<sup>11</sup> K. Tones, J. Green, *Health promotion. Planning and strategies*, SAGE Publication, London 2004.

<sup>12</sup> I.D. Karwat, M. Jędrych, D. Skawiński, H. Pieciewicz-Szczęśna, J. Sobieszcański, W. Żukow, M. Fronczek, P. Borzęcki, *Zdrowie...*, op. cit.

<sup>13</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2013, s. 19.

<sup>14</sup> T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabin, PWN, Warszawa 1969, s. 340.

stanu zdrowia człowieka przez porównanie jego zdolności do zdolności innych ludzi czy norm przyjętych w poszczególnych dziedzinach życia<sup>15</sup>.

Interesujące definicje zdrowia zaprezentowali również polscy autorzy. Na przytoczenie zasługuje definicja M. Kasprzaka, według którego: „Zdrowie to nie tylko brak choroby czy niedomagania, ale także dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach”<sup>16</sup>. Według J. Kostrzewskiego zdrowie jednostki w dużym stopniu zależy od zdrowia społeczności – „zdrowie społeczeństwa ludzkiego jest to nie tylko brak chorób oraz dobry stan zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego jednostek składających się na dane społeczeństwo, ale również harmonijny rozwój naturalny ludności, a także warunki otoczenia, które sprzyjają zdrowiu ludności”. Postawa ludzi wobec zdrowia zaczyna się zmieniać dzięki wzrostowi świadomości. W indywidualnych wysiłkach jednostki na rzecz wzmocnienia zdrowia duże znaczenie ma właśnie wspierająca rola zbiorowości i zachowań społecznych.

Reasumując, można stwierdzić, że podejmowanie licznych prób definiowania terminu „zdrowie” w sposób profesjonalny ukazuje złożoność jego fenomenu. Niektórzy rozumieją zdrowie jako brak choroby, inni jako dobrostan biopsychospołeczny, homeostazę lub stan równowagi i harmonii. Jeszcze inni ujmują zdrowie jako zdolność adaptacyjną, sprawność funkcjonalną, rolę społeczną lub potencjał psychofizyczny<sup>17</sup>.

Mimo niewątpliwych porażek w sformułowaniu profesjonalnej definicji zdrowia istnieje zgoda odnośnie do tego, że zdrowie jest odrębną kategorią od choroby, pojęciem wielowymiarowym oraz kategorią pozytywną, która oznacza dobrostan oraz sprzyja dobrej jakości życia<sup>18</sup>.

Z kolei definicje zdrowia w ujęciu potocznym ukazują nieprofesjonalne pojmowanie go przez osoby, które zawodowo nie zajmują się tą problematyką. Sposób definiowania zdrowia zależny jest od pozycji społeczno-ekonomicznej, wieku czy wykształcenia. Ludzie dorośli określają zdrowie jako „stan bez choroby i dolegliwości”<sup>19</sup>. W przypadku dzieci koncepcja zdrowia zmienia się wraz z wiekiem. Na ogół zdrowie w oczach dziecka utożsamiane jest z dobrym samopoczuciem oraz czymś pozytywnym<sup>20</sup>. Wielu badaczy

---

<sup>15</sup> L. Nordenfelt, *Concepts of health and their consequences for health care*, „Theoretical Medicine” 1993, vol. 14, no. 4, s. 277-286.

<sup>16</sup> C. Korczak, J. Leowski, *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, WSiP, Warszawa 1977, s. 3.

<sup>17</sup> J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia...*, op. cit., s. 408-409.

<sup>18</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 21.

<sup>19</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 47.

<sup>20</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 22.

uważa, że dzieci postrzegają zdrowie i chorobę odmiennie niż ludzie dorośli, a zmiany w rozumieniu zdrowia w dzieciństwie wyjaśnia teoria rozwoju poznawczego J. Piageta<sup>21</sup>. Zgodnie z podejściem zaproponowanym przez Piageta dzieci w stadium przedoperacyjnym, czyli w wieku od 2 do 6 lat, na pytania dotyczące zdrowia udzielają odpowiedzi bardzo ogólnikowych i nieodróżnicowanych, a przede wszystkim egocentrycznych, czyli skoncentrowanych na sobie. Dla dzieci w tym wieku zdrowie oznacza możliwość bawienia się z rówieśnikami, spędzanie czasu z rodziną oraz wychodzenie z domu. Dzieci w stadium operacji konkretnych, czyli w młodszym wieku szkolnym, są w stanie wymienić podstawowe zasady odnoszące się do działań, zasad i sytuacji dotyczących utrzymania zdrowia lub uniknięcia choroby, jednak nadal czynią to bardzo chaotycznie, wymieniając przy okazji także określone zewnętrzne oznaki zdrowia<sup>22</sup>.

Jednakże w ostatnich latach coraz więcej autorów traktuje takie podejście krytycznie, zwracając uwagę na znaczenie wpływu społecznego (szczególnie wzorców w środowisku rodzinnym), kulturowego i edukacji zdrowotnej<sup>23</sup>. W praktyce okazuje się, że koncepcja zdrowia dzieci jest pod wieloma względami podobna do tej wyznawanej przez dorosłych, zwłaszcza przez rodziców. Dzieci i młodzież postrzegają własne zdrowie oraz jego wartość, pozostając w ścisłej relacji z wzorcami otrzymywanymi w domu rodzinnym, w szkole i w najbliższym otoczeniu<sup>24</sup>. B. Woynarowska zwraca uwagę na fakt, że zarówno dzieci, jak i dorośli postrzegają zdrowie w trzech następujących wymiarach: bycie sprawnym (zdolnym) do wykonywania różnych czynności (związanych z aktywnością fizyczną, przebywaniem poza domem, nauką w szkole), zachowania sprzyjające zdrowiu (odpowiednie żywienie, aktywność fizyczna, sen), zdrowie psychiczne, które dotyczy ogólnego samopoczucia i relacji z innymi (wymiar ten pojawia się już w wieku 5-6 lat)<sup>25</sup>.

Zdrowie współczesnego człowieka, a w szczególności dzieci i młodzieży zdeterminowane jest wieloma czynnikami o charakterze makrostrukturalnym i mikrostrukturalnym. Do czynników makrostrukturalnych zaliczyć można procesy demograficzne, czynniki społeczno-ekonomiczne, w tym szczególnie zagrożenie ubóstwem

---

<sup>21</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 22.

<sup>22</sup> J. Piaget, *Studia z psychologii dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1962.

<sup>23</sup> M. John-Borys, *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002.

<sup>24</sup> S. Wagner, M. Banaszkiewicz, A. Andruszkiewicz, A. Strahl, A. Miler, A. Kubica, *Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015, t. 21, nr 3, s. 278-281.

<sup>25</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 23; S. Normandeau, I. Wins, S. Jutras, D. Hanigan, *A description of 5- to 12-year old children's conceptions of health within the context of their daily life*, „Psychology and Health” 1998, vol. 13, no. 5, s. 889-896.

społecznym. Czynniki o charakterze mikrostrukturalnych dotyczą środowiska życia i wiążą się głównie z funkcjonowaniem rodziny<sup>26</sup>. Z omawianą dotąd koncepcją zdrowia konkurują medyczne modele jego ujęcia, w których oprócz definiowania używa się terminu „zdrowie” w szerszym kontekście. W obszarze zdrowia oraz związanymi ze zdrowiem zachowaniami ludzkimi można wyróżnić dwa znaczące modele: biomedyczny oraz holistyczny (społeczno-ekologiczny), które stanowią szerszy kontekst dla rozważań teoretycznych, badań empirycznych oraz praktyki świadczeń zdrowotnych. Wśród koncepcji wyjaśniających uwarunkowania zdrowia współczesnego człowieka najpopularniejszą wydaje się społeczno-ekologiczny model zdrowia, który jest „zapleczem teoretycznym dla współczesnej promocji zdrowia”<sup>27</sup>. Podstawowym założeniem tego modelu jest uznanie faktu istnienia skomplikowanych powiązań pomiędzy człowiekiem a jego środowiskiem. Próby przedstawienia systemu skomplikowanych powiązań pomiędzy zdrowiem jednostki a jego środowiskiem podjęli w latach 80. XX wieku T. Hancock oraz F. Perkins, twórcy tzw. mandali zdrowia (The Mandala of Health), którzy opracowali w duchu paradygmatu społeczno-ekologicznego model ekosystemu człowieka<sup>28</sup>.

Mandala zdrowia obrazuje wielopłaszczyznowe podejście do zdrowia w postaci graficznie przedstawionych kręgów otaczających jednostkę, symbolizujących poszczególne determinanty zdrowia. Centralne miejsce zajmuje człowiek w swojej biologicznej (ciało), emocjonalnej (duch) oraz intelektualnej (rozum) jedności w dynamicznej interakcji z otaczającą go biosferą i zaznaczonymi elementami warunków społecznych, kulturowych oraz środowiskowych, z których najbliższa jest rodzina<sup>29</sup>. Mandala zdrowia jako model zdrowia i ekosystemu człowieka od czasu jego opracowania zyskał powszechną akceptację<sup>30</sup>.

---

<sup>26</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 70.

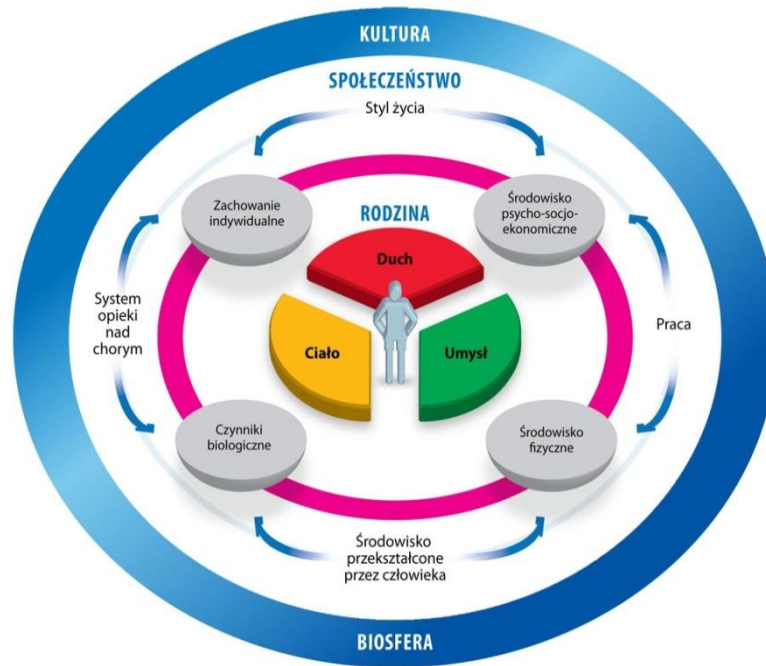
<sup>27</sup> Z. Słońska, *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, [w:] J.B. Karski (red.): *Promocja zdrowia*, Wyd. Ignis, Warszawa 1999, s. 308-309.

<sup>28</sup> T. Hancock, F. Perkins, *The Mandala of health: a conceptual model and teaching tool*, „Health Promotion International” 1985, vol. 24, no. 1, s. 8-10.

<sup>29</sup> B. Ślusarska, B. Dobrowolska, D. Zarzycka, *Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmacie zdrowia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, t. 94, nr 4, s. 667-674.

<sup>30</sup> T. Hancock, *Health, human development and the community ecosystem: three ecological models*, „Health Promotion International” 1993, vol. 8, no. 1, s. 41-47.





Rys. 1. Mandala zdrowia – model ekosystemu człowieka

Źródło: Opracowanie: K. Kowalczevska-Grabowska, *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013, s. 17, na podstawie T. Hancock, F. Perkins, *The Mandala of health: A conceptual model and teaching tool. Health promotion*, [w:] R. Anderson, J. Kickbusch (eds.), *Health promotion. A resource book*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 1990, s. 8-10.

Holistyczne podejście do zdrowia jednostki nawiązuje do przytoczonej wcześniej definicji WHO, w której wyróżniono samopoczucie fizyczne, psychiczne oraz społeczne. B. Woynarowska wyodrębniła cztery wymiary zdrowia. Do podstawowych podsystemów zdrowia zaliczono: zdrowie fizyczne, rozumiane jako prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz wszystkich jego układów i narządów, zdrowie psychiczne, zdrowie społeczne, rozumiane jako zdolność do utrzymania prawidłowych relacji z innymi ludźmi i do pełnienia ról społecznych, oraz zdrowie duchowe<sup>31</sup>.

Istotą omawianego modelu społeczno-ekologicznego zdrowia jest istnienie różnych jego determinantów, ze szczególnym uwzględnieniem czynników społecznych. Cechą charakterystyczną tego modelu jest interaktywność, co oznacza, że rozmaite komponenty działają na człowieka poprzez jednoczesne wchodzenie ze sobą w interakcje, wzmacniając się

<sup>31</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 30-32.

lub znosząc swoje działanie<sup>32</sup>. Omawiany model nawiązuje bezpośrednio do koncepcji „pól zdrowia” M. Lalonde’a. W latach 70. XX wieku M. Lalonde zasugerował przedstawienie czterech głównych czynników warunkujących zdrowie w postaci tzw. pól zdrowia. Należą do nich:<sup>33</sup>

- styl życia, zachowania pro- i antyzdrowotne (50-52%)
- środowisko fizyczne, mikroklimat otoczenia – czysta woda, odpowiedni stopień wilgotności, temperatura, hałas, zanieczyszczenia (20%)
- predyspozycje genetyczne (20%)
- organizacja opieki zdrowotnej i jej funkcjonowanie, dostępność oraz jakość określonych świadczeń medycznych (10-15%).

Przedstawiona wyżej koncepcja zakłada, że styl życia staje się głównym determinantem zdrowia. Styl życia jest tutaj rozumiany jako zespół działań składających się z zachowań zdrowotnych, których realizacja decydująco wpływa na stan zdrowia jednostki<sup>34</sup>.

Obecnie model Lalonde’a uznawany jest za niepełny, a jego krytyka dotyczy głównie twierdzenia, że za najważniejszą grupę czynników wpływających na nasze zdrowie, czyli styl życia, odpowiedzialni jesteśmy my sami. W związku z tym Dahlgren i Whitehead<sup>35</sup> zaproponowali model uwzględniający nie tylko styl życia, czyli uwarunkowania bezpośrednie lub tzw. bliższe, ale również uwarunkowania pośrednie, tzw. dalsze, nazywane „przyczynami przyczyn” (ang. *causes of the causes*) naszego stanu zdrowia<sup>36</sup>.

---

<sup>32</sup> B. Bik, *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 2, Vesalius, Kraków 2011, s. 216-217.

<sup>33</sup> M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians. A Working Document*, Government of Canada, Ottawa 1978.

<sup>34</sup> B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 68-73.

<sup>35</sup> G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute of Futures Studies, Stockholm 1991, s. 11.

<sup>36</sup> Ibidem.



Rys. 2. Model determinantów zdrowia – „tęcza czynników (polityki) zdrowia” Dahlgrena i Whiteheada

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute of Futures Studies, Sztokholm 1991*, s. 11.

Styl życia to nie tylko zachowania, ale również postawy i ogólna filozofia życia jednostki. Mogą nie niego wpływać czynniki natury subiektywnej: przekonania jednostki, jej system wartości oraz czynniki obiektywne: środowisko zewnętrzne, środowisko społeczne i kulturalne oraz ogólna sytuacja polityczno-ekonomiczna. Wzorce rodzinne i społeczne kształtują indywidualny sposób życia człowieka, wpływają na występowanie zachowań pro- lub antyzdrowotnych<sup>37</sup>. W literaturze przedmiotu termin zachowań zdrowotnych, w zależności od dyscypliny naukowej, ma odmienny charakter<sup>38</sup>. A. Frączek oraz E. Stępień definiują pojęcie zachowań zdrowotnych w aspekcie społeczno-kulturowym. Według nich zachowania zdrowotne to wszelkie czynności realizowane przez społeczeństwo, które w bezpośredni lub pośredni sposób wpływają negatywnie lub pozytywnie na sferę psychiczną bądź fizyczną zdrowia. Kształtowane są poprzez doświadczenia socjalizacyjne ludzi,

<sup>37</sup> M. Pułtorak, B. Woynarowska, I. Murzyńska, *Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież szkolną w Polsce*, „Lider” 1996, nr 3, s. 5-8.

<sup>38</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia...*, op. cit., s. 93.

w szczególności przez bezpośredni kontakt z otoczeniem, a przez to stają się problemem społecznym<sup>39</sup>.

Na podstawie przytoczonych wyżej definicji zachowania zdrowotne możemy określić mianem szeroko pojętych działań ukierunkowanych na cele zdrowotne. Jeżeli wykazują pozytywny wpływ na zdrowie, zwane są wówczas zachowaniami prozdrowotnymi, jeśli natomiast prowadzą do powstania licznych zaburzeń w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka, mówimy o zachowaniach antyzdrowotnych.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że to właśnie podejście Lalonde'a wpłynęło w znacznym stopniu na zmianę polityki zdrowotnej i stworzyło podstawę rozwoju promocji zdrowia. Jednakże koncepcja „pól zdrowia” nie wyczerpuje listy czynników warunkujących zdrowie człowieka. Listę czynników mających zasadnicze znaczenie w kształtowaniu stanu zdrowia społeczeństwa opracowała również Światowa Organizacja Zdrowia oraz Bank Światowy, którego koncepcja zakłada, że stan zdrowia jest funkcją stanu zamożności i wykształcenia społeczeństwa. Na gruncie polskim powstał również bardzo rozbudowany model uwarunkowań zdrowia i jego promocji stworzony przez Z. Krawczyka. Zarówno model holistyczny, jak i rozszerzona jego wersja społeczno-ekologiczna w wyraźny sposób akcentują aktywną rolę podmiotu w osiągnięciu, utrzymaniu oraz ochronie zdrowia. Mamy tutaj do czynienia z „przesunięciem odpowiedzialności za zdrowie jednostki z profesjonalnej na indywidualną”<sup>40</sup>. Zdrowie jednostki i społeczeństwa zależy od wielu wzajemnie ze sobą powiązanych czynników. Wśród nich ważne miejsce zajmuje proces edukacji zdrowotnej. Z kolei analiza czynników warunkujących zdrowie w ujęciu holistycznym, jak również liczne badania wykazują, że najważniejszym środowiskiem wychowania zdrowotnego jest rodzina<sup>41</sup>.

A. Antonovsky uważa, że to właśnie rodzina, uznawana za podstawowy czynnik sprzyjający zdrowiu, jest również najważniejszym miejscem kształtowania się poczucia koherencji. Warto zatem odwołać się do salutogenetycznej koncepcji Antonovsky'ego, który w latach 70. ubiegłego wieku wskazał na poczucie koherencji (ang. *sense of coherence* – SOC) jako podstawowy czynnik sprzyjający zdrowiu. Poczucie koherencji to ogólna orientacja człowieka, czyli przekonanie o spójności świata, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, są przewidywalne i wytłumaczalne; (2) dostępne są zasoby, które

---

<sup>39</sup> Ibidem, s. 94-95.

<sup>40</sup> Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1-2, s. 41.

<sup>41</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 74.

pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce; (3) sprostanie tym wymaganiom jest warte zaangażowania i wysiłku<sup>42</sup>. Poczucie koherencji kształtowane jest przez całe życie. Dowiedziono, że istnieje silna zależność pomiędzy poczuciem koherencji i subiektywnym stanem zdrowia. Osoby, które charakteryzują się silnym poczuciem koherencji częściej postrzegają swoje zdrowie jako dobre, szczególnie jego wymiar psychiczny<sup>43</sup>.

Niezwykle istotnym z punktu widzenia powyższych rozważań wydaje się również związek zdrowia z edukacją. Lepsze zdrowie umożliwia lepszą edukację – i odwrotnie. Mechanizm związku między zdrowiem a edukacją jest złożony i nie do końca poznany. Opisując go, można wziąć pod uwagę trzy zjawiska: edukację jako zasób dla zdrowia, zdrowie jako zasób dla edukacji oraz czynniki wpływające na zdrowie i edukację, które są podobne<sup>44</sup>.

Na podstawie analizy wyników badań wykonanych w latach 2001-2011 w USA i Europie przedstawiono model ilustrujący związki między zdrowiem i edukacją w dzieciństwie i młodości oraz efekty tego związku dla ludzi dorosłych. W modelu tym za wskaźniki zdrowia uznano także zachowania zdrowotne.

---

<sup>42</sup> J.B. Karski, *Promocja...*, op. cit., s. 259.

<sup>43</sup> M. Eriksson, B. Lindström, *Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review*, „Journal of Epidemiology & Community Health” 2006, vol. 60, no. 5, s. 376-381.

<sup>44</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 8.



Rys. 3. Model ilustrujący związki między zdrowiem i edukacją

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Shurcke, C. de Paz Nievies, *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2011.

Jak wynika z powyższych rozważań, zdrowie stanowi podstawę oraz warunek wszechstronnego rozwoju człowieka i spełnia kilka doniosłych funkcji zarówno z punktu widzenia jednostki, jak i całego społeczeństwa. Jego ochrona i promocja znajdują się w centrum zainteresowań teoretycznych, praktycznych i badawczych zarówno w naukach medycznych, społecznych, jak i o zdrowiu.

## 1.2. Edukacja zdrowotna jako element promocji zdrowia

Na wstępie warto zauważyć, że zagadnienia związane z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną w ostatnich latach nabrały istotnego znaczenia i wciąż mają charakter rozwojowy. Promocja zdrowia (ang. *health promotion*) jest nowym obszarem strategii działań praktycznych na rzecz zdrowia jednostek i społeczności. Skupia się ona na poprawie zdrowia

poprzez poszukiwanie wpływów stylu życia, opieki zdrowotnej oraz środowiska przyrodniczego. Ze względu na złożoność oraz wieloaspektowość koncepcji, strategii oraz wielodyscyplinarne podejście do promocji zdrowia jednocześnie jej zdefiniowanie wydaje się obecnie trudne<sup>45</sup>. Zgodnie z Kartą Ottawską promocja zdrowia jest to

[...] proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływań 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 określać i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radząc sobie z wyzwaniami swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian<sup>46</sup>.

W Karcie Ottawskiej wymienia się pięć współzależnych działań (obszarów), które winny być podejmowane równocześnie, tworząc strategię promocji zdrowia. Są to: budowanie prozdrowotnej polityki publicznej, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmocnienie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia, wyzwalań potencjału jednostek do podejmowania inicjatyw związanych ze zdrowiem oraz reorientacja służby zdrowia.

**Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej** odnosi się do polityki państwa. Większość decyzji rządu dotyczy m.in. czynników warunkujących zdrowie, ekonomicznego, prawnego oraz administracyjnego zagwarantowania równego dostępu do podstawowych zasobów zdrowia, takich jak: żywność, mieszkanie czy satysfakcjonująca praca. Państwo powinno tworzyć również warunki do wdrażania koncepcji promocji zdrowia (możliwość działań wielosektorowych i uczestnictwa ludzi). Kolejny obszar działań w zakresie promocji zdrowia przewidziany w Karcie Ottawskiej to tworzenie środowisk wspierających zdrowie. Środowiska te powinny powstawać we wszystkich miejscach, w których funkcjonują ludzie, a zatem: w domu, miejscu pracy, nauki oraz środowisku lokalnym. Intencją tego zapisu jest uświadomienie ludziom, że to właśnie oni odpowiedzialni są za zdrowie swoje i innych ludzi<sup>47</sup>. Do zadań promocji zdrowia należy również **wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia**. Wzmacnianie to powinno polegać na stwarzaniu członkom danego środowiska możliwości uczestniczenia w podejmowaniu decyzji i realizacji oraz ewaluacji działań na rzecz zdrowia. Ważne jest również **wyzwalanie potencjału jednostek do podejmowania inicjatyw związanych ze zdrowiem**. W praktyce zmotywowanie do skutecznego oraz konkretnego udziału społeczeństwa w promocji zdrowia wymaga tworzenia

---

<sup>45</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 129-131.

<sup>46</sup> Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.

<sup>47</sup> K. Borzucka-Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Impuls, Kraków 2006, s. 76.

sieci współpracujących ze sobą jednostek oraz zawierania sojuszu między poszczególnymi partnerami. Inicjatorem i propagatorem tych działań winien być samorząd terytorialny<sup>48</sup>.

W myśl założeń promocji **zdrowia reorientacja służby zdrowia** powinna polegać na zmianie nastawienia z leczenia chorób na zapobieganie im. Takie spojrzenie powinno być rozpowszechniane wśród wszystkich pracowników służby zdrowia<sup>49</sup>.

Inną definicję promocji zdrowia zaproponował Tones i Green: „promocja zdrowia to połączenie edukacji zdrowotnej i prozdrowotnej polityki publicznej”<sup>50</sup>. Nie ulega wątpliwości, że edukacja zdrowotna jest nieodłącznym elementem promocji zdrowia, wskazuje się również na fakt, że może w pełni rozwinąć swój potencjał, będąc wspierana odpowiednimi prawnymi, środowiskowymi oraz organizacyjnymi rozwiązaniami strukturalnymi<sup>51</sup>. To właśnie rozwój promocji zdrowia spowodował istotne zmiany w koncepcji edukacji zdrowotnej i wpłynął na to, że edukacja zdrowotna stała się nieodłącznym, a wręcz komplementarnym elementem promocji zdrowia. Uzyskane w procesie edukacji zdrowotnej odpowiednie kompetencje powinny przyczyniać się do wzrostu uczestnictwa ludzi w działaniach promocyjnych oraz dokonywaniu zmian w swoim stylu życia oraz w środowisku. Edukacja zdrowotna jest elementem działań we wszystkich obszarach promocji zdrowia, a jej potrzebę podkreślono podczas III Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Sundsvall we Szwecji. We współczesnym modelu promocji zdrowia ukierunkowanym na upodmiotowienie ludzi istnieje dwukierunkowe podejście do edukacji zdrowotnej. Pierwsze wiąże się z oddziaływaniem na jednostki i grupy ludzi, drugie zaś z wpływem na znaczące grupy profesjonalistów i osób tworzących politykę zdrowotną, społeczną oraz edukacyjną<sup>52</sup>. Warto zwrócić uwagę na nową strategię promocji zdrowia, jaką jest alfabetyzm zdrowotny, rozumiany jako umiejętność pozyskiwania, interpretowania i rozumienia podstawowej informacji zdrowotnej oraz zdolność jej wykorzystania do poprawy własnego stanu zdrowia<sup>53</sup>. Właśnie tak rozumiana promocja zdrowia wymaga od edukacji zdrowotnej nie tylko skupienia się na jednostkach, ale przede wszystkim na grupach ludzi oraz całym społeczeństwie. Nie ulega wątpliwości, że współczesna edukacja zdrowotna

---

<sup>48</sup> K. Kowalczevska-Grabowska, *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013, s. 33.

<sup>49</sup> V. Korporowicz, *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2008, s. 105.

<sup>50</sup> K. Tones, J. Green, *Health promotion...*, op. cit.

<sup>51</sup> I. Kickbusch, *Approaches to an ecological base for public health*, „Health Promotion” 1989, vol. 4, no. 4, s. 265-268.

<sup>52</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 129-131.

<sup>53</sup> E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 106.



musi zostać zorientowana na takie działania, dzięki którym zarówno jednostka, jak i zbiorowość ludzi posiadą wiedzę o zdrowiu oraz będą działać na jego rzecz na różnych poziomach życia społecznego. Edukacja zdrowotna musi pozostać również w ścisłym związku z polityką zdrowotną i społeczną. Poprzez odpowiednią politykę społeczną generujemy służące zdrowiu rozwiązania i praktyki, które wspierają usługi oraz świadczenia sprzyjające zdrowiu, jak też zwiększające społeczne zainteresowanie i zapotrzebowanie na zdrowie<sup>54</sup>.

Formuła promocji zdrowia opisana przez Tonesa wygląda zatem następująco:

**PROMOCJA ZDROWIA = EDUKACJA ZDROWOTNA + PROZDROWOTNA  
POLITYKA SPOŁECZNA**

Celem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jako jednego z elementów promocji zdrowia jest m.in. podejmowanie działań skierowanych na rozwiązywanie problemów zdrowotnych, tworzenie warunków do podejmowania przez jednostki oraz grupy społeczne działań na rzecz zdrowia oraz tworzenie i wzmacnianie środowisk sprzyjających zdrowiu. Ponadto celem edukacji zdrowotnej powinno być szkolenie zarówno grup profesjonalistów, jak i osób spoza sektora zdrowia w celu podnoszenia świadomości społecznej oraz poczynań związanych z ochroną zdrowia oraz pomnażaniem potencjału zdrowotnego jednostek, grup społecznych oraz całego społeczeństwa<sup>55</sup>.

Edukacja zdrowotna, podobnie jak polityka społeczna i zdrowotna, jest podstawowym elementem promocji zdrowia. Biorąc pod uwagę formułę Tonesa, edukacja zdrowotna skupia się na wyposażaniu ludzi w niezbędne dla zdrowia zasoby na poziomie indywidualnym poprzez działania edukacyjne oraz budujące umiejętności i świadomość zdrowotną. Dzięki odpowiedniej polityce społecznej państwo powinno stwarzać ku temu odpowiednie warunki oraz wspierać podejmowanie przez mieszkańców korzystnych dla zdrowia wyborów. Dopiero połączenie tych dwóch czynników daje szansę na poprawę zdrowia na poziomie indywidualnym i społecznym<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> E. Wierzejska, I. Laudańska-Krzemińska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna w szkole. Podręcznik dla nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjalnych i średnich*, Poznań 2015, s. 25.

<sup>55</sup> K. Żuchelkowska, *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2013, s. 23.

<sup>56</sup> E. Wierzejska, I. Laudańska-Krzemińska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 25.

### 1.3. Edukacja zdrowotna – definicje, założenia, cele

Definiowanie i rozumienie terminu „zdrowie”, jak wskazano we wcześniejszym podrozdziale, ewaluowało na przestrzeni wieków i doczekało się w literaturze przedmiotu wielu różnych opracowań. Podobnie miało to miejsce w odniesieniu do pojęcia edukacji zdrowotnej. Na wstępie warto zauważyć, że termin „edukacja zdrowotna” w literaturze przedmiotu zakorzenił się już na dobre i wyparł takie określenia jak: wychowanie higieniczne (koniec XIX wieku – pierwsza połowa XX wieku), oświata zdrowotna/sanitarna (lata 50.-60. XX wieku) oraz wychowanie zdrowotne (lata 60. XX wieku)<sup>57</sup>. W ostatnich latach wysunięto również nowe propozycje ujmowania tego zagadnienia, na przykład: nauka o zdrowiu, waleologia – nauka o istocie człowieka, metodach zdrowotnych oraz strategiach zdrowia<sup>58</sup>, krzewienie kultury zdrowotnej czy też sanologia (łac. *sanus* – zdrowy, gr. *logos* – nauka). Żadna z wyżej wymienionych propozycji nie została jednak spopularyzowana.

Szeroko rozwijana praktyka edukacji zdrowotnej nie posiada obecnie zwartego podłoża teoretycznego. Wynika to z faktu niespełnienia przez pedagogikę zdrowia funkcji ekspansywnej, wyrażającej się poprzez posiadanie jednoznacznej, jasnej i wyraźnej aparatury pojęciowej. Wyrazem tego jest stosowanie zamiennie pojęć „wychowanie zdrowotne” oraz „edukacja zdrowotna”. Brak zgodności co do nazewnictwa jest według B. Woynarowskiej barierą na drodze rozwoju edukacji zdrowotnej w Polsce. Terminy „wychowanie zdrowotne” czy „edukacja zdrowotna” definiowane są różnorodnie, a ewolucja modeli edukacji zdrowotnej jest wyrazem stopniowo zmieniającej się refleksji dotyczącej pozamedycznych uwarunkowań stanu zdrowia<sup>59</sup>. Obecnie coraz częściej stosuje się termin „edukacja zdrowotna”, który jest odpowiednikiem angielskiego określenia *health education*. Znaczący problematyki twierdzą, że termin ten jest bardziej pojemny niż „wychowanie zdrowotne”, ponieważ odnosi się do ludzi w całym okresie ich życia, obejmując różne formy uczenia się i nauczania<sup>60</sup>.

Aby ukazać w niniejszej pracy istotę edukacji zdrowotnej, należy najpierw zdefiniować pojęcie „edukacji”. Pochodzi ono od łacińskiego słowa *educatio* i oznacza wychowanie. W języku polskim termin ten funkcjonuje od dawna i związany jest zarówno z rozwojem umysłowym, jak i wiedzą. Przez „edukację” rozumiemy proces kształcenia

---

<sup>57</sup> K. Kowalczyńska-Grabowska, *Promocja zdrowia...*, op. cit., s. 22.

<sup>58</sup> Z. Jaworski, *Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965-2004)*, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam”, Warszawa 2005, s. 98-101.

<sup>59</sup> A. Gaweł, *Pedagogia wobec wartości zdrowia*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 59; E. Kościńska, *Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych*, Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2010, s. 50.

<sup>60</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 100-101.

poznawczych i kierunkowych składników osobowości człowieka jako jednostki biopsychospołecznej zachodzący na skutek oddziaływań na nią środowiska i działalności innych oraz jego samego<sup>61</sup>. W. Okoń mówi, że edukacja to: „[...] ogół procesów, których celem jest zmienianie ludzi, przede wszystkim dzieci i młodzieży – stosownie do panujących w danym społeczeństwie ideałów i celów wychowawczych”<sup>62</sup>. C. Kupisiewicz z kolei przez edukację rozumie: „[...] ogół procesów i zabiegów oświatowych i wychowawczych – przede wszystkim zamierzonych, lecz również okazjonalnych – których celem jest wyposażenie wychowanka w wiedzę i umiejętności, a także ukształtowanie jego osobowości stosownie do uznanych w społeczeństwie wartości i ideału wychowawczego”<sup>63</sup>.

Z przedstawionych definicji wynika, że przez edukację rozumie się ogół oddziaływań wychowawczych mających na celu wyposażenie dzieci i młodzieży w niezbędną wiedzę oraz umiejętności, a także ukształtowanie ich osobowości zgodnie z systemem wartości, ideałem oraz celami wychowawczymi, które obowiązują w społeczeństwie<sup>64</sup>.

W piśmiennictwie z ostatnich dwóch dekad istnieje wiele definicji edukacji zdrowotnej, które ewaluowały wraz ze zmianą podejścia do zdrowia. Do jej definiowania, obok lekarzy i pedagogów, włączyli się psycholodzy i socjolodzy zdrowia oraz specjaliści zdrowia publicznego. Warto zauważyć, że początkowo edukacja zdrowotna skupiała się głównie na przekazywaniu informacji na temat czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych, a stosowane strategie miały pomóc ludziom w zwiększaniu ich świadomości zdrowotnej oraz podejmowaniu słusznych decyzji zdrowotnych. Wiele badań potwierdziło jednak, że wiedza – mimo że jest bardzo ważnym czynnikiem składowym zmiany zachowania zdrowotnego – okazuje się niewystarczająca<sup>65</sup>. Dla zwiększenia efektywności działań edukacyjnych wzięto pod uwagę również inne determinanty zachowań zdrowotnych, takie jak: czynniki wpływu społecznego oraz umiejętności. Podejście do edukacji zdrowotnej zmieniło się z jednokierunkowego na bardziej „interakcyjne” i „uczestniczące”, a wymiana informacji z uczniem czy pacjentem stała się koniecznością<sup>66</sup>. Warto podkreślić, że istotne staje się odniesienie do uwarunkowań społecznych i środowiskowych oraz osobistych

---

<sup>61</sup> E. i J. Frątczakowie, *Edukacja zdrowotna dzieci przedszkolnych*, Turpress, Toruń 1996, s. 16.

<sup>62</sup> W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2001, s. 64.

<sup>63</sup> C. Kupisiewicz, M. Kupisiewicz, *Słownik pedagogiczny*, PWN, Warszawa 2009, s. 40.

<sup>64</sup> K. Żuchelkowska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 23.

<sup>65</sup> L. Green et al. 1980; M. Koelen 1988.

<sup>66</sup> M. Koelen, A.W. van den Ban, *Health Education and Health Promotion*, Wageningen Academic Publishers, Wageningen 2004.

doświadczeń człowieka, przy uwzględnieniu jego zasobów osobowościowych i predyspozycji<sup>67</sup>.

Według T. Williamsa edukacja zdrowotna to „proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją”<sup>68</sup>. W definicji tej chodzi o przekazywanie, nabywanie lub korektę wiedzy, umiejętności i wartości dotyczących szeroko rozumianego zdrowia. W przytoczonej definicji jednakże nie zostało dokładnie sprecyzowane, kiedy, gdzie, kto oraz w jakich okolicznościach ma uczyć się dbania o własne zdrowie. Wyraźny nacisk położony jest na wyposażenie ludzi w określony zasób wiadomości o zdrowiu oraz umiejętności i nawyków zdrowotnych<sup>69</sup>.

Zdaniem K. Tonesa i J. Greena edukacja zdrowotna to „każda planowana działalność ukierunkowana na uczenie się o zdrowiu i chorobie”<sup>70</sup>. Edukacja zdrowotna została ukierunkowana na upodmiotowienie ludzi, gdzie tworzone są warunki, w których uczą się oni o zdrowiu i chorobach. Poprzez ową naukę ludzie wzmacniają swoje zdolności do działań na rzecz swego zdrowia, stając się podmiotami tych działań.

Wydaje się, że trafna definicja edukacji zdrowotnej została określona przez rezolucję Rady Wspólnoty Europejskiej, zgodnie z którą: „edukacja zdrowotna jest procesem opartym na naukowych zasadach, stwarzających sposobność planowanego uczenia się, zmierzającym do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowanie zgodnie z nimi. Odpowiedzialność za ten złożony proces ponosi rodzina, system edukacji i społeczeństwo”<sup>71</sup>.

Warto przytoczyć również definicję edukacji zdrowotnej zaproponowaną przez E. Charońską, która mówi, że: „edukacja zdrowotna to całokształt działań zmierzający do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją”<sup>72</sup>.

Green i Kreuter<sup>73</sup> podkreślają również, że istotą definiującą edukację zdrowotną jest każde doświadczenie osoby uczącej się na rzecz jej własnego zdrowia.

---

<sup>67</sup> E. Wierzejska, I. Laudańska-Krzemińska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 16.

<sup>68</sup> T. Williams, *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 7-8, s. 195.

<sup>69</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 23.

<sup>70</sup> K. Tones, J. Green, *Health promotion...*, op. cit.

<sup>71</sup> Rezolucja 89/C3/01 Rady Wspólnoty Europejskiej, przyjęta przez ministrów edukacji Wspólnoty w 1989 roku.

<sup>72</sup> E. Charońska, *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997, s. 45.

<sup>73</sup> L. Green, M. Kreuter, *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, Mayfield Publishing, Palo Alto, California 1991, s. 20.

Reasumując, można stwierdzić, że w przedstawionych powyżej definicjach edukacji zdrowotnej zwraca się uwagę na fakt, że jest ona procesem uczenia się, posiada cechy interdyscyplinarności, jest procesem całościowym, charakteryzuje się systematycznością oddziaływań oraz ich planowaniem. Edukacja zdrowotna oddziałuje na jednostki i grupy, zarówno osoby chore, jak i zdrowe, w celu zwiększenia ich kompetencji. Cechuje się również dobrowolnością udziału, bez przymusu i nacisku na uczących się<sup>74</sup>.

W świetle powyższych rozważań na temat edukacji zdrowotnej za definicję obejmującą najdokładniej poruszane zagadnienia można uznać definicję B. Woynarowskiej, według której: „edukacja zdrowotna jest całościowym procesem uczenia się ludzi, jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki”<sup>75</sup>.

Nowym elementem w powyższej definicji edukacji zdrowotnej jest uznanie zdrowia za jeden z głównych determinantów dobrej jakości życia. Definicja ta zwraca również uwagę na fakt, że edukacja zdrowotna dotyczy zarówno zdrowia, jak i choroby.

Cele edukacji zdrowotnej i jej oczekiwane efekty są formułowane rozmaicie. Zmiana podejścia do zdrowia i czynników je warunkujących spowodowała istotne zmiany w koncepcji edukacji zdrowotnej. W dotychczasowych koncepcjach edukacji zdrowotnej zakładano, że celem i efektem uczenia powinny być: zdobycie nowej wiedzy, poprzez zrozumienie, czym jest zdrowie, oraz identyfikacja własnych problemów zdrowotnych, wypracowanie właściwych postaw wobec zdrowia, poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, umiejętności związane ze zdrowiem fizycznym oraz umiejętności życiowe, jak również zmiana zachowań zdrowotnych ukierunkowanych na prozdrowotny styl życia<sup>76</sup>. Według A. Krawańskiego cele edukacji zdrowotnej to: umiejętność identyfikacji własnych potrzeb zdrowotnych i podejmowanie aktywnych działań w celu ich rozwinięcia, dostrzeganie potrzeb zdrowotnych rodziny i społeczeństwa oraz dokonywanie wyborów i podejmowanie decyzji na rzecz zdrowia własnego oraz otoczenia<sup>77</sup>.

Wśród celów edukacji zdrowotnej, formułowanych w piśmiennictwie zagranicznym w ostatnich latach, wymienia się również: rozwijanie kompetencji do działania na rzecz zdrowia własnego oraz innych, zdolność do pełnienia roli tzw. rzecznika na rzecz zdrowia

---

<sup>74</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 102.

<sup>75</sup> Ibidem, s. 103.

<sup>76</sup> Ibidem, s. 102.

<sup>77</sup> A. Krawański, *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej a kultura fizyczna*, [w:] B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. Materiały z konferencji naukowej, Kamień Śląski, 25-26 września 2010 r.*, KOWEZ, Warszawa 2001, s. 32.

(ang. *health advocacy*) własnego, społeczeństwa, jak również rodziny, upodmiotowienie jednostek i społeczności oraz alfabetyzm zdrowotny (ang. *health literacy*). Alfabetyzm zdrowotny jest to stosunkowo nowy termin we współczesnej promocji zdrowia. Można go definiować jako zbiór kompetencji i umiejętności w zakresie szeroko rozumianego zdrowia, pozyskanych na drodze właściwego wykorzystania źródeł informacji, pozwalający na minimalizowanie występowania i wpływu czynników ryzyka zdrowotnego na jednostkę i środowisko, w którym funkcjonuje, w celu poprawy i utrzymania dobrego stanu zdrowia<sup>78</sup>.

Sformułowanie powyższych celów stanowiło punkt wyjścia do tworzenia nowych koncepcji edukacji zdrowotnej oraz poszukiwania nowych strategii, metod, technik i wskaźników do ewaluacji.

Obecnie przyjmuje się, że edukacja zdrowotna powinna przebiegać dwukierunkowo. Przekazywanie wiedzy nie może stanowić głównego celu edukacji zdrowotnej. Musi być on wspomagany kształtowaniem umiejętności, przekonań oraz postaw do zachowania i doskonalenia zdrowia<sup>79</sup>.

Przekazywane informacje zdrowotne powinny uwzględniać również społeczne, środowiskowe i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. Można zatem stwierdzić, że warunkiem podejmowania działań edukacyjnych jest nacisk na kształtowanie umiejętności, w tym szczególnie umiejętności życiowych<sup>80</sup>.

#### 1.4. Modele edukacji zdrowotnej

W piśmiennictwie zagranicznym<sup>81</sup> w ostatnich latach opisano wiele różnorodnych koncepcji i modeli edukacji zdrowotnej, a w ich konstruowaniu przyjmuje się rozmaite kryteria, cele i kierunki działania<sup>82</sup>. Obecnie na świecie można zaobserwować

---

<sup>78</sup> D. Olejniczak, *Praktyczne wykorzystanie health literacy – alfabetyzmu zdrowotnego, jako narzędzia osiągnięcia celów zdrowotnych = Practical use of health-literacy as a tool for achieving health goals*, „Journal of Education, Health and Sport” 2016, vol. 6, no. 2, s. 238-243.

<sup>79</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 107; E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, op. cit., s. 106-108.

<sup>80</sup> M. Sokołowska, *Umiejętności życiowe uczniów*, „Remedium” 2002, nr 9, s. 4-5.

<sup>81</sup> Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association, *Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs*, „Journal of the American Medical Association”, vol. 281, no. 6, s. 552-557; R.M. Parker, D.W. Baker, M.V. Williams, J.R. Nurss, *The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills*, „Journal of General Internal Medicine” 1995, vol. 10, no. 10, s. 537-541; R.S. Downie, C. Fyfe, A. Tannahill, *Health promotion: models and values*, Oxford University Press, New York 1990; A. Tannahill, *Health education and health promotion planning for the 1990s*, „Health Education Journal” 1990, vol. 49, no. 4, s. 194-198; L. Ewles, I. Simnett, *Promoting health. A practical guide*, Baillière Tindall, Edinburgh 2003, s. 45; A. Antonovsky, *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, „Health Promotion International” 1996, vol. 11, no. 1, s. 11-18.

<sup>82</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 108.

„demedycyzację” edukacji zdrowotnej oraz przeniesienie akcentów z orientacji, która była skoncentrowana na chorobach i zagrożeniach (patogenetycznej), na orientację, w której centrum zainteresowania znajduje się potencjał ludzki, jakość życia oraz zdolność do samorealizacji (orientacja salutogenetyczna)<sup>83</sup>. Poniżej omówiono wybrane koncepcje oraz modele.

Analizując zagadnienia dotyczące modeli edukacji zdrowotnej, warto wyjść od samego pojęcia „model”. W aspekcie edukacji zdrowotnej pojęcie to nie jest precyzyjne. Zamiennie stosuje się takie określenia jak: „podejścia”, „koncepcje” czy „paradygmaty”. Na obecnym etapie rozwoju edukacji zdrowotnej jako dziedziny naukowej operuje się modelami o charakterze opisowym. Brak jednak jakiegokolwiek teorii, która pozwoliłaby na wyjaśnienie w badaniach naukowych związków między częściami modelu<sup>84</sup>.

W Polsce pierwsze określenia modelu edukacji zdrowotnej dotyczyły propozycji programowych i organizacyjnych odnoszących się do szkolnego wychowania zdrowotnego autorstwa M. Demela. Autor uważał, że model jest kategorią organizacyjną i pisał o trzech modelach wychowania zdrowotnego: wychowaniu zdrowotnym realizowanym w ramach nowego przedmiotu nauczania, wychowaniu zdrowotnym ujętym w bloku przedmiotów mających najwięcej wspólnego ze zdrowiem oraz wychowaniu zdrowotnym w postaci rozproszonych treści dydaktycznych, realizowanych przez wszystkich nauczycieli<sup>85</sup>.

Warto zwrócić uwagę, że przez wiele lat w ramach edukacji zdrowotnej koncentrowano się głównie na zapobieganiu chorobom, co niewątpliwie było wynikiem dominacji biomedycznego podejścia do zdrowia. Obecnie podstawą współczesnej edukacji zdrowotnej jest społeczno-ekologiczny model zdrowia, który akcentuje jego ujęcie wieloczynnikowe.

Zmiany w podejściach do edukacji zdrowotnej opisuje w swoich modelach A. Tannahill<sup>86</sup>. Typologia opiera się na konfrontacji dwóch paradygmatów zdrowia: patogenetycznego oraz salutogenetycznego. W ten sposób wyróżnia trzy modele (tabela 1).

---

<sup>83</sup> J.B. Karski, *Promocja...*, op. cit. s. 92.

<sup>84</sup> L. Barić 1994, cyt. za: E. Charońska, B. Janus, *Modele edukacji zdrowotnej*, [w:] *Wychowanie zdrowotne – osiągnięcia i perspektywy wdrażane do szkół*, Zeszyty Naukowe nr 74, cz. 1, Kraków 1998, s. 50.

<sup>85</sup> M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, WSiP, Warszawa 1980, s. 86.

<sup>86</sup> A. Tannahill, *Health education...*, op. cit.

Tabela 1. Modele edukacji zdrowotnej

<b>Modele edukacji zdrowotnej</b>	<b>Cel</b>	<b>Działania</b>	<b>Potencjalni odbiorcy</b>
Model zorientowany na chorobę	Jednostka chorobowa	Eliminacja czynników ryzyka związanych z konkretną jednostką chorobową	Dorośli, osoby w podeszłym wieku, chorzy
Model zorientowany na czynniki ryzyka	Czynniki ryzyka	Eliminacja czynników ryzyka z trybu życia	Dorośli, osoby w podeszłym wieku, chorzy
Model zorientowany na zdrowie	Potencjał zdrowia	Dotyczą ludzi i miejsc ich życia	Dzieci, młodzież, dorośli

Źródło: E. Wierzejska, I. Laudańska-Krzemińska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna w szkole. Podręcznik dla nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjalnych i średnich*, Poznań 2015, s. 13.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że dzięki licznym publikacjom Z. Słońskiej można bliżej poznać trzy modele edukacji zdrowotnej, które autorka przedstawia właśnie za A. Tannahill.

W modelu edukacji zdrowotnej zorientowanym na eliminację określonych jednostek chorobowych działania edukacyjne skierowane są na grupę czynników ryzyka związanych z poszczególnymi jednostkami chorobowymi. Drugi model edukacji zdrowotnej ukierunkowany jest na eliminację poszczególnych czynników ryzyka, które mogą wywołać nie jedną, lecz kilka różnych chorób. Obydwa przedstawione modele wywodzą się z biomedycznego spojrzenia na zdrowie, koncentrują się na unikaniu zaburzeń zdrowotnych, nie prezentując jednak korzyści płynących z posiadania zdrowia.

Z kolei model zorientowany na zdrowie związany jest z holistycznym paradygmatem zdrowia i koncentruje się na stwarzaniu możliwości do podjęcia przez ludzi korzystnych dla zdrowia decyzji. Podejmowane w jego obrębie działania są traktowane jako najwłaściwsze z punktu widzenia promocji zdrowia i z największym prawdopodobieństwem prowadzą do trwałej zmiany zachowań i postaw. W modelu tym nie kładzie się nacisku na choroby i czynniki ryzyka, lecz na ludzi i miejsca, które powinny stać się przedmiotem edukacji zdrowotnej<sup>87</sup>.

Typologia edukacji zdrowotnej zaproponowana przez Greena i Tonesa<sup>88</sup> opierała się na relacji edukator–edukowany. W zależności od stopnia zaangażowania edukowanego można wyróżnić dwa podejścia. W pierwszym modelu dominowała perswazja, czyli

<sup>87</sup> Z. Słońska, *Modele edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*, „Lider” 1992, nr 7-8.

<sup>88</sup> K. Tones, J. Green, *Health promotion...*, op. cit.



nakłanianie ludzi do określonych zachowań, aby zapobiec chorobom. Z kolei drugie podejście skupia się na edukowanym, stwarzając mu odpowiednie warunki oraz wyposażając w odpowiednie umiejętności, aby mógł zmieniać swój styl życia i działać na rzecz swego zdrowia.

Z kolei Ewles i Simnett<sup>89</sup> wyróżnili pięć podstawowych podejść do edukacji zdrowotnej, które zostały przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 2. Modele edukacji zdrowotnej

<b>Model</b>	<b>Cel</b>	<b>Kierunki działań</b>
Medyczny	Zapobieganie chorobom i niepełnosprawności / brak chorób, schorzeń	Promocja interwencji medycznych dla prewencji lub zmniejszenia skutków chorób
Behawioralny	Kształtowanie zachowań wspierających zdrowie oraz zmniejszających ryzyko chorób	Zachęcanie do zmiany postaw oraz zachowań w kierunku prozdrowotnego stylu życia
Edukacyjny	Przekazanie wiedzy dotyczącej zdrowia świadomym odbiorcom w celu podejmowania świadomych decyzji i działań, rozwój umiejętności do prowadzenia zdrowego stylu życia	Kształtowanie umiejętności niezbędnych do zdrowego życia, prawo do własnych decyzji i wyborów
Zorientowany na jednostkę	Praca z poszczególnymi osobami ukierunkowana na indywidualne potrzeby	Pomoc w identyfikowaniu własnych problemów zdrowotnych, wzrost upodmiotowienia jednostki
Środowiskowy	Zmiany w środowisku fizycznym i społecznym sprzyjające podejmowaniu zdrowych wyborów	Zachęcanie do działania społeczno-politycznego mającego na celu prowadzenie prozdrowotnego stylu życia

Źródło: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2013, s. 109.

Oprócz wyżej opisanych modeli edukacji zdrowotnej na uwagę zasługują również te, które coraz częściej pojawiają się w literaturze zagranicznej. Do wspomnianych modeli należą modele edukacji zdrowotnej ukierunkowane na: upodmiotowienie, optymalizację zarządzania własnym zdrowiem oraz na rozwijanie umiejętności życiowych. Te współczesne modele edukacji zdrowotnej, koncentrujące się na społeczno-ekologicznych podstawach oraz wieloczynnikowych uwarunkowaniach, w polskim piśmiennictwie nadal są opisywane sporadycznie.

<sup>89</sup> L. Ewles, I. Simnett, *Promoting health...*, op. cit., s. 45.

Współczesny model edukacji zdrowotnej ukierunkowany na upodmiotowienie wiąże się z koncepcją promocji zdrowia i dotyczy zarówno jednostek, jak i społeczności (ang. *empowerment model*). Termin „upodmiotowienie” ma wiele znaczeń i odnosi się do różnych aspektów kierowania przez ludzi swoim życiem oraz przyjmowania odpowiedzialności za osobiste decyzje dotyczące zdrowia. Rozróżnić można dwa rodzaje upodmiotowienia: upodmiotowienie psychologiczne, które odnosi się do subiektywnego poczucia kontroli nad własnym zdrowiem doświadczanym przez człowieka w danym środowisku, oraz upodmiotowienie społeczności.

Upodmiotowienie społeczności określić można jako proces działań społecznych, w których biorą udział nie tylko ludzie, ale i organizacje oraz wspólnoty mające na celu zwiększenie wspólnej i indywidualnej kontroli nad jakością życia, jak też nad działaniami na rzecz zdrowia. Model promocji zdrowia ukierunkowany na upodmiotowienie wywodzi się z założeń strategii dla zdrowia w regionie europejskim WHO – „Zdrowie dla wszystkich” oraz z samej definicji promocji zdrowia. Z definicji tej wynika, że dzięki działaniom z zakresu promocji zdrowia ludzie uzyskują możliwość osobistego działania oraz moc niezbędną do kontrolowania własnego zdrowia i środowiska. Akcent kładzie się zwłaszcza na aktywność jednostek i społeczności oraz ich swobodę decyzji i wyborów.

Zadaniem edukacji ukierunkowanej na upodmiotowienie jednostki, a pośrednio społeczności, jest wzmocnienie działań na rzecz zdrowia oraz wpływanie na osoby tworzące politykę publiczną<sup>90</sup>.

Model edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na optymalizację zarządzania własnym zdrowiem wiąże się przede wszystkim z wysokim poziomem wiedzy zdrowotnej grup docelowych. Udostępnienie wiedzy o zdrowiu, chorobie oraz zachowaniach zdrowotnych powinno być jednym z fundamentalnych działań ukierunkowanych na zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób oraz umiejętności zarządzania własnym zdrowiem oraz zdrowiem całego społeczeństwa. W literaturze zagranicznej i polskiej coraz częściej można spotkać się z pojęciem „alfabetyzacji zdrowotnej” (ang. *health literacy*), będącej zarówno celem, jak i efektem działań edukacyjnych<sup>91</sup>.

Alfabetyzacja zdrowotna oznacza „umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolność jednostek do zdobywania informacji, zrozumienia jej i wykorzystania w sposób, który sprzyja doskonaleniu i utrzymywaniu dobrego zdrowia”<sup>92</sup>.

---

<sup>90</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 136.

<sup>91</sup> E. Kościńska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 56.

<sup>92</sup> I. Kickbusch, D. Nutbeam, *Health promotion glossary*, World Health Organization, Geneva 1998.

W odniesieniu to tego podejścia oczekuje się od ludzi, że w wyniku edukacji zdrowotnej będą zmieniać swój styl życia, będą świadomi społecznych, środowiskowych i ekonomicznych uwarunkowań zdrowia, jak również będą podejmować indywidualne lub zespołowe wysiłki w celu modyfikacji tych uwarunkowań, w kierunku korzystnym dla zdrowia.

D. Nutbeam wyróżnia trzy poziomy alfabetyzacji zdrowotnej:

- poziom pierwszy, czyli funkcjonalna alfabetyzacja zdrowotna – zwiększenie wiedzy jednostek o zagrożeniach dla zdrowia i o korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej;
- poziom drugi, czyli interaktywna alfabetyzacja zdrowotna, polega na zwiększeniu zdolności ludzi do działań poprzez większą motywację oraz poczucie pewności w wyniku uzyskanych umiejętności osobistych oraz społecznych;
- poziom trzeci, czyli krytyczna alfabetyzacja, odnosi się do zwiększenia indywidualnej odporności na niekorzystne czynniki społeczne i ekonomiczne oraz zdolności do podejmowania skutecznych działań w celu ich modyfikowania<sup>93</sup>.

W dotychczasowej praktyce edukacji zdrowotnej dominowało podejście prosomatyczne, tzn. skoncentrowane głównie na zdrowiu fizycznym i umiejętnościach potrzebnych do jego utrzymania (w zakresie higieny, żywienia itp.). Natomiast obecnie WHO oraz UNICEF proponują nowe podejście zorientowane na rozwój umiejętności dotyczących zdrowia psychospołecznego, tzw. umiejętności życiowych (ang. *life skills*). Według definicji WHO są to „umiejętności (zdolności) umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, które pozwalają efektywnie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniem codziennego życia”<sup>94</sup>.

Umiejętności życiowe stanowią rodzaj kompetencji psychospołecznych, a zatem sprzyjają prawidłowemu rozwojowi psychospołecznemu. Istotnym warunkiem utrzymania zdrowia psychospołecznego jest możliwość zaspokojenia potrzeb człowieka, a także realizacja zadań życiowych charakterystycznych dla poszczególnych faz rozwojowych. Aby proces ten mógł przebiegać optymalnie, konieczne jest wykształcenie pewnych, niezbędnych w życiu codziennym umiejętności, pozwalających zaspokajać potrzeby jednostkowe i realizować zadania rozwojowe. To właśnie umiejętności życiowe umożliwiają przede

---

<sup>93</sup> D. Nutbeam, *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, „Health Promotion International” 2000, vol. 15, no. 3, s. 259-267.

<sup>94</sup> B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012, s. 12.

wszystkim pozytywne zachowania przystosowawcze, sprzyjają zwiększaniu poczucia kompetencji i rozwijaniu cech potrzebnych do unikania zachowań ryzykownych<sup>95</sup>.

Do dobrego funkcjonowania w życiu człowiek potrzebuje różnorodnych umiejętności w zależności od wieku, sytuacji życiowej i wykonywanej pracy. Istnieje wiele klasyfikacji umiejętności życiowych. Pierwszy podział, zaproponowany przez WHO, wyróżnia dwie grupy umiejętności:

1. Umiejętności podstawowe – wykorzystywane w życiu codziennym, umożliwiające dobre samopoczucie, prawidłowe relacje z innymi, zachowania sprzyjające zdrowiu. Do tej grupy zalicza się pięć kategorii umiejętności życiowych:
  - podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów
  - twórcze i krytyczne myślenie
  - utrzymywanie prawidłowych relacji z innymi i skuteczne porozumiewanie się
  - samoświadomość i empatia
  - radzenie sobie z emocjami oraz stresem.
2. Umiejętności specyficzne – dotyczą one radzenia sobie z zagrożeniami. Dysponowanie tymi umiejętnościami pozwala z kolei zapobiegać przejawianiu zachowań ryzykownych dla zdrowia. Do tej grupy zalicza się np. asertywne odmawianie. Umiejętności te są rozwijane w ścisłym związku z umiejętnościami podstawowymi<sup>96</sup>.

Inny podział zaproponowany przez WHO dzieli umiejętności życiowe na trzy grupy:

1. Umiejętności interpersonalne: komunikowanie się werbalne i niewerbalne, negocjacje, asertywność, budowanie empatii, współpraca w grupie.
2. Podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie: gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań, analiza wpływu wartości i postaw na motywy działania.
3. Kierowanie sobą: budowanie poczucia własnej wartości, samoświadomość, kierowanie emocjami, radzenie sobie ze stresem<sup>97</sup>.

Oczywiście kształtowanie umiejętności życiowych ma nie tylko zapobiegać zachowaniom ryzykownym, ale również służyć formowaniu osobowości, osiągnięciu dobrego samopoczucia i osobistych sukcesów życiowych. Umiejętności te pozwalają na poznanie własnych możliwości i ograniczeń, mają znaczenie dla osiągnięcia wysokiej jakości życia,

---

<sup>95</sup> E. Przybyła, *Edukacja zdrowotna. Przewodnik do studiów*, Wyd. AWF, Katowice 2008, s. 154-155.

<sup>96</sup> M. Kowalski, A. Gawęł, *Zdrowie – wartość – edukacja*, Impuls, Kraków 2006, s. 12.

<sup>97</sup> B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Poradnik...*, op. cit., s. 12.

a przede wszystkim sprzyjają osiągnięciu optymalnego poziomu zdrowia i relacji społecznych, powinno się je zatem rozwijać i doskonalić we wszystkich okresach życia<sup>98</sup>.

W edukacji zdrowotnej podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych polega nie tylko na samym uczeniu tych umiejętności, ale także na tworzeniu warunków do ich praktykowania. Kształtowanie umiejętności życiowych powinno opierać się na podejściu odrzucającym wyłącznie przekazywanie informacji i koncentrować się raczej na równowadze między trzema elementami: wiedzą, wartościami i umiejętnościami. W promocji zdrowia traktuje się kształtowanie umiejętności życiowych jako część wszechstronnej strategii działań, które mogą przyczynić się do zmniejszania zagrożeń zdrowotnych oraz sprzyjać obieraniu zdrowego stylu życia. W toku edukacji zdrowotnej powinno się rozwijać umiejętności należące do poszczególnych grup, w zależności od potrzeb rozwojowych uczestników<sup>99</sup>.

### **1.5. Pedagogika społeczna wobec zagadnień zdrowia i edukacji zdrowotnej**

Podjęmowane dotąd rozważania, ukazujące różne podejścia do zagadnień zdrowia i edukacji zdrowotnej, prowadzą do przemyśleń na temat zdrowia w kontekście pedagogiki społecznej.

Pedagogika społeczna to subdyscyplina naukowa, dział pedagogiki zajmujący się tradycyjnie środowiskowymi uwarunkowaniami wszelkich procesów opiekuńczo-wychowawczych i rozwoju jednostki w różnych fazach życia człowieka. Ponadto do celów i zadań pedagogiki społecznej zalicza się prowadzenie działań profilaktycznych i kompensacyjnych, przygotowanie jednostki do satysfakcjonującej ją partycypacji społecznej<sup>100</sup>. Przed dyscypliną tą stoją dziś dwa podstawowe zadania. Po pierwsze jest to dokonywanie opisów i oceny postępowania społeczno-wychowawczego w środowisku poprzez analizę rzeczywistych faktów, po drugie – projektowanie działalności społeczno-pedagogicznej, kulturalnej oraz socjalnej. Pedagogika społeczna jest subdyscypliną z grona nauk społecznych, które wyrosły i rozwijają się w powiązaniu z pojawiającymi się potrzebami społecznymi<sup>101</sup>.

Rozwój pedagogiki społecznej, zarówno w Polsce, jak i na świecie, jest powiązany z układem stosunków społecznych w danym społeczeństwie i środowisku. Warto zwrócić

---

<sup>98</sup> E. Przybyła, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 155.

<sup>99</sup> E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, op. cit., s. 188.

<sup>100</sup> A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 2008, s. 617.

<sup>101</sup> S. Kawula, *Współczesne wyzwania i zadania pedagogiki społecznej*, „Auxilium Sociale” 2004, nr 2, s. 17.

uwagę na fakt, że pierwotnie problematyka edukacji zdrowotnej w pedagogice społecznej występowała pod nazwą „wychowanie dla spraw zdrowia”. W Polsce problematyka zdrowia leży w kręgu zainteresowań badawczych takich pedagogów społecznych jak: H. Radlińska, A. Kamiński, S. Kawula, R. Wroczyński, E. Trempała oraz E.A. Mazurkiewicz.

Niewątpliwie rozwój pedagogiki społecznej w Polsce jako dyscypliny naukowej wiąże się z działalnością Heleny Radlińskiej – polskiego prekursora tej dyscypliny. W pierwszej połowie ubiegłego stulecia udało się jej stworzyć polską szkołę pedagogiki społecznej, z której dorobku korzystamy do dnia dzisiejszego. Helena Radlińska ukazuje przede wszystkim współzależność między pracą wychowawczą a wpływami środowiska. W pierwszym okresie działalności Radlińska wykraczała poza obszar tradycyjnego stosunku wychowawczego typu nauczyciel–uczeń<sup>102</sup>. Według H. Radlińskiej proces wychowawczy odbywa się w trzech fazach rozwojowych: wzrostu, wzrastania i wprowadzania.

Wzrost, czyli rozwój osobniczy, fizyczny i psychiczny jest zjawiskiem autonomicznym. Według Radlińskiej rola wychowawcy polega na stwarzaniu warunków, w których rozwój samorzutny nie będzie narażony na zahamowania, a wszelkie braki będą uzupełniane lub leczone. Wzrastanie polega na stopniowym wkraczaniu jednostki do różnych i coraz szerszych grup społecznych. Rola wychowawcy z kolei polega na pomocy w przezwyciężaniu braków środowiska i spożytkowaniu jego wartości. Wprowadzenie w wartości kulturalne natomiast jest inicjowaniem sytuacji i wytwarzaniem takiej atmosfery, w których jednostka będzie dostrzegać dobra kulturalne i dokonywać spośród nich odpowiedniego wyboru<sup>103</sup>.

Funkcją pedagogiki społecznej w aspekcie przeobrażenia środowiska i rozwoju osobowości były – według niej – kompensacja, profilaktyka i doskonalenie. Kompensacja oznacza celowe wyrównywanie braków utrudniających właściwy rozwój jednostki oraz stwarzanie prawidłowych warunków rozwoju (kompensacji mogą podlegać: sytuacja materialna, stany psychiczne, środowisko fizyczne). Profilaktyka jest związana z działaniami zapobiegającymi niekorzystnym wpływom bądź wzmacnianiem wpływów pozytywnych. Doskonalenie natomiast wiąże się z samodzielnymi działaniami służącymi wszechstronnemu rozwojowi dziecka<sup>104</sup>. H. Radlińskiej zawdzięczamy budowę teorii praktyki socjalnej. Ważne miejsce zajmują w niej zagadnienia „wychowania dla spraw zdrowia”. W jej teorii pracy

---

<sup>102</sup> W. Theiss, *Radlińska*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1984, s. 3.

<sup>103</sup> Z. Chmaj, *Prądy i kierunki w pedagogice XX wieku*, Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1963, s. 316.

<sup>104</sup> A. Kamiński, *Wstęp: Zakres i podstawowe pojęcia pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej*, [w:] H. Radlińska, *Pedagogika społeczna*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1961, s. 27.

socjalnej wzajemnie przenikają się zagadnienia kultury zdrowotnej, kultury pedagogicznej oraz pracy, stanowiąc podstawę teorii opieki.

Według autorki wychowanie dla spraw zdrowia polega na:

pomocy ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu, kształtowaniu nawyków, umiejętności i sprawności służących utrwalaniu i doskonaleniu zdrowia, pomocy w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem, kształtowaniu postawy umożliwiającej efektywną – albo skuteczną profilaktykę, ratownictwo, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz stosowanie zasad higieny w życiu jednostki i zbiorowości. Wychowanie zdrowotne właściwie pojęte jest systemem działań, których obecność wskazuje na humanistyczny walor pielęgnowania i w ogóle medycyny<sup>105</sup>.

Należy podkreślić, że słowo „pacjent” było przez Radlińską rozumiane szeroko w sensie aktualnym i potencjalnym. Wychowanie zdrowotne traktowała ona jako składnik kultury zdrowotnej. Zakres działań określanych mianem „wychowania dla spraw zdrowia” obejmował aspekty zdrowotne wszelkiej działalności ludzkiej, takiej jak: zwykłe czynności życiowe oraz codzienne zachowania związane ze zdrowiem. Szczególnie akcentowana była profilaktyka zdrowotna oraz higiena indywidualna i społeczna. Kładziono nacisk na dwa pola spraw ludzkich: pole pracy i pole odpoczynku oraz wypoczynku czynnego. Z kolei drugi aspekt „wychowania dla spraw zdrowia” obejmował czynności wychowawcze wychowania zdrowotnego ludzi, którzy są zatrudnieni w ochronie zdrowia, jako towarzyszące działaniom zdrowotnym<sup>106</sup>. Realizatora wychowania dla spraw zdrowia Radlińska upatrywała w osobie pielęgniarki środowiskowej, wprowadzając tym samym problematykę opieki pielęgniarskiej do teorii pedagogicznej i teorii pracy socjalnej. Pielęgniarka to według Radlińskiej „wychowawczyni społeczna”, podmiot działający jako wychowawca. Tworzą go dwa elementy będące zarazem podstawowymi w teorii pracy socjalnej, tj. a) czynności opiekuńcze i pomocnicze oraz składniki środowiska jako środki w kształtowaniu kultury zdrowotnej i opiekuńczej oraz b) uczestnictwo pielęgniarki w kulturze zdrowotnej jako komponent społeczeństwa wychowującego<sup>107</sup>. Należy podkreślić również, że praca socjalna w ujęciu H. Radlińskiej wiąże się także z integrowanym systemem opieki zdrowotnej, wyrażana głównie

---

<sup>105</sup> E.A. Mazurkiewicz, *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1983, s. 67.

<sup>106</sup> A. Kamiński, *Zakres i podstawowe pojęcia pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej*, [w:] H. Radlińska, *Pedagogika...*, op. cit., s. 78.

<sup>107</sup> K. Filipczak, J. Czernicki, *Problemy medycyny społecznej w ujęciu Heleny Radlińskiej – polskiego prekursora pedagogiki społecznej*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2005, z. 1, s. 63–66.

w walorach ciągłości opieki i pomocy, w możliwościach systemowego ujęcia działań opiekuńczych, profilaktycznych, kompensacyjnych oraz przetwarzaniu środowiska<sup>108</sup>.

Duży wkład w rozwój edukacji zdrowotnej wniósł także A. Kamiński. W centrum jego pracy i działalności stał człowiek oraz możliwości jego rozwoju w warunkach społeczno-ustrojowych. Wypowiadał się żywo w kwestiach społeczno-pedagogicznych, jakie dostrzegał w rzeczywistości wychowawczej. Jego rozważania dotyczące kultury zdrowotnej stanowią cenny wkład w refleksję teoretyczną pedagogiki społecznej oraz w praktyczną działalność wychowawców profesjonalnych i nieprofesjonalnych<sup>109</sup>. Kamiński uznawał zdrowie za wartość, dzięki której jednostka lub grupa mogą realizować swoje aspiracje życiowe oraz zmieniać bądź radzić sobie ze środowiskiem. Według autora zdrowie i sprawność fizyczna to motywy szczęścia osobistego, a o naruszeniu zdrowia nie stanowią tylko choroby kliniczne, lecz również stany odchyłeń fizycznych i funkcjonalnych. Kamiński sprowadza całość problematyki zdrowia do czterech procesów: informowania i instruowania, poradnictwa, szerzenia kultury zdrowotnej oraz praktykowania sportu rekreacyjnego<sup>110</sup>.

Związek z edukacją zdrowotną ma także pedagogika czasu wolnego A. Kamińskiego. Kamiński przywiązywał dużą wagę do regenerującej i kompensacyjnej funkcji czasu wolnego poprzez aktywne formy wypoczynku dzieci i turystykę dorosłych.

Kolejnym pedagogiem społecznym, którego działalność w znacznym stopniu przyczyniła się do rozwoju teorii i praktyki edukacji zdrowotnej, był R. Wroczyński. Jego zasługi wiążą się z propagowaniem idei pracy opiekuńczej, czasu wolnego, a przede wszystkim z upowszechnianiem turystyki i kultury fizycznej. Warto zwrócić uwagę na fakt, że wydane w 1985 roku dzieło pt. *Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu* stanowi istotne źródło wiedzy na temat genezy, a także rozwoju edukacji zdrowotnej<sup>111</sup>. Liczne odwołania do tematyki zdrowotnej, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym, można odnaleźć również w pracach S. Kawuli. Na szczególną uwagę zasługuje teoria wsparcia społecznego rozumianego jako pomoc dostępna, przekazywana nam poprzez kontakty z innymi ludźmi, grupami i większymi społecznościami. S. Kawula w swoich pracach wyraża troskę o zdrowie człowieka niezależnie od jego wieku oraz stanu zdrowia. Dostrzega i akcentuje również rolę rodziny w pielęgnowaniu i podnoszeniu kondycji

---

<sup>108</sup> E. Syrek, *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, s. 34.

<sup>109</sup> J. Frątczak, *Aleksander Kamiński o kulturze i promocji zdrowia*, [w:] I. Lepalczyk, W. Ciszkowski (red.), *Bogactwo życia i twórczości Aleksandra Kamińskiego*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001, s. 230.

<sup>110</sup> A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej*, PWN, Warszawa 1982, s. 359.

<sup>111</sup> R. Wroczyński, *Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1985.



zdrowotnej jej członków<sup>112</sup>. Dla rozwoju teorii i praktyki edukacji zdrowotnej istotne są rozważania Kawuli na temat współczesnych subkultur młodzieżowych oraz ich wpływu na różne aspekty życia, w tym zdrowia głównie psychicznego<sup>113</sup>. Edukacja zdrowotna pozostaje także w kręgu zainteresowań twórczych E. Trempały, który zalicza ją do specjalizacji pedagogiki społecznej obok pracy opiekuńczej, pracy socjalnej oraz animacji kultury. Autor zauważa potrzebę kształcenia absolwentów akademickich specjalności edukacja zdrowotna poprzez formułowanie celów, które ma realizować, oraz charakteryzując jego umiejętności. Absolwent taki powinien m.in. kształtować wartości i postawy zdrowotne, wpływać na pozytywne zmiany uznawanych wartości społecznych, postaw i zachowań zdrowotnych jednostek i grup społecznych oraz wzmacniać zdolność do samodzielnego rozwiązywania problemów zdrowotnych<sup>114</sup>. Traktując edukację zdrowotną jako specjalność pedagogiki społecznej, warto zwrócić uwagę na korzyści płynące z osiągnięć pedagogiki społecznej dla edukacji zdrowotnej. Po pierwsze – pomoc w porządkowaniu i systematyzowaniu poznawczych i decyzyjnych problemów pedagogiki zdrowia, po drugie – pedagogika społeczna może służyć rozwojowi edukacji zdrowotnej swym środowiskowym ujęciem namysłu teoretycznego i praktyki, co wyraża się w punkcie widzenia tej dyscypliny, po trzecie – pomoc w budowie racjonalnych systemów dla pedagogiki zdrowia, przez co mogą przyczynić się do rozwijania i doskonalenia praktyki poczynają w zakresie edukacji zdrowotnej<sup>115</sup>.

Reasumując, warto zwrócić uwagę na fakt, że niewątpliwie istnieje wielokierunkowość związków edukacji zdrowotnej z pedagogiką społeczną. Nie oznacza to jednakże niezależności od innych nauk. Aktualny rozrost zagadnień zdrowotnych społeczeństw spowodował znaczny rozwój współdziałających nauk wspomagających współczesną edukację zdrowotną. Są to nauki pedagogiczne, takie jak: pedagogika specjalna, historia wychowania, teoria wychowania, psychologia zdrowia, nauki biologiczne, nauki o wychowaniu fizycznym i sporcie, dietetyka, zdrowie publiczne. Skuteczna realizacja celów edukacji zdrowotnej wymaga także odwołania do psychologii rozwojowej i wychowawczej. Jednakże w najściślejszym związku edukacja zdrowotna – jeżeli chodzi o dyscypliny z obszaru psychologii – pozostaje z psychologią zdrowia.

---

<sup>112</sup> S. Kawula, J. Bragieli, A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001; S. Kawula, *Rodzina społecznego i indywidualnego ryzyka*, [w:] idem (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania, aktualność, perspektywy*, Toruń 2002, s. 502.

<sup>113</sup> S. Kawula, *Współczesne zagrożenia rozwoju dzieci i młodzieży*, [w:] idem (red.) *Pedagogika społeczna...*, op. cit., s. 386-411.

<sup>114</sup> E. Trempała, *Panorama pedagogiki społecznej*, Wyd. WSP, Bydgoszcz 1997, s. 161-162.

<sup>115</sup> E.A. Mazurkiewicz, *Pożytki z osiągnięć pedagogiki społecznej dla edukacji zdrowotnej*, [w:] B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy...*, op. cit., s. 88.

## **Rozdział 2. Okres dzieciństwa w kontekście edukacji zdrowotnej oraz praktyczna realizacja edukacji zdrowotnej w polskim systemie oświaty**

### **2.1. Rozwój oraz koncepcja zdrowia dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym a realizacja edukacji zdrowotnej**

Niewątpliwie edukacja zdrowotna jest ściśle skorelowana z szeroko pojętym rozwojem dziecka, bowiem od stopnia tego rozwoju zależy przyswojenie wiedzy zdrowotnej dzieci. Jak twierdzi B. Woynarowska oraz A. Małkowska-Szcutnik<sup>116</sup>, edukację zdrowotną w dzieciństwie rozpatrywać należy w kontekście dynamicznych zmian zachodzących we wszystkich sferach rozwoju i środowiska, w których rozwój ten się dokonuje. Rozwój w okresie dzieciństwa jest bardzo istotną fazą, przebiegającą dynamicznie, w którym dziecko rozwija się zarówno fizycznie, psychicznie, emocjonalnie, intelektualnie, jak i społecznie. W ujęciu ogólnym rozwój to „ciąg zmian podczas całego życia człowieka”<sup>117</sup>. W podobny sposób termin „rozwój” opisany został przez N. Sillamy’ego, który uważa, że jest to „seria etapów, przez które przechodzi istota żywa, by osiągnąć pełnię rozkwitu”<sup>118</sup>. Człowiek przez całe życie rozwija się, ulega pewnym wpływom oraz modelowaniu. Wszystkie doświadczenia życiowe, zbierane już od najmłodszych lat, nadają taki, a nie inny kształt konkretnej osobie. Nie bez powodu zakłada się, że „istotą rozwoju jest zmiana, zaś jego cechą charakterystyczną plastyczność”<sup>119</sup>. Warto zaznaczyć, że sposób, w jaki dziecko rozumie chorobę oraz porządkuje i aktualizuje doświadczenia w tym względzie, determinowany jest przez możliwości poznawcze dziecka na danym etapie jego rozwoju<sup>120</sup>. Wydaje się, że dobór metod i strategii edukacji zdrowotnej powinien być dostosowany przede wszystkim do rozwoju poznawczego, typów uczenia się, aktywności, doświadczenia, pełnionej roli oraz potrzeby w danym okresie życia<sup>121</sup>. W związku z tym, podejmując rozważania na temat rozwoju poznawczego dziecka zarówno w wieku przedszkolnym, jak i wczesnoszkolnym, należy oprzeć się na teorii J. Piageta<sup>122</sup>, która powinna być brana pod uwagę w doborze technik

---

<sup>116</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wyd. PWN, Warszawa 2017, s. 251.

<sup>117</sup> A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, PWN, Warszawa 2005, s. 671.

<sup>118</sup> N. Sillamy, *Słownik psychologii*, PWN, Warszawa 1999, s. 256.

<sup>119</sup> B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, PWN, Warszawa 2005, s. 10.

<sup>120</sup> M. Bonner, J. Finney, *A Psychosocial Model of Children's Health Status*, [w:] T.H. Ollendick, R.J. Prinz (eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 18, Plenum Press, New York 1996.

<sup>121</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 256.

<sup>122</sup> J. Piaget, *Mowa i myślenie dziecka*, przeł. J. Kałużka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.

i metod w edukacji zdrowotnej. Należy także zauważyć, że obecnie rozwój dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym zakłada pełne wykorzystanie fizycznych, umysłowych oraz emocjonalnych potencjałów rodziców tych dzieci w celu twórczej współpracy z nauczycielami przedszkolnymi, co z kolei wspomaga wielowymiarowo rozwój ich dziecka<sup>123</sup>.

Psychologia oraz pedagogika rozróżniają kilka okresów, faz rozwojowych życia człowieka, w odniesieniu do osób niepełnoletnich, a mianowicie<sup>124</sup>:

- niemowlęctwo – do 1. roku życia
- wczesne dzieciństwo – od 1. roku do 3 lat
- wiek przedszkolny (średnie dzieciństwo) – od 3 lat do 6 lat
- młodszy wiek szkolny (późne dzieciństwo) od 7 lat do 11-12 lat
- wiek dorastania – powyżej 12. roku życia.

W niniejszej rozprawie bliżej opisane zostały dwa okresy rozwojowe: dzieci w wieku przedszkolnym oraz młodszym wieku szkolnym.

Wiek przedszkolny to najlepszy okres rozwojowy do kształtowania nawyków, postaw i umiejętności życiowych. Jego tradycyjna nazwa wywodzi się stąd, że okres ten poprzedza podjęcie przez dziecko obowiązku szkolnego<sup>125</sup>. Wiek przedszkolny jest okresem intensywnego rozwoju na wszelkich poziomach funkcjonowania. Jego prawidłowy przebieg ma istotne znaczenie dla późniejszych lat życia, a wiadomości oraz umiejętności zdobyte przez dziecko w trakcie wychowania przedszkolnego stanowią istotne podłoże zarówno do dalszego kształcenia, jak i rozwoju<sup>126</sup>. Ten etap rozwoju osobniczego jest również bardzo istotnym momentem ze względu na inicjowanie działań zdrowotnych oraz wspieranie rozwoju fizycznego dziecka. Proces edukacji zdrowotnej w przedszkolu jest zatem szeregiem działań wychowawczych, które charakteryzuje planowość, ciągłość oraz systematyczność, mające na celu, wraz z rozwojem osobniczym dziecka, wyposażyć je w elementarną wiedzę o zdrowiu. Wyposażenie dziecka w tego typu wiedzę i umiejętności powinno odbywać się w sposób naturalny, a więc w powiązaniu z innymi czynnościami, takimi jak: zabawa, wypoczynek oraz czynności higieniczne.

---

<sup>123</sup> M. Sitarczyk, *Działalność informacyjno-edukacyjna przedszkola w kształtowaniu postaw wychowawczych rodziców*, [w:] S. Guz (red.), *Edukacja przedszkolna na przełomie tysiącleci. Wybrane zagadnienia*, PWN, Warszawa 2001, s. 103.

<sup>124</sup> E.B. Hurlock, *Rozwój dziecka*, Difin, Warszawa 2008, s. 77.

<sup>125</sup> M. Przetacznikowa, *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1997, s. 416.

<sup>126</sup> *Ibidem*, s. 247-251.

Jak już wcześniej wspomniano, rozwój dziecka to wzajemnie powiązane ze sobą i przeplatające się sfery rozwoju zarówno fizycznego, psychicznego, społecznego, jak i emocjonalnego. Wszystkie te zmiany pomagają mu lepiej rozumieć i porządkować świat wokół oraz myśleć o nim w twórczy i coraz bardziej samodzielny, jak również złożony sposób. Wczesny rozwój społeczno-emocjonalny tworzy podstawy funkcjonowania człowieka w ciągu całego życia. Pierwsze lata życia dziecka stwarzają okazję do wyposażenia go w kompetencje umożliwiające efektywną i dającą satysfakcję adaptację w środowisku – zarówno w danym momencie życia, jak i w przyszłości<sup>127</sup>.

Rozwój społeczny oraz emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym to procesy długotrwałe, jak i wzajemnie ze sobą powiązane. Wzajemna zależność obu tych procesów jest istotnym czynnikiem w kształtowaniu osobowości dziecka w tym okresie<sup>128</sup>.

E.B. Hurlock twierdzi, że rozwój społeczny odbywa się poprzez<sup>129</sup>:

- uczenie się zachowań społecznie aprobowanych, obejmujących poznawanie obyczajów oraz tradycji i uczenie się zachowań akceptowanych przez grupę
- pełnienie ról społecznie aprobowanych, tzn. takich, które dana grupa społeczna przyjęła za własne
- rozwój postaw społecznych, łączących się z przyjęciem nowych sposobów zachowania.

Wiek przedszkolny cechuje wzbogacenie i różnicowanie życia uczuciowo-emocjonalnego. Okres przedszkolny to również duże zmiany w sposobie przeżywania emocji i ich wyrażania.

O rozwoju emocjonalnym J. Strelau pisze następująco: między 2. a 6. rokiem życia dziecko coraz lepiej rozumie emocje własne i innych osób, nabiera zdolności regulowania ekspresji emocji, nabywa umiejętności zaradczych, które pozwalają mu kształtować pozytywne kontakty z dorosłymi i rówieśnikami<sup>130</sup>. W zachowaniu u dzieci w wieku przedszkolnym można zaobserwować wyraźnie zaznaczające się afekty, takie jak: uczucia gwałtowne, silne, krótkotrwałe, które dziecko odtwarza w gestach, mimice w słowach i ruchach<sup>131</sup>. W tym okresie dziecko łatwo uzewnętrznia afekty, które u niego powstają, powodując tym samym wiele jego konfliktów z otoczeniem społecznym. Oprócz

---

<sup>127</sup> M. Czub, *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014, s. 10.

<sup>128</sup> M. Iwanicka, *Rodzinne uwarunkowania rozwoju emocjonalnego i społecznego dziecka*, „Wychowanie w Przedszkolu” 1995, nr 10, s. 584.

<sup>129</sup> E.B. Hurlock, *Rozwój...*, s. 437.

<sup>130</sup> J. Strelau, *Psychologia. Podręcznik akademicki. Podstawy psychologii*, Gdańsk 2003, t. 1 i 2.

<sup>131</sup> M. Przetacznikowa, G. Makiełło-Jarża, *Psychologia rozwojowa*, Warszawa 1980, s. 106-107.

impulsywności widoczna jest również zmienność w nastrojach i uczuciach. Wraz z wiekiem dzieci dojrzewają emocjonalnie, uczą się opanowywać swoje afekty oraz rozwijać uczucia wyższe, w tym społeczne, moralne i estetyczne<sup>132</sup>. Dziecko w wieku przedszkolnym nawiązuje również szerokie kontakty społeczne z otoczeniem. Głównym środowiskiem społecznym dla dziecka jest w tym okresie rodzina, a kontakty z jej członkami mają ogromne znaczenie dla rozwoju osobowości dziecka. W tym stadium rozwoju dziecko naśladuje zachowanie oraz postawy społeczne, przyjmując wzorce i pewne role.

Dla rozwoju społecznego dziecka w wieku przedszkolnym ważne są także kontakty w grupach przedszkolnych<sup>133</sup>. W wieku przedszkolnym jedną z ważniejszych aktywności związanych zarówno z rozwojem społeczno-emocjonalnym, jak i poznawczym jest zabawa. Określana jest ona jako najważniejsza linia rozwoju w tym okresie życia. Za pośrednictwem zabawy dziecko realizuje swoje pragnienia, uczy się oddzielać rzeczywistość od wyobraźni, rozwija myślenie abstrakcyjne, poznaje i ćwiczy sytuacje społeczne, podporządkowywanie się regułom, przechodzi od spontanicznego działania do realizowania zaplanowanych wcześniej aktywności<sup>134</sup>.

Zabawy pełnią także inną znaczącą rolę w rozwoju dziecka na etapie rozwoju przedszkolnego, tzn. stanowią jedyną w swoim rodzaju okazję do nawiązywania oraz rozwoju kontaktów społecznych z rówieśnikami. W zakresie rozwoju w okresie przedszkolnym zabawa z rówieśnikami odgrywa zatem zasadniczą rolę w rozwoju psychicznym dziecka, a także w jego rozwoju emocjonalnym i społecznym. Podczas zabawy dzieci „wchodzą w interakcje równoważne, czują się coraz bardziej odpowiedzialne za wspólne działania oraz ustalanie celu zabawy niż w kontaktach z dorosłymi”<sup>135</sup>.

Warto jednakże podkreślić, że w trakcie rozwoju na etapie przedszkolnym można zauważyć, iż przychodzi moment, w którym dziecko zaczyna przejawiać zachowania aspołeczne.

Jak opisuje B. Hurlock, w okresie wczesnego dzieciństwa najczęściej przejawianymi wzorami zachowań aspołecznych są: „negatywizm, kłótnie, agresja, dokuczanie i znęcanie się, zachowanie wyniosłe, uprzedzenia, antagonizm płci,” egocentryzm oraz „przeciwstawienie się naciskom ze strony innych osób”<sup>136</sup>.

---

<sup>132</sup> M. Kwiatkowska, *Podstawy pedagogiki przedszkolnej*, Warszawa 1988, s. 245.

<sup>133</sup> M. Przetacznikowa, G. Makiełło-Jarża, *Psychologia...*, op. cit., s. 113-116.

<sup>134</sup> L.S. Wygotki, *Zabawa i jej rola w rozwoju psychicznym dziecka*, [w:] A. Brzezińska, M. Marchow (red.), *Lew S. Wygotki. Wybrane prace psychologiczne II. Dzieciństwo i dorastanie*, Zysk i S-ka, Poznań 2002.

<sup>135</sup> M. Kielar-Turska, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka...*, op. cit., s. 115.

<sup>136</sup> *Ibidem*, s. 459.

Zachowania aspołeczne dają, wbrew pozorom, wiele cennych doświadczeń w zakresie rozwoju dziecka na analizowanym w niniejszym podrozdziale etapie. Dzięki nim najmłodszy mogą zaobserwować, jakie są reakcje innych ludzi na ich negatywne zachowania oraz „dowiadują się, że jeżeli chcą być akceptowanymi członkami grupy społecznej, muszą zmienić swoje zachowanie”<sup>137</sup>. Właśnie przez liczne doświadczenia zdobywane w okresie przedszkolnym zachodzi „doskonalenie się zachowań społecznych dzieci. W ostatnich dekadach w edukacji zdrowotnej dzieci nastąpiła wyraźna koncentracja na zagadnieniach zdrowia psychospołecznego, wynikająca z warunków życia we współczesnym świecie, nieraz utrudniającym prawidłowy rozwój społeczny i emocjonalny młodych ludzi”<sup>138</sup>. Rozwijanie społecznych oraz emocjonalnych umiejętności dzieci w wieku przedszkolnym idealnie wpisuje się w zadania współczesnej edukacji zdrowotnej, w której to aspekt ten nie może zostać pominięty.

Rozwój fizyczny i motoryczny dziecka w wieku przedszkolnym charakteryzuje się progresywnością, która przebiega w sposób uporządkowany i logiczny<sup>139</sup>. Zachodzące w rozwoju fizycznym zmiany charakteryzują się zwiększoną wydolnością całego organizmu oraz poszczególnych jego organów. Prawidłowy rozwój fizyczny i poziom sprawności psychomotorycznych jest wyznacznikiem zdrowia u dzieci. Stanowi on wartość, o którą trzeba dbać i którą należy modyfikować, szczególnie w wieku przedszkolnym.

W rozwoju fizycznym dzieci w wieku przedszkolnym zachodzą istotne zmiany ilościowe i jakościowe, przejawiające się we wzrastaniu, różnicowaniu oraz dojrzewaniu poszczególnych układów i narządów. Nasilenie tych zmian występuje między 4. i 5. rokiem życia dziecka i nazwane zostało „skokiem rozwojowym”.

Z rozwojem fizycznym w ścisłym związku pozostaje rozwój motoryczny dziecka. Rozwój motoryczny małego dziecka związany jest z rozwojem ruchów mięśni, które w początkowym okresie życia są przypadkowe i bez znaczenia. Wraz z rozwojem dziecka, a także dojrzewaniem jego układów fizjologicznych oraz narządów wewnętrznych ruchy przypadkowe zastępowane są celowymi i prawidłowymi. Dziecko zaczyna wykonywać coraz bardziej złożone ruchy oraz skomplikowane czynności, a jego działania stają się coraz bardziej celowe i inteligentne. Rozwój motoryczny dziecka w wieku przedszkolnym wiąże się z dokonującymi się zmianami ilościowymi i jakościowymi, które przejawiają się

---

<sup>137</sup> Ibidem, s. 460.

<sup>138</sup> Ibidem, s. 461.

<sup>139</sup> H. Cudak, *Znaczenie rodziny w rozwoju i wychowaniu małego dziecka*, Warszawa 1999, s. 206.

w opanowaniu nowych czynności i ruchów, doskonaleniu ich precyzyjności oraz w coraz lepiej rozwiniętej koordynacji ruchowej i wzrokowo-ruchowej<sup>140</sup>.

Rozwój psychiczny dziecka w wieku przedszkolnym jest silnie sprzężony i uwarunkowany rozwojem fizycznym. Mówiąc o rozwoju psychicznym, mamy na uwadze rozwój różnych procesów poznawczych, jak również cech psychicznych, które kształtują osobowość dziecka<sup>141</sup>. W zakresie bezpośredniego sensorycznego oraz bezpośredniego umysłowego poznawania świata zachodzą w wieku przedszkolnym duże zmiany, które prowadzą do tego, że dziecko coraz lepiej dostosowuje się do swego środowiska i zyskuje szersze możliwości działania. Dzięki stopniowemu doskonaleniu się funkcji poznawczych i czynności umysłowych dziecko osiąga pod koniec wieku przedszkolnego wyższy jakościowo poziom rozwoju psychicznego<sup>142</sup>.

Procesy poznawcze to przede wszystkim spostrzeganie, uwaga i pamięć, jak również wyobrażenia, myślenie i mowa. Etapy rozwoju poznawczego dziecka w wieku przedszkolnym (okres przedoperacyjny) najtrafniej opisuje J. Piaget<sup>143</sup>. Teoria rozwoju poznawczego J. Piageta zakłada, że każde dziecko przechodzi takie same stadia rozwoju poznawczego i w takiej samej kolejności. Zdaniem Piageta rozwój dziecka zależy przede wszystkim od niego samego i podejmowanych przezeń działań w odkrywaniu otoczenia. Dzieci w fazie rozwoju inteligencji przedoperacyjnej (2-6 r.ż.) stają się zdolne, wraz z rozwojem mowy, do myślenia symbolicznego, a możliwości intelektualne są zdominowane przez postrzeżenia, a nie myślenie i operowanie pojęciami. Zgodnie z propozycją J. Piageta drugim stadium aktywności zabawowej dzieci jest zabawa symboliczna. W jej trakcie, czyli przez cały etap pobytu w przedszkolu, „dziecko wykorzystuje fantazję oraz jest usatysfakcjonowane używaniem jednego przedmiotu jako symbolu innego”<sup>144</sup>. W tym właśnie przejawia się dziecięca wyobraźnia i – jak zauważył J. Piaget – rozwój inteligencji<sup>145</sup>. W związku z tym adekwatnymi metodami oraz technikami w edukacji zdrowotnej są: kształtowanie podstawowych umiejętności troski o ciało oraz bezpieczeństwo w powiązaniu z codziennymi czynnościami w formie zabawy, jak również rozwijanie umiejętności psychospołecznych<sup>146</sup>. Wymienione wyżej właściwości rozwojowe dzieci w wieku

---

<sup>140</sup> K. Żuchelkowska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 125.

<sup>141</sup> D. Chrzanowska, *Dziecko w wieku przedszkolnym*, Warszawa 1978, s. 47.

<sup>142</sup> M. Przetacznikowa, *Wiek przedszkolny*, [w:] M. Żebrowska (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1980, s. 439.

<sup>143</sup> J. Piaget, *Mowa...*, op. cit.

<sup>144</sup> A. Birch, T. Malim, *Psychologia rozwojowa w zarysie – od niemowlęctwa do dorosłości*, PWN, Warszawa 1995, s. 30-35.

<sup>145</sup> Ibidem, s. 36.

<sup>146</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 256.

przedszkolnym powodują, że dzieci te w zakresie edukacji zdrowotnej są uczestnikami zaprogramowanych i organizowanych działań przez dorosłych. Niewątpliwie jednak należy pytać je o zdanie i brać pod uwagę ich opinie, jak również umożliwiać współpracę z rówieśnikami i stwarzać możliwości osiągnięcia sukcesów<sup>147</sup>.

Z kolei odnosząc się do rozwoju dzieci w wieku wczesnoszkolnym, należy zauważyć, że mówiąc o młodszym wieku szkolnym, mamy na myśli czas tak zwanego późnego dzieciństwa, trwający (około) od 7. do 11. czy 12. roku życia. W tym czasie młody człowiek rozpoczyna naukę w szkole<sup>148</sup>. Dzieci podejmujące naukę w szkole zazwyczaj różnią się od swoich rówieśników zarówno pod względem stopnia przygotowania do podjęcia edukacji, jak również rozwoju psychofizycznego.

Przekraczając próg szkoły, dzieci zaczynają nowy etap swojego życia. W porównaniu do dzieci rozpoczynających przedszkole są silniejsze i dojrzałe. Wzrasta ich odporność na choroby, charakteryzują się znacząco rozwiniętą koordynacją ruchową<sup>149</sup>, a aktywność ruchowa u dziecka jest naturalnym zjawiskiem w tym okresie. Mówiąc o rozwoju psychicznym dziecka w wieku wczesnoszkolnym, myślimy głównie o rozwoju procesów i cech psychicznych mających wpływ na kształtującą się osobowość. Do procesów psychicznych zaliczamy m. in.: procesy poznawcze, uczucia i procesy woli. Natomiast do cech psychicznych zaliczamy m.in.: cechy temperamentu, charakteru, a także zdolności, zainteresowania, skłonności<sup>150</sup>. W rozwoju psychicznym obserwuje się utratę dziecięcej spontaniczności, charakterystycznej dla okresu przedszkolnego, a także zwiększa się wiedza dotycząca emocji. Wraz z rozwojem wiedzy na temat emocji oraz możliwością oceny własnych sukcesów i porażek pojawia się zdolność do samooceny. Ukształtowanie się pozytywnej i realistycznej samooceny stanowi oznakę właściwego przebiegu procesów rozwojowych<sup>151</sup>.

Życie emocjonalne dziecka w tym wieku cechuje duża impulsywność, a jednocześnie chwiejność równowagi. Warto zauważyć, że dojrzałość emocjonalna łączy się z dojrzałością szkolną, jest to nieodłączny element<sup>152</sup>. Wraz z wiekiem poszerza się też skala uczuć – dzięki

---

<sup>147</sup> Ibidem, s. 218.

<sup>148</sup> L. Wołoszynowa, *Młodszy wiek szkolny*, [w:] M. Żebrowska (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1977, s. 523.

<sup>149</sup> E. Chobocka, *Rozwój sprawności ruchowej*, [w:] D. Al-Khamisy (red. prow.), *Obserwacja dziecka w przedszkolu*, Raabe, Warszawa 2005, s. 105.

<sup>150</sup> I. Roszkiewicz, *Młodszy wiek szkolny*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1983, s. 43.

<sup>151</sup> K. Appelt, *Wiek szkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, [w:] A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 259-303.

<sup>152</sup> E. Uchmanowicz, *Dojrzałość emocjonalna a dojrzałość szkolna*, „Wychowawca” 2012, nr 1, s. 10.



bliskim kontaktom z przyrodą dzieci zaczynają rozwijać swe uczucia estetyczne, a dzięki kontaktom z innymi ludźmi, w tym też z rówieśnikami – swe uczucia społeczne. Wraz z uczuciami rozwija się i wola dziecka<sup>153</sup>. Aby było ono gotowe do nauki, musi spełnić szereg warunków, które pozwolą mu sprostać oczekiwaniom, jakie stawia przed nimi szkoła. Najogólniej dojrzałość szkolna oznacza „osiągnięcie przez dziecko pewnego momentu równowagi pomiędzy własnymi możliwościami rozwojowymi a wymaganiami szkoły”<sup>154</sup>. Aktualny model dziecka dojrzałego do podjęcia nauki w szkole obejmuje następujące aspekty: dojrzałość fizyczna dziecka uwidacznia się w jego ogólnej aktywności i zdrowiu. Dojrzałość emocjonalno-społeczna wyraża się przede wszystkim w zdolnościach współdziałania w grupie rówieśniczej, opanowaniu relacji emocjonalnych, jak również w wytrwałości w pracy<sup>155</sup>. Wejście w ten nowy dla dziecka etap staje się bardzo intensywnym bodźcem rozwoju każdej sfery: emocjonalnej, umysłowej fizycznej i społecznej<sup>156</sup>. Rozwojowi poznawczemu dzieci w wieku szkolnym odpowiada, według Jeana Piageta<sup>157</sup>, stadium operacji konkretnych. Rozwój poznawczy dziecka cechują operacje umysłowe z wykorzystaniem posiadanej wiedzy. Dziecko rozumie w sposób systematyczny, stara się rozwiązywać problem logicznie oraz wyzbywa się egocentryzmu<sup>158</sup>. Osiągnięcia związane z tym okresem rozwoju dziecka pozwalają na budowanie koncepcji dotyczących otaczającego świata, w tym również koncepcji zdrowia i choroby. W edukacji zdrowotnej dzieci w wieku wczesnoszkolnym zwiększa się możliwość wykorzystania coraz większej liczby metod i technik jej realizacji, poprzez odwołanie się do konkretnych sytuacji, zachowań i przeżyć dziecka<sup>159</sup>. Umiejętne kierowanie wszystkimi procesami poznawczymi daje sylwetkę rozwojową dziecka harmonijnie rozwiniętą, na poziomie jego możliwości wiekowych.

Należy zauważyć, że ważną rzeczą jest umiejętność wykształcenia w dziecku prawidłowych postaw społecznych. Nauczyciel powinien umieć wykształcić w uczniu postawy, które będą przydatne w jego przyszłym życiu. Rola nauczyciela w edukacji zdrowotnej nie ogranicza się tylko do przekazywania uczniom wiedzy, ale również polega na kształtowaniu umiejętności życiowych oraz rozwijaniu psychologicznych zasobów dla

---

<sup>153</sup> I. Sikorska, *Rozwój dziecka w przedszkolu: stymulujące wartości wybranych systemów edukacyjnych*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 89.

<sup>154</sup> E. Jarosz, *Wybrane obszary diagnozowania pedagogicznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006, s. 69.

<sup>155</sup> G. Grabowska, A. Wysocka, *Wybrane zagadnienia z metodyki nauczania początkowego i wychowania początkowego oraz praktyki pedagogicznej*, Słupsk 1987, s. 291.

<sup>156</sup> R. Stefańska-Klar, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 2000, s. 131.

<sup>157</sup> J. Piaget, *Mowa...*, op. cit.

<sup>158</sup> Ibidem.

<sup>159</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 256.

zdrowia. Edukacja zdrowotna w tym okresie powinna pomóc dziecku w rozumieniu zmian zachodzących w jego organizmie, w emocjach oraz relacjach z innymi. Powinna wspierać dziecko w lepszej adaptacji do warunków szkolnych, chronieniu się przed zagrożeniami dla zdrowia oraz rozwoju, jak również w przygotowaniu do nadchodzącego okresu dojrzewania płciowego<sup>160</sup>.

Warto również zaznaczyć, że wielu badaczy zwraca uwagę na fakt, że dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym inaczej postrzegają zdrowie i chorobę niż ludzie dorośli. Zmiany w rozumowaniu zdrowia w dzieciństwie wyjaśnia teoria rozwoju poznawczego J. Piageta<sup>161</sup>. Zgodnie z tą teorią dzieci w stadium przedoperacyjnym (2-6 r.ż.) udzielają zazwyczaj ogólnych odpowiedzi na temat zdrowia, często odnoszą się do samych siebie. Z kolei dzieci w stadium operacji konkretnych (młodszy wiek szkolny) wymieniają specyficzne działania oraz zasady dotyczące utrzymania zdrowia bądź też uniknięcia choroby. Dzieci w tym wieku zazwyczaj wykazują przekonanie, że choroby są wywołane przez kontakt fizyczny z chorą osobą<sup>162</sup>. Pojmowanie zdrowia i choroby jako zjawisk wprawdzie nienamacalnych, ale przejawiających się na różne konkretne sposoby, powinno znaleźć swój wyraz w dziecięcych opisach konkretnych zachowań, emocji czy symptomów towarzyszących człowiekowi w sytuacji choroby<sup>163</sup>.

Obecnie zmiany w rozumieniu zdrowia w dzieciństwie w znacznej mierze przypisuje się doświadczeniu rodzinnemu oraz wpływom społecznym, kulturowym i edukacji zdrowotnej<sup>164</sup>. Z kolei, jak twierdzą I. Kalnins<sup>165</sup> oraz S. Normandeau<sup>166</sup>, badając rozumienie zdrowia i czynników go warunkujących przez dzieci młodsze, należy zadawać pytania w kontekście ich życiowych doświadczeń. Przy zastosowaniu takiego podejścia okazuje się, że dziecięca koncepcja zdrowia wykazuje podobieństwa do koncepcji zdrowia osoby dorosłej. Jest ona złożona i obejmuje trzy podstawowe wymiary<sup>167</sup>: bycie sprawnym, zachowania sprzyjające zdrowiu oraz zdrowie psychiczne. Ponadto można stwierdzić, że na koncepcję

---

<sup>160</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014, s. 63.

<sup>161</sup> J. Piaget, *Mowa...*, op. cit.

<sup>162</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2007, op. cit., s. 252.

<sup>163</sup> Y. Woźniakowa, *Rozumienie choroby przez dzieci w wieku szkolnym – badania pilotażowe*, [w:] Z. Dołęga, M. John-Borys (red.), *Zdrowie psychiczne uczniów – różne konteksty i odniesienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2009, s. 185-195.

<sup>164</sup> M. John-Borys, *Koncepcja zdrowia...*, op. cit., s. 22.

<sup>165</sup> I. Kalnins, S. Jutras, S. Normandeau, P. Morin, *Children's health actions within the context of daily living*, „American Journal of Health Behaviour” 1998, vol. 22, no. 6, s. 460-472.

<sup>166</sup> S. Normandeau, I. Wins, S. Jutras, D. Hanigan, *A description...*, op. cit.

<sup>167</sup> Ibidem.

zdrowia dzieci wpływ mogą mieć również inne czynniki, takie jak np.: czynniki społeczno-ekonomiczne rodziny oraz czynniki psychospołeczne środowiska szkolnego<sup>168</sup>.

Zdrowie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym zarówno w aspekcie fizycznym, psychicznym, jak i społecznym, oprócz innych uwarunkowań, jest niewątpliwie efektem funkcjonowania systemu edukacji zdrowotnej oraz przedmiotem licznych rozpraw i badań naukowych. Podsumowując, można stwierdzić, że każde dziecko rozwija się w różnym tempie, w innych warunkach środowiskowych i wychowawczych. Dzieci różnią się od siebie osobowością oraz wieloma cechami fizycznymi i psychicznymi. Jednakże u wszystkich dzieci w tym okresie można zauważyć liczne istotne zmiany w rozwoju fizycznym, społeczno-emocjonalnym oraz psychicznym, które są typowe i charakterystyczne wyłącznie dla wieku przedszkolnego lub wczesnoszkolnego, pozwalające wyodrębnić ten okres spośród innych okresów rozwojowych<sup>169</sup>. W związku z tym edukacja zdrowotna uwzględniać powinna właściwości oraz możliwości rozwojowe w poszczególnych okresach życia dziecka, w tym: rozumienie przez niego pojęcia zdrowia i choroby, jego rozwój poznawczy oraz jego aktywność związaną z dbaniem o zdrowie<sup>170</sup>. Ponadto edukacja zdrowotna winna wspierać również proces socjalizacji zdrowotnej dzieci, poprzez kształtowanie umiejętności i zachowań sprzyjających zdrowiu w interakcji z rodzicami dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Rodzice i nauczyciele powinni efektywnie wykorzystać etap wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej do jak największego wielopłaszczyznowego rozwoju dziecka.

## **2.2. Przedszkole i szkoła jako miejsca działań z zakresu edukacji zdrowotnej**

Na wstępie należy zaznaczyć, że z punktu widzenia działań z zakresu edukacji zdrowotnej istnieje wiele odrębności między przedszkolem a szkołą. Odrębność ta dotyczy zarówno zadań obu instytucji, warunków, organizacji życia i pracy oraz edukacji i społeczności. W związku z tym przedszkolna koncepcja i strategia działań z zakresu edukacji zdrowotnej jest odmienna od działań zakładanych i realizowanych w szkołach.

---

<sup>168</sup> J. Mazur (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015; J. Mazur, A. Małkowska, M. Woynarowska-Soldan, *Związki między środowiskiem psychospołecznym i przystosowaniem szkolnym a zdrowiem, zadowoleniem z życia i zachowaniami ryzykownymi uczniów gimnazjum*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 2003, s. 109-131.

<sup>169</sup> M. Przetacznikowa, G. Makiełło-Jarża, *Psychologia rozwojowa*, WSiP, Warszawa 1974.

<sup>170</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2007, op. cit., s. 259.

Edukacja zdrowotna, rozpatrywana jako inwestycja w zasoby ludzkie, powinna być realizowana od przedszkola, które jest pierwszą instytucją zorganizowanych działań socjalizacyjno-edukacyjnych<sup>171</sup>. Przedszkole może stać się optymalnym miejscem dla rozpoczęcia działalności w zakresie edukacji zdrowotnej ze względu na liczne udogodnienia dla procesu dydaktyczno-wychowawczego, jak chociażby zakres oddziaływania na podopiecznych oraz czas spędzony przez wychowanków w przedszkolu. Przebywając w przedszkolu wiele godzin, dziecko „zdobywa podstawowe informacje i umiejętności niezbędne do wzmacniania zdrowia w sposób naturalny, w powiązaniu z zabawą, posiłkami, zabiegami higienicznymi i wypoczynkiem”<sup>172</sup>. Promowanie zdrowego stylu życia wśród dzieci w wieku przedszkolnym stanowi bardzo istotny obszar funkcjonowania każdej placówki przedszkolnej. Dzięki prawidłowemu wdrażaniu, realizowaniu i monitorowaniu edukacji zdrowotnej placówki te mogą dynamiczniej wpływać na trwałe rozwój edukacyjno-zdrowotny swoich podopiecznych. Edukacja zdrowotna jest podstawowym prawem dziecka zagwarantowanym licznymi zapisami<sup>173</sup>, inwestycją przynoszącą olbrzymie zyski jednostce i społeczeństwu oraz źródłem uczniowskich postaw, przekonań oraz zachowań zdrowotnych<sup>174</sup>. To nie tylko przekazywanie wiedzy o tym, co jest korzystne bądź szkodliwe dla zdrowia, lecz także rozwijanie umiejętności oraz nawyków, które pomogą skutecznie wykorzystywać tę wiedzę. Edukację zdrowotną dzieci w wieku przedszkolnym należy rozumieć jako określony ciąg planowanych działań wychowawczych, które uwzględniają intensywność rozwoju psychofizycznego i społecznego oraz uwarunkowania środowiskowe. W dłuższej perspektywie czasowej winny one doprowadzić do wzbogacenia wiedzy dziecka z dziedziny zdrowia oraz kształtowania się u niego postawy „prozdrowotnej”. Edukacja zdrowotna w przedszkolu powinna opierać się na potrzebach zdrowotnych wychowanków, podlegających charakterystycznym ewolucjom w wyniku procesu rozwoju dziecka. Działania te powinny również umożliwić nabycie określonych umiejętności oraz przyswoić prawidłowe przyzwyczajenia i nawyki higieniczno-zdrowotne<sup>175</sup>.

---

<sup>171</sup> E. Flatow, A. Durda, *Rozwiązania praktyczne w zakresie edukacji zdrowotnej w przedszkolu na przykładzie programu „Zdrowy Przedszkolak”*, „Lider” 2009, nr 2, s. 8.

<sup>172</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 224.

<sup>173</sup> Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. z 1991r. Nr 120, poz. 526, Dz.U. z 2000 r. Nr 2, poz. 11), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319), Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67).

<sup>174</sup> B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, KOWEZ, Warszawa 2001, s. 56.

<sup>175</sup> G. Antoszczuk, *Promocja zdrowia w przedszkolnej edukacji zdrowotnej*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2005, nr 2, s. 32-34.

Podstawą do osiągnięcia celu edukacji zdrowotnej w przedszkolu jest również ścisła współpraca przedszkola z rodziną oraz najbliższym otoczeniem dziecka, z nich bowiem czerpie ono liczne przykłady postaw i zachowań zdrowotnych.

Zasadniczym i podstawowym zadaniem przedszkola, jak również rodziców, jest zapewnienie dzieciom warunków do zachowania, pomnażania i ratowania ich zdrowia oraz edukacji zdrowotnej poprzez kształtowanie umiejętności, nawyków, postaw higieniczno-kulturalnych oraz zagwarantowanie bezpieczeństwa we wszystkich środowiskach ich życia oraz działalności. Warto zwrócić uwagę na fakt, że edukacja zdrowotna jest dziedziną bardzo złożoną i trudną, ale niezbędną. Nie może być ona pominięta w przedszkolnym okresie rozwoju, ponieważ jest on najbardziej sprzyjającym i podstawowym dla skutecznej edukacji zdrowotnej<sup>176</sup>.

Aby edukacja zdrowotna w przedszkolu była skuteczna i dała zamierzony efekt, należy jasno i wyraźnie określić jej cele. Są to sensowne, planowane, konkretne i z góry oczekiwane skutki, które nauczyciel powinien osiągnąć. Ukazują one szczyt, jakim jest zdobywanie przez dzieci w wieku przedszkolnym wiedzy o zdrowiu, kształtowanie nawyków zdrowotnych mających wpływ na dobrostan organizmu, modelowanie przekonań, postaw i umiejętności<sup>177</sup>.

Cele edukacji zdrowotnej w przedszkolu wynikają m.in. z: właściwości psychofizycznych dziecka w wieku przedszkolnym, z paradygmatu edukacji podmiotowej, traktowania zdrowia jako wartości autotelicznej oraz z podstawy programowej wychowania przedszkolnego.

Podstawowymi i zasadniczymi celami edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym są: kształtowanie lub modyfikowanie zachowań dziecka oraz jego rodziców w dziedzinach, które zapewniają zdrowie w aspekcie biopsychospołecznego rozwoju oraz przygotowanie dziecka do podjęcia podstawowych czynności dla ochrony oraz kształtowania lokalnego środowiska przyjaznego zdrowiu oraz życiu własnemu i innym<sup>178</sup>. Cele ukierunkowane na dziecko wyznaczają następujące zadania polegające na:

- nabywaniu oraz bogaceniu wiedzy (informacji), kształtowaniu czynnych postaw (wobec zdrowia i bezpieczeństwa zarówno własnego, jak i innych)
- kształtowaniu umiejętności (określanych mianem życiowych).

---

<sup>176</sup> E. i J. Frątczakowie, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 6.

<sup>177</sup> K. Denek, *Wartości i cele edukacji szkolnej*, Wyd. Edytor, Poznań–Toruń 1994, s. 35.

<sup>178</sup> E. i J. Frątczakowie, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 19.

Aby skutecznie osiągać cele edukacji zdrowotnej, duże znaczenie mają zasady tej edukacji. W przypadku edukacji dzieci w wieku przedszkolnym szczególnie przydatne są m.in. następujące zasady<sup>179</sup>:

- zasada koordynacji sił społecznych w przedszkolu i jego środowisku społecznym
- zasada swobodnego doboru treści edukacji zdrowotnej zgodnie z potrzebami zarówno dzieci, jak również ich rodziców i środowiska społecznego
- zasada bezpośredniego powiązania procesu edukacji zdrowotnej z lokalnym środowiskiem przyrodniczym
- zasada emocjonalnego stosunku do treści edukacji zdrowotnej
- zasada zapewnienia bezpieczeństwa zarówno technicznego, jak i psychicznego dzieciom
- zasada diagnozowania potrzeb dzieci i ich rodziców
- zasada stosowania wielości form, metod i środków dydaktycznych
- zasada ciągłości i kompleksowości oddziaływań na dzieci
- zasada wiązania wiadomości z umiejętnościami praktycznymi dzieci z zakresu stylu życia oraz działalności (zabawa, wypoczynek)
- zasada otwartości nauczyciela na potrzeby dzieci.

Celem wychowania przedszkolnego jest wspomaganie i ukierunkowanie rozwoju dziecka zgodnie z jego wrodzonym potencjałem oraz jego możliwościami rozwojowymi w relacjach ze środowiskiem zarówno społeczno-kulturowym, jak i przyrodniczym. W kształtowaniu i promowaniu zdrowego stylu życia u dzieci w wieku przedszkolnym należy pozostawić dzieciom dużą swobodę działania, nie ograniczać ich inwencji twórczej, zachęcać do wykorzystywania okazji edukacyjnych, które w sposób naturalny kształtować będą u nich właściwe umiejętności, przyzwyczajenia oraz nawyki prozdrowotne. Profilaktyka powinna być postrzegana jako rozumienie znaczenia zdrowia w życiu człowieka i dbałość o własne zdrowie. Warto dodać, że bogacenie wiedzy dziecka o zdrowiu własnym, jak i innych, tworzenie warunków do promowania zdrowego stylu życia i nabywanie umiejętności dbania o zdrowie to podstawa edukacji zdrowotnej dziecka w przedszkolu. Poznanie możliwości własnego organizmu, czynników, które mu szkodzą bądź pomagają w rozwoju, to również lepsze poznanie otaczającej dziecko rzeczywistości: zasady, metody oraz techniki dotyczące propagowania wśród dzieci zdrowia oraz promowania prozdrowotnych form aktywności to głównie prezentacja zdrowego stylu życia przez nauczyciela, który stanowi wzorzec właściwych zachowań.

---

<sup>179</sup> Ibidem, s. 21-22.

W kształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu u dzieci w wieku przedszkolnym istotne są działania nauczyciela i środowiska przedszkolnego, a także wsparcie rodziny sprzyjające utrwaleniu właściwej postawy prozdrowotnej<sup>180</sup>. Wzbogacanie wiedzy dziecka o zdrowiu własnym oraz innych, tworzenie warunków do promowania zdrowego stylu życia, jak również nabywanie umiejętności dbania o zdrowie to podstawa edukacji zdrowotnej dziecka w przedszkolu.

Szczególną rolę w edukacji zdrowotnej odgrywa również szkoła. Stanowi ona obok rodziny podstawowe siedlisko, mające za zadanie przygotować dzieci do podjęcia ról i zadań czekających na nie w życiu dorosłym. Ma na celu poszerzenie wiedzy dziecka oraz wyposażenie go w nowe umiejętności ochrony zdrowia. Jako instytucja jest więc komponentem środowiska wychowawczego, powinna zatem uzupełniać działalność wychowawczo-zdrowotną środowiska wychowania naturalnego.

Systematyczna edukacja zdrowotna w szkole jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa<sup>181</sup>. Skuteczność kształtowania prozdrowotnych zachowań w środowisku szkolnym jest uwarunkowana tworzeniem i realizacją programów edukacji zdrowotnej zgodnych z podstawą programową<sup>182</sup>.

Warto zaznaczyć, że za powyższymi stwierdzeniami przemawiają następujące argumenty:

- każde dziecko ma prawo do edukacji zdrowotnej, podobnie jak do nauki czytania i pisania
- edukacja zdrowotna wspiera realizację podstawowych zadań szkoły, zdrowie każdego dziecka jest nieodłącznym warunkiem jego osiągnięć szkolnych
- w szkole istnieją możliwości prowadzenia systematycznej, zaplanowanej edukacji zdrowotnej całej populacji dzieci i młodzieży oraz części rodziców
- edukacja zdrowotna w szkole stanowi również ważny element polityki zdrowotnej państwa<sup>183</sup>.

W edukacji zdrowotnej głównym celem nauczyciela jest przekazywanie, a uczniów nabywanie, kształtowanie i korekta:

- sposobów rozumienia zdrowia

---

<sup>180</sup> E. Ciwis, E. Kordos, S. Masny, U. Niechoj, E. Poręba, S. Staniek, B. Staniczek, M. Stebel, L. Szymczyk, M. Tarnowska, E. Wagner, H. Zapp, *Odkrywam siebie i świat. Program wychowania przedszkolnego, pod kierunkiem U. Strzelczyk*, Regionalny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli WOM, Warszawa 2010, s. 32-41.

<sup>181</sup> H. Nakajama, *Wprowadzenie w szkołach wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider” 1993, nr 5, s. 3.

<sup>182</sup> H. Danel-Bohrzyk, A. Winiarska, *Rozwój dziecka i jego stymulacja w instytucjach wychowania przedszkolnego: wybrane zagadnienia z teorii i metodyki wychowania przedszkolnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2005, s. 31-39.

<sup>183</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2007, op. cit., s. 227-228.

- postaw, czyli struktur poznawczo-dążeńiowo-afektywnych, ukierunkowujących działania wobec zdrowia i jego głównych komponentów
- wiedzy o zdrowiu, a szczególnie czynnikach zagrażających mu lub podnoszących jego poziom
- umiejętności niezbędnych do podejmowania działań prozdrowotnych, radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, świadomego dokonywania wyborów zachowań charakterystycznych dla zdrowego stylu życia
- dyspozycji do zachowania się w określony sposób w różnych sytuacjach życiowych<sup>184</sup>.

W podstawie programowej kształcenia ogólnego na etapie edukacji wczesnoszkolnej wprowadzone zostało nauczanie zintegrowane. Zgodnie z tą koncepcją świat dziecka nie jest podzielony na dyscypliny naukowe czy przedmioty szkolne, lecz pojmowany jest holistycznie. Takie poznawanie świata przez dziecko preferuje właśnie nauczanie zintegrowane. Dotyczy to także edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej i oznacza<sup>185</sup>:

- uwzględnienie wszystkich aspektów zdrowia fizycznego, społecznego, psychicznego i duchowego
- branie pod uwagę faktu i dostrzeganie, że uczeń otrzymuje informacje oraz wzorce zachowań zdrowotnych z różnych źródeł: szkoła, rodzice, rówieśnicy, służba zdrowia, reklama, społeczność lokalna; mogą być one spójne lub sprzeczne
- uwzględnianie faktu, że każdy pracownik szkoły oddziałuje na ucznia w sposób werbalny (przekazana wiedza) i niewerbalny (zachowania, postawy); niezbędna jest spójność między tymi poziomami komunikowania
- dostrzeganie, że warunki środowiska fizycznego szkoły oraz organizacja jej życia mogą wspierać lub utrudniać proces edukacji zdrowotnej
- uznanie faktu, że w procesie edukacji zdrowotnej ważne jest również samopoczucie uczniów i nauczycieli<sup>186</sup>.

Współczesna edukacja zdrowotna jest wszechstronna i cechuje ją:

- holistyczne podejście do zdrowia i czynników, które je warunkują

<sup>184</sup> K. Zajączkowski, *Promocja zdrowia w klasach IV–VI*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2003, s. 20.

<sup>185</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 173.

<sup>186</sup> B. Woynarowska, M. Sokołowska, M. Szymańska, *Edukacja zdrowotna w szkole. Strategia pracy szkoły, treści, metody realizacji*, MEN, Zespół Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 1997, s. 3.



- wykorzystywanie różnych okoliczności do edukacji dotyczącej zdrowia, to znaczy zintegrowanie jej z różnymi przedmiotami nauczania, docenianie wzorców tworzonych przez nauczycieli, korzystanie ze wszystkich możliwości i służb w szkole i poza nią
- dążenie do harmonizowania informacji o zdrowiu, które uczniowie nabywają z różnych źródeł (media, rodzina, rówieśnicy, reklama itp.)
- aktywność działań w celu zachęcenia uczniów do zdrowego stylu życia i tworzenia w szkole warunków wspierających zdrowie<sup>187</sup>.

Szkolna edukacja zdrowotna wymaga podejścia teleologicznego, czyli tzw. celowościowego. Głównymi wyznacznikami działań zarówno projektujących edukację zdrowotną, jak i wykonawczych są: świadomość genezy, rodzajów i hierarchii celów edukacji zdrowotnej. Cele formułowane są na podstawie analizy aktualnych oraz przewidywalnych potrzeb, które są oparte na określonej wizji przyszłości i muszą w znacznym stopniu wyprzedzać rzeczywistość. Dotyczy to również edukacji zdrowotnej<sup>188</sup>.

Celem edukacji zdrowotnej w szkole jest pomoc uczniom w<sup>189</sup>:

- poznawaniu siebie
- śledzeniu przebiegu swojego rozwoju
- identyfikowaniu i rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych
- zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy i dlaczego oraz 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.

Osiągnięcie celów edukacji zdrowotnej wymaga podejmowania różnorodnych działań w ramach programu wychowawczego, dydaktycznego oraz szkolnego programu profilaktyki. Ważne wydaje się zwrócenie uwagi na fakt, że jest to proces długotrwały i wymaga zaangażowania nie tylko ze strony uczniów, ale również ich rodziców<sup>190</sup>.

<sup>187</sup> M. Poślusznna, *Edukacja zdrowotna we współczesnej szkole - program prozdrowotny*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010, t. 18, nr 2, s. 227.

<sup>188</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 182.

<sup>189</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, 2014, op. cit., s. 12.

<sup>190</sup> Ibidem, s. 13.

Realizacja celów szkolnej edukacji zdrowotnej odbywa się za pomocą odpowiednio dobranych treści. Podstawowymi kryteriami doboru treści tej edukacji są:

- wymagania naukowe (przekazywane fakty i wiedza o zdrowiu muszą być sprawdzone i potwierdzone naukowo)
- wymagania dydaktyczne i rozwojowe (treści edukacji zdrowotnej muszą być dostosowane do możliwości percepcyjnych oraz zainteresowań dzieci na danym etapie rozwoju, muszą być one dla nich atrakcyjne)
- wymagania uwzględniające różnice płciowe<sup>191</sup>.

Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży wymaga zastosowania również odpowiednich metod oraz środków kształcenia i wychowania. Edukacja zdrowotna jako odrębna dziedzina oddziaływań pedagogicznych nie dopracowała się jeszcze własnej metodyki. Ze względu na ten fakt w procesie tej edukacji sięga się do metod wychowania fizycznego oraz ogólnych metod nauczania i wychowania<sup>192</sup>.

Metodykę edukacji zdrowotnej cechują:

- koncentracja na procesie uczenia się
- pełnienie przez nauczyciela roli przewodnika, doradcy uczniów (a nie eksperta)
- modelowanie przez nauczycieli pożądaných postaw i zachowań zdrowotnych
- pytanie uczniów o ich potrzeby i zachęcanie do udziału w planowaniu programu zajęć
- stosowanie metod aktywizujących
- wykorzystywanie cyklu uczenia się przez doświadczanie
- tworzenie w czasie zajęć atmosfery sprzyjającej budowaniu zaufania, motywacji i aktywności<sup>193</sup>.

Warto zauważyć, że współczesna edukacja zdrowotna koncentruje się na osobach uczących się oraz procesie uczenia się. W związku z tym zwiększenie aktywności osób uczących się w procesie uczenia się oraz ich zaangażowanie w ten proces jest istotnym warunkiem skuteczności tej edukacji<sup>194</sup>. Ponadto skuteczność ta jest warunkowana zaangażowaniem nauczycieli w edukację zdrowotną oraz operowanie wieloma metodami kształcenia, zwłaszcza aktywizującymi. Znajomość różnych metod oraz wiedza o ich celach, zaletach i słabych stronach pozwalają dokonać świadomego wyboru metod, różnicować je

---

<sup>191</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 185.

<sup>192</sup> Ibidem, s. 198.

<sup>193</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, 2014, op. cit., s. 40.

<sup>194</sup> M. Woynarowska-Sołdan, *Metody kształcenia w edukacji zdrowotnej*, [w:] B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 179.

oraz odpowiednio dostosować do sytuacji<sup>195</sup>. Przeniesienie akcentu z procesu nauczania na proces uczenia się jest istotą metod aktywizujących, które powinny być dominujące we współczesnej edukacji zdrowotnej. Aktywizujące metody kształcenia określić można jako sposób kształcenia, w którym nauczyciel nie przekazuje gotowej wiedzy, lecz stwarza warunki do samodzielnego uczenia się<sup>196</sup>. Poza tym istotą metod aktywizujących jest uwzględnienie emocjonalnego aspektu tego procesu oraz stwarzanie uczącym przestrzeni do samodzielnego myślenia i działania<sup>197</sup>. Głównym argumentem na rzecz upowszechnienia metod aktywizujących były analizy, które dowodziły, że stopień zapamiętywania jest największy, gdy uczący się wykorzystuje wiedzę oraz umiejętności w sytuacjach rzeczywistych lub zbliżonych do tych, z którymi spotyka się w codziennym życiu<sup>198</sup>.

Warto również zaznaczyć, że skuteczna realizacja edukacji zdrowotnej wymaga odpowiedniej bazy materialnej w postaci właściwej zdrowotnie infrastruktury i wyposażenia szkoły w niezbędne środki dydaktyczne.

Niezbędnym środkiem edukacji zdrowotnej dzieci jest również organizacja środowiska fizycznego szkoły.

Na środowisko fizyczne szkoły składają się takie elementy jak: warunki higieniczno-sanitarne, stanowisko pracy ucznia, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, warunki do relaksacji, a w szczególności organizacja procesu edukacji oraz bezpieczeństwa i posiłki szkolne<sup>199</sup>.

Reasumując, można stwierdzić, że na kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym ma zdecydowany wpływ środowisko rodzinne i przedszkolne/szkolne, ze szczególnym uwzględnieniem roli nauczycieli wychowania przedszkolnego oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. Edukowanie zdrowotne dzieci poprzez działalność przedszkola i szkoły podstawowej stanowi znakomitą płaszczyznę integrującą wiele różnorodnych działań edukacyjnych wspomagających wszechstronny i harmonijny rozwój dziecka. Poprzez myślenie, poszukiwanie, działanie, uczenie się i doskonalenie dziecko przyjmuje odpowiedzialność za własne zdrowie i zaczyna rozumieć jego wagę. Najważniejszą rolą kierowanej aktywności zdrowotnej dziecka w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym jest wykształcenie ogólnej sprawności ruchowej jako

---

<sup>195</sup> G. Petty, *Nowoczesne nauczanie. Praktyczne wskazówki i techniki dla nauczycieli, wykładowców i szkoleniowców*, przeł. J. Bartosik, GWP, Sopot 2015, s. 18.

<sup>196</sup> I. Dzierzgowska, *Jak uczyć metodami aktywnymi*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2014, s. 9.

<sup>197</sup> B. Kubiczek, *Metody aktywizujące. Jak nauczać uczniów uczenia się*, Wydawnictwo Nowik, Opole 2009, s. 28.

<sup>198</sup> E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, op. cit., s. 116.

<sup>199</sup> B. Ignar-Golinowska, *Warunki higieniczno-sanitarne*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*, op. cit., s. 350-385.

jednego z czynników pozytywnego zdrowia. Poza tym istotne jest rozwijanie naturalnych predyspozycji dziecka, w zgodzie z wydolnością jego organizmu i kształtowaniem prawidłowej postawy ciała oraz wychowaniem do rekreacji. Należy zatem stworzyć dzieciom w przedszkolu/szkole oraz w domu sposobność do kształtowania postaw i wartości, które ułatwią im dokonywanie wyborów, mających znaczenie dla ich obecnego i przyszłego życia.

Efektem końcowym realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III są podstawy zdrowotne, które wyrażają się w dostosowanej do wieku dzieci wiedzy zdrowotnej, uczuciach, umiejętnościach oraz działaniach zdrowotnych.

Prawidłowo realizowana edukacja zdrowotna w przedszkolu oraz szkole przyczyni się zapewne do właściwego wypełniania innych istotnych zadań placówek, jak również sprawi, że staną się one miejscem przyjaznym, wspierającym wszechstronny rozwój dzieci.

Warto tym miejscu zaznaczyć, że znaczne osiągnięcia w zakresie edukacji zdrowotnej w przedszkolach oraz szkołach można zaobserwować w szkołach promujących zdrowie. W placówkach należących do sieci szkół promujących zdrowie koncepcja pracy szkoły oraz jej struktura sprzyjają realizacji działań z zakresu edukacji zdrowotnej, a klimat społeczny, warunki oraz organizacja nauki wspierają zdrowie oraz dobre samopoczucie. Idea tworzenia przedszkoli oraz szkół promujących zdrowie została szczegółowo opisana w kolejnym podrozdziale niniejszej pracy.

### **2.3. Idea tworzenia przedszkoli oraz szkół promujących zdrowie w Polsce**

Szkoła promująca zdrowie uwzględnia całościowe podejście do zdrowia, w której edukacja zdrowotna jest czymś więcej niż tylko realizacją programu. W ujęciu tym, realizowany program edukacji zdrowotnej jest tylko jedną z cech, obok której ważny jest etos szkoły czyli jej ukryty program oraz związek szkoły ze społecznością lokalną a przede wszystkim z rodzicami<sup>200</sup>.

Podstawą tworzenia szkół promujących zdrowie (SzPZ) jest koncepcja promocji zdrowia i wykorzystane w niej specyficzne podejście. Program Szkoła Promująca Zdrowie (SzPZ) jest realizowany w Polsce od 1992 r. Koncepcja i strategia SzPZ zostały przyjęte i zaadaptowane do polskiego systemu edukacji. Projekt ten uruchomił oddolne działania szkół oraz zainicjował tworzenie sieci szkół promujących zdrowie w całym kraju. Aktualnie sieci

---

<sup>200</sup> E. Obodyńska, *Działalność szkoły promującej zdrowie na rzecz współpracy ze środowiskiem lokalnym*, „Lider” 2005, nr 9, s. 10-12.

szkół promujących zdrowie istnieją we wszystkich województwach<sup>201</sup>, a w szkołach tych panują warunki sprzyjające większej skuteczności oddziaływań z zakresu edukacji zdrowotnej.

Do wojewódzkich sieci SzPZ należą obecnie, poza szkołami różnych typów, również przedszkola, szkoły specjalne, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, bursy oraz domy wczasów dziecięcych.

Koncepcja szkoły promującej zdrowie (SzPZ) miała istotny wpływ na postrzeganie udziału szkoły w działaniach na rzecz zdrowia. Historia SzPZ w Europie liczy zaledwie trzy dekady, a w Polsce zaczęła rozwijać się dynamicznie w 1992 roku. Wyrosła z koncepcji promocji zdrowia oraz z ustaleń kilku międzynarodowych konferencji poświęconych szkolnej edukacji zdrowotnej. Koncepcję SzPZ opisano po raz pierwszy w 1989 roku, zaś w 1991 roku zostały zainicjowane przez WHO projekty pilotażowe pod nazwą „Zdrowa szkoła” w trzech krajach: w Polsce, Czechach i na Węgrzech. W 1992 roku powstała Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie, która następnie zaczęła rozwijać się na całym świecie.

Sieć SHE (School for Health in Europe) ma przedstawicieli w 45 krajach europejskich, w tym we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej. Działaniom przyświecała teza, że „każde dziecko i młody człowiek ma prawo i powinien mieć możliwość uczyć się w szkole promującej zdrowie”. W 2008 roku Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie zmieniła swoją nazwę na Szkoły dla Zdrowia w Europie (SHE). Mottem SHE stało się hasło: „Szkoły dla Zdrowia w Europie – działanie na rzecz lepszej szkoły prowadzi do lepszego życia”<sup>202</sup>.

Koncepcja SzPZ opiera się na ogólnych założeniach promocji zdrowia, opisanych w Karcie Ottawskiej, ze szczególnym uwzględnieniem podejścia siedliskowego. Podstawą podejścia siedliskowego jest założenie, że „zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, w miejscu, gdzie uczą się, pracują, bawią i kochają”. W takim siedlisku ludzie kształtują środowisko oraz rozwiązują problemy związane ze zdrowiem. Siedlisko w promocji zdrowia jest całością – systemem społecznym, który zmienia się, aby poprawiać i doskonalić nasze zdrowie<sup>203</sup>.

---

<sup>201</sup> Kryteria przynależności do Sieci Szkół Promujących Zdrowie, strona internetowa Regionalnego Ośrodka Metodyczno-Edukacyjnego Metis w Katowicach, <https://www.metis.pl/content/view/86/42/> [dostęp: 01.09.2016].

<sup>202</sup> B. Woynarowska, *Szkoła promująca zdrowie*, [w:] eadem (red.), *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania: podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2010, s. 376 (por. K. Kowalczevska-Grabowska, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Założenia i perspektywy rozwoju sieci Szkół Promujących Zdrowie (w kontekście systemowych zmian w obszarze edukacji zdrowotnej)*, [w:] D. Bilski (red.), *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź 2010, s. 171).

<sup>203</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 133.

Zdefiniowanie znaczenia terminu „szkoła promująca zdrowie” nie jest łatwe, ponieważ w praktyce każdy kraj i każda szkoła tworzą swoistą wizję i własną definicję na podstawie odmiennej sytuacji kulturowej, politycznej czy ekonomicznej. Głównym celem takiej szkoły jest zdrowy styl życia całej społeczności szkolnej. SzPZ opiera się na trzech wzajemnie ze sobą powiązanych poziomach, które tworzy klasa, szkoła, rodzina i społeczność lokalna. Według T. Williamsa koncepcja SzPZ jest intensyfikacją tego, czego dziecko nauczyło się podczas edukacji zdrowotnej w klasie, przez wspierające działania szkoły, rodziny i społeczności lokalnej, w której żyje. Działania promujące zdrowie podejmowane przez szkołę wykraczają więc poza jej mury. Wymaga to wspólnego działania z rodzicami oraz organizacjami funkcjonującymi w środowisku lokalnym<sup>204</sup>.

Opisany w strategicznym planie SHE na lata 2013-2016 termin „szkoła promująca zdrowie” odnosi się do szkoły, która systematycznie realizuje autorski program na rzecz zdrowia, dobrostanu psychicznego oraz rozwoju kapitału społecznego wszystkich uczniów, nauczycieli oraz innych pracowników szkoły. Całe środowisko szkolne jest uważane za element ważny dla promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej<sup>205</sup>.

Wraz z wprowadzeniem sieci Szkół dla Zdrowia w Europie, których koncepcja jest kontynuacją Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie, wprowadzono pewne zmiany w strukturze organizacyjnej oraz w założeniach dotyczących podstawowych celów i wartości. W najnowszych dokumentach podano, że nadrzędnym celem SHE jest uczynienie koncepcji szkoły promującej zdrowie bardziej integralną częścią polityki edukacyjnej i zdrowotnej w Europie. Wymienia się pięć kluczowych wartości SHE, do których należą:

1. Równość. Wiąże się z zapewnieniem wszystkim równego dostępu do edukacji i zdrowia, co pozwala wyeliminować wszechobecne nierówności w zdrowiu.
2. Ciągłość i kontynuacja działań. Zdrowie, edukacja oraz rozwój to elementy ściśle ze sobą powiązane. Dzięki podejmowaniu działań z zakresu promocji zdrowia SzPZ przygotowują uczniów do pełnienia ról społecznych. Najlepsze efekty osiąga się, gdy działania prowadzone są przez dłuższy czas.
3. Włączanie. SzPZ doceniają różnorodność i tworzą społeczność, która wzajemnie się szanuje i obdarza zaufaniem. Podstawą działań są pozytywne relacje między uczniami, kadrą szkoły, rodzicami oraz społecznością lokalną.

---

<sup>204</sup> E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, op. cit., s. 93-94.

<sup>205</sup> Schools for Health in Europe, *Plan strategiczny SHE na lata 2013-2016*, strona internetowa Regionalnego Ośrodka Metodyczno-Edukacyjnego Metis w Katowicach, <https://www.metis.pl/content/view/1824/43/> [dostęp: 04.05.2016].

4. Upodmiotowienie i rozwijanie kompetencji do działania. SzPZ zachęcają uczniów, pracowników i innych członków społeczności szkolnej do aktywnego udziału w ustalaniu celów zdrowotnych oraz do podejmowania działań, by te cele osiągnąć.
5. Demokracja. SzPZ działają na podstawie wartości demokratycznych, uczą poszanowania praw innych i brania odpowiedzialności za swoje decyzje<sup>206</sup>.

Podstawowe filary SHE to:

1. Całościowe podejście do zdrowia w szkole. Istnieje wyraźne powiązanie między zapisaną polityką szkoły a jej codzienną praktyką. Działania nie ograniczają się tylko do teorii, co przejawia się w:
  - aktywnym uczestnictwie społeczności szkolnej w edukacji zdrowotnej
  - braniu pod uwagę indywidualnych koncepcji dotyczących zdrowia uczniów
  - tworzeniu szkolnej polityki na rzecz zdrowia
  - tworzeniu prozdrowotnego środowiska fizycznego i społecznego szkoły
  - rozwijaniu umiejętności życiowych członków społeczności szkolnej
  - tworzeniu strategii współpracy szkoły z rodzicami i społecznością lokalną
  - angażowaniu do współpracy pracowników i instytucji z obszaru ochrony zdrowia.
2. Uczestnictwo. Kształtowanie u wszystkich członków społeczności szkolnej poczucia współtworzenia tego, co dzieje się w szkole. Takie działanie gwarantuje skuteczność.
3. Jakość szkoły. SzPZ umożliwiają lepsze uczenie się i nauczanie. Zdrowi uczniowie uczą się lepiej, a zdrowi pracownicy pracują efektywniej i odczuwają większą satysfakcję. Koncepcja SzPZ jest drogowskazem dla szkół, jak osiągać wyznaczone cele edukacyjne i społeczne.
4. Dowody. SzPZ wykorzystują wyniki systematycznie prowadzonych badań naukowych. Wskazują one na skuteczność działań w zakresie różnorodnych obszarów zdrowia, a także całościowego funkcjonowania szkoły.
5. Szkoła a społeczność lokalna. Gwarancją sukcesu jest dobra relacyjność pomiędzy szkołą a społecznością lokalną. Dzięki takiej współpracy następuje wzmacnianie kapitału społecznego i świadomości zdrowotnej<sup>207</sup>.

B. Woynarowska podaje, że na podstawie polskich doświadczeń w realizacji projektu SzPZ można przyjąć, iż jest to siedlisko, w którym społeczność (pracownicy i uczniowie):

---

<sup>206</sup> K. Borzucka-Sitkiewicz, K. Kowalczevska-Grabowska, *The New Perspectives of Health Promoting Schools Development – Current Situation in Europe and Poland*, „The New Educational Review” 2010, vol. 21.

<sup>207</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 253.

- podejmuje wspólne działania dla poprawy samopoczucia i zdrowia przez modyfikację własnych zachowań zdrowotnych oraz zmiany w środowisku szkolnym
- uczy się, jak zdrowiej i lepiej żyć
- zachęca innych w swoim otoczeniu do podobnych działań.

Taka idea SzPZ jest oczywiście „stanem doskonałym”, którego nie można w pełni zrealizować, gdyż zawsze napotyka się pewne utrudnienia. Można jednak wcielać ją w życie, ulepszać, służyć jej, dążyć do osiągnięcia jej celów, podejmując działania, które przyniosą ogólny pożytek – poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

W minionych latach, w wyniku zdobywania nowych doświadczeń oraz zmian dokonujących się w Europie i w Polsce, program SzPZ ewoluował i był modyfikowany. W 2006 roku przygotowano nowy polski model oraz standardy SzPZ, jak również narzędzia do ich autoewaluacji. Z kolei w latach 2014-2015 dokonano ich modyfikacji w związku ze zmianami w systemie edukacji, które dotyczyły miejsca edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego.

**Zmodyfikowane narzędzia do autoewaluacji działań obowiązują od 1 stycznia 2016 r.** Celem autoewaluacji jest sprawdzanie, w jakim stopniu szkoła osiąga cele określone w polskiej koncepcji szkoły promującej zdrowie.

Do sieci SzPZ może przystąpić każda szkoła oraz placówka po spełnieniu określonych warunków wstępnych oraz przejściu okresu przygotowawczego. Placówkę/szkołę, która chce zostać przyjęta do sieci szkół promujących zdrowie, powinna cechować:

- aktywność na rzecz promocji zdrowia w szkole/placówce i środowisku lokalnym – działania te zapisane są w misji i wizji szkoły/placówki oraz zawarte w jej dokumentacji, otwartość na zmiany
- przekonanie o słuszności idei szkoły promującej zdrowie u dyrektora szkoły/placówki, większości członków rady pedagogicznej oraz rady rodziców
- aktywne i twórcze zaangażowanie w edukację zdrowotną i promocję zdrowia<sup>208</sup>.

W Polsce ustalono kryteria przynależności do sieci szkół promujących zdrowie oraz zasady nadawania wojewódzkiego certyfikatu. Szczegółowy opis kryteriów przynależności do wojewódzkiej sieci szkół promujących zdrowie można odnaleźć na stronach Ośrodka Rozwoju Edukacji<sup>209</sup>. W 2008 roku ustanowiono Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie. Jednakże obecnie certyfikat ten jest nadawany tylko szkołom, dla których opracowano standardy oraz narzędzia. Dlatego też wychodząc naprzeciw oczekiwaniom

<sup>208</sup> *Kryteria przynależności...*, op. cit.

<sup>209</sup> Strona internetowa Ośrodka Rozwoju Edukacji, <http://www.ore.edu.pl> [dostęp: 01.09.2016].



przedszkoli, które są zainteresowane uzyskaniem certyfikatu, podjęto działania nad opracowaniem koncepcji oraz standardów tworzenia PPZ, jak również zasad i narzędzi do autoewaluacji stopnia osiągnięcia tych standardów. Okazuje się, że punktem wyjścia do opracowania definicji i standardów PPZ jest analiza cech wspólnych oraz odrębności SzPZ i PPZ, jak też opis specyficznych cech członków społeczności przedszkola.

Przedszkole jako placówka opiekuńczo-wychowawcza podejmuje wysiłki na rzecz dbania o zdrowie oraz zapewnienia dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego dzieci, nauczycieli, jak również pozostałych pracowników. Są to działania wchodzące w zakres ogólnoswiatowej idei, jaką jest promocja zdrowia. Z tego względu do elementów działań w zakresie promocji zdrowia w przedszkolu należy uznać, że:

- zdrowie jest wartością pozytywną, zasobem dla człowieka i społeczeństwa
- zdrowie zależy od wielu czynników, ale na niewiele z nich ludzie mogą mieć wpływ
- istnieje wzajemny związek między zdrowiem a edukacją
- przedszkole powinno aktywnie uczestniczyć w ochronie i promocji zdrowia całej społeczności.

Istotne jest wykorzystanie specyficznych podejść w promocji zdrowia (w tym podejścia siedliskowego, partnerstwa społeczności, upodmiotowienia jednostek i społeczności) oraz metod i strategii działań.

Podejmowanie działań:

- indywidualnych (rozwijanie umiejętności dbania o zdrowie i zwiększenie jego potencjału przez poszczególnych członków danej społeczności)
- zbiorowych (tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu).
- Całościowe podejście do zdrowia:
- uwzględnienie jego wszystkich wymiarów
- tworzenie polityki i warunków środowiska fizycznego i społecznego, sprzyjających dobremu samopoczuciu całej społeczności
- prowadzenie edukacji zdrowotnej całej społeczności.

Podejmowanie długofalowych działań:

- z przestrzeganiem ustalonych dla PPZ w Polsce zasad planowania i ewaluacji
- we współpracy z rodzicami i społecznością lokalną.

Zgodnie z prawem oświatowym przedszkole jest traktowane jako szkoła. Oznacza to, że ilekroć w przepisach jest mowa bez bliższego określenia o szkole, należy przez to rozumieć, że zapisy te dotyczą również przedszkola. Przedszkole jako siedlisko, w którym

podejmowane są działania w zakresie promocji zdrowia, ma wiele cech, które odróżniają je od szkoły, a największe różnice dotyczą społeczności tych placówek, zwłaszcza odmiennego „statusu” uczeń–wychowanek oraz form i możliwości współpracy z rodzicami. Najważniejszymi partnerami i współtwórcami przedszkola promującego zdrowie są rodzice. Wspieranie ich w rozwoju kompetencji wychowawczych kompetencji dla zdrowia jest podstawowym warunkiem skuteczności edukacji zdrowotnej dzieci. Ważnym zadaniem PPZ, jak się okazuje, powinna być także współpraca z dziadkami dzieci, którzy poprzez wspieranie rodziców w opiece nad dzieckiem często kontaktują się z nauczycielami przedszkola. Zważywszy na powyższe, można przytoczyć propozycję definicji przedszkola promującego zdrowie:

Przedszkole promujące zdrowie tworzy warunki i podejmuje działania, które sprzyjają:

- zdrowiu i dobremu samopoczuciu społeczności przedszkola (dzieci, pracowników, rodziców i dziadków dzieci)
- podejmowaniu przez członków tej społeczności teraz i w przyszłości działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi oraz tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu<sup>210</sup>.

Obecnie w Polsce istnieje około 3402 placówek w sieci SzPZ, w tym około 200 przedszkoli<sup>211</sup>. W województwie śląskim aktualna liczba szkół promujących zdrowie wynosi 416<sup>212</sup> placówek, w tym 109 przedszkoli oraz 177 szkół podstawowych, które otrzymały certyfikat<sup>213</sup>. W tym zakresie województwo śląskie plasuje się na drugim miejscu, zaraz za województwem podkarpackim. Spośród szkół należących do śląskiej sieci SzPZ 21 przedszkoli oraz 16 szkół podstawowych to placówki z certyfikatem 2. stopnia Śląskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie, 39 szkół podstawowych z Krajowym Certyfikatem Szkoła Promująca Zdrowie lub przyjętych do Krajowej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Wiele z tych placówek to przykłady „dobrych praktyk” w zakresie realizacji różnorodnych autorskich projektów i programów edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia. W Polsce program Szkoła Promująca Zdrowie koordynowany jest przez Zespół ds. Promocji Zdrowia Ośrodka Rozwoju Edukacji, zaś na terenie województwa śląskiego przez Wojewódzki Zespół

---

<sup>210</sup> B. Woynarowska, A. Kapuścińska, *Przedszkole promujące zdrowie. Propozycja koncepcji i standardów*, „Wychowanie w Przedszkolu” 2012, nr 8.

<sup>211</sup> Stan na grudzień 2016, *Szkoła Promująca Zdrowie*, strona internetowa Ośrodka Rozwoju Edukacji, <https://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-19445/szkola-promujaca-zdrowie/szkola-promujaca-zdrowie> [dostęp: 01.02.2018].

<sup>212</sup> Ibidem.

<sup>213</sup> *Śląska Sieć Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie. Szkoły i placówki z certyfikatem*, strona internetowa Regionalnego Ośrodka Metodyczno-Edukacyjnego Metis w Katowicach, <https://www.metis.pl/szpz/Itemid,41/> [dostęp: 01.02.2018].

Koordynujący Śląską Sieć Szkół Promujących Zdrowie, który działa w Regionalnym Ośrodku Metodyczno-Edukacyjnym Metis w Katowicach.

Można stwierdzić, że systematycznie powiększająca się sieć szkół promujących zdrowie w Polsce, a zwłaszcza w województwie śląskim, potwierdza bardzo dobrze realizowaną oraz zorganizowaną edukację zdrowotną w szkołach. Rozwijająca się na przestrzeni lat sieć SzPZ przynosi dobre efekty wychowawcze, a ich idee wpisują się w priorytety dotyczące kształcenia, wychowania oraz profilaktyki. Koncepcja szkoły promującej zdrowie jest bezpośrednio powiązana z założeniami promocji zdrowia, której działania ukierunkowane są na kształtowanie u dzieci i uczniów zachowań prozdrowotnych oraz dokonywanie zmian w środowisku życia. **Szkoła promująca zdrowie** tworzy warunki sprzyjające dobremu samopoczuciu całej społeczności szkolnej, samodzielnie diagnozuje swoje problemy, podejmuje inicjatywy służące rozwiązywaniu tych problemów oraz dokonuje ewaluacji swoich działań.

#### **2.4. Szkolne oraz zewnętrzne programy profilaktyczne jako element edukacji zdrowotnej**

Szkolna edukacja zdrowotna jest fundamentem szkolnego programu wychowawczego i programu profilaktyki, ponieważ wspiera realizację podstawowych zadań szkoły, a zdrowie i dobre samopoczucie uczniów sprzyjają motywacji i dyspozycji do nauki, kreatywności oraz dobrym relacjom międzyludzkim<sup>214</sup>. Szkoła może przekazywać prawidłowe wzorce zdrowotne poprzez formalne programy nauczania, angażując owe treści w przedmioty nauczania, a także w sposób nieformalny, kiedy to we wszystkich aspektach życia społeczności szkolnej uwidacznia się, że zdrowie stanowi wartość niepodważalną. Ponadto szkolną profilaktykę można rozpatrywać w kategoriach stwarzania szans dla całej szkoły oraz poszczególnych uczestników życia szkolnego poprzez zwiększanie świadomości istniejących zagrożeń oraz świadomości zdrowotnej, co jest niezbędne w celu realizacji edukacji zdrowotnej na wysokim poziomie.

W Polsce przepisy prawa oświatowego nakładają na szkoły obowiązek opracowania oraz realizowania szkolnego programu profilaktyki. W 2002 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu przyjęło rozwiązania systemowe. Rozporządzeniem Ministra Edukacji

---

<sup>214</sup> D. Lamczyk, D. Gawlik, *Rola środowiska szkolnego w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży oraz realizacji nowego podejścia do edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu, Racibórz 2014, s. 36.

Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 roku<sup>215</sup> zmieniającym rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół włączono profilaktykę do stałych zadań szkoły i każdego nauczyciela. W myśl tych przepisów każda szkoła, oprócz programu nauczania i programu wychowania, powinna realizować program profilaktyki. Dzięki temu szkoła ma możliwość projektowania kompleksowych działań profilaktycznych, planowania oraz projektowania profilaktyki w odpowiedzi na potrzeby swojego środowiska<sup>216</sup>. Rozporządzenie to wprowadza zapis o podejmowaniu przez rady pedagogiczne uchwał dotyczących przyjęcia do realizacji programu profilaktyki, który jest spójny z programem wychowawczym szkoły. Program ten powinien być dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmować wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym<sup>217</sup>. Program profilaktyki uchwała rada pedagogiczna po zasięgnięciu opinii rady rodziców i samorządu uczniowskiego.

Profilaktyka została wpisana również do ustawy o zmianie ustawy o systemie oświaty z dnia 16 lutego 2007 r. (Dz.U. z 2007 r. Nr 80), a cele i treści profilaktyczne realizowane w programach nauczania określa Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wraz z załącznikiem nr 1: Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych oraz innych form wychowania przedszkolnego (Dz.U. z 2012 r. poz. 977)<sup>218</sup>.

Działalność edukacyjna szkoły jest określona przez:

- 1) szkolny zestaw programów nauczania, który uwzględniając wymiar wychowawczy, obejmuje całą działalność szkoły z punktu widzenia dydaktycznego;
- 2) program wychowawczy szkoły, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym<sup>219</sup>;

---

<sup>215</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (Dz.U. z 2002 r. Nr 10, poz. 96).

<sup>216</sup> M. Baryła-Matejczuk, *Konstruowanie szkolnego programu profilaktyki aktualnym zadaniem szkoły*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, s. 3.

<sup>217</sup> J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 93.

<sup>218</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wraz z Załącznikiem nr 1: Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych oraz innych form wychowania przedszkolnego (Dz.U. z 2012 r. poz. 977) – dalej: podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

<sup>219</sup> Od 1 września 2017 r. odrębne programy wychowawczy i profilaktyki zastąpił jeden – wychowawczo-profilaktyczny.

3) program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym.

Szkolny program profilaktyki wspomaga wychowanie i nauczanie w kontekście przyjętych celów wychowania i nauczania<sup>220</sup>. Powinien być on zatem spójny z programem nauczania oraz programem wychowania. W praktyce jednak często nie udaje się zintegrować celów kształcenia, wychowania i profilaktyki. Na profilaktykę, w tym na profesjonalne programy profilaktyczne, nie ma wydzielonego ani określonego czasu w harmonogramie pracy szkoły<sup>221</sup>.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że MENiS nie wprowadziło obowiązku opracowania i realizowania programu profilaktyki przez przedszkola. Opierając się jednak na podstawie programowej, w której uwzględniono treści z zakresu edukacji zdrowotnej, oraz podstawach prawnych, przedszkola również mogą opracowywać oraz realizować program profilaktyczny.

Profilaktyka w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym obejmuje szczególnie poziom pierwszo- i drugorzędowy, dlatego też w programach profilaktyki ważne są wszelkie działania wspomagające proces wychowawczy w obszarze zarówno zwiększania świadomości istniejących zagrożeń, jak i wczesnej interwencji skoncentrowanej na zahamowaniu występującej już dysfunkcjonalności<sup>222</sup>.

W tym miejscu warto przytoczyć definicje pojęć „profilaktyka” oraz „program”, które stanowią punkt wyjścia do dalszych rozważań. Potocznie termin „profilaktyka” rozumiany jest jako zapobieganie określonym zjawiskom o zabarwieniu negatywnym. Treść tego zagadnienia wzbogacają liczne naukowe interpretacje. E.T. Duffy<sup>223</sup> traktuje profilaktykę jako „proces, który wspiera zdrowie przez umożliwienie ludziom uzyskania pomocy potrzebnej im do konfrontacji ze złożonymi, stresującymi warunkami życia oraz umożliwienie jednostkom osiągnięcia subiektywnie satysfakcjonującego, społecznie akceptowanego, bogatego życia”.

Dlatego tak ważnym obszarem realizowania działań profilaktycznych jest środowisko szkolne, gdzie podejmowane są zadania z zakresu profilaktyki pierwszego stopnia. Zdaniem Z.B. Gasia profilaktyka w szkole stanowi

---

<sup>220</sup> Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, [w:] B. Kamińska-Buśko, J. Szymańska (red.), *Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczycieli*, CMPPP, Warszawa 2005, s. 2.

<sup>221</sup> K. Ostaszewski, *Związki między edukacją zdrowotną a szkolnym programem profilaktyki*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 53.

<sup>222</sup> Z.B. Gaś, *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*, MENiS, Warszawa 2003, s. 31.

<sup>223</sup> Z.B. Gaś, *Pomoc psychologiczna młodzieży*, WSiP, Warszawa 1995, s. 100.

proces wspomaganie ucznia w radzeniu sobie z trudnościami zagrażającymi prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu, a także ograniczanie i likwidowanie czynników, które zaburzają prawidłowy rozwój i dezorganizują zdrowe życie (tzw. czynniki ryzyka) oraz wprowadzanie i rozwijanie czynników, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi i zdrowemu życiu (tzw. czynniki chroniące)<sup>224</sup>.

Zadaniem autora szkoła, ze względu na swą specyfikę, jest właściwym miejscem dla realizacji wszelkich działań profilaktycznych, ponieważ<sup>225</sup>:

- jest miejscem intensywnego rozwoju w zakresie funkcjonowania interpersonalnego i społecznego w grupie rówieśniczej;
- jest miejscem działalności zadaniowej uczniów, a więc ujawnia lub wręcz wyzwala trudności dzieci i młodzieży związane z przyjmowaniem odpowiedzialności za własne życie;
- jest miejscem konfrontacji autorytetów i kształtowania się poczucia własnej tożsamości ucznia;
- wypełnia znaczną część aktywnego życia dzieci i młodzieży;
- z perspektywy rodziców jest ona terenem weryfikacji oczekiwań związanych z własnym dzieckiem;
- pozwala na łatwy dostęp do środowiska dzieci i młodzieży i sprawną organizację prowadzonych działań.

Do powodów wymienionych przez Gasia można dodać jeszcze jeden, a mianowicie:

- szkoła jest miejscem, gdzie spotykają się najważniejsze osoby dorosłe odpowiedzialne za opiekę nad dzieckiem i jego wychowaniem – rodzice i nauczyciele<sup>226</sup>.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że jak wiadomo z licznych badań, skuteczność oddziaływań profilaktycznych adresowanych do dzieci w znacznym stopniu zależy właśnie od możliwości pozyskania i włączenia do nich rodziców<sup>227</sup>. Obecność rodziców na okresowych zebraniach w szkole umożliwia realizację krótkich działań informacyjno-edukacyjnych, które przebiegają równocześnie z zajęciami profilaktycznymi przeprowadzanymi wśród uczniów.

W literaturze oraz dyskusji na temat profilaktyki bardzo często używa się słowa „program”. W odniesieniu do szkoły mianem programu nazywa się zarówno zintegrowane,

---

<sup>224</sup> Z.B. Gaś, *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*, MENiS, Warszawa 2004, s. 30.

<sup>225</sup> Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, [w:] B. Kamińska-Buśko, *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, Warszawa 1997, s. 55.

<sup>226</sup> J. Szymańska, *Szkoła jako miejsce realizacji działań profilaktycznych*, [w:] G. Świątkiewicz (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałaniu Narkomanii, Warszawa 2002, s. 33.

<sup>226</sup> J. Szymańska, *Programy profilaktyczne...*, op. cit., s. 94.

<sup>227</sup> Ibidem, s. 95.

kompleksowe działania wprowadzane w placówce, jak również obejmujące zaledwie kilka godzin lekcyjnych akcje edukacyjne. Przez pojęcie „program” rozumie się również metody oddziaływań, jak np. znane programy profilaktyczne. Większość z wymienionych działań jest oparta na jakimś „planie zamierzonych czynności”, co z kolei jest słownikową definicją pojęcia „program”<sup>228</sup>.

Z kolei szkolny program profilaktyczny to projekt systemowych rozwiązań w środowisku szkolnym, za którego konstrukcję odpowiedzialne jest grono pedagogiczne. Treści szkolnego programu profilaktyki nauczyciele dostosowują do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska.

Szkolny program profilaktyki powinien:

- zawierać opis wszystkich zaplanowanych celowych działań zapobiegawczych, dostosowanych do potrzeb rozwojowych uczniów oraz rzeczywistych problemów i potrzeb szkoły
- jest adresowany do całej społeczności szkolnej – uczniów, rodziców i nauczycieli
- obejmuje różne zagrożenia
- wykorzystuje wiele strategii profilaktycznych
- może zawierać propozycje dla środowiska lokalnego<sup>229</sup>.

Podstawą do zbudowania w każdej szkole programu profilaktycznego, który odpowiadałoby potrzebom środowiska oraz był dostosowany do potrzeb uczniów, jest niewątpliwie oparcie go na rzetelnej wiedzy w tym zakresie. Dlatego też jego opracowania powinni dokonać specjaliści szkolni, posiadający odpowiednią wiedzę profesjonalną z zakresu profilaktyki. Ponadto twórcy programu winni uwzględniać wszystkie wymagania zapisane w podstawie programowej, z tego względu niezwykle ważna jest również jej dobra znajomość.

W tym miejscu warto zwrócić szczególną uwagę na pojęcia „diagnozy” oraz „ewaluacji”. Aby program profilaktyczny był adekwatny do potrzeb i problemów, niezbędna jest diagnoza. Diagnoza to rozpoznanie istoty i uwarunkowań złożonego stanu rzeczy na podstawie obserwacji jego cech (objawów) oraz znajomości ogólnych prawidłowości panujących w tej dziedzinie<sup>230</sup>. Celem fazy diagnozy wg Gasia<sup>231</sup> jest oszacowanie przejawów funkcjonowania uczniów, nauczycieli oraz rodziców, które byłyby istotne dla poznania

---

<sup>228</sup> G. Świątkiewicz, *Profilaktyka w społecznościach lokalnych*, [w:] eadem (red.), *Profilaktyka w środowisku...*, op. cit., s. 33.

<sup>229</sup> J. Szymańska, *Programy profilaktyczne...*, op. cit., s. 94.

<sup>230</sup> W.J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, s. 12.

<sup>231</sup> Z.B. Gaś, *Szkolny program...*, 2003, op. cit.

przyczyn dysfunkcji i zaprojektowania przyszłych działań zapobiegawczych. Podczas identyfikacji populacji badawczej kluczowymi elementami diagnozy sytuacji szkolnej są: dobór grupy badawczej, wielkość badanej grupy oraz sposób doboru badanej grupy. Do oceny zagrożeń nauczyciele mogą wykorzystać różnorodne narzędzia diagnostyczne (techniki oraz metody). Wybór metody badawczej zależy między innymi od możliwości badacza oraz jego kompetencji i wiarygodności. Zebrane wyniki badań należy opracować statystycznie – ilościowo oraz jakościowo. Materiał badawczy – diagnostyczny, który powinien pozostać w dokumentacji programu profilaktycznego szkoły, staje się również narzędziem ewaluacji. Daje on obraz stanu wyjściowego, który może zostać zestawiony z wynikami końcowymi. Stwierdzone prawidłowości stanowią podstawę do konstruowania szkolnych programów profilaktycznych lub można je przełożyć na postulaty, jakie powinny być uwzględnione przy konstruowaniu tych programów. Z kolei realizacja zadań profilaktycznych ma sens jedynie wówczas, gdy w ich ramy wkomponowane są działania ewaluacyjne<sup>232</sup>. Ewaluacja „jest to systematyczne badanie wartości lub cech konkretnego programu, działania lub obiektu z punktu widzenia przyjętych kryteriów, w celu jego usprawnienia, rozwoju lub lepszego zrozumienia”<sup>233</sup>. Ewaluacja szkolnego programu profilaktycznego jest oceną wartości programu, udziela odpowiedzi na pytania dotyczące programu, takie jak: kontynuacja zadań lub rezygnacja z niektórych, jak również usunięcie „negatywnych skutków ubocznych”<sup>234</sup>. Dzięki ewaluacji realizatorzy mają szansę na zrozumienie, zweryfikowanie i zmodyfikowanie poszczególnych przedsięwzięć, a przez to zintensyfikowanie pozytywnego wpływu programu na uczestników<sup>235</sup>.

Procedura ewaluacyjna szkolnego programu profilaktyki winna obejmować:

- a) wyznaczenie realizatorów działań ewaluacyjnych
- b) określenie obszaru ewaluacji oraz jej celu
- c) sprecyzowanie mierzalnych wskaźników ewaluacyjnych
- d) dobór metod i narzędzi ewaluacyjnych
- e) analizę wyników badań i wnioski do modyfikacji programu profilaktyki na rok następny<sup>236</sup>.

---

<sup>232</sup> W.J. Paluchowski, *Diagnoza...*, op. cit., s. 12.

<sup>233</sup> L. Korporowicz, *Ewaluacja w edukacji*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1997, s. 52-53.

<sup>234</sup> K. Ostaszewski, *Ewaluacja programu w budowie*, „Remedium” 2002, nr 12, s. 25-27.

<sup>235</sup> Z.B. Gaś, *Szkolny program...*, 2003, op. cit., s. 39.

<sup>236</sup> *Ibidem*, s. 42.



Przy konstruowaniu programu profilaktycznego istotne jest dostosowanie go do możliwości, potrzeb oraz problemów odbiorcy. Ponadto program powinien być adekwatny do oczekiwań odbiorców: uczniów, rodziców oraz do kompetencji nauczycieli<sup>237</sup>.

Przeglądu i analizy działań profilaktycznych szkoły dokonali I. Hantman i C. Crosse. Na tej podstawie sformułowali cztery zasady, na jakich winny opierać się skuteczne szkolne programy profilaktyki<sup>238</sup>.

**Zasada 1:** Podstawą programu działań profilaktycznych w szkole powinny być wyniki obiektywnych badań dotyczących zachowań dysfunkcyjnych w środowisku szkolnym i otaczającej szkołę lokalnej społeczności.

**Zasada 2:** Zaplanowane w ten sposób działania profilaktyczne powinny być ukierunkowane na mierzalne cele i zadania.

**Zasada 3:** Planowane i wdrażane działania profilaktyczne powinny wynikać z wcześniejszych doświadczeń lub badań ewaluacyjnych wykazujących, że wykorzystane strategie rzeczywiście zapobiegają lub redukują dysfunkcyjność dzieci i młodzieży.

**Zasada 4:** Programy działań profilaktycznych w szkole powinny być systematycznie ewaluowane w zakresie osiągnięcia zakładanych celów, a uzyskiwane wyniki powinny być wykorzystane do modyfikacji, wzbogacania i rozwijania programu oraz – w konieczności – do modyfikacji celów i zadań.

Istotny jest również etap planowania programu profilaktycznego, który jest procesem obejmującym kilka etapów. Na uwagę zasługuje model planowania zaprezentowany przez Dignana i Carra<sup>239</sup>, składający się z czterech etapów:

1. Diagnoza potrzeb – analiza sytuacji populacji (społeczności), w której realizowany będzie program: jej charakterystyka, specyficzne problemy zdrowotne i ich przyczyny, wybór problemu(-ów) priorytetowego(-ych).
2. Budowanie planu działań – określenie celów i zadań dla ich osiągnięcia, zasobów, potencjalnych trudności, strategii i metod interwencji.
3. Wdrożenie programu oraz monitorowanie jego przebiegu i ewaluacja procesu.
4. Ewaluacja wyników programu.

Podjęcie to, z pewnymi modyfikacjami, jest wykorzystywane w modelach planowania programów opracowanych przez różnych autorów<sup>240</sup>.

---

<sup>237</sup> J. Szymańska, *Szkoła jako miejsce...*, op. cit., s. 33.

<sup>238</sup> I. Hantmann, C. Crosse, *Progress in Prevention: Report on the National Study of Local Education Agency Activities under the Safe and Drug Free Schools and Communities Act*. US Department of Education, Office of the Under Secretary, Planning and Evaluation Service, Washington, DC, 2000.

<sup>239</sup> M.B. Dignan, P.A. Carr, *Program planning for health*, Lee & Febiger, Malvern 1992.

Szkolny program profilaktyki to projekt systemowych rozwiązań w środowisku danej szkoły. Konstruowanie programu profilaktycznego jest nie lada wyzwaniem, gdyż tylko prawidłowo stworzony program daje gwarancję sukcesu jego realizacji. Profesjonalne przygotowanie i wdrożenie szkolnego programu profilaktyki wymaga od zespołu wychowawczego, nauczycieli i innych pracowników szkoły posiadania niezbędnej wiedzy teoretycznej dotyczącej miejsca profilaktyki w systemie wychowania oraz praktycznych sposobów jej wdrażania. Ważne jest również podnoszenie kwalifikacji nauczycieli poprzez udział w kursach z zakresu profilaktyki oraz wyposażanie ich w odpowiednie kompetencje do prowadzenia celowych działań profilaktycznych.

Konstruowanie szkolnego programu profilaktycznego zależy od zasobów, potrzeb i oczekiwań konkretnej społeczności szkolnej, które to należy zidentyfikować na podstawie badań diagnostycznych. Szkolny program profilaktyki powinien stanowić spójną całość z programem wychowawczym szkoły oraz szkolnym zestawem programów nauczania.

Przy tworzeniu szkolnego programu profilaktyki należy pamiętać o tym, aby był on kompatybilny z uchwalonym przez radę pedagogiczną programem wychowawczym szkoły, a także by zawierał wszystkie możliwe do wykorzystania zasoby (zarówno ludzkie, jak i ideologiczne). Bardzo ważne jest także dostosowanie programu do aktualnych problemów występujących w danym środowisku oraz włączenie do jego realizacji również rodziców<sup>241</sup>.

W ostatnich latach w systemie edukacji nastąpił również wyraźny wzrost ilościowy i jakościowy różnorodnych programów profilaktycznych adresowanych do przedszkoli, szkół, w tym do uczniów, nauczycieli oraz rodziców. Programy te dotyczą różnych aspektów zdrowia i są opracowywane przez rozmaite instytucje rządowe oraz pozarządowe, różnorodne firmy związane ze zdrowiem na poziomie krajowym, wojewódzkim, powiatowym oraz lokalnym. Rzadko wśród tych instytucji znajdują się te oświatowe. Wiele programów oferuje szkołom również Główny Inspektorat Sanitarny oraz stacje sanitarno-epidemiologiczne. Zazwyczaj proponowane inicjatywy mają charakter akcyjny, jednorazowy, krótkotrwały i nie są powiązane z podstawą programową kształcenia ogólnego. Znaczna część programów to tłumaczenia lub adaptacje programów zagranicznych. Materiały edukacyjne oferowane w ramach programu są bardzo różnorodne, najczęściej zawierają zestaw scenariuszy i pomoc

---

<sup>240</sup> B. Woynarowska, *Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, t. 90, nr 3, s. 295.

<sup>241</sup> W.W. Szczęsny, *Zarys resocjalizacji z elementami patologii społecznej i profilaktyki*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.

do prowadzenia zajęć. W innych programach materiały z kolei dostępne są na stronach internetowych<sup>242</sup>.

Oferowanie szkołom różnorodnych programów profilaktycznych przez różne organizacje i instytucje jest zjawiskiem powszechnym także w wielu krajach europejskich. W 2010 roku w ramach europejskiego programu HEPS (Healthy Eating and Physical Activity in Schools) podjęto próbę oceny jakości programów i tworzenia na tej podstawie banku programów spełniających odpowiednie kryteria jakości i rekomendowanych szkołom. W materiałach do międzynarodowego projektu HEPS, na bazie którego w Polsce realizowany jest program „Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna w szkołach”, wyróżniono cztery wymiary jakości programów edukacyjnych, które powinny być brane pod uwagę podczas oceny jakości programu:

**Jakość koncepcji** – wykorzystanie w pracach nad programem podstaw teoretycznych oraz planowanie jego realizacji: diagnoza potrzeb, określenie adresatów, celów, dobór właściwych metod.

**Jakość struktury** – określenie warunków, w jakich realizowany będzie program: zasoby ludzkie (w tym wykwalifikowany personel), środki finansowe, współpraca, tworzenie sieci.

**Jakość procesu** – ocena przebiegu realizacji programu, jego monitorowanie, stopień akceptacji przez adresatów.

**Jakość efektów** – określenie pożądaných i niepożądaných zmian, jakie zaszły u adresatów lub w danym środowisku<sup>243</sup>.

Dla każdego wymiaru jakości zaproponowano i opisano zestaw wskaźników, na podstawie których można określić, czy program jest wysokiej, przeciętnej lub niskiej jakości<sup>244</sup>.

Programy profilaktyczne oferowane przedszkolom/szkołom przez różne instytucje powinny mieć solidną podstawę teoretyczną oraz być naukowo sprawdzone. Program winien być spójny z celami edukacyjnymi szkoły, a treści i metody dostosowane do grupy docelowej, jak również wynikać ze specyficznych potrzeb uczniów w danej szkole. W wyborze programów należy wziąć pod uwagę ich jakość. Jednym z kryteriów tej jakości, możliwym do

---

<sup>242</sup> V. Todorovska-Sokołowska, *Kryteria wyboru programu edukacyjnego z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa [b.r.]; B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Ośrodek Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2011, s. 60.

<sup>243</sup> K. Dadaczyński, P. Paulus, N. de Vries i in., *Katalog i narzędzie HEPS*, wersja w języku polskim, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.

<sup>244</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, 2011, op. cit., s. 62.

wykorzystania obecnie w Polsce, jest sprawdzenie, czy autorzy programu dokonali ewaluacji jego wyników.

Programy edukacyjne „zewnętrzne” powinny być powiązane z konkretnymi treściami podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego, natomiast po wdrożeniu programu należy sprawdzić, czy i jakie są jego efekty, i na tej podstawie podjąć decyzję o kontynuowaniu realizacji danego programu<sup>245</sup>.

Program dobrej jakości powinien zawierać wskazówki dotyczące realizacji w postaci poradników, podręczników czy też materiałów edukacyjnych dla realizatorów. Z kolei opis programu winien dostarczać informacji odnośnie do kompetencji, którymi ma dysponować realizator programu<sup>246</sup>.

Edukacyjne programy profilaktyczne wdrażane w przedszkolach oraz szkołach na masową skalę od końca lat 80. ubiegłego wieku zapoczątkowały prawdziwą rewolucję w środowisku oświatowym.

W ostatnich latach w Polsce powstał prawdziwy rynek różnorodnych programów profilaktycznych. Niestety bardziej widoczny jest ich wzrost aniżeli jakość tworzonych ofert. W tym miejscu warto zadać pytanie odnośnie do skuteczności szkolnej profilaktyki z uwzględnieniem jej zalet i wad. Niewątpliwie znaczącą korzyścią jest przeszkolenie dużej liczby realizatorów programów, z których większość to pedagodzy szkolni, nauczyciele i psychologowie z poradni oświatowych. Nabycie nowych umiejętności oraz poznanie nowych aktywizujących metod pracy z dziećmi stanowi niezwykle ważną inwestycję, która wpływa korzystnie na rozwój zawodowy pracowników oświaty, co w dalszej perspektywie powinno przełożyć się na poprawę skuteczności działań profilaktyczno-wychowawczych<sup>247</sup>. Wadą z kolei jest fakt, że rynek szkolnych programów profilaktycznych często wymyka się spod kontroli. Dzieje się tak, ponieważ nie istnieje wymóg opiniowania projektów przed fazą realizacji. W związku z tym do szkół trafiają często programy nieprofesjonalne, o małej skuteczności oraz niskiej efektywności.

Istnieje zatem pilna potrzeba określenia standardów działań profilaktycznych adresowanych do dzieci, które dotyczą nie tylko zawartych w nich treści, stosowanych metod i strategii, ale także warunków ich realizacji.

W Polsce podejmowane są próby oceny jakości programów profilaktycznych i tworzenia na tej podstawie banku programów spełniających odpowiednie kryteria jakości

---

<sup>245</sup> Ibidem, s. 62.

<sup>246</sup> V. Todorovska-Sokołowska, *Kryteria wyboru...*, op. cit.

<sup>247</sup> J. Szymańska, *Szkola jako miejsce...*, op. cit., s. 51.

oraz rekomendowanych szkołom. W związku z funkcjonowaniem od 2010 roku „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego” powstała baza programów rekomendowanych, zamieszczona na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>248</sup>. Zespół ds. Rekomendacji i Oceny Programów został powołany zgodnie z porozumieniem zawartym 3 grudnia 2010 roku pomiędzy Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodkiem Rozwoju Edukacji, Instytutem Psychiatrii i Neurologii oraz Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Są to wyłącznie programy, które poddane zostały ocenie i selekcji przez zespół specjalistów, zgodnie z przyjętymi nowymi standardami i kryteriami jakości określonymi w: „Systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego” oraz programie Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA).

Z kolei Ośrodek Rozwoju Edukacji, na podstawie zawartych w bazie informacji, przygotował wykaz programów z podziałem na poziomy profilaktyki. Wykaz zawiera informacje o autorach, adresatach, głównych celach, treściach programów, a także dane teleadresowe do kontaktu z ich koordynatorami<sup>249</sup>.

Większość spośród programów rekomendowanych przez ORE to przykłady dobrej praktyki, które zostały uznane za korzystne oraz godne polecenia. Wyłoniono je na podstawie oceny będącej kombinacją wiedzy eksperckiej oraz dostępnych (niestety nielicznych) wyników badań ewaluacyjnych. Wśród programów znajdują się również te o udowodnionej skuteczności.

W bazie programów rekomendowanych przez ORE można odnaleźć tylko dwa adresowane do dzieci w wieku przedszkolnym oraz uczniów klas I-III. Są to programy dotyczące promocji zdrowia psychicznego: „Przyjaciele Zippiego” oraz Program Profilaktyczno-Wychowawczy Epsilon. Program „Przyjaciele Zippiego” to międzynarodowy program promocji zdrowia psychicznego do dzieci w wieku 5-8 lat. Uczy on różnych sposobów radzenia sobie z trudnościami i wykorzystywania nabytych umiejętności w codziennym życiu, jak również doskonali relacje dzieci z innymi ludźmi. Program nie koncentruje się na dzieciach z konkretnymi problemami czy trudnościami, lecz promuje zdrowie emocjonalne wszystkich małych dzieci. Jest realizowany przez nauczyciela podczas 24 godzin zajęć warsztatowych w grupie przedszkolnej lub w klasie szkolnej na podstawie

---

<sup>248</sup> Strona internetowa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) [dostęp: 01.09.2016].

<sup>249</sup> *Bank Programów Profilaktycznych*, strona internetowa Ośrodka Rozwoju Edukacji, <http://www.ore.edu.pl/programy-profilaktyczne/bank-programow-profilaktycznych/bank-programow-profilaktycznych-22811> [dostęp: 01.09.2016].

starannie opracowanych materiałów. Instytucją odpowiedzialną za koordynowanie realizacji programu jest Centrum Pozytywnej Edukacji w Warszawie<sup>250</sup>.

Program Profilaktyczno-Wychowawczy Epsilon jest ukierunkowany na rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych dzieci oraz poprawę ich psychospołecznego funkcjonowania. Adresowany jest do dzieci w wieku 7-9 lat oraz ich wychowawców i rodziców. Program realizują w klasie szkolnej zewnątrzni specjaliści we współpracy z nauczycielem-wychowawcą. Zajęcia dla dzieci w wymiarze 24 godzin prowadzone są metodami warsztatowymi, z wykorzystaniem metod dramy. Oferta dla rodziców i wychowawców obejmuje 36 godzin zajęć warsztatowych. Program jest koordynowany przez Stowarzyszenie Epsilon z Bielska-Białej<sup>251</sup>.

Z kolei w bazie programów rekomendowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych<sup>252</sup> znajduje się ponadto szkolny program profilaktyki uniwersalnej „Spójrz inaczej”, skierowany również do klas nauczania zintegrowanego, oraz projekt „Trzy Koła”.

Celem programu „Spójrz inaczej” jest wspieranie rozwoju osobowości ucznia i jego zdolności do przystosowania się społecznego. **Zajęcia w klasach I-III** poświęcone są w dużej mierze rozumieniu własnych uczuć i emocji, braniu za nie odpowiedzialności oraz dawaniu sobie rady z trudnymi uczuciami, takimi jak: smutek, złość czy wstyd. Nacisk kładziony jest na dbanie o pozytywną samoocenę i uczenie konstruktywnego wyrażania złości, co stanowi podstawę profilaktyki agresji i przemocy. Program jest realizowany w klasach podczas około 25 spotkań odbywających się raz w tygodniu<sup>253</sup>.

Celem projektu „Trzy Koła” jest z kolei wzmocnienie więzi społecznych w szkole i działania na rzecz współpracy z rodzicami uczniów oraz twórczego zaangażowania uczniów. Projekt skierowany jest nie tylko do uczniów, ale również do rodziców i nauczycieli.

Jednym z elementów szkolnego programu profilaktyki mogą być profesjonalne programy profilaktyczne oferowane szkołom przez różne instytucje. Wdrażanie profesjonalnych programów profilaktycznych do przedszkoli oraz szkół zapoczątkowało prawdziwą rewolucję w środowisku oświatowym i wydają się one inwestycją w zasoby tych placówek. Ilościowy oraz jakościowy wzrost w ostatnich latach programów profilaktycznych

---

<sup>250</sup> *Przyjaciele Zippiego – o programie*, strona internetowa Centrum Pozytywnej Edukacji, <http://www.pozytywnaeducacja.pl/programy/przyjaciele-zippiego/o-programie> [dostęp: 01.09.2016].

<sup>251</sup> *Rekomendowane programy profilaktyczne i promocji zdrowia psychicznego*, serwis internetowy PROFNET, <http://www.profnet.org.pl/rekomendowane-programy-profilaktyczne-i-promocji-zdrowia-psychicznego/> [dostęp: 01.09.2016].

<sup>252</sup> Strona internetowa agencji PARPA, <http://www.parpa.pl/> [dostęp: 01.09.2016].

<sup>253</sup> Strona internetowa programu „Spójrz inaczej”, <http://www.spojrzinaczej.pl/> [dostęp: 01.09.2016].

adresowanych do przedszkoli oraz szkół wymaga od osób decyzyjnych dobrej znajomości tematu. Wymogiem skuteczności programu jest znajomość jego cech oraz warunków, jakie należy spełnić, żeby przynosił on oczekiwane efekty. Niestety coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że wiele z tych programów prezentuje niską jakość, a ich realizacja zajmuje czas uczniom i nauczycielom, nie przynosząc oczekiwanych efektów. Najczęściej nie dokonuje się także ewaluacji tych efektów. Ponadto niektóre z programów są proponowane placówkom przez różne firmy i zazwyczaj są programami komercyjnymi, zawierającymi tzw. lokowanie produktu. Dlatego konieczny jest systemowy monitoring działań nauczycieli oraz dyrektorów placówek w tym zakresie w celu określenia praktycznej przydatności tych programów. Niepokojący okazał się również fakt, że placówki edukacyjne zamiast długotrwałych zajęć profilaktyczno-edukacyjnych wybierały jednorazowe akcje, pogadanki czy konkursy. Tego typu formy aktywności zamiast stanowić uzupełnienie zaczęły wypierać profesjonalne programy profilaktyczne oparte na wiedzy naukowej oraz skutecznych strategiach profilaktycznych. Pojawiła się zatem silna potrzeba stworzenia banku programów o udowodnionej skuteczności oraz edukacji opartej na najnowszej wiedzy i strategiach profilaktycznych. Odpowiedzią na te potrzeby jest stworzenie „Systemu rekomendacji programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego”<sup>254</sup>, z którego placówki oświatowe powinny korzystać przy wyborze programu profilaktycznego.

## **2.5. Czynniki warunkujące skuteczność edukacji zdrowotnej**

### **2.5.1. Kompetencje oraz przygotowanie nauczycieli do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej**

Teoretycy kształcenia oraz wychowania są zgodni, że najważniejszym czynnikiem decydującym o jakości i efektywności pracy szkoły jest niewątpliwie nauczyciel, a jego znaczącą rolę we współcześnie zmieniającej się szkole akcentuje wielu autorów<sup>255</sup>.

Ponadto podstawowym elementem systemu szkolnej edukacji zdrowotnej jest nauczyciel, a w szczególności jego poziom gotowości do realizacji jej zadań. Jak podkreśla B. Woynarowska, to nauczyciel jest kluczową postacią w szkolnej edukacji zdrowotnej

---

<sup>254</sup> Strona internetowa agencji PARPA, <http://www.parpa.pl/> [dostęp: 01.09.2016].

<sup>255</sup> W. Strykowski, *Kompetencje współczesnego nauczyciela*, „Neodidagmata” 27/28, Poznań 2005, s. 15-28.

i powinien pełnić rolę przewodnika oraz doradcy ucznia. Winien ponadto tworzyć wzorce zachowań zdrowotnych nie tylko dla uczniów, lecz również dla ich rodziców<sup>256</sup>.

Reforma systemu edukacji narodowej wiąże się z nałożeniem na współczesnego nauczyciela wielu nowych obowiązków dotyczących edukacji zdrowotnej. Złożone cele i zadania tej edukacji wymagają od nauczyciela stosownej wiedzy i kompetencji zawodowych<sup>257</sup>. Ponadto wyznacznikiem gotowości nauczycieli zarówno wychowania przedszkolnego, jak i edukacji wczesnoszkolnej do realizacji zadań edukacji zdrowotnej jest świadomość wartości dostępnych programów edukacji zdrowotnej oraz umiejętności doboru stosownych metod i środków w tej edukacji. Nauczyciel, który właściwie realizuje swoją rolę zawodową, to nauczyciel kompetentny, posiadający odpowiednią wiedzę i umiejętności, które pozwolą mu skutecznie wywiązywać się z powierzonych mu zadań<sup>258</sup>.

Współcześnie problem wszechstronnego przygotowania nauczycieli do edukacji zdrowotnej porusza B. Woynarowska, która zwraca uwagę na kompetencje nauczyciela istotne przy realizacji procesu dydaktyczno-wychowawczego. Ponadto powinny być one kształtowane w ramach studiów wyższych oraz kursów doskonalących dla czynnych zawodowo nauczycieli<sup>259</sup>.

Nauczyciel będący edukatorem zdrowia powinien posiadać odpowiednie kompetencje definiowane jako: „[...] szczególne właściwości człowieka, wyrażające się w demonstrowaniu na wyznaczonym przez standardy poziomie umiejętności adekwatnego zachowania się, świadomości potrzeby i konsekwencji takiego zachowania oraz przyjmowania na siebie odpowiedzialności za własne sprawstwo”<sup>260</sup>. Kompetencje można zatem określić jako wiedzę, zdobyte doświadczenia oraz umiejętności, odpowiednie cechy osobowości, a także wewnętrzne motywacje, postawy i zachowania umożliwiające dobre realizowanie założeń i celów edukacji zdrowotnej<sup>261</sup>.

Kompetencje przyczyniają się do poprawy skuteczności edukacji zdrowotnej, a tym samym do promowania zdrowia w placówkach. Mówiąc o kompetencjach nauczyciela, warto rozróżnić kompetencje specjalistyczne, dydaktyczne i psychologiczne<sup>262</sup>.

---

<sup>256</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, 2011, op. cit., s. 53-54.

<sup>257</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 175.

<sup>258</sup> E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, op. cit., s. 118.

<sup>259</sup> B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Ścieżka edukacyjna...*, op. cit.

<sup>260</sup> S. Kwiatkowski, Z. Sepkowska (red.), *Budowa standardów kwalifikacji zawodowych w Polsce*, Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych – Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Warszawa–Radom 2000, s. 13.

<sup>261</sup> K. Żuchelkowska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 69-71.

<sup>262</sup> H. Hammer, *Klucz do efektywności nauczania. Poradnik dla nauczycieli*, Wydawnictwo „Veda”, Warszawa 1994, s. 24-25.



Kompetencje specjalistyczne nauczyciela tworzą wiedza i umiejętności, które muszą być doskonalone systematycznie. W zakres tych kompetencji wchodzi również wymiana doświadczeń oraz współpraca nauczycieli. Kompetencje dydaktyczne związane są z tymi umiejętnościami, które umożliwiają nauczycielowi właściwe planowanie oraz realizację treści i celów edukacji zdrowotnej. W zakres tych kompetencji wchodzi m.in.: umiejętność precyzowania celów edukacji zdrowotnej, umiejętność zastosowania takich technik, które wywołują aktywność wychowanków podczas zdobywania wiedzy o zdrowiu oraz wdrażanie wychowanków do aktywności i wysiłku. Kompetencje psychologiczne nauczyciela manifestują się z kolei umiejętnością nawiązywania kontaktów interpersonalnych z wychowankami i podtrzymywania z nimi więzi. Nauczyciel będący edukatorem zdrowia winien wziąć na siebie pełną odpowiedzialność za efekty własnej pracy, zdawać sobie sprawę z tego, że nie wszystkie jego działania pedagogiczne są słuszne i prowadzą do zrealizowania wytyczonych celów. Nauczyciel edukator zdrowia winien posiadać także kompetencje specjalistyczne, społeczne aksjologiczne oraz prakseologiczne. Nauczyciel mający kompetencje specjalistyczne dysponuje odpowiednią wiedzą o zdrowiu, którą potrafi wykorzystać w swej pracy dydaktyczno-wychowawczej. Bardzo istotna jest również znajomość zagadnień z zakresu pedagogiki zdrowia, która wyraża się m.in.: umiejętnością formułowania i realizowania celów zdrowotnych, umiejętnością działania na rzecz propagowania zdrowego stylu życia oraz umiejętnością dokonywania ewaluacji procesu edukacji zdrowotnej. Nauczyciel posiadający kompetencje społeczne rozumie związek między własnym zachowaniem i postępowaniem związanym z dbaniem o zdrowie oraz pomnażaniem potencjału zdrowotnego a tym, o czym mówi i czego wymaga od swoich wychowanków. Kompetencje aksjologiczne wyrażają się w ukazywaniu dzieciom zdrowia jako wartości autotelicznej, która umożliwia poznanie i osiągnięcie innych wartości oraz poprawienie jakości swojego życia. Z kolei kompetencje pragmatyczne wyrażają się skutecznością w planowaniu, organizowaniu, realizowaniu i ewaluacji działań pedagogicznych ukierunkowanych na rozwijanie u swoich wychowanków zachowań prozdrowotnych i uzyskanie pozytywnych ich skutków<sup>263</sup>.

W nowym ujęciu edukacji zdrowotnej istotna staje się przede wszystkim rola nauczyciela wychowania fizycznego jako osoby odpowiedzialnej za proces edukacji

---

<sup>263</sup> K. Żuchelkowska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 71-74.

zdrowotnej w szkole, przy utrzymaniu głównego celu edukacji zdrowotnej, którym jest kształtowanie osobowości sprzyjającej dbałości o własne zdrowie<sup>264</sup>.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego w klasach I-III szkoły podstawowej<sup>265</sup> edukację dzieci powierza się jednemu nauczycielowi. Jednakże podstawa programowa umożliwia włączenie w ten proces również innych nauczycieli. W związku z tym zajęcia z wychowania fizycznego może prowadzić nauczyciel wychowania fizycznego, który spełnia wymagania w tym zakresie określone w wyżej wymienionym rozporządzeniu. W myśl założeń programowych polskiego szkolnictwa to właśnie nauczyciel wychowania fizycznego powinien podejmować działania na rzecz zwiększenia swoich kompetencji do pełnienia roli nie tylko nauczyciela, ale również wychowawcy, co staje się szczególnie ważne w kontekście prowadzonej edukacji zdrowotnej. Włączenie treści z zakresu edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej w różne obszary, w których obszar wychowania fizycznego pełni wiodącą rolę, obliguje szkoły do prowadzenia działań z zakresu edukacji zdrowotnej integralnie z całym procesem edukacyjnym w sposób systemowy.

Nauczyciel wychowania fizycznego zasługuje na określenie wychowawcy zdrowia, ponieważ kształtuje u ucznia stosunek zarówno do zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i społecznego. Jego postawa, zachowania oraz postępowanie winny być wzorem do naśladowania dla młodego człowieka. Nauczyciel wychowania fizycznego dysponuje wiedzą biomedyczną, która pozwala mu na wszechstronne kierowanie rozwojem fizycznym i psychicznym wychowanków. Wiedza pedagogiczna natomiast ułatwia mu włączenie się w proces wychowania zdrowotnego<sup>266</sup>.

Wśród pożądanых kompetencji nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej zaliczyć można m.in.: wiedzę o rozwoju fizycznym i psychicznym, psychoseksualnym oraz o zdrowiu, jego zasobach i czynnikach ryzyka dla zdrowia. Niezbędna jest również wiedza o profilaktyce najczęstszych problemów zdrowotnych i społecznych dzieci oraz młodzieży, jak również o profilaktyce chorób cywilizacyjnych. Podkreślono również fakt kompetencji nauczyciela w zakresie ukierunkowania dzieci na rozwijanie umiejętności życiowych oraz posiadanie wiedzy o promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem szkoły promującej zdrowie. Nauczyciel powinien umieć

---

<sup>264</sup> A. Krawański, *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*, AWF, Poznań 2003.

<sup>265</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

<sup>266</sup> W. Wolny-Wilk, *Nauczyciel wychowania fizycznego w roli wychowawcy zdrowotnego*, [w:] A. Kaźmierczak, A. Makarczuk, A. Maszorek-Szymala (red.), *Kultura fizyczna i zdrowotna w życiu współczesnego człowieka*, Łódź 2007.

diagnozować potrzeby uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej, koordynować działania w jej zakresie, stosować metody i techniki nauczania wspierających aktywność i uczestnictwo uczniów. Ponadto winien motywować uczniów do troski o własne zdrowie, wspierać ich w tych działaniach oraz dokonywać ewaluacji procesu i wyników prowadzonej edukacji zdrowotnej. Nauczyciel wychowania fizycznego ma za zadanie swoją postawą przekonywać, że zdrowie jest wartością dla człowieka i zasobem dla społeczeństwa, być gotowy do tworzenia wzorców zachowań zdrowotnych dla ucznia, doskonalenia własnego zdrowia oraz podejmować działania na rzecz tworzenia zdrowego środowiska pracy i nauki.

Nie ulega wątpliwości, że wymienione wyżej kompetencje powinien posiadać również każdy nauczyciel wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, który przekazuje treści związane z edukacją zdrowotną. Nauczyciel wychowawca najlepiej zna potrzeby swoich uczniów i to od jego kompetencji oraz nastawienia zależy w dużej mierze zakres i jakość przekazywanych treści dotyczących zdrowia. Zajęcia z wychowania fizycznego, zgodnie z zapisami w podstawie programowej<sup>267</sup>, można powierzyć innemu nauczycielowi, posiadającemu odpowiednie kwalifikacje. Poza tym zajęcia z edukacji zdrowotnej mogą być realizowane z udziałem specjalisty z zakresu zdrowia publicznego lub dietetyki, higienistki szkolnej lub pielęgniarki.

Niezwykle ważną kwestią jest uświadomienie nauczycielom znaczenia edukacji zdrowotnej i wskazanie, jak wiele jej sformułowanych wymagań znajduje się w podstawie programowej. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na fakt, jak ważne jest ciągle doskonalenie własnych kompetencji specjalistycznych nauczycieli na kursach, szkoleniach czy studiach podyplomowych<sup>268</sup>. Wydaje się jednakże, że pojawia się szereg problemów z praktyczną realizacją szkolnej edukacji zdrowotnej, a uczelnie wyższe nie przygotowują przyszłych nauczycieli w należyty sposób do roli edukatora zdrowia. Programy nauczania realizowane przez uczelnie wyższe, przygotowujące do pracy przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego, nie uwzględniają nowych zadań z zakresu edukacji zdrowotnej wynikających z podstawy programowej, którym nauczyciele mają sprostać.

Programy kształcenia studentów w zakresie realizacji aktualnej koncepcji edukacji zdrowotnej nie biorą pod uwagę wymagań nałożonych na nich przez podstawę programową. W Polsce tylko nieliczne wydziały umożliwiają studia na kierunku wychowanie fizyczne

---

<sup>267</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

<sup>268</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, 2011, op. cit., s. 53-54.

zdrowotne albo wychowanie fizyczne z edukacją zdrowotną<sup>269</sup>. B. Woynarowska także dostrzega konieczność wprowadzenia zmian w zakresie zarówno organizacji kształcenia studentów, jak i programów kształcenia uczelni wychowania fizycznego, co uzasadnione jest niedostatecznym wymiarem godzin przedmiotu edukacja zdrowotna w planach studiów<sup>270</sup>.

Absolwenci pedagogiki zdrowia, pedagogiki socjalnej z edukacją zdrowotną czy też wychowania zdrowotnego mają uprawnienia do bycia edukatorami zdrowia, ale kierunki te można raczej traktować jako uzupełnienie kwalifikacji przez absolwentów wychowania fizycznego. Ze względu na ważną rolę edukacji zdrowotnej, rozumianej jako element długofalowej polityki zdrowotnej państwa, celowa jest dokładna analiza stopnia przygotowania zawodowego nauczycieli do realizacji nowych zadań. Wydaje się, że konieczne jest również wprowadzenie zmiany w programach studiów podyplomowych oraz wdrożenie różnych kursów doskonalenia zawodowego dla aktywnych zawodowo nauczycieli<sup>271</sup>.

Według B. Woynarowskiej niezwykle istotne jest stworzenie systemu doskonalenia nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie edukacji zdrowotnej poprzez zaoferowanie nauczycielom możliwości odbycia szkoleń na odpowiednich kursach, które są organizowane przez ośrodki doskonalenia zawodowego oraz uczelnie wyższe, jak również umożliwienie im uzyskania konsultacji i pomocy w zakresie realizacji modułu „edukacja zdrowotna”.

Treści z zakresu edukacji zdrowotnej powinny być również uwzględnione w kształceniu przeddyplomowym nauczycieli. Idealne rozwiązanie stanowi również opracowanie podręczników metodycznych i innych pomocy dla nauczycieli wychowania fizycznego oraz dla wychowawców klas.

Edukacja zdrowotna w polskiej szkole przyniesie zamierzone efekty tylko wtedy, gdy będzie realizowana przez nauczycieli o wysokich kompetencjach w tym zakresie.

Ponadto nauczycieli podejmujących się trudu realizacji edukacji zdrowotnej powinna cechować nie tylko chęć i zapał do pracy, ale także rzetelna wiedza teoretyczna i metodyczna na temat zdrowia oraz jego uwarunkowań. Niezwykle ważnym zadaniem wydaje się również kształcenie nauczycieli i edukatorów zdrowia nie tylko w ramach studiów pedagogicznych,

---

<sup>269</sup> H. Wiśniewska-Śliwińska, J.T. Marcinkowski, S.A. Wiśniewski, *Opinie nauczycieli wychowania fizycznego względem propozycji ustanowienia ich głównymi edukatorami zdrowotnymi w szkołach*, „Hygeia Public Health” 2010, t. 45, nr 2, s. 206-212.

<sup>270</sup> B. Woynarowska, *Przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej. Opinie nauczycieli akademickich*, 2008, maszynopis.

<sup>271</sup> H. Wiśniewska-Śliwińska, J.T. Marcinkowski, S.A. Wiśniewski, *Opinie nauczycieli...*, op. cit.

ale również w zakresie doskonalenia zawodowego<sup>272</sup>. Wymienione wyżej czynniki stanowią warunek skuteczności podejmowanych działań z obszaru edukacji zdrowotnej.

### **2.5.2. Znaczenie współpracy przedszkola/szkoły z rodzicami, pielęgniarką lub higienistką szkolną oraz społecznością lokalną w edukacji zdrowotnej**

W procesie przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej potrzebne są zintegrowane działania wielu współrealizatorów. Cechą każdej placówki powinno być współdziałanie z rodzicami i pracownikami służby zdrowia, w tym głównie z pielęgniarką/higienistką szkolną, oraz otwartość i partnerstwo we współpracy ze społecznością lokalną.

Wśród osób i instytucji zajmujących się edukacją zdrowotną dzieci, szczególnie w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, na pierwszym miejscu należy wymienić rodziców oraz rodzinę<sup>273</sup>. Zadaniem rodziny jest tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu wszystkich jej członków, w szczególności dzieci. Właśnie w ramach rodziny następuje wychowanie zdrowotne oraz kształtowanie postaw wobec zdrowia, przekazywanie podstawowej wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby, uczenie podstawowych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, wyrabianie emocjonalnego stosunku do zdrowia jako wartości oraz formowanie zachowań pro- i antyzdrowotnych. Rodzina odgrywa zatem podstawową rolę w umacnianiu i promowaniu zdrowia<sup>274</sup>. Rodzice są pierwszymi oraz najważniejszymi „nauczycielami zdrowia” swoich dzieci. Będąc „wychowawcami zdrowia”, rodzice odpowiedzialni są za przekazanie dzieciom odpowiedniej wiedzy dotyczącej zdrowia i umiejętności, dzięki którym będą one mogły zaspokajać własne potrzeby zdrowotne. Zwyczaje kultywowane w domu rodzinnym ukierunkowują oraz regulują zachowania dziecka w późniejszym jego życiu<sup>275</sup>. To właśnie oni dzięki swej pozycji oraz długotrwałości kontaktów z dzieckiem mają największe możliwości kształtowania zdrowia oraz sprawności fizycznej swych dzieci od urodzenia aż do pełnoletności, czyli przez cały okres dorastania. Wywiązanie się z tej roli i obowiązków zależy w dużej mierze od zachowań rodziców, czyli od pozytywnych wzorców zachowań związanych ze zdrowiem<sup>276</sup>. Dziecko od najmłodszych lat uczy się przez naśladowanie zachowań dorosłych, bliskich mu osób. Wśród czynników

---

<sup>272</sup> Komisja Europejska/EACEA/Eurydice, *Physical Education and Sport at School in Europe* [Wychowanie fizyczne i sport w szkołach w Europie], Raport Eurydice, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2013.

<sup>273</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 106.

<sup>274</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 170-171.

<sup>275</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2007, op. cit., s. 211-212.

<sup>276</sup> B. Kuras, *Zachowania zdrowotne rodziców*, „Edukacja i Dialog” 2003, nr 4, s. 62.

wpływających na edukację zdrowotną dzieci w rodzinie są również kompetencje rodziców do wychowania dziecka w zdrowiu i do zdrowia. W tym zakresie rodzice kierują się swoimi doświadczeniami wyniesionymi z domu rodzinnego oraz z własnego życia, w tym również ze szkoły. W zakresie wychowania zdrowotnego od rodziny oczekuje się przede wszystkim:

- stworzenia optymalnych w danych warunkach ram materialnych zapewniających bezpieczeństwo i zaspokojenie zdrowotnych potrzeb dziecka
- właściwej atmosfery sprzyjającej zdrowiu fizycznemu i psychicznemu; zainteresowania rozwojem dziecka, życzliwego stosunku do jego potrzeb, zdrowego współzawodnictwa higienicznego, aktywnej, rozumnej i systematycznej pracy nad ukształtowaniem nawyków i postaw zdrowotnych
- organizacji życia zgodnej z zasadami higieny somatycznej i psychicznej (układ dnia, godziny snu, podział obowiązków domowych)
- lojalnej współpracy z instytucjami oraz z właściwymi placówkami służby zdrowia<sup>277</sup>.

Na zaspokojenie w rodzinie potrzeb zdrowotnych dziecka, a także jego edukację zdrowotną wpływ mają również czynniki ekonomiczne, a wśród nich sytuacja materialna rodziny, zjawisko wykluczenia społecznego oraz wykształcenie rodziców. Można zatem stwierdzić, że to od rodziny zależy przyszłość dziecka, co świadczy o jej niezwykle dużym potencjale oraz możliwościach wychowawczych. Stanowi to jednocześnie konieczność podejmowania istotnych działań wychowawczych w rodzinie<sup>278</sup>.

Współczesna rodzina nie jest jednak instytucją wyizolowaną i samowystarczalną zdrowotnie. W realizacji celów edukacji zdrowotnej wspomagana powinna być przez przedszkole czy szkołę. Najistotniejsze jednak jest nawiązanie odpowiedniej współpracy między tymi instytucjami a rodziną<sup>279</sup>. W edukacji zdrowotnej relację rodzina–szkoła powinna cechować partycypacja. Szkoła ma pomagać rodzicom w wychowaniu dzieci do zdrowia, dostarczać im wiedzy związanej z rozwojem i zdrowiem dziecka oraz kształtować umiejętności prozdrowotne. Współpraca nauczycieli i rodziców stanowi istotny czynnik wpływający na poziom świadomości zdrowotnej rodziny. Z kolei skuteczność procesu edukacji zdrowotnej zależy od dobrej współpracy szkoły i rodziny, czego przejawem jest właściwe wykorzystanie informacji o zdrowiu dziecka pochodzące z obu środowisk.

---

<sup>277</sup> M. Demel, *O wychowaniu zdrowotnym*, PZWS, Warszawa 1968, s. 170.

<sup>278</sup> J. Izdebska, *Rodzina – podstawowe środowisko życia dziecka*, [w:] eadem (red.), *Dziecko w rodzinie i w środowisku rówieśniczym*, Trans Humana, Białystok 2003, s. 70.

<sup>279</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 113.

Skuteczność edukacji zdrowotnej zależy od tego, w jakim stopniu przedszkole zainicjuje i rozwinię współpracę z rodzicami, kontynuowaną następnie przez szkołę. Współpraca ta powinna polegać na<sup>280</sup>:

- informowaniu i uzgadnianiu z rodzicami, jakie tematy, problemy są z ich punktu widzenia najważniejsze oraz jaka jest możliwość ich realizacji
- wspólnym realizowaniu w przedszkolu imprez o tematyce zdrowotnej
- zachęcaniu rodziców, którzy mają odpowiednią wiedzę i umiejętności, do włączania się w prowadzenie wybranych zajęć w przedszkolu przeznaczonych dla dzieci i dorosłych
- stwarzaniu rodzicom możliwości wyrażania swoich opinii i informacji zwrotnych o efektach oddziaływania przedszkola.
- Ponadto B. Woynarowska zwraca również uwagę na:
- umożliwienie rodzicom korzystania z różnych form edukacji zdrowotnej w szkole
- wspólne organizowanie imprez i kampanii o tematyce zdrowia<sup>281</sup>.

Z kolei rodzice powinni wspomagać przedszkole/szkołę w tworzeniu środowiska wspierającego edukację zdrowotną, prezentować wspólnie z nauczycielem pozytywne wzorce zachowań oraz propagować postawy prozdrowotne we współdziałaniu z nauczycielem.

Owa współpraca w większości przypadków inspirowana jest głównie przez nauczycieli i polega na ocenie ucznia, a nie na rzetelnej, prowadzonej w dobrej atmosferze dyskusji nad ewentualnymi problemami zdrowotnymi, z jakimi może się borykać dziecko. Większość rodziców pozostaje bierna, a placówki nie mają pomysłu na zaangażowanie ich w jej działalność wychowawczą. Niestety stanowi to bardzo istotny problem, gdyż rodzina jest potencjalnie najpoważniejszym sojusznikiem szkoły w kreowaniu prozdrowotnych zachowań uczniów<sup>282</sup>. Pewne osiągnięcia w tym zakresie mają szkoły promujące zdrowie, ale i w wielu z nich pozyskanie rodziców do współpracy jest bardzo trudne<sup>283</sup>.

Współdziałanie to jeden z najtrudniejszych wymiarów relacji międzyludzkich, to umiejętność rezygnacji z własnych celów na rzecz celu nadrzędnego. Nawiązanie partnerskich relacji pomiędzy nauczycielami i rodzicami to skomplikowany i długotrwały proces, wymagający od obu stron zrozumienia i taktu. Jednakże warto w niego inwestować

---

<sup>280</sup> D. Froster, S. Pilke, *Promocja zdrowia*, KUL, Lublin 1998, s. 23-25.

<sup>281</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, 2011, op. cit., s. 59.

<sup>282</sup> Z. Słońska, *Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych*, [w:] J. Szymborski (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, t. 2, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 110-118.

<sup>283</sup> B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*, KOWEŻiU, Warszawa 2000, s. 78-88.

dla osiągnięcia wytyczonych celów. Przede wszystkim należy jasno określić strategię współpracy, określić bliższe i dalsze kierunki działania, a także mocno zaangażować się w ich wykonanie<sup>284</sup>.

W ochronie i promocji zdrowia uczniów poza samą szkołą oraz rodzicami powinni uczestniczyć pracownicy ochrony zdrowia, by zapewnić uczniom podstawowe świadczenia zdrowotne, uczestniczyć w ich edukacji zdrowotnej oraz wspierać uczniów, ich rodziców oraz szkołę w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Aktualnie główną rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami pełni pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna, która jest jedynym profesjonalnym pracownikiem medycznym na terenie szkoły. W ostatnich latach wzrosła rola i zakres działań pielęgniarki i higienistki szkolnej. Pielęgniarka szkolna, zgodnie z obowiązującymi przepisami<sup>285</sup>, nie jest pracownikiem szkoły ani nie wykonuje usług na zlecenie dyrektora szkoły, jest natomiast świadczeniodawcą realizującym określone w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia zadania, w trakcie których współpracuje z dyrektorem szkoły. Sprawuje ona profilaktyczną opiekę nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

W 2003 roku w Instytucie Matki i Dziecka opracowane zostały „Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”<sup>286</sup>. Jednym z głównych celów ich opracowania, a następnie wprowadzenia do kontraktowania świadczeń zdrowotnych w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami przez Narodowy Fundusz Zdrowia, było ujednoczenie sposobu realizacji zadań pielęgniarek szkolnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej sprawujących tę opiekę. Zadania pielęgniarki/higienistki szkolnej zostały określone w 10 standardach, wśród których ósmy dotyczy edukacji zdrowotnej i został zapisany w następujący sposób: „Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia”<sup>287</sup>. Wyróżnia się trzy obszary działań pielęgniarki/higienistki szkolnej w ramach edukacji zdrowotnej ucznia: zorientowane na jednostkę (ucznia), na grupę uczniów

---

<sup>284</sup> E. Nadziakiewicz, *Współpraca z rodzicami. Rodzice partnerami w tworzeniu i realizacji strategii rozwoju szkoły*, ORE [b.r.].

<sup>285</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133).

<sup>286</sup> B. Woynarowska, A. Oblacińska, M. Jodkowska, *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003.

<sup>287</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, 2011, op. cit., s. 56.



z problemami zdrowotnymi oraz związane z działaniami danej placówki. Pielęgniarka/higienistka powinna być stale nastawiona na edukację zdrowotną, być rzecznikiem zdrowia, doradcą oraz konsultantem medycznym dyrektora szkoły i nauczycieli oraz uczniów i ich rodziców<sup>288</sup>. Dyrekcja szkoły oraz inni nauczyciele powinni wspierać pielęgniarkę/higienistkę w realizacji powyższych zadań. Wsparcie to ma polegać m.in. na zapraszaniu pielęgniarki/higienistki szkolnej do planowania, realizacji oraz ewaluacji edukacji zdrowotnej oraz szkolnego programu profilaktyki, informowaniu pielęgniarki/higienistki o akcjach, konkursach oraz innych formach działań na rzecz zdrowia. W szkołach promujących zdrowie powinna być ona natomiast zapraszana do pracy w szkolnym zespole promocji zdrowia i na co dzień współpracować ze szkolnym koordynatorem, jak również uczestniczyć w radach pedagogicznych, na których podejmowane są tematy i decyzje dotyczące zdrowia<sup>289</sup>. Zgodnie z wymienionym wyżej rozporządzeniem<sup>290</sup> pielęgniarka/higienistka w czasie sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi winna współpracować w szczególności z dyrektorem szkoły. Z punktu widzenia przepisów oświatowych<sup>291</sup> zadaniem szkoły jest zapewnienie uczniom możliwości dostępu do gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, a dyrektor ma zadbać o bezpieczne i higieniczne warunki pobytu ucznia w szkole, a także bezpieczne i higieniczne warunki uczestnictwa w zajęciach zorganizowanych przez szkołę. Zatem dążąc do właściwej opieki i realizacji usług pielęgniarskich względem uczniów placówki, dyrektor szkoły winien być zainteresowany dobrą współpracą z pielęgniarką szkolną oraz zapoznaniem się z zadaniami, jakie ma do wypełnienia w szkole<sup>292</sup>. Warto również podkreślić, że pielęgniarka/higienistka szkolna jest konsultantem z zakresu wychowania zdrowotnego pracowników danej placówki, w tym w szczególności nauczycieli wychowania fizycznego, oraz pośrednikiem pomiędzy szkołą a wieloma instytucjami służby zdrowia i ekspertami medycznymi. W tym miejscu warto zaznaczyć, że powszechnie obowiązujące przepisy nie przewidują realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę/higienistkę na terenie przedszkoli.

---

<sup>288</sup> Kamiński M., K. Syczewska-Weber, A. Szpak, K. Witana, L. Wdowiak, J. Szymańska, *Ewolucja opieki medycznej nad uczniem w środowisku nauczania w Polsce po 1999 r.*, „Zdrowie Publiczne” 2003, t. 114, nr 2, s. 168-171.

<sup>289</sup> B. Woynarowska, A. Małkowska, *Środowisko fizyczne i społeczne szkoły oraz działania w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia w ocenie dyrektorów szkół*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Środowisko psychospołeczne...*, op. cit., s. 133-162.

<sup>290</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133).

<sup>291</sup> Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz.U. z 2003 r. Nr 6, poz. 69).

<sup>292</sup> A. Krzemińska, *Opinia prawna dotycząca zasad organizacji udzielenia świadczeń przez pielęgniarki szkolne*, Opole, 20.09.2013, [http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/opinia\\_prawna\\_pielegniarki\\_szkolne.pdf](http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/opinia_prawna_pielegniarki_szkolne.pdf) [dostęp: 01.09.2016].

Jednakże w ramach realizacji tematów związanych z edukacją zdrowotną pielęgniarki/higienistki są często zapraszane do przedszkoli. Wizyty te stanowią bardzo ciekawą inicjatywę i mają na celu podniesienie poziomu edukacji zdrowotnej u najmłodszych.

Reasumując, można stwierdzić, że współpraca szkoły z pielęgniarką/higienistką szkolną powinna opierać się na ustaleniu wzajemnych oczekiwań w zakresie edukacji zdrowotnej, aby przyniosła jak najwięcej korzyści przede wszystkim uczniom.

Charakterystyczną cechą zarówno przedszkola, jak i szkoły powinno być również współdziałanie ze społecznością lokalną. Współpraca ta ma służyć określonym celom i przybierać postać różnych zadań. W zależności od ich charakteru wymaga ona różnorodnych form i daje możliwość pełniejszego zaistnienia w środowisku lokalnym.

Placówki powinny być otwarte na ową współpracę i starać się pozyskiwać organizacje, władze oraz znaczące osoby w najbliższym środowisku, jak również korzystać z ich zasobów (specjalistów i środków). Podjęcie owej współpracy i partnerstwa w obrębie edukacji zdrowotnej jest szczególnie ważne z punktu widzenia społecznego, kulturalnego, a przede wszystkim zdrowotnego<sup>293</sup>.

W odniesieniu do edukacji zdrowotnej współdziałanie to może polegać na:

- pozyskiwaniu osób znaczących i różnych organizacji istniejących w społeczności lokalnej do realizacji wybranych tematów
- eliminowaniu reklam produktów żywnościowych niekorzystnych dla zdrowia i ich sprzedaży w okolicy szkoły
- organizowaniu kampanii i akcji propagandowo-informacyjnych oraz imprez popularyzujących różne aspekty zdrowia z udziałem przedstawicieli społeczności lokalnej, na które zaprasza się m.in. rodziny uczniów<sup>294</sup>.

Reasumując, można stwierdzić, że jednym z bardzo ważnych czynników skuteczności przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej jest stworzenie właściwego klimatu sprzyjającego efektywnemu współdziałaniu rodziców i nauczycieli oraz współpracy szkoły ze środowiskiem lokalnym. Podstawą owej współpracy powinno być właściwe planowanie i realizowanie strategii współpracy z rodzicami, pielęgniarką/higienistką szkolną oraz promowanie placówki w środowisku lokalnym.

---

<sup>293</sup> E. Obodyńska, *Działalność szkoły...*, op. cit., s. 10-12.

<sup>294</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, 2011, op. cit., s. 59.

### 2.5.3. Rola dyrekcji przedszkola/szkoły w procesie edukacji zdrowotnej

Funkcjonowanie przedszkola czy szkoły w obecnych czasach wymaga podejmowania wielu działań dotyczących zadań opiekuńczo-wychowawczych, dydaktycznych, organizacyjnych, a także kontaktów i współpracy z rodzicami oraz z szeroko pojętym środowiskiem. Wielkość i waga wymienionych zadań wymaga nieustannego starania i troski o jak najwyższą jakość pracy placówki. W związku z powyższym udział dyrektora staje się szczególnie istotny. Dyrektor odgrywa decydującą rolę w kształtowaniu polityki edukacyjnej placówki i ostatecznie zatwierdza wszystkie programy do realizacji na jej terenie. Ma on nie tylko prawo, ale i obowiązek dopuszczania do użytku programów wychowania przedszkolnego i programów nauczania. Regulowane jest to w art. 22a ust. 6 ustawy o systemie oświaty<sup>295</sup>: „dyrektor szkoły po zasięgnięciu opinii rady pedagogicznej dopuszcza do użytku w danej szkole zaproponowany przez nauczyciela program wychowania przedszkolnego lub program nauczania”. Elementem nadzoru pedagogicznego dyrektora jest również monitorowanie wdrażania i realizacji podstawy programowej, której celem stanowi pozyskanie informacji o stosowanych przez nauczycieli rozwiązaniach metodycznych oraz uwzględnianiu przez nich zalecanych warunków i sposobów realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Ze względu na powyższe można uznać, że jakość realizacji edukacji zdrowotnej na terenie placówek zależy od tego, na ile dyrektor uzna tę problematykę za ważną oraz godną poświęcenia czasu i uwagi<sup>296</sup>. Dyrektor, który chce wspierać edukację zdrowotną w szkole oraz pozyskać nauczycieli do zaangażowania się w omawianą problematykę, powinien podjąć następujące kroki, które sprzyjają kształtowaniu poczucia identyfikacji nauczycieli z problematyką zdrowotną:

- Pracę z radą pedagogiczną warto zacząć od debaty „za” i „przeciw” wprowadzeniu edukacji zdrowotnej do programu szkolnego. Dyskusja pozwoli na sformułowanie argumentów przez samych nauczycieli, pokazujących wagę tej problematyki ze społecznego punktu widzenia, jak i ewentualne zidentyfikowanie barier, trudności w jej realizacji.
- Kolejny krok to przypomnienie, że prawo oświatowe gwarantuje nauczycielom podmiotowość. Mogą decydować, w jakim zakresie będą realizować poszczególne treści zapisane w podstawie programowej, łącznie z możliwością tworzenia programów

---

<sup>295</sup> Art. 22a ust. 6 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Ustawę tę znowelizowano ponad 70 razy w ciągu 24 lat. Ostatnia zmiana, która weszła w życie, została opublikowana 29 listopada 2017 r.

<sup>296</sup> M. Sokołowska, *Edukacja zdrowotna i szkolny program profilaktyki – szanse i ograniczenia*, „Remedium” 2004, nr 4.

autorskich. Pozwala to wybierać te zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej, które dla danej społeczności są ważne i którym poświęci się największej uwagi.

- Kluczową kwestią jest pokazanie, że działania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia wymagają zaangażowania wielu osób: uczniów, nauczycieli, rodziców, specjalistów<sup>297</sup>.

W gestii dyrektora leży również wybór programów profilaktycznych szkoły. Program może dyrektorowi zaproponować wiele osób, m.in.: nauczyciele, osoby z zewnątrz, osoby z innej szkoły lub organ prowadzący. Niezależnie od tego, kto proponuje dyrektorowi program, ostateczna decyzja dotycząca wyboru należy właśnie do niego<sup>298</sup>. Zadaniem dyrektora placówki, który jest przekonany o słuszności idei koncepcji szkoły promującej zdrowie, jest również zgłoszenie jej do udziału w projekcie sieci szkół promujących zdrowie. W okresie przygotowawczym dyrektor szkoły/placówki powołuje szkolnego koordynatora (lidera) promocji zdrowia oraz szkolny zespół promocji zdrowia.

Każdą szkołą kieruje dyrektor i to on jest odpowiedzialny za właściwą organizację procesu dydaktyczno-wychowawczego w placówce. Każdy dyrektor placówki, traktujący edukację zdrowotną jako ważne zadanie szkoły, powinien podjąć działania mające na celu włączenie programu edukacji zdrowotnej do programu szkolnego oraz czuwać nad prawidłowością jego realizacji. Ponadto do jego zadań należy podejmowanie trafnych decyzji przy wyborze programów profilaktycznych, ubieganie się o uzyskanie statusu szkoły promującej zdrowie oraz zgłaszanie otwartości na współpracę w zakresie szeroko pojętego zdrowia z rodzicami dzieci, pielęgniarką/higienistką szkolną oraz społecznością lokalną.

---

<sup>297</sup> Ibidem.

<sup>298</sup> V. Todorovska-Sokołowska, *Kryteria wyboru...*, op. cit.

## **Rozdział 3. Status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego na etapie edukacji wczesnoszkolnej**

### **3.1. Historia szkolnej edukacji zdrowotnej w Polsce – podstawowe dokumenty i akty prawne**

Szkolna edukacja zdrowotna w Polsce ma długą historię i sięga 1787 roku. W tym roku Grzegorz Piramowicz – współtwórca dzieła Komisji Edukacji Narodowej, wyznaczył nauczycielom obowiązek „wychowania co do zdrowia”. Od tego czasu do wydania w 1982 roku pierwszego formalnego dokumentu Ministerstwa Oświaty i Wychowania określającego zakres i strukturę treści wychowania zdrowotnego oraz sposób ich realizacji minęło prawie 200 lat.

Wiadomo, że dokonywanie zmian jest nieodłącznym elementem codziennego życia. Szerokie przedstawienie modyfikacji w zakresie szkolnej edukacji zdrowotnej w Polsce, które dokonywały się w ostatnich trzech dekadach, jest nieodzownym wstępem do dalszych refleksji odnośnie do miejsca i statusu edukacji zdrowotnej w aktualnie obowiązującej podstawie programowej. Dawne i najnowsze dzieje szkolnej edukacji zdrowotnej były w ostatnich dekadach przedmiotem wielu opracowań, dyskusji, jak również sporów oraz apeli do twórców polityki edukacyjnej.

Omawiając najnowszą historię edukacji zdrowotnej w polskich szkołach, warto zwrócić uwagę na fakt, że w 2013 roku minęło 45 lat od ukazania się książki Macieja Demela *O wychowaniu zdrowotnym*<sup>299</sup>, której publikację poprzedził proklamacją wychowania zdrowotnego jako dyscypliny pedagogicznej<sup>300</sup>. Twórca nowoczesnej polskiej teorii wychowania zdrowotnego ukazał nowe spojrzenie na problemy krzewienia kultury zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Według autora wychowanie zdrowotne jest integralną składową kształtowania pełnej osobowości, która polega na świadomym tworzeniu warunków sprzyjających zdrowiu, na aktywnym udziale w pracy wychowawczej oraz kształtowaniu postaw i zachowań związanych z doskonaleniem zdrowia. Teoria ta stanowiła inspirację do różnych inicjatyw praktycznego działania w tym zakresie, jak też do tworzenia nowych wytycznych programowych. Pojęcie „wychowania zdrowotnego” szybko zaczęło zyskiwać na popularności. W systemie edukacji szkolnej zaczęto podejmować na szeroką skalę działania

---

<sup>299</sup> M. Demel, *O wychowaniu...*, op. cit.

<sup>300</sup> M. Demel, *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1965, nr 3, s. 18-26.

mające na celu nadanie pojęciu „wychowanie zdrowotne” wyższej rangi. W 1971 roku w Kielcach odbyło się pierwsze krajowe sympozjum, na którym szczególną uwagę zwrócono na kluczową rolę szkoły w realizacji programu wychowania zdrowotnego. Rok 1973 był czasem znamiennym ze względu na podjęcie ważnych decyzji w sprawie wychowania zdrowotnego na szczeblu ministerialnym. Jednym z najważniejszych dokumentów i przypisów prawnych wydanych w ostatnich trzech dekadach była 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. Na mocy uchwały podjętej przez kolegia Ministerstw Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Oświaty i Wychowania postanowiono wprowadzić wychowanie zdrowotne do programów szkolnych oraz powołano w szkołach stanowisko pedagoga – koordynatora spraw higieny szkolnej i wychowania zdrowotnego jako rzecznika tych zagadnień wobec dyrekcji szkoły i służby zdrowia<sup>301</sup>. Niska ranga prawna tego dokumentu oraz narastający kryzys społeczno-ekonomiczny w kraju uniemożliwił realizację wspomnianych postanowień, właściwie nie wpływając w istotnym stopniu na działalność szkół w zakresie edukacji zdrowotnej<sup>302</sup>.

Kolejne zmiany w historii polskiej szkolnej edukacji zdrowotnej nastąpiły we wspomnianym 1982 roku, kiedy to Ministerstwo Oświaty i Wychowania wydało dokument pod nazwą „Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej”<sup>303</sup>, określając strukturę, organizację oraz zakres działań. Pomimo tego, że ten dokument, podobnie jak wcześniejszy, miał niską rangę prawną i nie wpłynął w istotnym stopniu na poprawę realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, celowa wydaje się jego bliższa charakterystyka ze względu na fakt, że był to pierwszy normatywny dokumentu Ministerstwa.

Treści wychowania zdrowotnego w procesie edukacji szkolnej zostały podzielone na trzy zasadnicze działy, z których z kolei wyodrębniono określone grupy tematyczne. Dział pierwszy dotyczył kształtowania nawyków i przyzwyczajzeń higieniczno-zdrowotnych. Znajdowały się w nim takie grupy tematyczne jak: higiena osobista, higiena żywienia, otoczenia, higiena pracy i nauki oraz choroby zakaźne i społeczne. Z kolei drugi dział dotyczył zagadnień związanych z wdrażaniem uczniów do aktywnego działania na rzecz

---

<sup>301</sup> Z. Jaworski, *O krzewieniu kultury zdrowotnej w polskiej szkole – blaski i cienie*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 3, s. 7.

<sup>302</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 228-229.

<sup>303</sup> Ministerstwo Oświaty i Wychowania, *Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*, Wyd. Ministerstwo Oświaty i Wychowania, Instytut Badań nad Młodzieżą, WSP, Warszawa 1982.

zdrowia własnego i innych ludzi. W dziale tym znalazły się następujące grupy tematyczne: zasady korzystania ze świadczeń placówek służby zdrowia, pierwsza pomoc oraz aktywność własna w leczeniu i korzystaniu z leków. Dział trzeci dotyczył kształtowania postaw prozdrowotnych i obejmował grupy tematyczne związane m.in.: z samokontrolą zdrowia i rozwoju, ćwiczeniami ruchowymi, wychowaniem seksualnym, opieką nad człowiekiem chorym. Do realizacji wyżej wymienionych zagadnień zobowiązani byli wszyscy nauczyciele w ramach swoich przedmiotów nauczania<sup>304</sup>.

Można powiedzieć, że od 1982 roku trwa nieustająca reforma nauczania dla zdrowia w polskich szkołach. Pomimo tego, że treści programowe realizowano w różnym stopniu i z różnymi rezultatami, podjęta została po raz pierwszy w Polsce próba powszechnego wychowania zdrowotnego w procesie edukacji szkolnej.

Przechodząc do najnowszej historii, lat 90. oraz pierwszej dekady XXI wieku, można powiedzieć, że dokonał się znaczący postęp w zakresie statusu edukacji zdrowotnej w polskich szkołach. W tym okresie odbyło się wiele konferencji naukowo-metodycznych dotyczących treści edukacji zdrowotnej oraz uwarunkowań i koncepcji ich realizacji. Na łamach takich czasopism jak „Lider” oraz „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” pojawiły się liczne publikacje, a także artykuły naukowe związane z tematyką zdrowia w placówkach oświatowych. Jest to też okres wielkich zmagañ Barbary Woynarowskiej i współpracującej z nią Marii Sokołowskiej o miejsce i godny status edukacji zdrowotnej w kolejnych wersjach podstawy programowej oraz o rozwój w Polsce szkół promujących zdrowie.

W celu zapewnienia należytej rangi dla szkolnej edukacji zdrowotnej w 1995 roku wystosowano memoriał do wiceprezesa Rady Ministrów i Ministra Edukacji Narodowej, w którym podkreślano wartość zdrowia oraz aspekt ekonomiczny edukacji zdrowotnej dzieci. Reakcja na memoriał była konstruktywna, niestety skończyło się na deklaracjach. W 1996 roku sygnatariusze wspomnianego memoriału podjęli ponowną próbę i zwrócili się do ówczesnego Ministra Edukacji Zdrowotnej w sprawie edukacji zdrowotnej. W memoriale tym proponowano wprowadzenie do szkół przedmiotu o nazwie wychowanie zdrowotne, który miałby być realizowany w wymiarze dwóch godzin tygodniowo w szkołach podstawowych i po jednej godzinie tygodniowo w zasadniczych szkołach zawodowych oraz w szkołach średnich.

Domagano się również ujęcia programu edukacji zdrowotnej w następujące bloki tematyczne:

---

<sup>304</sup> Z. Jaworski, *O krzewieniu...*, op. cit., s. 8.

1. higiena osobista i otoczenia
2. bezpieczeństwo i pierwsza pomoc
3. żywność i żywienie
4. ruch w życiu człowieka
5. praca i wypoczynek
6. zdrowie psychospołeczne
7. edukacja prorodzinna i seksualna
8. życie bez nałogów
9. środowisko naturalne i jego ochrona<sup>305</sup>.

Formułując treści edukacji zdrowotnej, przyjęto założenie, że będą one realizowane jako wspomniane ścieżki międzyprzedmiotowe, jak miało to miejsce w Europie. W programie nauczania zaprezentowano spiralne ujęcie materiału, co oznacza, że dotyczy on tych samych obszarów tematycznych, a uczniowie stopniowo wzbogacają zakres wiedzy i umiejętności w kolejnych latach pierwszego etapu kształcenia. Niestety nigdy nie wyodrębniono w planach nauczania czasu na realizację zagadnień związanych z edukacją zdrowotną, co stanowiło dużą barierę na drodze do jej wdrażania<sup>306</sup>.

Aby należycie realizować treści edukacji zdrowotnej, potrzebne było merytoryczne przygotowanie z tematyki zdrowotnej nauczycieli różnych przedmiotów. Kolejne utrudnienie polegało na wygospodarowaniu odpowiedniego czasu na przekazywanie treści zdrowotnych. Było to niemożliwe ze względu na fakt, że nie pozwalał na to czas przeznaczony na realizację przedmiotu własnego o rozbudowanej treści.

W 1999 roku w ramach reformy systemu edukacji wprowadzono ścieżkę edukacyjną „edukacja zdrowotna” w szkole podstawowej i gimnazjum.

Program edukacyjny w kształceniu zintegrowanym (klasy I-III) obejmował zadania edukacyjne związane z poznawaniem własnego ciała, dbałością o zdrowie, higieną własną i otoczenia, żywnością i żywieniem<sup>307</sup>. Za uwzględnienie problematyki ścieżki w szkolnym zestawie programów nauczania odpowiedzialny był dyrektor szkoły. Z kolei za jej realizację odpowiadali nauczyciele wszystkich przedmiotów, którzy do własnego programu mieli włączać odpowiednio treści ścieżki międzyprzedmiotowej. Cel edukacyjny ścieżki „edukacja zdrowotna” stanowiło ułatwienie nabywania umiejętności dbania o własne zdrowie.

---

<sup>305</sup> Pismo z dnia 25.09.1996 r. skierowane do Ministra Edukacji Narodowej prof. dr. hab. Jerzego Wiatra; Z. Jaworski, *O krzewieniu...*, op. cit., s. 8.

<sup>306</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 228-229.

<sup>307</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. z 1999 r. Nr 14, poz. 129).



Zadaniem szkoły było stwarzanie warunków do kształtowania zachowań sprzyjających zdrowiu i bezpieczeństwu, rozbudzanie zainteresowania dziecka własnym zdrowiem oraz poznawaniem zagrożeń cywilizacyjnych<sup>308</sup>.

Wdrażaniu reformy programowej towarzyszyły w resorcie edukacji działania wspierające realizację edukacji zdrowotnej. M.in. w 1999 roku utworzono Pracownię Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Krajowym Ośrodku Wspierania Edukacji Zdrowotnej, rozpoczęto kształcenie edukatorów do spraw promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a od 2000 roku wydawane były zeszyty „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”<sup>309</sup>.

Niestety, jak się okazało, tylko część szkół z powodzeniem zaczęła wdrażać ścieżkę edukacyjną „edukacja prozdrowotna”. W resorcie edukacji nie podjęto żadnych działań systemowych mających na celu wspieranie realizacji wspomnianej ścieżki. Do przyczyn niepowodzeń tej koncepcji można zaliczyć również niepełne zaangażowanie nauczycieli w realizację treści edukacji zdrowotnej, niewystarczającą współpracę szkoły z innymi środowiskami oraz brak nadzoru i kontroli jakości realizowanych zadań programowych<sup>310</sup>.

Mimo wszystko można stwierdzić, że w latach 90. XX wieku dokonał się znaczny postęp w zakresie wdrażania treści związanych z edukacją zdrowotną do polskich szkół. W resorcie edukacji rozpoczęto tworzenie infrastruktury wspierającej edukację zdrowotną, jak również wydano wiele aktów prawnych i dokumentów, w których obecne są zapisy zobowiązujące Ministerstwo Edukacji Narodowej do realizacji edukacji zdrowotnej w szkole.

W 2002 roku ścieżka edukacyjna „edukacja zdrowotna” obowiązywała we wszystkich typach szkół, w tym również w podstawie programowej wychowania przedszkolnego<sup>311</sup>. W tym samym roku szkoły i przedszkola zostały zobligowane do opracowywania programów profilaktycznych<sup>312</sup>, co stwarzało możliwość integracji działań placówek w celu doskonalenia zdrowia uczniów i jego ochrony.

W 2004 roku, podczas podejmowania prac nad opracowaniem nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego, założono likwidację ścieżek edukacyjnych. Skutkowało

---

<sup>308</sup> Ibidem, s. 597-598.

<sup>309</sup> B. Woynarowska, *Historia edukacji zdrowotnej w podstawach programowych kształcenia ogólnego 1997-2009*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 3, s. 29-31.

<sup>310</sup> E. Madejski, *Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym i rodzinnym*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 3, s. 80.

<sup>311</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenie ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z 2002 r. Nr 51, poz. 458).

<sup>312</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (Dz.U. z 2002 r. Nr 10, poz. 96).

to całkowitym wyeliminowaniem z obecnej podstawy terminu „edukacja prozdrowotna”. Jak pisze B. Woynarowska<sup>313</sup>, w odpowiedzi na jej list (16.10.2004) wystosowany do kierownika prac nad nową podstawą programową Krzysztofa Konarzewskiego stwierdzono, że ścieżki edukacyjne nie przyjęły się w szkole. W nowej podstawie postanowiono z nich zrezygnować i przenieść ich treści do przedmiotów macierzystych, którymi w odniesieniu do edukacji zdrowotnej miały być biologia i wychowanie fizyczne. Nie wzięto nawet pod uwagę przekształcenia edukacji zdrowotnej w odrębny przedmiot.

Założenie takie oznaczało regres w stosunku do dotychczasowej sytuacji oraz rodziło obawę, że zaprzepaszczony zostanie dorobek szkół, które skutecznie realizowały treści i cele edukacji zdrowotnej. Zaistniała również obawa, że Polska znajdzie się w niekorzystnej sytuacji wśród krajów europejskich.

W 2007 roku rozpoczęto pracę nad nową podstawą programową, w której – jak wcześniej wspomniano – założono usunięcie ścieżki „edukacja prozdrowotna”. W marcu 2008 roku rozpoczęły się starania o wprowadzenie do podstawy programowej odrębnego przedmiotu: „edukacja zdrowotna”, „zdrowie” lub pokrewnego. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę na fakt, że przedmiot „zdrowie” jest obowiązkowy w podstawie programowej szkół średnich m.in. w Finlandii, Wielkiej Brytanii i Irlandii, w szkołach podstawowych na Cyprze oraz fakultatywny np. w Rumunii.

Zespół ekspertów z zakresu nauk medycznych i zdrowia publicznego, na czele z prof. B. Woynarowską, zwrócił się do Minister Edukacji Narodowej z tym postulatem oraz opracował projekt wymagań z zakresu edukacji zdrowotnej. Ostatecznie propozycja ta nie została jednak przyjęta. Po nieudanej próbie wywalczenia dla edukacji zdrowotnej samodzielnej pozycji, jaką było utworzenie przedmiotu „zdrowie”, jak pisze Zbigniew Cendrowski<sup>314</sup>, podjęto intensywne prace nad włączeniem jej do podstawy programowej z wychowania fizycznego. Prof. Woynarowska została zaproszona do udziału w pracach przygotowujących podstawę programową wychowania fizycznego pod kierownictwem prof. Wojciecha Przybylskiego, czego efektem stał się nowy status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Wprowadzono dzięki temu niemal rewolucyjne zmiany w treściach i realizacjach tego przedmiotu<sup>315</sup>.

---

<sup>313</sup> B. Woynarowska, *Historia edukacji zdrowotnej...*, op. cit., s. 31.

<sup>314</sup> Z. Cendrowski, *Nigdy jeszcze sprawy edukacji zdrowotnej nie były tak wyrażone i obszernie zapisane w podstawie programowej wychowania fizycznego*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 3, s. 68.

<sup>315</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, t. 89, nr 4, s. 445-452.

Opracowana w 2008 roku podstawa programowa kształcenia ogólnego otworzyła nowy etap w szkolnej edukacji zdrowotnej w Polsce.

We wprowadzonej w 2008 roku podstawie programowej kształcenia ogólnego zmienił się status i miejsce edukacji zdrowotnej. Po raz pierwszy w historii szkolnictwa polskiego zapisano, że „ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowisk sprzyjających zdrowiu”. Zapis ten nadaje edukacji zdrowotnej ważną rangę wśród zadań szkoły<sup>316</sup>. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w 2012 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej dokonało w podstawie programowej niewielkiej zmiany, co dało efekt w postaci zmiany całego rozporządzenia<sup>317</sup>.

Bogato reprezentowane treści sprzyjające krzewieniu kultury zdrowotnej w podstawie programowej zostały rozproszone na wiele przedmiotów, spośród których najwięcej z nich zawiera wychowanie fizyczne i w tym obszarze edukacji przedmiot ten pełni rolę wiodącą<sup>318</sup>. W pierwszym etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”. Zakres treści edukacji zdrowotnej rozszerzono o treści związane ze zdrowiem psychicznym i społecznym, jak również o rozwijanie umiejętności życiowych. Określone zostały również warunki dla skuteczności edukacji zdrowotnej. Niestety, podobnie jak we wcześniejszych reformach programowych, nie wydzielono czasu na realizację edukacji zdrowotnej w planie lekcji<sup>319</sup>.

Wprowadzenie obowiązkowego modułu określanego mianem „edukacji zdrowotnej” dla wielu przedstawicieli nauk o kulturze fizycznej jest niewątpliwym sukcesem i ma znaczenie historyczne. Warto jednak w tym miejscu zwrócić uwagę na krytyczne poglądy Z. Jaworskiego o podstawie programowej z 2008 roku. Według autora w tym dokumencie zignorowano dobre pomysły i doświadczenia z minionych 40 lat oraz propozycje i uwagi dotyczące treści i warunków realizacji edukacji zdrowotnej zgłaszane przez kompetentne zespoły<sup>320</sup>.

W Polsce od dawna trwa dyskusja, czy powinno się podejmować starania o to, żeby edukacja zdrowotna stała się odrębnym przedmiotem, czy jednak jej treści powinny zostać

---

<sup>316</sup> 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. z 2009 r. Nr 4, poz. 17) – dalej: podstawa programowa z 23 grudnia 2008 r. Rozporządzenie to było nowelizowane kilkakrotnie, ostatnio w 2014 roku.

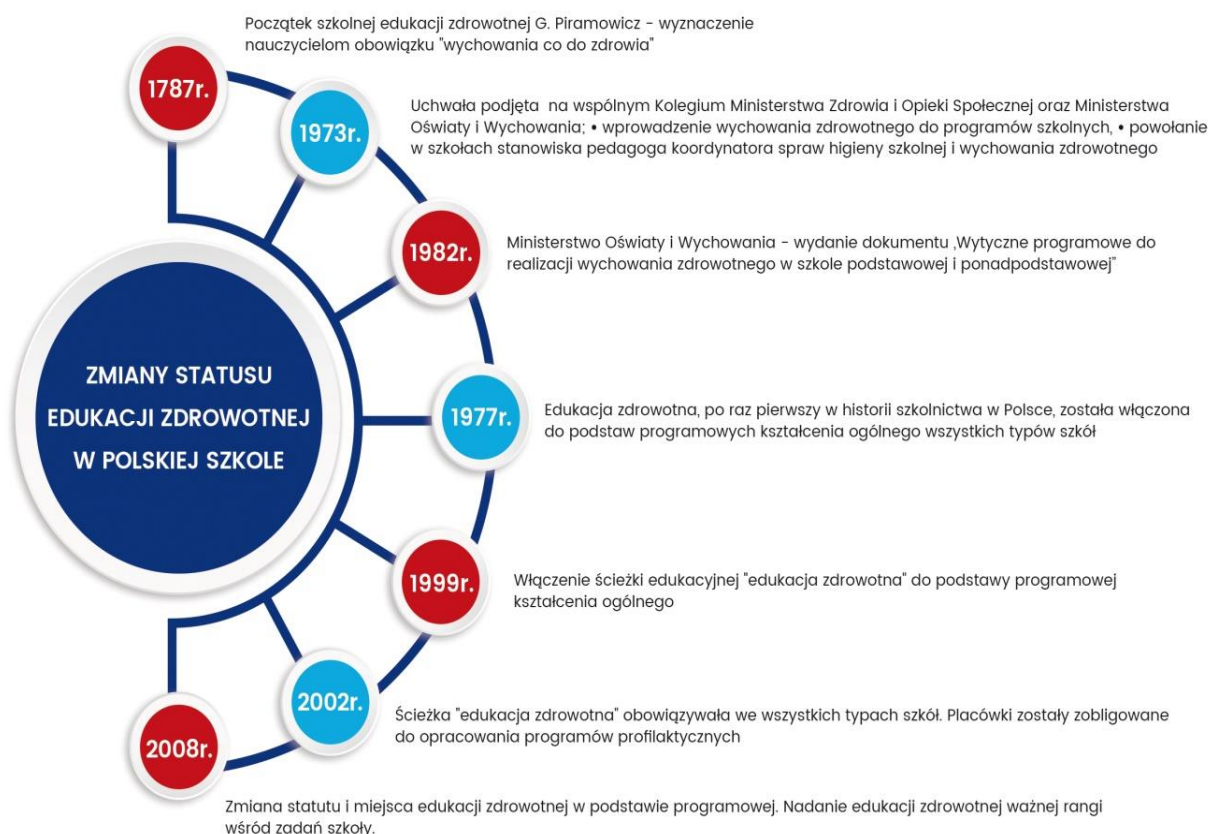
<sup>317</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

<sup>318</sup> P.F. Nowak, *Model edukacji zdrowotnej w polskich szkołach w opinii nauczycieli*, „Hygeia Public Health” 2012, t. 47, nr 2, s. 208.

<sup>319</sup> B. Woynarowska, *Historia edukacji zdrowotnej...*, op. cit., s. 29-31.

<sup>320</sup> Z. Jaworski, *O krzewieniu...*, op. cit., s. 11.

zintegrowane z innymi przedmiotami. Na jednym biegunie znajdują się zwolennicy realizowania edukacji zdrowotnej w ścieżce międzyprzedmiotowej, na drugim zaś zwolennicy nauczania o zdrowiu w wyodrębnionym obowiązkowym przedmiocie, jak to dotychczas ma miejsce w kilku państwach europejskich<sup>321</sup>.



Rys. 4. Schemat zmiany statusu edukacji zdrowotnej w polskiej szkole

Źródło: Opracowanie własne.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że na mocy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 roku od 1 września 2017 roku obowiązuje nowa podstawa programowa wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego dla szkół podstawowych<sup>322</sup>. Wydaje się, że w podstawie programowej wychowania przedszkolnego

<sup>321</sup> I. Celejowska, *O edukację zdrowotną w szkołach*, Referat wygłoszony podczas V Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Żywność – Ruch – Zdrowie”, Poznań 2015.

<sup>322</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego

treści związane z wychowaniem zdrowotnym i kształtowaniem sprawności fizycznej dzieci zostały nieco okrojone na rzecz treści związanych z emocjonalnym i społecznym rozwojem dziecka oraz dbaniem o zdrowie psychiczne. Z kolei w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla szkół podstawowych podkreśla się ważną rolę edukacji zdrowotnej, tak, jak ma to miejsce w aktualnej podstawie programowej, aczkolwiek treści dotyczące zarówno zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i społecznego wydają się bardziej rozbudowane.

W poniższym podrozdziale podjęto próbę scharakteryzowania podstawy programowej<sup>323</sup> obowiązującej podczas pisania niniejszej rozprawy pod względem zawartych w niej treści związanych z edukacją zdrowotną, jak również wykazano zmiany wynikające z nowej podstawy programowej, która obowiązuje od 1 września 2017 roku.

### **3.2. Miejsce i status edukacji zdrowotnej w podstawie programowej wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej**

We wprowadzonej w 2008 roku podstawie programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego<sup>324</sup>, która w 2012 roku uległa nowelizacji<sup>325</sup>, zmienił się status i miejsce edukacji zdrowotnej w stosunku do podstawy programowej z 1999 r. Treści dotyczące zdrowia zostały włączone do wielu przedmiotów i w porównaniu z poprzednią podstawą programową liczba wymagań dotyczących edukacji zdrowotnej oraz ich zakres tematyczny zdecydowanie uległy zwiększeniu.

Poniżej podjęto próbę ogólnej charakterystyki edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego na pierwszym etapie edukacyjnym. Przedstawiona charakterystyka jest wynikiem analizy rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r.<sup>326</sup> Opisane treści dotyczące edukacji zdrowotnej zawarte

---

dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 356) – dalej: podstawa programowa z 14 lutego 2017 r.

<sup>323</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

W 2016 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej podjęło pracę nad kolejną reformą strukturalną i programową w systemie edukacji, w tym nad opracowaniem nowej podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego, czego wynikiem jest obecnie obowiązująca podstawa programowa z 2017 roku.

<sup>324</sup> Podstawa programowa z 23 grudnia 2008 r. Rozporządzenie to było nowelizowane kilkakrotnie, ostatnio w 2014 roku.

<sup>325</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

<sup>326</sup> W 2016 roku podczas pisania niniejszej rozprawy w Ministerstwie Edukacji Narodowej rozpoczęto prace nad nową podstawą programową wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego, w związku z tym przedstawione informacje ulegną modyfikacji i będą miały wartość historyczną.

w podstawie programowej z 2012 r. zostały ponadto zestawione z treściami prezentowanymi w podstawie programowej obowiązującej od 1 września 2017 r.<sup>327</sup>

Podstawa programowa wychowania przedszkolnego opisuje proces wspomagania rozwoju i edukacji dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym. W podstawie programowej treści związane z edukacją zdrowotną znajdują się w piątym kręgu tematycznym, zatytułowanym „Wychowanie zdrowotne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci”, oraz w szóstym, zatytułowanym „Wdrażanie dzieci do dbania o bezpieczeństwo własne i innych”. Także w innych obszarach edukacyjnych przedszkola zaobserwować można treści zdrowotne, np. w obszarze pierwszym, mówiącym o kształtowaniu umiejętności życiowych, drugim – o kształtowaniu czynności samoobsługowych i nawyków higienicznych, oraz jedenastym – o pomaganiu dzieciom w rozumieniu istoty zjawisk atmosferycznych i unikaniu zagrożeń.

Celem podstawy programowej wychowania przedszkolnego związanej z edukacją zdrowotną jest troska o zdrowie dzieci i ich sprawność fizyczną poprzez zachęcanie do uczestnictwa w zabawach i grach sportowych oraz – w myśl nowego podejścia do edukacji zdrowotnej – o rozwijanie umiejętności społecznych dzieci.

Aby osiągnąć założone cele, należy wspomagać rozwój, wychowywać i kształcić dzieci w różnych obszarach, w tym w obszarze wychowania zdrowotnego i kształtowania sprawności fizycznej<sup>328</sup>.

Podstawa programowa mówi o tym, że dziecko kończące edukację przedszkolną powinno:

1. dbać o swoje zdrowie; zaczyna orientować się w zasadach zdrowego żywienia;
2. dostrzegać związek pomiędzy chorobą a leczeniem, poddaje się leczeniu, np. wie, że przyjmowanie lekarstw i zastrzyki są konieczne;
3. jest sprawne fizycznie lub sprawne w miarę swoich możliwości, jeżeli jest dzieckiem mniej sprawnym ruchowo;
4. uczestniczy w zajęciach ruchowych, w zabawach i grach w ogrodzie przedszkolnym, w parku, na boisku, w sali gimnastycznej.

W zakresie wdrażania dziecka do dbałości o bezpieczeństwo własne oraz innych:

1. wie, jak trzeba zachować się w sytuacji zagrożenia i gdzie można otrzymać pomoc, umie o nią poprosić;

---

<sup>327</sup> Podstawa programowa z 14 lutego 2017 r.

<sup>328</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, 2014, op. cit., s. 68.

2. orientuje się w bezpiecznym poruszaniu się po drogach i korzystaniu ze środków transportu;
3. zna zagrożenia płynące ze świata ludzi, roślin oraz zwierząt i unika ich;
4. wie, że nie może samodzielnie zażywać leków i stosować środków chemicznych (np. środków czystości);
5. próbuje samodzielnie i bezpiecznie organizować sobie czas wolny w przedszkolu i w domu; ma rozeznanie, gdzie można się bezpiecznie bawić, a gdzie nie<sup>329</sup>.

Dziecko kończące przedszkole i rozpoczynające naukę w szkole podstawowej powinno nabyć zdolność samodzielnego umycia się i umycia zębów oraz samodzielnego korzystania z toalety.

W myśl nowego podejścia do edukacji zdrowotnej, jakim jest rozwijanie umiejętności życiowych dzieci, nie można pominąć umiejętności samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach życiowych oraz przewidywania skutków swoich zachowań, które dziecko kończące edukację przedszkolną powinno nabyć.

W zalecanych warunkach i sposobie realizacji mówi się o tym, że co najmniej jedną piątą czasu (w przypadku młodszych dzieci – jedną czwartą czasu) dzieci spędzają w ogrodzie przedszkolnym, na boisku, w parku itp. (organizowane są tam gry i zabawy ruchowe, zajęcia sportowe, obserwacje przyrodnicze, prace gospodarcze, porządkowe i ogrodnicze itd.)<sup>330</sup>.

Jeszcze do niedawna edukacja zdrowotna dzieci w wieku przedszkolnym skupiała się na zagadnieniach związanych z kształtowaniem nawyków higieniczno-kulturalnych, z bezpieczeństwem oraz czynną postawą w zapobieganiu chorobom. Bardzo ważny był również aspekt związany ze zdrowiem fizycznym oraz rozwijaniem sprawności fizycznej.

W aktualnej podstawie programowej edukacja zdrowotna rozpatrywana jest w kontekście promocji zdrowia i właśnie z tego względu bardzo duży nacisk kładzie się na zapewnienie dzieciom odpowiednich warunków do kształtowania umiejętności prozdrowotnych, związanych z prowadzeniem zdrowego stylu życia w klimacie wzajemnego zaufania, szacunku oraz poszanowania zdrowia własnego i innych<sup>331</sup>.

W dalszej części podstawy programowej odnaleźć można po raz kolejny zapis o występowaniu treści edukacji zdrowotnej w wielu obszarach wychowania przedszkolnego. Zwrócono również uwagę na bardzo istotny fakt, że ze względu na dobro dzieci należy zadbać o kształtowanie ich świadomości zdrowotnej oraz nawyków dbania o własne zdrowie

---

<sup>329</sup> Ibidem.

<sup>330</sup> Ibidem.

<sup>331</sup> K. Żuchelkowska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 36-41.

w codziennych sytuacjach w przedszkolu i w domu, współpracując w tym zakresie z rodzicami<sup>332</sup>.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że jednym z założeń reformy jest zapewnienie ciągłości programowej. Oznacza to, że treści programowe wynikające z podstawy programowej wychowania przedszkolnego powinny być kontynuowane i rozszerzane w podstawie programowej dla klas I-III<sup>333</sup>. W zachowaniu ciągłości edukacyjnej między przedszkolem a szkołą niezbędna jest znajomość obu podstaw programowych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.

Edukacja wczesnoszkolna jest procesem rozłożonym na trzy lata nauki szkolnej. Oznacza to, że wiadomości i umiejętności zdobywane przez ucznia w klasie I będą powtarzane, pogłębiane i rozszerzane w klasie II i III. Celem edukacji wczesnoszkolnej jest wspomaganie dziecka w jego rozwoju emocjonalnym, intelektualnym, społecznym, fizycznym, estetycznym oraz etycznym. Wydaje się, że w te cele idealnie wpisuje się edukacja zdrowotna.

Na wstępie warto raz jeszcze podkreślić, że we wstępie do podstawy programowej zamieszczono zdanie: **„Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, realizowana przez nauczycieli wielu przedmiotów, której celem jest kształtowanie u uczniów umiejętności dbałości o zdrowie własne i innych ludzi”**<sup>334</sup>.

Jest to niezwykle ważne stwierdzenie, które nadaje edukacji zdrowotnej wysoką rangę wśród zadań szkoły. Co prawda w podstawie programowej edukacji wczesnoszkolnej nie wyodrębniono takiego zakresu kształcenia jak „edukacja zdrowotna”, ale składające się na nią treści zostały umieszczone w wielu obszarach, jak: wychowanie fizyczne, edukacja przyrodnicza i społeczna. W każdym z tych obszarów zalecane jest, aby kształtować u uczniów nawyk dbania o własne zdrowie oraz zdrowie innych. W miarę możliwości sprawczych uczniów klas I-III dotyczy to również bezpieczeństwa.

W części „Zalecane warunki i sposoby realizacji”, w punkcie 16, odnajdujemy zapis świadczący o ważnej randze edukacji zdrowotnej w kształceniu wczesnoszkolnym. Ze względu na dobro uczniów należy zadbać o to, aby rozumieli oni konieczność oraz mieli nawyk dbania o swoje zdrowie, a w razie konieczności udzielenia pierwszej pomocy wiedzieli, do kogo się zwrócić. Wydaje się, że włączenie treści z zakresu edukacji zdrowotnej

---

<sup>332</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

<sup>333</sup> Ibidem.

<sup>334</sup> Ibidem.



w różne inne obszary edukacji, które pozornie nawet nie mają z nią nic wspólnego, mogą przyczynić się do lepszego jej poznania i zrozumienia przez uczniów<sup>335</sup>.

Działalność edukacyjna szkoły określona jest również przez program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów i obejmujący swym zakresem wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym. Szkolny zestaw programów profilaktycznych powinien tworzyć wspólną całość i musi uwzględniać wszystkie wymagania opisane w podstawie programowej. Za ich przygotowanie oraz realizację odpowiedzialna jest zarówno cała szkoła, jak i każdy nauczyciel. Edukację w klasach I-III szkoły podstawowej powierza się jednemu nauczycielowi, który jest zobowiązany do realizowania treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Zajęcia z wychowania fizycznego, zgodnie z zapisami w podstawie programowej, można powierzyć innemu nauczycielowi posiadającemu odpowiednie kwalifikacje. Ponadto zajęcia z edukacji zdrowotnej mogą być realizowane z udziałem specjalisty z zakresu zdrowia publicznego lub dietetyki, higienistki szkolnej lub pielęgniarki.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na fakt, jak bardzo istotne jest uświadomienie nauczycielom znaczenia edukacji zdrowotnej oraz wskazanie, jak wiele jej wymagań znajduje się w podstawie programowej.

Jak już wcześniej wspomniano, treści nauczania związane ze zdrowiem znajdują się w wielu obszarach kształcenia, jednakże najmocniej zaznaczone są w 10 obszarze edukacyjnym „Wychowanie fizyczne. Kształtowanie sprawności fizycznej dzieci i edukacja zdrowotna”. Czas realizacji tego obszaru ma być przeznaczony na rozwijanie sprawności fizycznej uczniów.

Uczeń kończący klasę pierwszą powinien uczestniczyć w zajęciach rozwijających sprawność fizyczną, zgodnie z przyjętymi regułami. Zdaje sobie sprawę z tego, że choroby są zagrożeniem dla zdrowia i że może nim zapobiegać poprzez szczepienia ochronne, właściwe odżywianie, aktywność fizyczną, przestrzeganie higieny oraz poprzez odpowiednie zachowanie w sytuacji choroby. Uczeń kończący klasę pierwszą powinien zdawać sobie sprawę, że nie można samodzielnie zażywać leków ani stosować środków chemicznych. Powinien również wiedzieć, że dzieci niepełnosprawne znajdują się w trudnej sytuacji i należy im pomagać.

---

<sup>335</sup> A. Kapuścińska, *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej dla klas I-III*, [w]: B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, 2014, op. cit., s. 67.

Podane wyżej umiejętności, według podstawy programowej, dotyczą dzieci o prawidłowym rozwoju fizycznym. W przypadku dzieci niepełnosprawnych umiejętności te trzeba dostosować do ich możliwości.

Odnosnie do treści wymagań na koniec klasy III z zakresu wychowania fizycznego i edukacji zdrowotnej uczeń powinien dbać o higienę osobistą i czystość odzieży, wiedzieć, jakie znaczenie dla zdrowia ma właściwe odżywianie oraz aktywność fizyczna. Zdaje sobie sprawę, że nie może samodzielnie zażywać lekarstw ani stosować środków chemicznych niezgodnie z przeznaczeniem. Uczeń kończący klasę III przestrzega zasad bezpiecznego zachowania się w trakcie zajęć ruchowych oraz potrafi wybrać bezpieczne miejsce do gier i zabaw ruchowych. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia wie, do kogo zwrócić się o pomoc. W podstawie programowej zaprezentowano również zakres wiadomości i umiejętności, jakimi ma dysponować uczeń kończący klasę III w zakresie sprawności fizycznej oraz treningu zdrowotnego. Zaleca się, aby zajęcia z dzieckiem przeprowadzone były na boisku lub w sali gimnastycznej. Czas realizacji tego obszaru kształcenia ma być przeznaczony na rozwijanie sprawności fizycznej uczniów.

Poniżej dokonano charakterystyki wymagań szczegółowych związanych z edukacją zdrowotną w innych obszarach edukacji wczesnoszkolnej.

W obszarze „edukacja społeczna” uczeń nabywa umiejętności, które pomogą mu w radzeniu sobie w sytuacji zagrożenia oraz niebezpieczeństwa. Zna numery telefonów do pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, policji oraz ogólnopolski numer alarmowy 112.

W obszarze „zajęcia komputerowe”, uczeń wie, że praca przy komputerze męczy wzrok, nadwyręża kręgosłup. Uczy się, jak korzystać z komputera, żeby nie narażać własnego zdrowia.

Treści z zakresu edukacji zdrowotnej są w znacznym stopniu uwzględnione również w edukacji przyrodniczej. W tym obszarze edukacji uczeń uczy się nazywać części ciała i organy wewnętrzne ludzi i zwierząt, zna podstawowe zasady racjonalnego odżywiania się, rozumie konieczność kontrolowania stanu zdrowia i stosuje się do zaleceń lekarza i lekarza denty. Ponadto dba o zdrowie własne i innych, orientuje się w zagrożeniach ze strony roślin i zwierząt, a także w zagrożeniach atmosferycznych. W obszarze „edukacja techniczna” dba o bezpieczeństwo własne i innych poprzez należyte poruszanie się po drogach oraz odpowiednie zachowanie w sytuacji wypadku komunikacyjnego.

Jednym z głównych celów edukacji zdrowotnej jest rozwijanie umiejętności życiowych, osobistych i społecznych, sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań oraz wyzwań codziennego życia. Dlatego w realizacji zagadnień

związanych ze zdrowiem psychospołecznym i duchowym w edukacji wczesnoszkolnej podstawową kwestią jest kształtowanie u dzieci poczucia bezpieczeństwa.

Rozwijanie umiejętności życiowych powinno być stałym elementem edukacji zdrowotnej, zintegrowanym z całokształtem działań wychowawczych, dydaktycznych oraz ze szkolnym programem profilaktycznym<sup>336</sup>.

Wydaje się również, że w podstawie programowej edukacji wczesnoszkolnej bardzo mało uwagi poświęca się edukacji seksualnej dzieci. Treści wymagań i ich zakres jest zdecydowanie niewystarczający, a właściwie można zauważyć jego brak. A przecież zdrowie seksualne i prokreacyjne to jeden z komponentów zdrowia. Dlatego należy uznać, że edukacja seksualna powinna stanowić element edukacji zdrowotnej i zostać uwzględniona w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla klas I-III<sup>337</sup>.

Ważne z punktu widzenia opisanych treści dotyczących edukacji zdrowotnej w podstawie programowej z 2008 roku jest ich zestawienie z treściami prezentowanymi w nowej podstawie programowej, która obowiązuje od 1 września 2017 roku<sup>338</sup>.

We wstępie nowej podstawy programowej dla wychowania przedszkolnego po raz pierwszy wskazuje się nie tylko na zadania wychowawcze przedszkola, ale również na zadania profilaktyczne placówek. Cele wychowania przedszkolnego zostały zastąpione zadaniami przedszkola, wśród których wymienia się następujące związane z edukacją zdrowotną:

- wspieranie wielokierunkowej aktywności dziecka poprzez organizację warunków sprzyjających nabywaniu doświadczeń w fizycznym, emocjonalnym, społecznym i poznawczym obszarze jego rozwoju
- tworzenie sytuacji sprzyjających rozwojowi nawyków i zachowań prowadzących do samodzielności, dbania o zdrowie, sprawności ruchowej i bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa w ruchu drogowym
- przygotowanie do rozumienia emocji, uczuć własnych i innych ludzi oraz dbanie o zdrowie psychiczne.

Treści związane z kształtowaniem odporności emocjonalnej, rozwijaniem umiejętności życiowych oraz troską o własne zdrowie zostały zapisane w innym brzmieniu, aczkolwiek znajdują się zarówno w podstawie programowej opracowanej w 2008 roku, jak i obecnie obowiązującej podstawie programowej. Innowacją jest jednak zaakcentowanie

---

<sup>336</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, 2014, op. cit., s. 71.

<sup>337</sup> A. Kapuścińska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 67.

<sup>338</sup> Podstawa programowa z 14 lutego 2017 r.

„zdrowia psychicznego” jako ważnego z punktu widzenia edukacji zdrowotnej. Zmianie uległy obszary działalności edukacyjnej przedszkola, w tym również zakres umiejętności, które powinno nabyć dziecko kończące przedszkole, a rozpoczynające naukę w szkole podstawowej. W nowej podstawie całkowicie został wyeliminowany obszar „wychowanie zdrowotne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci”, a tym samym także istotne zagadnienia związane z zasadami zdrowego żywienia oraz dostrzeganiem związku pomiędzy zdrowiem a chorobą.

Treści związane z edukacją zdrowotną zamieszczono z kolei w obecnej podstawie w trzech obszarach: fizycznym, emocjonalnym oraz społecznym obszarze rozwoju dziecka. Nowością z kolei jest zwrócenie uwagi na wykonywanie podstawowych ćwiczeń kształtujących nawyk utrzymania prawidłowej podstawy ciała oraz szersze ujęcie tematów związanych ze zdrowiem psychicznym i rozwijaniem umiejętności życiowych. W zalecanych warunkach i sposobach realizacji wyeliminowano również także istotny z punktu widzenia edukacji zdrowotnej zapis mówiący o kształtowaniu świadomości zdrowotnej dzieci oraz ich nawyków dbania o własne zdrowie w codziennych sytuacjach zarówno w przedszkolu, jak i w domu poprzez stałą współpracę z rodzicami. Wydaje się, że brak tego zapisu stanowi regres w stosunku do obecnej podstawy programowej wychowania przedszkolnego.

Z kolei podstawa programowa kształcenia ogólnego dla szkół podstawowych obowiązująca od września 2017 roku wydaje się, że zawiera znacznie więcej treści związanych z edukacją zdrowotną, aniżeli miało to miejsce w podstawie programowej opracowanej w 2008 roku.

Już we wstępie do nowej podstawy programowej można odnaleźć bardziej rozbudowany zapis, nadający edukacji zdrowotnej wysoką rangę:

Ważną rolę w kształceniu i wychowaniu uczniów w szkole podstawowej odgrywa edukacja zdrowotna. Zadaniem szkoły jest kształtowanie postaw prozdrowotnych uczniów, w tym wdrożenie ich do zachowań higienicznych, bezpiecznych dla zdrowia własnego i innych osób, a ponadto ugruntowanie wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania się, korzyści płynących z aktywności fizycznej, a także stosowania profilaktyki<sup>339</sup>.

Do zadań szkoły w zakresie edukacji wczesnoszkolnej, a odnoszących się bezpośrednio do edukacji zdrowotnej, dopisano, że organizacja zajęć ma sprzyjać utrzymaniu zdrowia psychicznego, fizycznego i społecznego (szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej) oraz

---

<sup>339</sup> Załącznik nr 2 do podstawy programowej z 14 lutego 2017 r.

wspierać aktywność i sprawność dzieci. Cele kształcenia – wymagania ogólne edukacji wczesnoszkolnej zostały opisane w odniesieniu do czterech obszarów rozwojowych dziecka: fizycznego, emocjonalnego, społecznego i poznawczego.

W każdym z wymienionych obszarów znalazły się treści zdrowotne dotyczące zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego oraz rozwijające umiejętności życiowe, wśród których można wymienić m.in: świadomość zdrowotną w zakresie higieny, pielęgnacji ciała, prawidłowego odżywiania się i zdrowego trybu życia oraz umiejętność rozpoznawania i rozumienia emocji i uczuć swoich oraz innych osób. Odnosnie do treści nauczania i wymagań szczegółowych: treści zdrowotne, które w obecnej podstawie programowej występowały w edukacji przyrodniczej zostały w nowej podstawie znacznie rozbudowane o nowe zagadnienia. Uczeń w zakresie funkcji życiowych człowieka, ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i odpoczynku powinien m.in. dbać o higienę oraz estetykę własną i otoczenia, reagować stosownym zachowaniem w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa, zdrowia jego lub innej osoby oraz być świadomym, że nieodpowiedzialne korzystanie z technologii ma wpływ na utratę zdrowia człowieka.

Na szczególną uwagę zasługuje również poszerzenie treści dotyczących zdrowego odżywiania się, w których zwraca się uwagę na znajomość wartości odżywczych produktów żywnościowych, świadomość znaczenia odpowiedniej diety dla utrzymania zdrowia, ograniczenie spożywania posiłków o niskich wartościach odżywczych i niezdrowych oraz na umiejętność przygotowania zdrowych posiłków.

W nowej podstawie programowej obszar „Wychowanie fizyczne. Kształtowanie sprawności fizycznej dzieci i edukacja zdrowotna” został ograniczony do „Wychowanie fizyczne”, z pominięciem jakże ważnego zwrotu „edukacja zdrowotna”.

W obszarze tym treści zdrowotne zapisane w języku osiągnięć w zakresie utrzymania higieny osobistej i zdrowia zostały nieco okrojone. Całkowicie usunięto treści odnoszące się do dbania o prawidłową postawę ciała oraz mówiące o chorobach i możliwościach zapobiegania im. Większą uwagę zwraca się jednak na osiągnięcia w zakresie sprawności motorycznej ucznia.

Zważywszy na powyższe, można stwierdzić, że obecnie obowiązująca podstawa programowa kształcenia ogólnego dla klas I-III zawiera więcej zagadnień związanych z edukacją zdrowotną, co stwarza szanse na odniesienie sukcesu edukacyjnego w tejże kwestii.

Niestety po raz kolejny w podstawie zabrakło treści odnoszących się do edukacji seksualnej, która powinna być elementem edukacji zdrowotnej, jak również nie udało się

wyodrębnić osobnego obszaru „edukacja zdrowotna”. Zarówno w podstawie programowej wychowania przedszkolnego, jak i kształcenia ogólnego, zgodnie z nowym podejściem do edukacji zdrowotnej, znalazło się więcej treści dotyczących zdrowia psychicznego oraz rozwijających umiejętności społeczne, co niewątpliwie stanowi progres w stosunku do podstawy programowej opracowanej w 2008 roku.

### **3.3. Edukacja zdrowotna w programach nauczania w wybranych krajach europejskich**

Na wstępie należy zauważyć, że w Unii Europejskiej nie ma jednolitego modelu europejskiej edukacji, która zostałaby utworzona przez ponadnarodową władzę. Działania w tym zakresie podlegają jedynie na współpracy, promowaniu określonych postaw, idei oraz na wspieraniu działań rozwijających szkolnictwo, jak również na wymianie doświadczeń. Wspólnoty nie ingerują w systemy edukacyjne państw członkowskich, a organizacja systemów oświaty pozostaje w wyłącznej gestii tych państw oraz jest zależna od uwarunkowań kulturowych, systemów szkolnych oraz od doceniania roli i potrzeb tej edukacji przez twórców polityki edukacyjnej i zdrowotnej<sup>340</sup>.

Do początku lat 90. XX wieku dominującą koncepcją w krajach europejskich było zintegrowanie treści edukacji zdrowotnej z innymi przedmiotami w formie tzw. programów międzyprzedmiotowych. W ostatniej dekadzie zaczęto intensywnie poszukiwać nowych rozwiązań. Warto również zaznaczyć, że definiowanie i rozumienie pojęcia „program nauczania” oraz jego zakres bywa różnie rozumiany w różnych krajach europejskich i może być rozbieżny z definicją pojęcia „program nauczania” w polskim systemie oświaty.

Poniżej przedstawiono szczegółową charakterystykę edukacji zdrowotnej zawartej w programach nauczania wybranych krajów europejskich. Poniższe dane pochodzą z materiałów wewnętrznych sieci Eurydice<sup>341</sup> oraz ze stron internetowych organizacji rządowych.

W 2013 roku opublikowano raport<sup>342</sup> poświęcony zagadnieniom wychowania fizycznego oraz naukom o zdrowiu w szkołach w Europie, który został opracowany przez Eurydice w ścisłej współpracy z Dyрекcją Generalną Komisji Europejskiej ds. Edukacji i Kultury. Raport ten miał na celu przedstawienie informacji porównawczych z 30 krajów wchodzących w skład sieci Eurydice z wyjątkiem Luksemburgu, Holandii oraz Szwajcarii,

---

<sup>340</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 244.

<sup>341</sup> Strona internetowa sieci EURYDICE, [www.eurydice.org.pl](http://www.eurydice.org.pl).

<sup>342</sup> Komisja Europejska/EACEA/Eurydice, *Physical Education...*, op. cit.

które nie brały udziału w opracowaniu raportu. Raport Eurydice może być uważany za pierwszą próbę ze strony Komisji mającą na celu bardziej szczegółową identyfikację kwestii związanych ze zdrowiem w szkołach europejskich.

Jak wynika z raportu, wszystkie kraje europejskie mają świadomość, jak ważną rolę odgrywa zdrowie i wychowanie fizyczne w szkołach. Zdrowie oraz zdrowy styl życia są często podkreślane w ramach krajowych celów i wymieniane jako pożądane efekty uczenia się. Niestety tylko w kilku krajach edukacja zdrowotna jest odrębnym przedmiotem.

W wielu krajach różne aspekty nauki o zdrowiu są uwzględniane w nauczaniu innych przedmiotów, takich jak biologia i nauki społeczne. W nielicznych krajach nauka o zdrowiu jest obowiązkowym osobnym przedmiotem w programach nauczania. Niemal we wszystkich państwach nauka o zdrowiu stanowi element innych obowiązkowych przedmiotów.

W większości innych krajów treści edukacji zdrowotnej są zintegrowane z pozostałymi obowiązkowymi przedmiotami. Nauka o zdrowiu w krajach uczestniczących w badaniu obejmuje zazwyczaj jedno lub kilka z poniższych zagadnień: dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne oraz dobrostan społeczny; zdrowie i zapobieganie chorobom, bezpieczeństwo, higiena, zdrowie seksualne, żywność i odżywianie, szkody zdrowotne i społeczne, jak również nadużywanie alkoholu, tytoniu i narkotyków. Z doświadczenia innych krajów wynika również, że wprowadzenie edukacji zdrowotnej do programu szkolnego było poprzedzone kilkuletnią debatą społeczną, która miała na celu przekonanie opinii społecznej o jej ważności oraz potrzebie takiej innowacji<sup>343</sup>.

W **Anglii** edukacja zdrowotna nie jest prowadzona jako odrębny przedmiot, ale stanowi część przedmiotu „Edukacja osobista, społeczna, zdrowotna i ekonomiczna” (PSHE). Przedmiot ten prowadzony jest na poziomach nauczania ISCED 1<sup>344</sup> – kształcenie podstawowe i daje możliwość promowania dobrego samopoczucia uczniów, ich duchowego, moralnego, społecznego oraz kulturowego rozwoju zgodnie z ich indywidualnymi cechami. Edukacja PSHE nie jest częścią krajowego programu nauczania, co oznacza, że nie wymaga się od szkół, żeby podążały za ramami programowymi nauczania. W gestii szkoły leży obowiązek dostosowania programu PSHE do potrzeb uczniów w taki sposób, aby wyposażyć ich w niezbędne umiejętności do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych.

---

<sup>343</sup> M. Sokołowska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit.

<sup>344</sup> W opisie edukacji zdrowotnej w poszczególnych krajach europejskich dla oznaczenia wychowania przedszkolnego oraz pierwszego etapu kształcenia podstawowego zostały wykorzystane skróty ISCED 0 oraz ISCED 1, zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Kształcenia (International Standard Classification of Education). Klasyfikacja ta została opracowana przez UNESCO na początku lat siedemdziesiątych, aby służyła „jako narzędzie wygodne do gromadzenia i opracowywania oraz prezentowania statystyki w zakresie edukacji zarówno w poszczególnych krajach, jak i na arenie międzynarodowej”<sup>344</sup>.

Nauczyciele w tym zakresie mają swobodę w wyborze odpowiednich tematów, czerpiąc z dobrych praktyk oraz z porad profesjonalnych organizacji<sup>345</sup>.

W **Hiszpanii** przepisy państwowe regulujące podstawę programową nie ustanowiły edukacji zdrowotnej jako samodzielnego przedmiotu, ale jako interdyscyplinarne zagadnienia z włączeniem podstawowych kompetencji, z efektami kształcenia na poszczególnych poziomach, a także treściami i kryteriami oceniania z poszczególnych zagadnień związanych z edukacją zdrowotną. Władze oświatowe autonomicznych gmin mogą rozwijać i rozszerzać podstawę programową, adaptując ją do potrzeb i właściwości własnych jurysdykcji. Edukacja zdrowotna jest obecna w programach nauczania na poziomie ISCED 0 – wychowanie przedszkolne oraz ISCED 1 – kształcenie podstawowe. Istnieją efekty kształcenia, które mają być osiągnięte przez uczniów na koniec każdego poziomu nauczania.

Treści dotyczące obszarów i przedmiotów związanych z edukacją zdrowotną w wychowaniu przedszkolnym (3-6 lat):

*W obszarze samopoznania i osobistej autonomii:*

Cel obszaru: „Stopniowe przejmowanie nawyków i postaw związanych z bezpieczeństwem, higieną i zdrowiem”.

- **Treść: „Blok 4. Osobista pielęgnacja i zdrowie”**, gdzie badane są niektóre aspekty, takie jak: „Działania i sytuacje sprzyjające zdrowiu i generujące dobre samopoczucie swoje lub innych”, „Praktyka dobrych nawyków”, „Akceptacja standardów zachowania podczas posiłków, podróży, odpoczynku i higieny” lub „Bóle ciała lub choroby”.

*W obszarze wiedzy o środowisku:*

- **Cel obszaru: Blok 2.** Zwiększenie świadomości dotyczącej przyrody, zajmowanie się taką treścią jak: „Zadowolenie podczas wykonywania aktywności fizycznej w kontakcie z naturą. Docenianie jej istotności dla zdrowia i samopoczucia”.

Nauczanie w szkołach podstawowych (ISCED 1) zakłada następujące cele: rozumienie higieny i zdrowia, akceptację ciała własnego i innych, szacunek dla różnic oraz traktowanie wychowania fizycznego oraz sportu jako środka sprzyjającego osobistemu i społecznemu rozwojowi.

---

<sup>345</sup> *Personal, social, health and economic (PSHE) education*, strona internetowa brytyjskiego rządu, 11.09.2013, <https://www.gov.uk/government/publications/personal-social-health-and-economic-education-pshe/personal-social-health-and-economic-pshe-education> [dostęp: 01.05.2018].



Treści dotyczące obszarów i przedmiotów związanych z edukacją zdrowotną na pierwszym etapie kształcenia ISCED 1:

*W obszarze środowiska przyrodniczego, społecznego i kulturowego:*

- Udział obszaru w podstawowych umiejętnościach: wiedza i interakcja ze światem fizycznym
- **Cel obszaru:** „Zachowywanie się zgodnie ze zwyczajami związanymi ze zdrowiem i własną pielęgnacją, które wynikają z wiedzy na temat własnego ciała, pokazywanie nastawienia cechującego się akceptacją indywidualnych różnic (wiek, płeć, cechy fizyczne, osobowość)”
- **Treść: „Blok 3. Zdrowie i rozwój”:** zawiera wiedzę, zdolności i umiejętności, które mają na celu (na bazie znajomości własnego ciała) zapobiegać ryzykownym zachowaniom i sprzyjać podejmowaniu inicjatywy w celu rozwoju oraz wzmocnienia odpowiedzialnego zachowania i zdrowego stylu życia”, np. „uznawanie higieny osobistej, odpoczynek, odpowiednie wykorzystywanie czasu wolnego i zainteresowanie własnym ciałem”, „nawyki zapobiegające chorobom i wypadkom domowym”, „identyfikacja i zaadaptowanie zwyczajów związanych z higieną, nawykami odpoczynku i zdrowej diety. Zbilansowane diety. Zapobieganie i wykrywanie zagrożeń zdrowotnych” oraz „rozwój zdrowego stylu życia. Troska o różne organy i ciało” (ilość występowania tych treści może być zwiększana zgodnie z postępami uczniów w nauce w kolejnych latach).

*W obszarze edukacji artystycznej:*

- **Podstawowe umiejętności w ramach obszaru:** Wiedza i interakcja ze światem fizycznym: pomaga uczniom zdobyć świadomość na temat znaczenia zagrożeń pogarszających jakość życia, takich jak: zagrożenie hałasem lub nieodpowiednimi rozwiązaniami estetycznymi w odniesieniu do pomieszczeń, obiektów lub budynków, w celu przyczynienia się do zachowania przyjemnego i zdrowego środowiska fizycznego.
- **Treść: „Blok 4. Interpretacja i tworzenie muzyki”**, zagadnienia takie jak: „Zwyczaje związane z leczeniem głosu, dbaniem o ciało i instrumenty” oraz **„Blok 3. Słuchanie”**, zagadnienia takie jak: „Identyfikacja zagrożeń związanych z hałasem, aktywne przyczynianie się do ich zmniejszenia w celu utrzymywania dobrego samopoczucia indywidualnego i zbiorowego”.

*W obszarze wychowania fizycznego:*

- **Podstawowe umiejętności w ramach obszaru:** Wiedza i interakcja ze światem fizycznym: zapewnia uczniom wiedzę, praktykę i naukę związaną z docenianiem aktywności fizycznej jako kluczowego elementu zachowania zdrowia, nabywania zdrowych nawyków, poprawę i utrzymywanie dobrej formy fizycznej przez całe życie.
- **Cel obszaru:** „Docenianie znaczenia aktywności fizycznej dla dobrego samopoczucia, pokazywanie odpowiedzialnego nastawienia w stosunku do samego siebie i innych, a także docenianie, uznawanie efektów ćwiczeń fizycznych, higieny, żywności, kształtowanie nawyków związanych ze zdrowiem”.
- **Treść: „Blok 4. Aktywność fizyczna i zdrowie”:** zawiera potrzebną wiedzę związaną ze zdrową aktywnością fizyczną i treści dotyczące nabywania zdrowych nawyków, takich jak aktywność fizyczna, dbałość o dobre samopoczucie; nabywanie podstawowych nawyków higieny ciała, odżywiania, „związek pomiędzy aktywnością fizyczną a zdrowym samopoczuciem”, „sprawność ruchowa zorientowana na zdrowie”, „respektowanie zasad związanych z użyciem materiałów i przestrzeni podczas wykonywania aktywności fizycznej” (ilość występowania tych treści może być zwiększana zgodnie z postępami uczniów w nauce w kolejnych latach).

W **Finlandii** w 2001 roku dokonano zmian w prawie oświatowym, wprowadzając odrębny przedmiot szkolny o nazwie „zdrowie”. Jego wdrożenie uzasadniały następujące argumenty: uczenie się o zdrowiu w celu osiągnięcia alfabetyzacji zdrowotnej jest prawem każdego dziecka, alfabetyzacja zdrowotna oraz umiejętności niezbędne do troski o zdrowie są zasobem dla społeczeństwa, realizacja zadań rozwojowych w dzieciństwie wymaga wsparcia przez edukację zdrowotną, edukacja zdrowotna powinna być ukierunkowana na nowe zagrożenia dla zdrowia. Celem przedmiotu jest zwiększenie kompetencji uczniów dla potęgowania własnego zdrowia, dobrego samopoczucia oraz bezpieczeństwa<sup>346</sup>.

W Finlandii edukacja zdrowotna w klasach 1-6 jest nauczana jako zintegrowany przedmiot zawierający (poza edukacją zdrowotną) również: biologię, geografę, fizykę i chemię. Uczniom przekazywana jest wiedza z zakresu profilaktyki, nauczani są również zagadnień związanych z ciałem oraz z fazami rozwoju. Dodatkowo uczniowie uczą się, jak dbać o własne zdrowie i jak dokonywać wyborów sprzyjających zdrowiu. Dzięki reformie z 2001 roku Finlandia stała się pierwszym europejskim krajem, w którym przedmiot

---

<sup>346</sup> L. Kannas, „Zdrowie” – nowy przedmiot szkolny w Finlandii: budowanie programu i metodologii jego nauczania i kształcenia nauczycieli, [w:] B. Woynarowska (red.), *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2005, s. 28-33.

„zdrowie” stał się, obok innych przedmiotów, równorzędnym elementem nowego szkolnego programu nauczania.

W **Islandii** edukacja zdrowotna nie jest samodzielny przedmiotem. Nowe krajowe wytyczne dotyczące programu nauczania przedszkolnego oraz podstawowego, które zostały opublikowane w maju 2011 roku przez Ministra Edukacji, Nauki i Kultury, zakładają 6 „Fundamentów nauczania”, wśród których znajduje się „Fundament zdrowia i dobrobytu”. Opiera się on na założeniu, że zdrowie ma podstawy w psychicznym, fizycznym i społecznym samopoczuciu, niezależnie od statusu społecznego. Jest to wynik złożonego działania jednostki i otoczenia. Głównymi aspektami związanymi ze zdrowiem, na które musi być kładziony nacisk, są: pozytywny własny wizerunek, ćwiczenia fizyczne, odżywianie, odpoczynek, psychiczne dobre samopoczucie, dobra komunikacja, bezpieczeństwo, higiena, zdrowie seksualne oraz zrozumienie uczuć własnych i innych. Uczniowie spędzają znaczną część czasu w szkole, zatem zadaniem szkoły jest dbanie o pielęgnację zdrowia i systematyczne promowanie dobrobytu i dobrego samopoczucia. Powinno się również prowadzić edukację związaną z ćwiczeniami fizycznymi oraz poprawą zdolności motorycznych. Ważne jest także zapewnienie bezpiecznego otoczenia, które zachęca uczniów do aktywności fizycznej. Obszary te powinny być uwzględnione w nauczaniu zagadnień związanych z edukacją fizyczną i w innych działaniach szkoły. Z tego samego względu powinno się promować zdrowe odżywianie (wraz z dostępnością zróżnicowanej gamy produktów spożywczych) przez cały system kształcenia.

W **Irlandii** w 1998 roku ustanowiono nowe prawo oświatowe, w którym przyjęto, że edukacja powinna uwzględniać holistyczny rozwój jednostki. Efektem tego holistycznego podejścia było wprowadzenie w 2000 roku nowego, obowiązkowego przedmiotu „edukacja społeczna, osobista i zdrowotna – SPHE”, jednakże tylko na etapie junior school (wiek uczniów 12-15 lat). Program ten został stopniowo wdrożony do szkół wraz z rotacyjnym szkoleniem nauczycieli. Celem edukacji społecznej, osobistej i zdrowotnej jest m.in.: umożliwienie uczniom rozwijania umiejętności osobistych oraz społecznych, jak również wspieranie zdrowia i samopoczucia fizycznego, psychicznego i emocjonalnego<sup>347</sup>. Dotychczasowe doświadczenia wskazują jednak, że przedmiot ten nie do końca zyskał swoją

---

<sup>347</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 249.

tożsamość oraz nie okazał się dla szkół priorytetem. Ponadto nauczyciele nie postrzegają siebie jako edukatorów zdrowia<sup>348</sup>.

Również w **Finlandii** w 2004 roku na wyższym poziomie edukacji (wiek uczniów 1-18 lat) wprowadzono odrębny przedmiot „edukacja zdrowotna”, któremu towarzyszyło intensywne kształcenie nauczycieli<sup>349</sup>.

Edukacja zdrowotna w **Szwecji** na pierwszym etapie edukacji podstawowej nie stanowi samodzielnego przedmiotu nauczania. Jest jednakże częścią obowiązkowego przedmiotu „wychowanie fizyczne i zdrowie”. Szkoły same decydują o tym, kiedy i w którym roku wprowadzają ten przedmiot i przez ile godzin/tygodni powinien być realizowany w poszczególnym roku szkolnym.

Szkoły w **Estonii** nie oferują samodzielnego przedmiotu „edukacja zdrowotna”. Na podstawowym poziomie szkolnictwa istnieje natomiast przedmiot „wychowanie zdrowotne i przygotowanie do życia w społeczeństwie (PSHE)”. Na pierwszym poziomie nauczanie (klasy I-III) uczniom po raz pierwszy prezentowana jest wiedza z dziedziny edukacji zdrowotnej.

W **Belgii francuskojęzycznej** edukacja zdrowotna nie jest samodzielnym przedmiotem. Jej problematyka została natomiast zawarta w większości przedmiotów nauk ścisłych oraz w wychowaniu fizycznym.

We **Włoszech** edukacja zdrowotna jest związana z przedmiotem „obywatelstwo i konstytucja – Cittadinanza e Costituzione”, prowadzonym na poziomie ISCED, nie jest więc samodzielnym przedmiotem.

Edukacja zdrowotna w **Grecji** oraz **Bulgarii** nie jest odrębnym przedmiotem w programie nauczania w szkole podstawowej. W **Czechach** natomiast szkoły mogą decydować, czy aspekty nauki o zdrowiu stanowią osobny przedmiot w szkołach średnich pierwszego stopnia, czy też są nauczane w ramach innych przedmiotów<sup>350</sup>. Dla poziomu nauczania ISCED 1 do programu nauczania należą zagadnienia z zakresu: „Człowiek i jego świat”, na które składają się następujące treści: miejsce, w którym mieszkamy, ludzie wokół nas, człowiek i czas, różnorodność natury oraz człowiek i jego zdrowie. Jest to obowiązkowa część programu nauczania i efekty kształcenia są wyznaczone dla poszczególnych obszarów

---

<sup>348</sup> S. Moynihan, J. Hennessy, P. Mannix McNamara, *Health Education in the context of performance driver education. Challenges and opportunities*, [w:] V. Simovska, P. Mannix McNamara (eds.), *Schools for health and sustainability. Theory, research and practice*, s. 211-130, Springer, Dordrecht 2015.

<sup>349</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 220.

<sup>350</sup> L. Kannas, „Zdrowie”..., op. cit., s. 28-29.

tematycznych. Poprzez połączenie obszarów tematycznych, można stworzyć indywidualne połączenia przedmiotów w ramach programu nauczania.

Edukacja zdrowotna w **Niemczech** to zagadnienie przewijające się w wielu przedmiotach. Jest obowiązkowa i stanowi element różnych obligatoryjnych przedmiotów nauczania. Na pierwszym poziomie ISCED stanowi część przedmiotów „wiedza ogólna” i „sport”.

W **Rumunii** nauka o zdrowiu jest fakultatywnym przedmiotem w szkołach podstawowych i szkoły mogą same decydować, czy przedmiot jest nauczany, czy też nie.

Na **Cyprze** przedmiot „zdrowie” włączony jest do podstawy programowej dla szkół podstawowych. Stanowi obowiązkowy i samodzielny przedmiot od sierpnia 2011 roku. Głównym celem programu nauczania jest zachęcenie uczniów, nauczycieli i społeczności, by działali na korzyść zdrowia, identyfikując wyznaczniki zdrowia i promując zmiany środowiskowe. Rola jednostki na rzecz własnego zdrowia nie powinna być pomijana, lecz umieszczona w szerszym kontekście społecznym. Model rozwoju cypryjskiego programu nauczania związany z edukacją zdrowotną zamyka się w czterech obszarach tematycznych: rozwój osobisty i wzmocnienie, zdrowy styl życia i bezpieczeństwo, rozwój społeczny, obywatelstwo.

We **Francji** edukacja zdrowotna nie jest samodzielnym przedmiotem, lecz stanowi część „społecznych i obywatelskich umiejętności” i jest traktowana jako jeden z elementów podstawowej porcji wiedzy i zdolności, które mogą być zastosowane w różnych życiowych sytuacjach. Jej treści znaleźć można w kilku przedmiotach, a w szczególności w edukacji obywatelskiej, naukach ścisłych i wychowaniu fizycznym. Poza tym każda szkoła ma możliwość i jest zachęcana do tworzenia różnego rodzaju akcji (tworząc projekty, zapraszając ekspertów itp.) nastawionych na rozwój edukacji zdrowotnej w szkole.

Program nauczania w **Szkocji** nie jest ustawowy i jego kształt zależy od lokalnych władz i szkół. Zasadniczo w tym kraju nie ma edukacji zdrowotnej jako samodzielnego przedmiotu, natomiast w niektórych szkołach istnieje możliwość wyboru tego przedmiotu. Istnieje sekcja „Zdrowie i dobre samopoczucie”, prowadzona na poziomie ISCED 1, będąca ważnym elementem programów nauczania. Zawiera ona aspekty zdrowotne, takie jak: żywność i odżywianie się, wychowanie fizyczne, fizyczne aktywności, nadużywanie substancji, związki, edukacja seksualna i rodzicielska. Mówiąc szerzej, jest mocno związana z mentalnym, emocjonalnym, społecznym i fizycznym dobrym samopoczuciem uczniów.

Warto również nadmienić, że poza integracją treści z zakresu edukacji zdrowotnej z innymi obowiązkowymi przedmiotami szkoły w Europie wprowadzają również elementy

nauki o żywieniu. Edukacja żywieniowa jest nieodłącznym elementem edukacji zdrowotnej. Dzięki wprowadzaniu tych elementów uczniowie mogą zdobyć wiedzę i umiejętności w zakresie zdrowego odżywiania się i wykształcić w sobie zdrowe nawyki żywieniowe. Często nauka o żywieniu stanowi element programu nauczania danego przedmiotu lub ma charakter interdyscyplinarny.

W **Niemczech** nauka o żywieniu stanowi element edukacji konsumenckiej na poziomie ISCED1, obejmując takie zagadnienia jak: zdrowy styl życia oraz jakość pożywienia. W **Anglii**, zgodnie z nową krajową podstawą programową, wprowadzoną w szkołach podstawowych we wrześniu 2014 roku, wprowadzono przedmiot „gotowanie i żywienie” na etapie podstawowym. W ramach zajęć dotyczących żywienia dzieci uczą się stosowania zasad zdrowego żywienia oraz zróżnicowanej diety. W **Irlandii** nauka o żywieniu jest traktowana kompleksowo w szkołach podstawowych i stanowi element podstawy nauczania na poziomie ISCED1. Dzieci uczą się znaczenia zdrowego odżywiania dla dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego. Na poziomie ISCED 1 żywienie jest uwzględnione w programie nauczania szkół podstawowych w ramach nauk przyrodniczych, społecznych i w nauce o zdrowiu. Jedna godzina tygodniowo przeznaczona jest na nauki przyrodnicze, z czego część czasu na naukę o żywieniu. Program nauk przyrodniczych umożliwia uczniom zrozumienie znaczenia żywności i odżywiania, w tym znaczenia pożywienia dla metabolizmu energetycznego i wzrostu organizmu oraz znaczenia zrównoważonej zdrowej diety. Pół godziny w tygodniu przeznacza się na nauki przyrodnicze, społeczne i nauki o zdrowiu. Odżywianie jest uwzględnione we wszystkich klasach. Program nauczania umożliwia zrozumienie zasad żywienia i wartości odżywczych, promuje zdrowe odżywianie i inicjatywy promujące zdrowy tryb życia<sup>351</sup>.

Na **Słowacji** wiedza o żywieniu nie jest osobnym przedmiotem w szkole. Zagadnień związanych z odżywianiem naucza się w ramach obowiązkowych przedmiotów, takich jak nauki przyrodnicze (ISCED 1). Na **Cyprze** zaś nauka o żywieniu stanowi element programów nauczania poszczególnych przedmiotów i jest promowana w ramach wydarzeń pozalekcyjnych organizowanych przez administrację szkoły. W **Szkocji**, w ramach programu nauczania (Scottish Curriculum for Excellence), wszyscy nauczyciele są odpowiedzialni za opracowywanie, rozwijanie i poszerzanie nauk o zdrowiu i dobrym samopoczuciu w różnych obszarach programu nauczania. We **Francji** nauka o żywieniu wprowadzana jest w przedszkolu i szkole podstawowej (ISCED 0 i 1), kiedy dzieci uczą się pierwszych

---

<sup>351</sup> Polskie Biuro Eurydice, *Posiłki w szkołach w Europie. Raport Polskiego Biura Eurydice*, Warszawa 2016.

nawyków żywieniowych. Programy szkolne obejmują takie zagadnienia jak: regularność spożywania posiłków i ich skład (od przedszkola do drugiej klasy). W **Hiszpanii** na poziomie krajowym nauka o żywieniu jest uwzględniona w programie nauczania w ramach nauki o zdrowiu lub zajęć międzyprzedmiotowych albo treści poszczególnych przedmiotów. W przypadku szkół podstawowych (ISCED 1) zasady te są określone w dekreście określającym podstawę programową dla szkół podstawowych<sup>352</sup>.

Podsumowując, można stwierdzić, że programy nauczania właściwie wszystkich państw europejskich akcentują zadania edukacji zdrowotnej oraz takie jej elementy jak żywienie człowieka. Koncepcje oraz praktyka szkolnej edukacji zdrowotnej w różnych krajach europejskich są zróżnicowane oraz zależne od uwarunkowań kulturowych, systemów szkolnych oraz od doceniania roli i potrzeb tej edukacji przez twórców polityki edukacyjnej i zdrowotnej<sup>353</sup>. W wielu krajach, w tym także w Polsce, zagadnienia związane ze zdrowiem są zintegrowane z innymi obowiązkowymi przedmiotami. W promowaniu nauk o zdrowiu przodują natomiast dwa państwa europejskie: Finlandia oraz Cypr, gdzie w programach nauczania na wyższych etapach edukacji wprowadzono odrębny, obowiązkowy przedmiot mający na celu realizację zagadnień związanych właśnie ze zdrowiem. Do polskiej podstawy programowej nie włączono odrębnego przedmiotu „zdrowie”, ale jak się okazuje, to przedsięwzięcie nie udało się również większości państw europejskich. Taka sytuacja wcale nie szkodzi szkolnej edukacji zdrowotnej na porażkę, bowiem właściwa realizacja jej zagadnień, włączonych w program nauczania wielu przedmiotów, może okazać się skutecznym przedsięwzięciem promującym zdrowie.

---

<sup>352</sup> Ibidem.

<sup>353</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 244.

## Część II

### Metodologiczne podstawy badań własnych

#### 1. Przedmiot, cel i typ badań własnych

Badania naukowe wymagają jasnego określenia przedmiotu oraz celu badań. Czynności te stanowią pierwszy i podstawowy krok w procedurze badawczej. Przedmiotem badań pedagogicznych jest proces wychowania, na który składają się wszelkie sytuacje i procesy dydaktyczno-wychowawcze związane z wszechstronnym rozwojem jednostki, oraz rezultat tego procesu, którym jest wychowanie<sup>354</sup>. Z kolei J. Sztumski określa przedmiot badań jako: „wszystko, co składa się na tak zwaną rzeczywistość społeczną, a więc zbiorowości i zbiory społeczne, instytucje społeczne, procesy i zjawiska społeczne”<sup>355</sup>. Sformułowanie przedmiotu badań ma na celu odzwierciedlenie głównych problemów badawczych, jak również ukazanie intencji badacza.

Głównym przedmiotem przeprowadzonych badań była edukacja zdrowotna oraz jej funkcje, treści i cele na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej, a także ich praktyczna realizacja na obszarze województwa śląskiego.

Zważywszy, że badania pedagogiczne określane są przez cele, jakim służą<sup>356</sup>, poza ustaleniem przedmiotu badań niezbędne jest sformułowanie celu badań.

Celem badań jest dążenie do wzbogacenia wiedzy o osobach, rzeczach lub zjawiskach będących przedmiotem badań. Przez cel badań należy rozumieć rodzaj efektu, który zamierzamy uzyskać w wyniku badań, a także rodzaj czynników, z którymi efekty te będą się wiązać<sup>357</sup>. W. Zaczyński, pisząc o celu badań, podaje, że jest to „określenie, do czego zmierza badacz, co pragnie osiągnąć w swoim działaniu”<sup>358</sup>. Badania pedagogiczne w większym stopniu niż inne określane są przez cele poznawcze, teoretyczne i praktyczne, jakim one służą<sup>359</sup>. Poprawne sformułowanie celów umożliwia sprecyzowanie problemów badawczych.

Przeprowadzone badania miały przede wszystkim na celu diagnozę i ewaluację rozwiązań systemowych na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim.

---

<sup>354</sup> S. Palka, *Podstawy metodologii...*, op. cit., s. 158.

<sup>355</sup> J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Śląsk, Katowice 1995, s. 7.

<sup>356</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Żak, Warszawa 1995, s. 19.

<sup>357</sup> W. Dutkiewicz, *Podstawy metodologii badań: do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2001, s. 50.

<sup>358</sup> W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, WSiP, Warszawa 1995, s. 52.

<sup>359</sup> D. Skulicz, *Badania opisowe...*, op. cit., s. 224.



Dodatkowo zaplanowanej procedurze badawczej przyświecały następujące cele:

- Celem poznawczym było uzyskanie materiału empirycznego pozwalającego ocenić efektywność realizacji celów i zadań edukacji zdrowotnej na początkowych etapach kształcenia.
- Celem teoretycznym było zbudowanie teoretycznego modelu skutecznych oddziaływań w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.
- Celem praktycznym była próba wyodrębnienia najlepszych praktyk w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, rekomendacja dla praktyki pedagogicznej z zakresu kształtowania zachowań prozdrowotnych dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym oraz propozycja wprowadzenia rozszerzeń, zmian dla właściwych organów w zakresie wdrażania zaleceń edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych.

Z punktu widzenia celu badań zdecydowano się na przeprowadzenie badań diagnostycznych, opartych na triangulacji podejścia jakościowego i ilościowego. W badaniach diagnostycznych ustala się cechy oraz zasady funkcjonowania konkretnego wycinka rzeczywistości, który jest głównym przedmiotem naszego zainteresowania poznawczego, określając zaistniały stan rzeczy<sup>360</sup>. Znane są skutek i objawy, a poszukiwane – przyczyny, okoliczności, uwarunkowania. Diagnoza daje możliwość interpretacji zjawiska i umożliwia sformułowanie wniosków w zakresie poprawy zaistniałego stanu rzeczy oraz uzyskania odpowiedzi na pytania „dlaczego tak jest?” i „jakie są przyczyny?”<sup>361</sup>.

Zdaniem A.W. Maszkego w odniesieniu do zjawisk i zdarzeń pedagogicznych celem diagnozy jest rozpoznanie i opisanie procesów edukacyjnych w aspekcie ich właściwej realizacji, a także poznanie trudności i uwarunkowań wpływających na proces kształcenia i wychowania. Dzięki badaniom diagnostycznym system edukacyjny, a w jego obrębie poszczególne typy szkół i placówki oświatowo-wychowawcze uzyskują orientację dotyczącą funkcjonowania istniejącego systemu oświaty i jego elementów składowych, istniejącej struktury, dynamiki ich rozwoju, realizowanych zadań, jakości pracy oraz przydatności systemu kształcenia<sup>362</sup>.

---

<sup>360</sup> S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985, s. 191.

<sup>361</sup> S. Juszcyk, *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*. Wyd. UŚ, Katowice 2013, s. 4.

<sup>362</sup> A.W. Maszke, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2004, s. 15-16.

Dla potrzeb niniejszej rozprawy doktorskiej wykorzystano zarówno badania jakościowe, jak i ilościowe, ponieważ dane pozyskane dzięki połączeniu w jednym badaniu obu rodzajów elementów są bardziej wiarygodne.

Podejście ilościowe zajmuje się głównie mierzalną częstotliwością, opierając się na ilościowym opisie i analizie faktów, zjawisk oraz procesów. Koncentruje się ono na analizie statystycznej, dając tym samym możliwość opisu masowego i tworzenia wiedzy obiektywnej będącej podstawą odkrywania praw i formułowania prawidłowości dotyczących badanych zjawisk<sup>363</sup>.

Z kolei badania jakościowe zdaniem T. Tomaszewskiego polegają na dokonywaniu całościowej (holistycznej) analizy badanych zjawisk, na wyróżnieniu w nich elementarnych części składowych, na wykrywaniu zachodzących między nimi związków i zależności, na charakteryzowaniu ich struktury całościowej oraz na interpretacji ich sensu lub spełnianej przez nie funkcji<sup>364</sup>. Jakościowy opis faktów i analiza faktów, zjawisk lub procesów odbywają się głównie w formie narracyjnej lub eseistycznej, z wykluczeniem na ogół wszelkich zawiłych zestawień liczbowych i obliczeń statystycznych<sup>365</sup>. W badaniach jakościowych występuje nastawienie na indukcyjny opis kontekstu, w jakim tkwi jednostka lub zjawisko, w celu zrozumienia sytuacji tak, jak czyni to osoba badana. A zatem badacz powinien utożsamiać się z jednostką badaną i interpretować rzeczywistość w taki sposób jak osoba poddana badaniom. Badacz nie narzuca z góry przyjętych przypuszczeń czy schematów. Miarą trafności badań jakościowych jest uznanie, że opis faktycznie przedstawia styl życia osób badanych<sup>366</sup>. Podejście jakościowe zmusza badacza do rezygnacji z hipotez badawczych i zakłada swoistą bezzałożeniowość w poznawaniu natury interesującego go zjawiska<sup>367</sup>.

W przeprowadzonych badaniach w celu zredukowania do minimum błędów pomiaru wykorzystano metodę triangulacji, rozumianą jako sposób gromadzenia materiału empirycznego z wielu źródeł i przy zastosowaniu większej liczby różnorodnych metod.

---

<sup>363</sup> E. Zaręba, *Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice*, [w:] S. Palka (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, s. 43-45.

<sup>364</sup> T. Tomaszewski, *Wstęp do psychologii*, PWN, Warszawa 1963, s. 29.

<sup>365</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 1999, s. 86.

<sup>366</sup> I. Kawecki, *Etnografia i szkoła*, Impuls, Kraków 1996, s. 20-21.

<sup>367</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2010, s. 279.

Dzięki łączeniu różnych metod w jednym badaniu badacz może częściowo pokonać brak dokładności wynikający z zastosowania tylko jednej metody i przeprowadzenia badań tylko przez jednego badacza<sup>368</sup>. Według S. Palki:

Triangulacja badań umożliwia bogatsze, pełniejsze, wielostronne poznanie obiektu poznania, gdyż związana jest z ujmowaniem go z różnych punktów widzenia, z różnych perspektyw, w różnorodny sposób. Triangulacja w badaniach pedagogicznych może przyczynić się do wzbogacania wiedzy teoretycznej na jego temat oraz do wzbogacania danych użytecznych do działań<sup>369</sup>.

Triangulacja poprzez stosowanie różnorodnych technik badania konkretnego problemu pozwala uzyskać dystans do danych, co jest szczególnie ważne w przypadku badań terenowych, kiedy to badacz był w jakimś stopniu uczestnikiem analizowanych zjawisk<sup>370</sup>. Wzbogaca to spojrzenie na badane zjawisko, a także wzmacnia moc porównawczą zgromadzonych danych<sup>371</sup>.

Ze względu na przyjęty temat rozprawy: *Edukacja zdrowotna na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej – diagnoza i ewaluacja rozwiązań systemowych z zakresu w województwie śląskim* – należy również wyjaśnić, czym jest diagnoza oraz ewaluacja. Początkowo pojęcie diagnozy używane było przede wszystkim w naukach medycznych i służyło wyłącznie do określenia patologicznego stanu organizmu. Obecnie w wielu innych dziedzinach wiedzy nazwa „diagnoza” służy jako określenie badanego jednostkowego stanu rzeczy. Pojęcie diagnozy z nauk medycznych jako pierwsza w naukach społecznych przyjęła pedagogika społeczna, dzięki Mary Richmond<sup>372</sup>. W szerokim znaczeniu diagnoza oznacza rozpoznanie istoty i uwarunkowań złożonego stanu rzeczy na podstawie jego cech (objawów), opierając się na znajomości ogólnych prawidłowości cechujących daną dziedzinę<sup>373</sup>. Diagnoza zawiera dwa składniki, mianowicie: zebranie potrzebnych danych oraz krytyczne opracowanie danych w drodze rozumowania<sup>374</sup>; dotyczy procesu prowadzenia badań (diagnoza jako proces) oraz oznacza jego wyniki (diagnoza jako

---

<sup>368</sup> N.K. Denzin, *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1986, s. 236.

<sup>369</sup> S. Palka, *Triangulacja w badaniach procesu dydaktyczno-wychowawczego*, „Przegląd Pedagogiczny” 2010, nr 1, s. 121.

<sup>370</sup> K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, PWN, Warszawa 2000, s. 85.

<sup>371</sup> Ibidem, s. 114-115.

<sup>372</sup> M. Richmond, *Social Diagnosis*, Russell Sage, Londyn 1917.

<sup>373</sup> S. Ziemiński, *Problemy dobrej diagnozy*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973, s. 74.

<sup>374</sup> E. Mazurkiewicz, *Diagnostyka w pedagogice społecznej*, [w:] I. Lepalczyk, T. Pilch (red.), *Pedagogika społeczna*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1995, s. 52.

rezultat)<sup>375</sup>. Z kolei pojęcie „ewaluacja” wywodzi się z języka angielskiego (*to evaluate*)<sup>376</sup> i oznacza „ustalenie wartości i ceny czegoś: ocenianie, oszacowanie”<sup>377</sup>. Można zatem przyjąć, że ewaluacja jest sposobem opisu końcowych wyników poddanych ocenie faktów (uwzględnia pozytywną i/lub negatywną analizę wyników) oraz jest szukaniem „wyjaśnienia związków między nakładami i końcowym rezultatem poprzez ich porównanie ze wstępnymi zamierzeniami”<sup>378</sup>. W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji ewaluacji, w których pojęcie to rozumiane jest na przykład jako „próba opisu wyników końcowych ocenianych faktów [...] czy zbieranie informacji o przebiegu i oddziaływaniu programu poprzez prezentowane postawy, wiedze, zachowania”<sup>379</sup>. W edukacji zdrowotnej jednakże najtrafniejsze wydaje się ujęcie ewaluacji jako „szacowania zalet lub wartości bądź też działalności składającej się z opisu oraz oceny umożliwiającej formułowanie rzetelnych uogólnień określających złożoność rzeczywistości”<sup>380</sup>. Ponadto Helen Simons, jedna z najbardziej twórczych współczesnych teoretyczek ewaluacji, wskazuje, że ewaluacja to przede wszystkim zaproszenie do rozwoju<sup>381</sup>. Podstawowym zadaniem ewaluacji jest gromadzenie i komunikowanie wiedzy, która pozwala orzekać o jakości działań, przy jednoczesnym skupianiu się na wykorzystaniu wyników w praktyce. Ewaluacja jest rodzajem stosowanych badań społecznych, co oznacza, że korzysta z metodologii i reguł właściwych badaniom społecznym<sup>382</sup>.

---

<sup>375</sup> B. Szatur-Jaworska, *Diagnozowanie w polityce społecznej. Materiały do studiowania*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2005, s. 13.

<sup>376</sup> M. Szymczak, *Słownik języka polskiego*, t. 1, PWN, Warszawa 1978, s. 562.

<sup>377</sup> J. Bralczyk, *Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów*, PWN, Warszawa 2005, s. 171.

<sup>378</sup> H. Radnor, *Ewaluacja*, Hennock Road, Warszawa 1990, s. 9.

<sup>379</sup> V. Korporowicz, *Promocja zdrowia...*, op. cit., s. 147.

<sup>380</sup> Ibidem, s. 148.

<sup>381</sup> L. Korporowicz, *Ewaluacja...*, op. cit.

<sup>382</sup> A. Borek, M. Tędziągolska (red.), *Ewaluacja w szkole i przedszkolu. Materiały edukacyjne i narzędzia badawcze dla nauczycielek i nauczycieli*, [b.r.], s. 11.

## 2. Problematyka badawcza

Kolejnym ważnym punktem na drodze do przeprowadzenia badań w sposób właściwy i rzetelny jest określenie i ustalenie problemów oraz hipotez w stosunku do tematyki danej pracy czy rozprawy naukowej w zgodności z celami badawczymi. Właściwe określenie problemu badawczego nadaje sens badaniom naukowym oraz gwarantuje ich rzetelność.

### Problem badawczy

to pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, to mówiąc inaczej – uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, to mówiąc jeszcze inaczej – deklaracja o naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania<sup>383</sup>.

Natomiast według S. Nowaka „problem badawczy to tyle, co pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie”<sup>384</sup>.

Poprawnie sformułowane problemy badawcze powinny wyczerpać zakres naszej niewiedzy zawartej w temacie oraz muszą być rozstrzygalne empirycznie i posiadać wartość praktyczną. Problemy badawcze obejmują pytania ogólne oraz szczegółowe, które to wyczerpują zakres pytań ogólnych.

W procesie realizacji rozprawy ustalono następujące problemy główne diagnostyczne oraz problemy szczegółowe, mające na celu jak najszersze rozpatrzenie badanej problematyki:

### ***Jakie są systemowe rozwiązania w zakresie edukacji zdrowotnej wdrażane na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim?***

1. Jakie dokumenty strategiczne / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej regulują zakres kształcenia na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej?
2. Jakie treści z zakresu edukacji zdrowotnej zawierają wewnętrzne programy profilaktyczne, statuty oraz inne dokumenty opracowane przez przedszkola i szkoły podstawowe w województwie śląskim?
3. Z jakich programów z zakresu edukacji zdrowotnej oferowanych placówkom przez różne instytucje korzystają przedszkola oraz szkoły podstawowe?

---

<sup>383</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 2001, s. 43.

<sup>384</sup> S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Wrocław 1974, s. 214.

***W jaki sposób i na ile skutecznie realizowane są treści i cele edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii dyrektorów placówek?***

1. Jaki jest poziom trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii badanych dyrektorów placówek?
2. Jak skutecznie realizowane są zalecenia odnośnie do edukacji zdrowotnej wynikające z podstawy programowej MEN w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w opinii badanych dyrektorów placówek?
3. Jaki jest poziom przygotowania kadry dydaktycznej w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii badanych dyrektorów placówek?

***W jaki sposób i na ile skutecznie realizowane są treści i cele edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III?***

1. Czy dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym podczas zajęć są edukowane zdrowotnie przez swoich nauczycieli?
2. Czy i w jakim stopniu dzieci w wieku przedszkolnym i uczniowie klas I-III szkół podstawowych wykazują zainteresowanie problematyką zdrowotną podczas zajęć i w jaki sposób te zainteresowania się przejawiają?

***W jaki sposób i na ile skutecznie realizowane są treści i cele edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej?***

1. Czy nauczyciele dostrzegają potrzebę realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną na prowadzonych przez siebie zajęciach i czy uznają tę tematykę za ważną?
2. Czy w opinii badanych nauczycieli przedszkole/szkoła, w których pracują, stwarzają odpowiednie warunki do edukacji zdrowotnej dzieci, a dyrekcja oraz inni pracownicy wspierają ich w realizacji zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej?
3. Jakie cele w zakresie kształcenia zdrowotnego w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej zakłada i realizuje przedszkole/szkoła?

4. Czy nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej znają potrzeby zdrowotne swoich podopiecznych oraz jaką metodykę kształtowania zachowań prozdrowotnych stosują podczas zajęć z edukacji zdrowotnej?
5. Czy nauczyciele czują się przygotowani do realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną i są chętni do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych w tym zakresie?

***W jaki sposób i na ile skutecznie realizowane są treści i cele edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III?***

1. Jaka jest opinia rodziców na temat organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych?
2. Jaka jest opinia rodziców na temat ich współpracy z przedszkolem i szkołą w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej oraz na ile aktywnie uczestniczą w tych działaniach?

W kontekście tak zarysowanej problematyki badawczej formułowanie hipotez uznano za zbędne. Formułowanie hipotez jest konieczne szczególnie w przypadku problemów dotyczących współzależności pomiędzy zmiennymi, zwłaszcza między zmiennym zależnymi i niezależnymi. W przypadku problemów badawczych dotyczących samego tylko opisu badanych zjawisk lub faktów nie zachodzi konieczność formułowania hipotez roboczych<sup>385</sup>.

Sformułowanie hipotez w badaniach diagnostycznych może doprowadzić do tego, że badacz przekonany bez reszty o ich trafności będzie dążył do udowodnienia oczywistej dla niego prawdy<sup>386</sup>. Problem badawczy w niniejszej pracy ma charakter wybitnie diagnostyczny, toteż hipoteza nie jest w stanie wytyczyć odpowiedniego kierunku podjętych badań i nie jest konieczna.

---

<sup>385</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii...*, 1999, op. cit., s. 127.

<sup>386</sup> D. Maszczyk, A. Radziejewicz-Winnicki, *Metody badań w naukach społecznych*, Uniwersytet Śląski, Katowice 1979, s. 22.

### 3. Zmienne i wskaźniki

W każdym zjawisku będącym przedmiotem zainteresowania badacza można zaobserwować pewne cechy konstytutywne dla tego zjawiska, zwane w metodologii **zmiennymi**. E. Babbie definiuje zmienne jako logicznie powiązane zestawy wartości (atrybutów)<sup>387</sup>. Studiując literaturę przedmiotu, badacz dokonuje najpierw konceptualizacji zmiennych, czyli wyboru definicji teoretycznych przypisanych do konkretnych zmiennych. Jednakże aby były one możliwe do zbadania, konieczna jest operacjonalizacja zmiennych, czyli przełożenie pojęć teoretycznych na język empiryczny<sup>388</sup>. Operacjonalizacji zmiennych dokonuje się poprzez **dobór wskaźników**, czyli pewnych dających się zaobserwować elementów, które możemy traktować jako odzwierciedlenie danej zmiennej<sup>389</sup>. Wskaźnik służy zatem do identyfikacji zmiennej. Na podstawie tej definicji wskaźnika można jeszcze dokładniej określić procedurę operacjonalizacji zmiennych. Operacjonalizacja zmiennych jest próbą ich przełożenia na poddające się badaniom wskaźniki, które pozwolą wyeksponować badane cechy i występujące między nimi zależności<sup>390</sup>.

Badania przeprowadzone w ramach niniejszej dysertacji były skoncentrowane wokół pięciu głównych obszarów:

1. Systemowe rozwiązania w zakresie edukacji zdrowotnej wdrażane na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim.
2. Sposób i skuteczność realizacji treści i celów z zakresu edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii dyrektorów placówek.
3. Sposób i skuteczność realizacji treści i celów z zakresu edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III.
4. Sposób i skuteczność realizacji treści i celów z zakresu edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii nauczycieli.

---

<sup>387</sup> E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, PWN, Warszawa 2008, s. 554.

<sup>388</sup> K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 53.

<sup>389</sup> Ibidem, s. 553.

<sup>390</sup> S. Juszczak, *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, Wyd. Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania im. gen. Jerzego Ziętka w Katowicach, Katowice 2005, s. 66.



5. Sposób i skuteczność realizacji treści i celów z zakresu edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii rodziców.

Do badań nad obszarami 1, 2 i 3 wykorzystano strategię jakościową. Z kolei obszary 4 i 5 poddano badaniu z użyciem strategii ilościowej. Zmienne i wskaźniki sformułowano zatem wyłącznie do obszarów badanych za pomocą strategii ilościowej (szczegółowe informacje zawiera poniższa tabela).

Tabela 3. Zmienne i wskaźniki

Zmienna	Wskaźnik
Formy wspomagania nauczycieli w przygotowaniu do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wskazane przez respondentów formy wspomagania nauczycieli w realizacji i przygotowaniu do realizacji edukacji zdrowotnej, które należy wdrożyć</li> <li>– Deklarowane przez respondentów sposoby podnoszenia własnych kwalifikacji</li> </ul>
<i>I. Sposób i skuteczność realizacji treści i celów z zakresu edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii nauczycieli</i>	
Konieczność wdrażania treści z zakresu edukacji zdrowotnej w opinii nauczycieli	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Duża/mała przydatność edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej</li> <li>– Duża/mała trafność doboru treści nauczania edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej</li> <li>– Wskazane przez nauczycieli obszary edukacji zdrowotnej istotne na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej</li> <li>– Deklarowana przez nauczycieli realizacja / brak realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej</li> <li>– Ilość czasu poświęcana przez nauczycieli na zajęcia z edukacji zdrowotnej (w wymiarze tygodniowym: mała/średnia/duża)</li> </ul>
Wsparcie zapewniane przez przedszkole/szkołę w opinii nauczycieli	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wspierające warunki stwarzane przez placówkę / brak wsparcia ze strony placówki</li> <li>– Wskazane przez respondentów warunki stwarzane przez placówkę sprzyjające maksymalizacji efektów kształcenia z zakresu edukacji zdrowotnej</li> <li>– Wskazane przez respondentów osoby zapewniające pomoc w przygotowywaniu zajęć</li> <li>– Wsparcie / brak wsparcia ze strony dyrekcji</li> <li>– Cele z zakresu edukacji zdrowotnej, jakie stawia sobie placówka</li> </ul>
Metodyka stosowana przez nauczycieli	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wykorzystywanie/niewykorzystywanie programów pracy z zakresu edukacji zdrowotnej</li> <li>– Stosowanie/niestosowanie podczas zajęć metod aktywizujących</li> <li>– Stosowanie/niestosowanie podczas zajęć różnorodnych</li> </ul>

Zmienna	Wskaźnik
	<ul style="list-style-type: none"> <li>form kształtowania zdrowego stylu życia</li> <li>– Przeprowadzanie/nieprzeprowadzanie diagnozy potrzeb i oczekiwań dzieci</li> <li>– Przeprowadzanie/nieprzeprowadzanie ewaluacji po zakończonych zajęciach lub bloku tematycznym</li> </ul>
Skuteczność realizowanej edukacji zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obserwowane u podopiecznych zachowania prozdrowotne / brak obserwowanych zachowań prozdrowotnych</li> <li>– Przejawiane przez podopiecznych zainteresowanie / brak zainteresowania treściami z zakresu edukacji zdrowotnej</li> </ul>
Trudności w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wskazane przez respondentów bloki tematyczne sprawiające największe trudności</li> <li>– Wskazane przez respondentów trudności w edukowaniu prozdrowotnym dzieci</li> </ul>
<i>II. Sposób i skuteczność realizacji treści i celów z zakresu edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii rodziców</i>	
Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w opinii rodziców	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wskazane przez respondentów cele kształcenia zakładane i realizowane przez placówkę, do której uczęszczają dzieci respondentów</li> <li>– Wskazane przez respondentów metody kształcenia zdrowego stylu życia realizowane przez placówkę, do której uczęszczają dzieci respondentów</li> <li>– Wskazane przez respondentów sposoby wsparcia działań z zakresu edukacji zdrowotnej realizowane przez placówkę, do której uczęszczają dzieci respondentów</li> <li>– Zaangażowanie / brak zaangażowania dzieci w przedsięwzięcia z zakresu edukacji zdrowotnej</li> <li>– Wskazane przez respondentów trudności w realizacji edukacji zdrowotnej przez placówkę, do której uczęszczają dzieci respondentów</li> </ul>
Skuteczność prowadzonej w placówce edukacji zdrowotnej w opinii rodziców	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obserwowane u swoich dzieci zachowania prozdrowotne / brak zachowań prozdrowotnych przejawianych przez dzieci</li> </ul>
Współpraca przedszkola/szkoły z rodzinami uczniów w opinii rodziców	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zapoznanie/niezapoznanie rodziców z treściami zawartymi w podstawie programowej</li> <li>– Angażowanie/nieangażowanie rodziców w działania prozdrowotne prowadzone przez placówkę</li> <li>– Formy informowania rodziców o przedsięwzięciach prozdrowotnych realizowanych w placówce – wskazane przez respondentów</li> <li>– Udział / brak udziału rodziców w imprezach o tematyce zdrowotnej organizowanych przez placówkę</li> </ul>
Chęć uczestnictwa w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej deklarowana przez rodziców	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wskazane przez rodziców działania z zakresu edukacji zdrowotnej, w które gotowi są się zaangażować</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne

#### 4. Wykorzystane metody, techniki i narzędzia badawcze

Kolejnym etapem na drodze przygotowania się do badań jest ustalenie metod, technik i narzędzi badawczych. W metodologii badań społecznych nie ma zgodności co do definiowania pojęć „metoda” oraz „technika badawcza”, bowiem to, co jeden autor uznaje za metodę, według innego jest techniką – i odwrotnie. W przeprowadzonych badaniach przyjęto za T. Pilchem, że

metoda badawcza jest pojęciem najszerszym i nadrzędnym w stosunku do techniki i narzędzia badawczego. Technika jest pojęciem podrzędnym do metody i nadrzędnym w stosunku do narzędzia. To ostatnie zaś ma zakres najwęższy i jest pojęciem podrzędnym zarówno wobec pojęcia metody, jak i techniki badawczej<sup>391</sup>.

Pod pojęciem metody badań rozumie się „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego”<sup>392</sup>. Techniką z kolei można nazwać: „czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami, pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii i faktów”<sup>393</sup>. Narzędziem badawczym można określić przedmiot służący do realizacji wybranej techniki badań. Narzędzie badawcze służy do technicznego gromadzenia danych z badań<sup>394</sup>.

Za metodę najbardziej odpowiadającą celom badań w niniejszej rozprawie została uznana **metoda monograficzna o charakterze terenowym**.

W badaniach pedagogicznych monografia odnosi się najczęściej do badań instytucji wychowawczo-oświatowych lub zjawisk edukacyjnych zlokalizowanych instytucjonalnie. Z kolei w naukach społecznych monografia może być wykorzystywana nie tylko do opisu instytucji, lecz również zjawisk i procesów społecznych charakteryzujących się jednorodnością tematyczną, instytucjonalną bądź terytorialną, zgodnie z semantycznym znaczeniem pojęcia „monografia”, które oznacza opis jednostkowy. Cechą konstytutywną badań monograficznych w sensie formalnym jest ścisła lokalizacja instytucjonalna, organizacyjna lub terenowa. Metoda ta pozwala dokonać diagnozy, a także opracować koncepcje ewentualnych ulepszeń<sup>395</sup>. Monografia terenowa odnosi się na przykład do badania

---

<sup>391</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady...*, op. cit., s. 71.

<sup>392</sup> Ibidem.

<sup>393</sup> Ibidem.

<sup>394</sup> Ibidem.

<sup>395</sup> Ibidem, s. 75.

określonej społeczności lokalnej – miasta lub wsi. Społeczność ta jest traktowana jako całość składająca się z powiązanych ze sobą elementów. Cel badania monograficznego stanowi charakterystyka i zrozumienie tej całości. Ważną cechą metody monograficznej jest przede wszystkim dążenie do analizowania układu relacji pomiędzy elementami całości, zasad jej funkcjonowania i dynamiki przemian. Metoda ta pozwala zatem na pogłębioną analizę badanego obiektu wraz z dokładną korelacyjną charakterystyką wchodzących w jego skład elementów<sup>396</sup>. Z uwagi na fakt, że metoda monograficzna bada zaledwie określony wycinek rzeczywistości, sądy uogólniające powinny być formułowane z pewną dozą ostrożności. Metoda monograficzna może być realizowana za pomocą wielu technik. Najczęściej badacze posługują się analizą dokumentacji, obserwacją uczestniczącą, ankietą bądź wywiadem. Zgodnie z zasadami poprawności metodologicznej, powinno się łączyć kilka technik, traktując je jako formę uzupełniania wiedzy. Wnikliwy badacz nie poprzestaje na jednej technice, lecz dąży do zdobycia pełnego obrazu badanego obiektu czy zjawiska, posługując się różnorodnymi, uzupełniającymi się technikami<sup>397</sup>.

#### **Stosownie do powyższej metody badawczej wybrano następujące techniki badawcze:**

- ***technikę analizy dokumentacji z narzędziem badawczym w postaci arkusza dokumentacji (aneks nr 1, aneks nr 2)***

Według M. Łobockiego „przez analizę dokumentów, czyli wytworów działania, rozumie się metodę lub technikę badawczą polegającą na opisie i interpretacji konkretnych dokonań w procesie uczenia się, pracy produkcyjnej, zabawy lub innego rodzaju działalności, zakończonych bardziej lub mniej gotowym produktem”<sup>398</sup>. Dokumentem z kolei jest każda rzecz mogąca stanowić źródło informacji, na podstawie której można wydawać uzasadnione sądy o przedmiotach, ludziach i procesach<sup>399</sup>. Analizie zostały poddane dokumenty oświatowe wybranych placówek (przedszkoli oraz szkół podstawowych) oraz wewnątrzprzedszkolne i wewnątrzszkolne programy profilaktyczne.

- ***technikę wywiadu swobodnego z narzędziem badawczym w postaci dyspozycji wywiadu (aneks nr 3, aneks nr 4)***

S. Gudkova określa wywiad swobodny jako rodzaj wywiadu niestandardyzowanego i nieustrukturyzowanego, podczas którego badacz swobodnie kształtuje rozmowę, co daje

---

<sup>396</sup> S. Nowak, *Metody badań socjologicznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1965, s. 333.

<sup>397</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady...*, op. cit., s. 77.

<sup>398</sup> M. Łobocki, *Metody badań pedagogicznych*, Impuls, Warszawa 1978, s. 227.

<sup>399</sup> W. Zaczyński, *Praca...*, op. cit., s. 138.

możliwość najbardziej pogłębionego wglądu w badaną problematykę<sup>400</sup>. Wywiad swobodny został przeprowadzony z osobami pełniącymi w szkołach (przedszkolach) objętych badaniami funkcje kierownicze. Wywiad polegał na bezpośrednim kontakcie słownym z badanymi osobami, które odpowiadały na pytania badacza zgodnie z wcześniej przygotowanymi dyspozycjami do wywiadu (aneks nr 3, aneks nr 4).

- ***technikę ankiety z narzędziem badawczym w postaci kwestionariusza ankiety (aneks nr 9, aneks nr 10, aneks nr 11, aneks nr 12)***

Według T. Pilcha ankieta jest „techniką gromadzenia informacji polegającą na wypełnianiu, najczęściej samodzielnie przez badanego, specjalnych kwestionariuszy na ogół o wysokim stopniu standaryzacji w obecności lub bez obecności ankietera”<sup>401</sup>. Technika ta ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju wiedzy teoretycznej i diagnostyczno-opisowej w naukach społecznych. Pozwala poznać określone cechy zbiorowości, fakty, opinie o zdarzeniach. Prowadzone w ten sposób badania mają zazwyczaj charakter anonimowy, dzięki czemu badacz może liczyć na otwartość i szczerłość respondentów. W wykonanych badaniach wykorzystane zostały dwa autorskie kwestionariusze. Pierwszy – dotyczący sposobów realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej dla nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej oraz drugi – dla rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III dotyczący opinii odnośnie do organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej oraz współpracy z przedszkolem lub szkołą, do której uczęszcza ich dziecko. Aby dokonać dokładnej analizy opinii i poglądów respondentów na temat badanego zjawiska, niektóre z pytań ankietowych zostały skonstruowane z wykorzystaniem 5-stopniowej skali Likerta.

- ***obserwację uczestniczącą (aneks nr 7, aneks nr 8)***

Obserwacja uczestnicząca jest procesem badawczym, w którym obserwator przebywa w środowisku społecznym dla celów badań naukowych. Obserwator jest w bezpośrednich, bliskich stosunkach z obserwowanymi i współuczestnictwo w ich naturalnym życiu dostarcza mu materiałów badawczych<sup>402</sup>.

M. Hammersley i P. Atkinson wiążą obserwację uczestniczącą z podejściem naturalistycznym, które opiera się na założeniu, że „jeśli to tylko możliwe, świat społeczny powinien być badany w jego «naturalnym» stanie, niezakłóconym przez badacza”<sup>403</sup>. Prowadzenie badań w środowisku naturalnym dla badanych zwiększa, zdaniem autorów,

---

<sup>400</sup> S. Gudkova, *Wywiad w badaniach jakościowych*, [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, PWN, Warszawa 2012, s. 115-116.

<sup>401</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady...*, op. cit., s. 79-80.

<sup>402</sup> K. Konecki, *Studia...*, op. cit., s. 145.

<sup>403</sup> M. Hammersley, P. Atkinson, *Metody badań terenowych*, przeł. S. Dymczyk, Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 16.

prawdopodobieństwo zrozumienia badanej rzeczywistości poprzez odzwierciedlenie tych wszystkich elementów, które się na nią składają. Z kolei R. Prus i S. Grills podkreślają, że „rola obserwatora uczestniczącego pozwala badaczowi przybliżyć się do doświadczeń życiowych uczestników w większym stopniu, niż czyni to zwykła obserwacja”<sup>404</sup>. Obserwacja uczestnicząca, jako najbardziej wszechstronna technika gromadzenia materiałów, została przeprowadzona podczas zajęć dotyczących problematyki edukacji zdrowotnej z dziećmi z przedszkoli i uczniami klas I-III. W trakcie obserwacji wykorzystano narzędzie w postaci arkusza obserwacji.

- ***zogniskowany wywiad grupowy (fokus) (aneks nr 6, aneks nr 7)***

W literaturze autorzy używają zamiennie różnych nazw tej techniki. Można zatem spotkać następujące określenia: wywiad grupowy, wywiad zogniskowany, zogniskowany wywiad grupowy, grupy fokusowe lub po prostu fokus<sup>405</sup>.

W ogólnym znaczeniu badanie fokusowe to dyskusja w grupie prowadzona przez moderatora według opracowanego wcześniej scenariusza. Zogniskowany wywiad fokusowy służy badaniu wiedzy, opinii, poglądów celowo dobranej grupy osób (8-10-osobowe), a dotyczy różnego rodzaju zachowań lub obiektów interesujących badacza<sup>406</sup>. Wywiad zogniskowany został przeprowadzony z grupą dzieci z przedszkoli i z grupą uczniów klas I-III według wcześniej przygotowanego scenariusza wywiadu fokusowego (aneks nr 11, aneks nr 12).

Zebrany w toku badań ilościowych materiał został opracowany statystycznie, a wyniki przedstawiono w postaci tabel oraz wykresów. W przypadku zmiennych ciągłych lub mierzonych na skali Likerta policzone zostały statystyki położenia i zmienności (średnia, odchylenie standardowe). Dla zmiennych mierzonych na skali wielomianowej nieuporządkowanej (kategorie odpowiedzi a, b, c, d itd.) obliczone zostały częstości odpowiedzi. Kodowanie pytań otwartych nastąpiło według klucza opracowanego przez badacza. Opis i analiza ilościowa zostały powiązane i wsparte opisem oraz interpretacją jakościową dla wyodrębnienia i sformułowania kluczowych wniosków odnoszących się do poszczególnych kwestii związanych z przedmiotem badań.

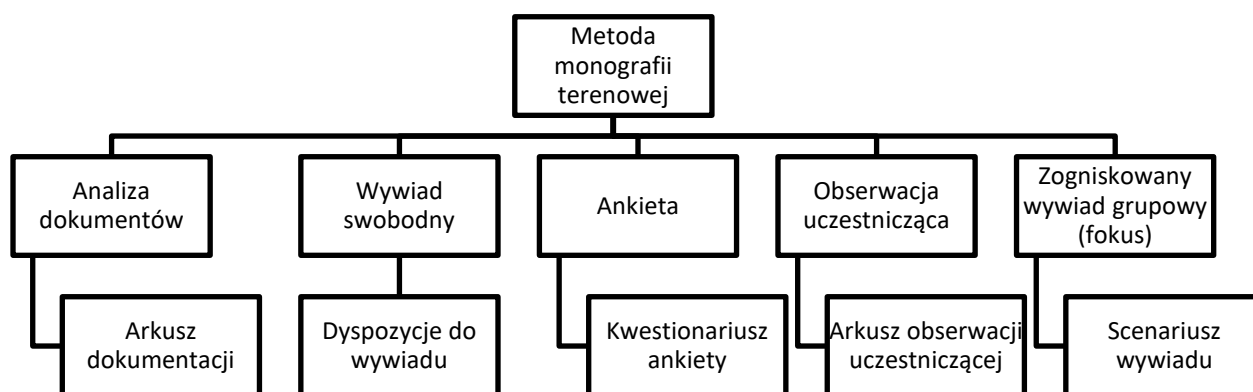
---

<sup>404</sup> R. Prus, S. Grills, *The Deviant Mystique: Involvements, Realities and Regulation*, Preager, USA, Westport 2003, s. 24.

<sup>405</sup> E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, PWN, Warszawa 2013, s. 346, R. Barbour, *Badania fokusowe*, PWN, Warszawa 2011, 83; D. Maison, *Zogniskowane wywiady grupowe. Jakościowa metoda badań marketingowych*, PWN, Warszawa 2001, s. 434; G. Kamberelis, G. Dimitriadis, *Wywiady zogniskowane. Strategiczne artykulacje pedagogiki, polityki i badań*, [w:] N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 2, PWN, Warszawa 2014, s. 374.

<sup>406</sup> S. Juszczak, *Badania jakościowe...*, op. cit., s. 156.

W celu sprawdzenia poprawności założonej procedury badawczej, w tym doboru badanych osób oraz użytych narzędzi badawczych, na przełomie września i października 2014 r. przeprowadzono badanie pilotażowe na grupie 60 osób. Służyło ono przetestowaniu trafności i rzetelności kwestionariusza, czyli sprawdzeniu, czy otrzymywane odpowiedzi są zgodnie z oczekiwaniami, czy pytania zawarte w kwestionariuszach ankiety są zrozumiałe dla respondentów i czy potrafią na nie odpowiedzieć oraz czy instrukcje są odczytywane zgodnie z intencjami. Przeprowadzenie badania pilotażowego pozwoliło na usunięcie zagadnień zbędnych i stworzenie poprawnej całości w sposób logiczny i funkcjonalny.



Rys. 5. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Źródło: Opracowanie własne

## 5. Charakterystyka terenu oraz próby badawczej

Istotnym składnikiem każdej procedury badań jest dobór próby badawczej. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy nie jest możliwe objęcie badaniami wszystkich podmiotów mogących być potencjalnie źródłem materiału empirycznego. W procesie doboru próby badawczej wybór metody doboru stanowi pierwszą czynność determinującą cały jego dalszy przebieg i rezultaty. Kolejna czynność to określenie wielkości próby badawczej. Nie może ona być określona dowolnie, ale musi stanowić gwarancję uzyskania danych umożliwiających wyciągnięcie wniosków adekwatnych, dokładnych i o wysokim stopniu pewności.

Przez dobór próby rozumie się wyselekcjonowanie dla celów badawczych pewnej liczby osób wchodzących w skład ściśle określonej zbiorowości, nazywanej populacją, którą badacz jest szczególnie zainteresowany<sup>407</sup>. W związku z przyjęciem w planowanych badaniach schematu badań opartego na triangulacji podejścia jakościowego i ilościowego próba została pobrana z populacji w sposób losowy i celowy.

Określenie terenu badań jest kolejnym krokiem przygotowania metodologicznego w postępowaniu badawczym. Teren badań, zgodnie z założeniami metodologów, należy rozumieć jako miejsce, gdzie badający przeprowadza swoje działania badawcze. Wybór terenu badań powinien umożliwić właściwe ich przeprowadzenie. Poprzez teren badań należy rozumieć nie tylko miejsce, ale również typologie cech i zagadnień, jakie muszą być zbadane, odnalezienie ich na odpowiednim terenie, w odpowiednich grupach, układach lub zjawiskach społecznych<sup>408</sup>.

Jako teren zaplanowanych badań wybrano województwo śląskie, a dokładniej placówki oświatowe (przedszkola i szkoły podstawowe) znajdujące się na jego terenie. W ramach strategii ilościowej posłużono się probabilistycznym (losowym) doбором próby, gdyż jedynie ten typ doboru pozwala wyodrębnić próbę reprezentatywną, posiadającą cechy konstytutywne populacji generalnej. Badaniem zostali objęci nauczyciele wychowania przedszkolnego, nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej oraz rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III szkół podstawowych.

Zarówno nauczyciele, jak i rodzice zostali dobrani do badania za pomocą losowania nieograniczonego indywidualnego (bezzwrotnego), z wykorzystaniem wzoru na niezbędną wielkość próby J. Grenia<sup>409</sup>.

---

<sup>407</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2001, s. 159.

<sup>408</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady...*, op. cit., s. 194-195.

<sup>409</sup> J. Greń, *Statystyka matematyczna. Modele i zadania*, [w:] J. Brzeziński (red.), *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 1997, s. 247.



Dane odnośnie do liczby nauczycieli pełniących obowiązki „wychowanie przedszkolne” oraz „edukacja wczesnoszkolna” w województwie śląskim w roku szkolnym 2014/2015 pozyskano z publikacji Głównego Urzędu Statystycznego *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2014/2015*<sup>410</sup>, która zawiera bardzo szeroki zestaw danych i analiz opisujących stan i dynamikę polskiego systemu oświaty. Liczba nauczycieli pełniących obowiązek „wychowanie przedszkolne” wynosiła 10 027, a nauczycieli pełniących obowiązek „edukacja wczesnoszkolna” – 19 354. Łączna liczba nauczycieli<sup>411</sup> wypełniających powyższe obowiązki w województwie śląskim była zatem równa 29 381.

Wzór na niezbędną wielkość próby ( $n_b$ ) przy oszacowaniu frakcji elementów wyróżnionych w populacji ma postać:

$$n_b = \frac{N}{1 + \frac{d^2(N-1)}{z_\alpha^2 pq}}$$

gdzie:

$n_b$  – niezbędna wielkość próby;

$N$  – licznosc populacji;

$p$  – spodziewany rzad wielkości szacowanej frakcji;

$q = 1 - p$ ;

$z_\alpha = 1,64$  dla  $\alpha = 0,10$ ,

1,96 dla  $\alpha = 0,05$ ,

2,58 dla  $\alpha = 0,01$ ;

$d$  – dopuszczalny bład szacunku frakcji  $p$  (podany w ułamku dziesiętnym).

Przy liczebności populacji  $N = 29\,381$ , współczynnika ufności 0,95 ( $\alpha = 1 - P = 1 - 0,95 = 0,050$ ) oraz maksymalnym błędzie 5% = 0,05 – do próby należy losowo pobrać z populacji 379 nauczycieli.

Aby obliczyć niezbędną wielkość próby do przeprowadzenia badań wśród rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III, za populację generalną przyjęto liczbę dzieci uczęszczających do przedszkola i klas I-III w województwie śląskim (przyjmując, że na jedno dziecko przypada jeden rodzic).

<sup>410</sup> GUS, *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2014/2015*, Warszawa 2015.

<sup>411</sup> Nauczycieli pełnozatrudnionych i niepełnozatrudnionych w przeliczeniu na etaty.

Według danych SIO (Systemu Informacji Oświatowej) liczba dzieci w wieku 2-6 lat uczęszczających do przedszkola w województwie śląskim wynosiła 143 471, a uczniów uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych w wieku 6-9 lat – 142 232. Łączna liczba dzieci uczęszczających do przedszkola i klas I-III szkół podstawowych w woj. śląskim była zatem równa 285 703 (stan z dnia 30.09.2015 roku)<sup>412</sup>.

Próbie reprezentatywną w tym przypadku także obliczono z wykorzystaniem wzoru na niezbędną wielkość próby J. Grenia. Tak więc przy liczebności populacji  $N = 285\,703$ , współczynnika ufności  $P = 0,95$  ( $\alpha = 1 - P = 1 - 0,95 = 0,05$ ) oraz maksymalnym błędzie rzędu 5% niezbędną wielkość próby wynosiła w przybliżeniu 384 osoby.

Dobór próby do badań jakościowych (wywiad z dyrektorami przedszkoli i szkół podstawowych oraz analiza dokumentów wewnętrznych placówek) miał charakter losowo-warstwowy, z kolei dobór próby do przeprowadzenia wywiadu fokusowego z dziećmi z przedszkoli i uczniami klas I-III szkół podstawowych oraz obserwacji uczestniczącej – charakter nieprobabilistyczny celowy (arbitralny). Dobór ten, jak pisze E. Babbie, powstaje „na podstawie własnej wiedzy o badanej populacji oraz celach badań”<sup>413</sup>. Punktem wyjścia jest ogół przedszkoli i szkół podstawowych funkcjonujących w województwie śląskim.

W próbie badawczej odzwierciedlenie musi znaleźć fakt silnej urbanizacji województwa śląskiego. W województwie śląskim, według stanu z dnia 30.09.2015 roku, działało ogółem 1903 przedszkola, oddziały przedszkolne przy szkole podstawowej, punkty przedszkolne oraz zespoły wychowania przedszkolnego oraz 1256 szkół podstawowych<sup>414</sup>. W celu uwzględnienia urbanizacji dokonano podziału województwa śląskiego na 4 warstwy<sup>415</sup> i pozyskano informacje<sup>416</sup> odnośnie do liczby przedszkoli i szkół podstawowych w każdej z tych warstw.

---

<sup>412</sup> System Informacji Oświatowej. Dane statystyczne, strona internetowa Centrum Informatycznego Edukacji, <http://www.cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne.html> [dostęp: 20.09.2016].

<sup>413</sup> E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa 2006, s. 210.

<sup>414</sup> System Informacji Oświatowej. Dane statystyczne, op. cit.

<sup>415</sup> Podziału na warstwy dokonano, korzystając z danych ze strony: *Wykaz identyfikatorów (kodów) województw i nazw jednostek podziału terytorialnego kraju*, eGospodarka.pl, <http://www.firma.egospodarka.pl/niezbednik-firmowy/wykaz-identyfikatorow#slaskie> [dostęp: 20.09.2016].

<sup>416</sup> *Baza przedszkoli*, Przeszkolowo.pl, <http://przeszkolowo.pl/baza-przeszkoli> [dostęp: 20.09.2016]; *Spis szkół*, SpisSzkol.eu, <http://www.spisszkol.eu/> [dostęp: 20.09.2016].

Tabela 4. Podział administracyjny województwa śląskiego z uwzględnieniem liczby szkół podstawowych i przedszkoli w każdej z gmin

<b>Warstwa</b>	<b>Liczba szkół podstawowych*</b>	<b>Liczba przedszkoli*</b>
Duże miasta	506	726
Gminy miejskie	227	223
Gminy wiejskie	392	297
Gminy miejsko-wiejskie	131	105

\* Liczba przedszkoli oraz szkół podstawowych w każdej z warstw jest przybliżona, ponieważ w różnych spisach/źródłach podano różną liczbę placówek w każdej z gmin.

Następnie do przeprowadzenia badania fokusowego i obserwacji uczestniczącej dokonano w sposób celowy wyboru grupy dzieci w wieku przedszkolnym i grupy uczniów klas I-III z wcześniej wylosowanego przedszkola i szkoły podstawowej z dużego miasta oraz wyboru grupy dzieci w wieku przedszkolnym i grupy uczniów klas I-III z wcześniej wylosowanego przedszkola i szkoły podstawowej z gminy wiejskiej.

Do przeprowadzenia wywiadów swobodnych z osobami pełniącymi w badanych placówkach funkcje kierownicze dokonano w sposób celowy wyboru 1 dyrektora przedszkola oraz 1 dyrektora szkoły podstawowej z każdej z warstw. W sumie wywiad swobodny został przeprowadzony z 8 dyrektorami placówek. W podobny sposób wybrano również placówki, w których została wykonana analiza dokumentacji wewnętrznej. Z każdej z warstw wybrano 1 przedszkole oraz 1 szkołę podstawową do badania. Łącznie przeanalizowano dokumentację wewnętrzną w 8 placówkach.

### **Charakterystyka respondentów do badań jakościowych**

W badaniu jakościowym (zogniskowany wywiad fokusowy) wzięły udział dzieci w wieku przedszkolnym (4-6 lat) oraz dzieci w wieku wczesnoszkolnym (6-9 lat) z łącznie 8 placówek. Grupy dzieci były zróżnicowane pod względem usytuowania placówki, do której uczęszczają. Do realizacji badania zaangażowano po 1 przedszkolu oraz 1 szkole podstawowej z dużego miasta, z gminy miejskiej, gminy wiejskiej oraz gminy miejsko-wiejskiej województwa śląskiego. W przypadku szkół podstawowych udział w badaniu wzięły dzieci z klas I-III. Grupy liczyły zazwyczaj 8-10 osób. W badaniu uczestniczyli również reprezentanci dyrekcji szkół i przedszkoli. Rozmówcami były we wszystkich przypadkach kobiety z wyższym wykształceniem. Wiek rozmówczyń był raczej zróżnicowany, natomiast zawsze przekraczał 35 lat. Długość stażu pracy respondentek najczęściej wynosiła ponad 20 lat.

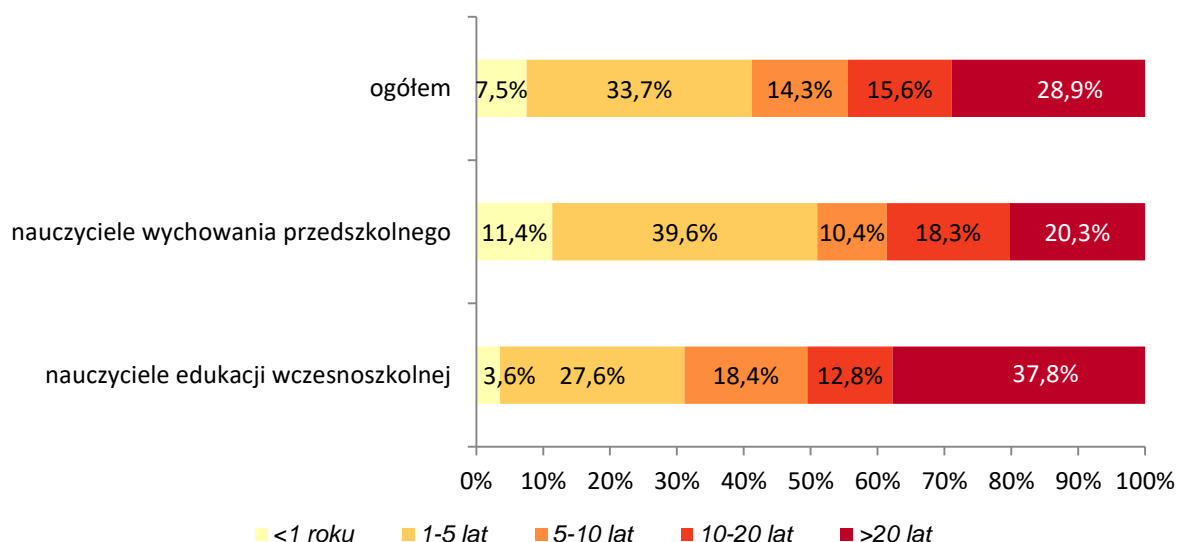
## Charakterystyka respondentów do badań ilościowych

Pierwszą grupę respondentów objętych badaniami diagnostycznymi przeprowadzonymi za pomocą techniki ankiety stanowiło łącznie 399 nauczycieli – 203 nauczycieli wychowania przedszkolnego i 196 nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. Były to wyłącznie kobiety, co świadczy o feminizacji zawodu nauczyciela w Polsce. Najmłodsza nauczycielka pracująca w przedszkolu miała 23, a najstarsza – 62 lata. W przypadku szkoły było to, odpowiednio, 23 i 58 lat. Średnia wieku nauczycielek wychowania przedszkolnego wyniosła 36, a edukacji wczesnoszkolnej – 38 lat.

Staż pracy największej części respondentek reprezentujących przedszkola wynosił od 1 roku do 5 lat (39,6%), a najmniejszej – od 5 do 10 lat (10,4%). Dla nauczycielek edukacji wczesnoszkolnej było to, odpowiednio: powyżej 20 lat (37,8%) i do 1 roku (3,6%) – wykres 1.

Prowadzące zajęcia w przedszkolach częściej posiadały staż pracy do 5 lat (51,0%; szkoły: 31,2%) i od 10 do 20 lat (18,3%; szkoły: 12,8%), natomiast nauczycielki klas I-III częściej charakteryzowało doświadczenie 5-10 lat (szkoły: 18,4%; przedszkola: 10,4%) i powyżej 20 lat (szkoły: 37,8%; przedszkola: 20,3%) – zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

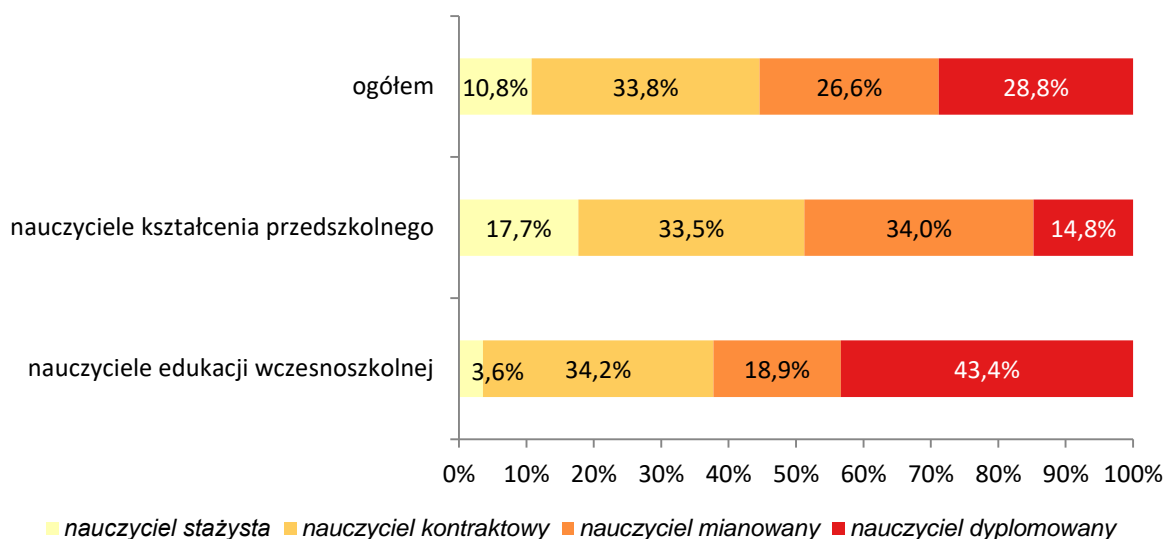
Wykres 1. Staż pracy nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, którzy wzięli udział w badaniu



Ponad 2/3 badanych prowadzących zajęcia w przedszkolach to nauczyciele mianowani (34,0%) i kontraktowi (33,5%) – wykres 2. Najmniej było natomiast nauczycieli dyplomowanych (14,8%). Wśród uczących w szkołach najliczniejsi byli nauczyciele dyplomowani (43,4%), a najmniej liczni – stażyści (3,6%).

Nauczyciele stażyści i mianowani to stopnie zawodowe częściej występujące wśród pracowników przedszkoli, którzy wzięli udział w badaniu (odpowiednio: 17,7% i 34,0% wobec 3,6% i 18,9%). W grupie pracowników szkół częstszy w porównaniu z pracującymi w przedszkolach byli nauczyciele kontraktowi i dyplomowani (odpowiednio: 34,2% i 43,4% wobec 33,5% i 14,8%) – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

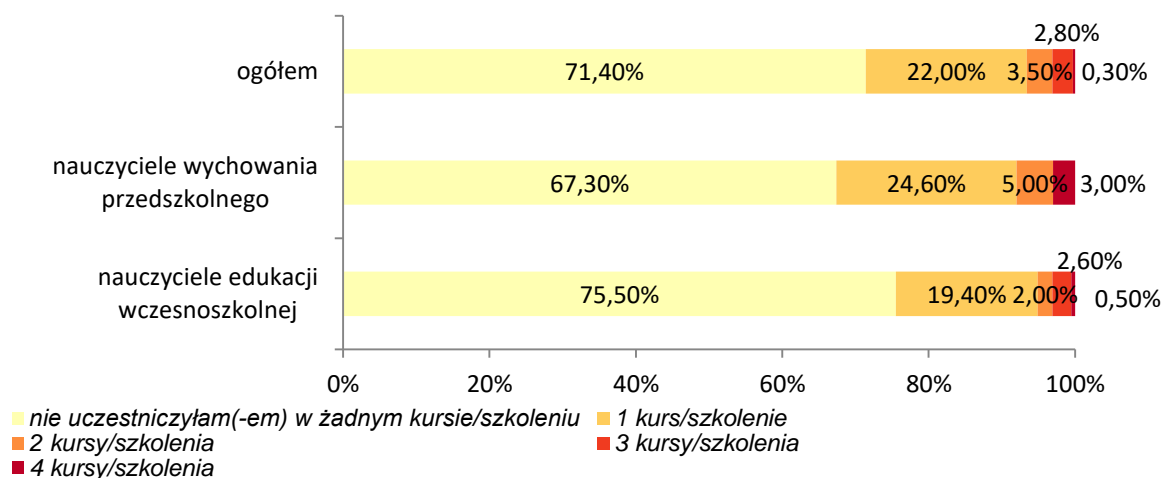
Wykres 2. Stopień awansu zawodowego nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, którzy wzięli udział w badaniu



Ponad 2/3 ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego nie uczestniczyło w żadnym kursie/szkoleniu (67,3%) – wykres 3. Niemal 1/4 brała udział w 1 kursie/szkoleniu (24,6%). Pozostałe 8,0% miało doświadczenie 2 bądź 3 kursów/szkoleń.

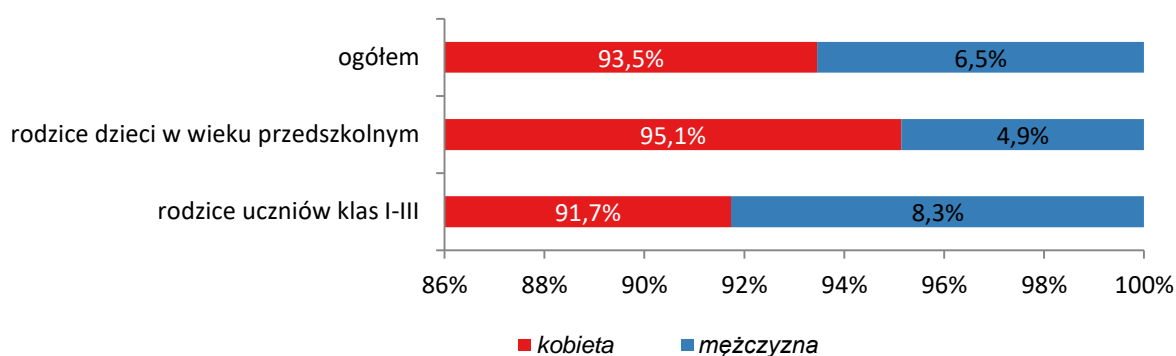
W przypadku nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej około 3/4 nie uczestniczyło w żadnym kursie/szkoleniu (75,5%). Niecała 1/5 brała udział w jednym (19,4%), a najmniej odbyło 4 kursy/szkolenia (0,5%).

Wykres 3. Liczba kursów/szkoleń ukończonych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, którzy wzięli udział w badaniu



Drugą grupę respondentów stanowiło łącznie 489 rodziców. W ankietyzacji wzięło udział 247 rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i 242 rodziców uczniów klas I-III szkoły podstawowej. Wśród nich było jedynie 6,5% mężczyzn (przedszkola: 4,9%; szkoły: 8,3%) – wykres 4.

Wykres 4. Płeć rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu



Najmłodszy rodzic dziecka przedszkolnego miał 23, a ucznia – 24 lata. Najstarszy – odpowiednio: 40 i 49 lat. Średnia wieku wyniosła 31 lat w pierwszej grupie i 32 w drugiej – wykres 5.

Wykres 5. Średnia wieku rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu

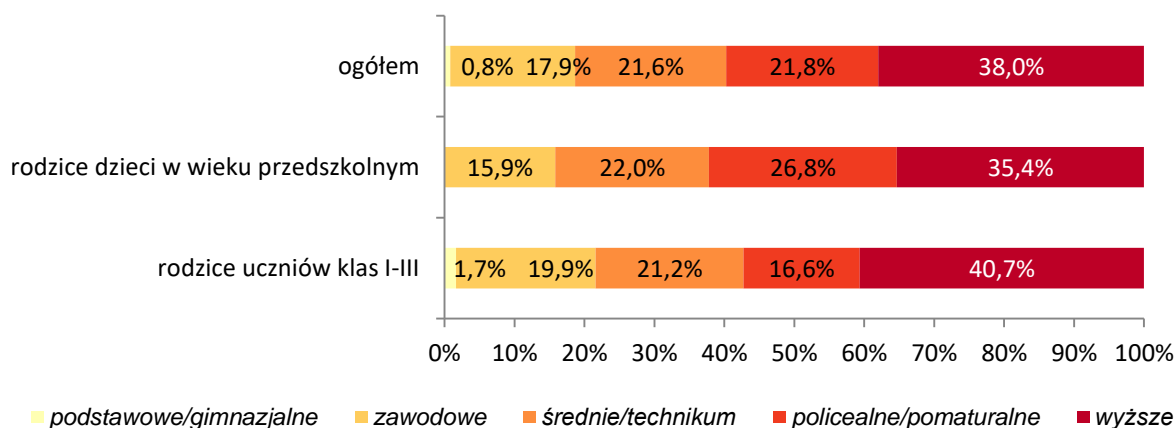


Rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w ankietyzacji, najczęściej posiadali wykształcenie wyższe (odpowiednio: 35,4%; 40,7%; różnica statystycznie istotna; test Fishera,  $p < 0,05$ ) – wykres 6.

Drugą pod względem liczebności grupą, jeśli chodzi o przedszkola, byli rodzice z wykształceniem policealnym/pomaturalnym (26,8%). W przypadku rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym wskazanie to okazało się istotnie rzadsze (16,6%; zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,05$ ). Wśród tych ostatnich częściej występowali absolwenci szkół średnich/techników (21,2%).

Najmniej rodziców dzieci w wieku przedszkolnym posiadało dyplom szkoły zawodowej (15,9%; rodzice dzieci w wieku wczesnoszkolnym: 19,9%; różnica statystycznie istotna, test Fishera,  $p < 0,05$ ), natomiast wśród rodziców uczniów klas od I do III – wykształcenie podstawowe/gimnazjalne (1,7%).

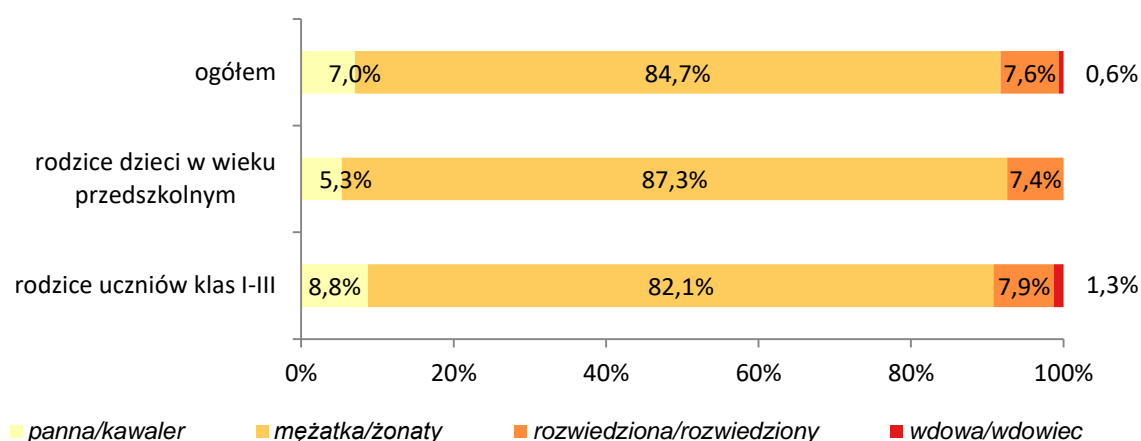
Wykres 6. Wykształcenie rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu



Zdecydowana większość badanych rodziców swój stan cywilny scharakteryzowała jako „mężatka/żonaty” (przedszkola: 87,3%; szkoły: 82,1%) – wykres 7.

Wśród rodziców dzieci w wieku przedszkolnym najmniej było panien/kawalerów (5,3%), a wśród rodziców uczniów klas I-III – wdów/wdowców (1,3%).

Wykres 7. Stan cywilny rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu



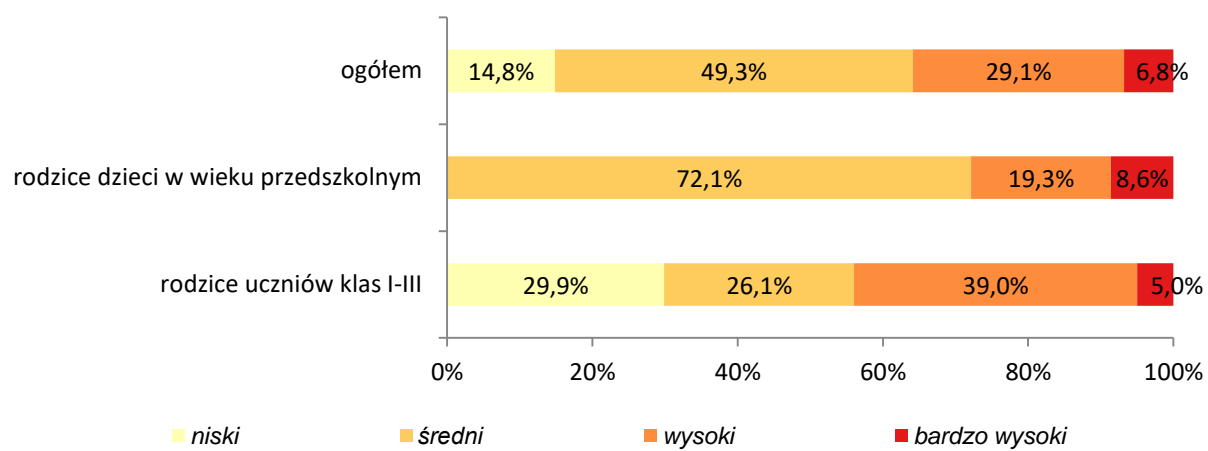
Swój status materialny niemal 3/4 rodziców dzieci uczęszczających do przedszkola określiło jako średni (72,1%) – wykres 8. Wskazanie takie było zdecydowanie rzadsze wśród rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym (26,1%) – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

Około 1/5 rodziców reprezentujących przedszkola zadeklarowała status wysoki (19,3%), najpopularniejszy wśród ankietowanych mających dzieci w klasach od I do III (39,0%) – różnica statystycznie istotna (test Fishera,  $p < 0,001$ ).

W obu grupach najrzadziej wskazywano bardzo wysoki status (przedszkola: 8,6%; szkoły: 5,0%).



Wykres 8. Status materialny rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu



## 6. Organizacja i przebieg badań

Organizacja procesu badawczego według T. Pilcha jest zależna od wielu okoliczności. Zasadniczy wpływ na procedurę mają: charakter badań, ich cel, teren, na którym są prowadzone, oraz techniki stosowane w trakcie badań<sup>417</sup>. Schemat organizacji badań składa się z dwóch faz: koncepcyjnej i wykonawczej.

Procedura badawcza opisana w niniejszej rozprawie obejmowała dwa etapy: fazę koncepcyjną i fazę wykonawczą badań.

Na **etap I** – fazę koncepcyjną badań – złożyły się:

- wybór tematu, przedmiotu i celu badań, kwerenda literatury
- sformułowanie problemów badawczych
- wybór terenu badań i próby badawczej
- wybór metod, techniki oraz narzędzi badawczych
- definicje teoretyczne ważniejszych pojęć
- przeprowadzenie badań pilotażowych

Zanim przystąpiono do badań właściwych, przeprowadzono badania pilotażowe. Pilotaż to metoda testowania narzędzia badawczego pozwalająca usunąć jego wady i błędy, zanim jeszcze zostanie użyte na docelowej próbie badawczej. Celem pilotażu jest sprawdzenie, jak pracuje dane narzędzie, czy przynosi poszukiwane informacje, czy respondenci rozumieją pytania oraz zadania, jakie się przed nimi stawia. Badania pilotażowe zostały przeprowadzone na przełomie września i października 2014 roku na grupie 60 osób. Po uwzględnieniu wskazówek uzyskanych od badanych wszystkie kwestionariusze ankiety z badania pilotażowego zostały usunięte i nie były brane pod uwagę przy opracowywaniu wyników badań.

- ostateczne decyzje odnośnie do pojęć i warsztatu badań
- gromadzenie i opracowanie bibliografii.

**Etap II**, czyli fazę wykonawczą badań, stanowiły:

- opracowanie harmonogramu badań
- przeprowadzenie badań właściwych

Badania właściwe przebiegały od stycznia 2016 roku do grudnia 2016 roku. Wykonane zostały badania monograficzne o charakterze terenowym. Dokonano analizy dokumentów

---

<sup>417</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady...*, op. cit., s. 185.

oświatowych wybranych instytucji oraz przeanalizowano wewnątrzprzedszkolne oraz wewnątrzszkolne programy profilaktyczne i inne dokumenty. Dokumenty do analizy zazwyczaj były udostępniane przez placówki drogą e-mailową (jako załączniki) lub były ogólnodostępne na stronach internetowych badanych przedszkoli oraz szkół. Prośbę do placówek o udostępnienie wyżej wymienionych dokumentów rozsyłano drogą e-mailową, załączając do prośby pismo przewodnie z pieczętą uczelni oraz podpisem promotora. Przeprowadzono również wywiad swobodny z osobami pełniącymi w placówkach funkcje kierownicze. Wywiad był częściowo ustrukturyzowany, a jego scenariusz składał się z 23 pytań otwartych oraz metryczki (patrz: aneksy nr 3 i 4). Dyrektorzy placówek nie otrzymali wcześniej zestawu pytań, dlatego też nie mieli możliwości przygotowania się do odpowiedzi przed spotkaniem. Podczas wywiadów wypowiedzi respondentów były nagrywane dyktafonem, co umożliwiło dokładną transkrypcję. Umawianie terminów wywiadów następowało osobiście w sekretariacie placówek bądź telefonicznie, a same wywiady odbywały się w gabinetach dyrektorów i trwały około 40 minut. Obserwację uczestniczącą przeprowadzono podczas zajęć dotyczących problematyki edukacji zdrowotnej z dziećmi z przedszkoli i uczniami klas I-III. W trakcie badań i zbierania danych korzystano z arkusza obserwacji uczestniczącej, który służył do rejestrowania wszystkich spostrzeżeń i zapisywania niezbędnych informacji (patrz: aneksy nr 7 i 8). Każda obserwacja uczestnicząca trwała jedną godzinę lekcyjną, czyli 45 minut. Zogniskowany wywiad fokusowy przeprowadzono z grupą dzieci z przedszkoli i z grupą uczniów klas I-III. Grupy fokusowe liczyły 8-10 osób. Wszystkie wywiady fokusowe odbyły się w salkach przedszkolnych oraz szkolnych wyposażonych w odpowiedni sprzęt rejestrujący. O nagrywaniu wywiadu dzieci zostały uprzednio poinformowane i wyraziły zgodę na rejestrację. W realizacji badania zdecydowano się na współpracę z moderatorką, posiadającą kilkuletnie doświadczenie w prowadzeniu zogniskowanych wywiadów fokusowych, której powierzono moderowanie dyskusji. Moderatorce przedstawiono problematykę badawczą oraz przekazano scenariusz wywiadu (patrz: aneksy nr 5 i 6). Dyskusje fokusowe trwały średnio 20 minut. Ponadto w badaniach z dziećmi konieczne było również uzyskanie zgody rodzica/opiekuna (patrz: aneks nr 13) oraz zgody dziecka, która co prawda nie ma mocy prawnej, jest jednak konieczna ze względów etycznych. Badaniem ankietowym zostało objętych 203 nauczycieli wychowania przedszkolnego oraz 196 edukacji wczesnoszkolnej, a także 489 rodziców dzieci z przedszkoli i uczniów klas I-III. Kwestionariusz ankiety dla nauczycieli składał się z 22 pytań i metryczki (patrz: aneksy nr 9 i 10), natomiast ankiety dla rodziców – z 13 pytań i metryczki (patrz: aneksy

nr 11 i 12). W kwestionariuszu zostały zamieszczone pytania zamknięte (które stanowiły większość) oraz pytania półotwarte. Ankiety dla nauczycieli były rozprawdane osobiście w około 80 przedszkolach oraz szkołach w województwie śląskim oraz zostały zamieszczone online na stronie [www.ankietki.pl](http://www.ankietki.pl). Z kolei wśród rodziców ankiety były rozprawdane najczęściej podczas zebrań/wywiadówek, na których byli obecni.

- uporządkowanie materiałów badawczych
- opracowanie klucza kodyfikującego, kodyfikacja oraz opracowanie statystyczne

W celu zbadania zależności między dwiema zmiennymi nominalnymi (kategorycznymi) zastosowano test chi-kwadrat lub – jeśli nie było spełnione założenie o minimalnych wartościach licznosci oczekiwanych – test dokładny Fishera. Oba testy opierają się na porównaniu ze sobą licznosci otrzymanych w badaniu (obserwowanych) z licznosciami teoretycznymi (oczekiwanyimi), otrzymanymi poprzez dokonanie stosownych obliczeń, przy założeniu, że pomiędzy rozważanymi zmiennymi nie ma żadnego związku. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami obserwowanymi a oczekiwanyimi jest wystarczająco duża, świadczy to na niekorzyść hipotezy zerowej o niezależności obu zmiennych. Wobec tego niskie wartości uzyskanego w wyniku testu poziomu istotności  $p$  świadczą o silnej zależności badanych zmiennych (cech). W celu zbadania istotności różnic w rozkładach zmiennych opartych na skali porządkowej, interwałowej bądź ilorazowej – w dwóch niezależnych od siebie grupach wykorzystano test U Manna-Whitneya. Jest to test semiparametryczny, w którym hipoteza zerowa mówi o symetrii, względem rozważanych grup, prawdopodobieństwa większej wartości zmiennej w jednej z nich w stosunku do zmiennej w drugiej grupie [ $P(X > Y) = P(Y > X)$ ]. Niskie wartości uzyskanego w wyniku testu poziomu istotności  $p$  świadczą o zróżnicowaniu zmiennej w grupach.

- analiza jakościowa
- opracowanie teoretyczne i uogólnianie wyników
- ostateczna wersja rozprawy doktorskiej.

## **Część III**

### **Edukacja zdrowotna realizowana na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim w świetle badań własnych**

Część trzecia pracy została poświęcona analizie oraz interpretacji materiału empirycznego zgromadzonego w toku badań własnych. Część ta składa się z sześciu rozdziałów. Pierwsze trzy rozdziały zostały poświęcone analizie jakościowej i prezentacji kolejno: systemowych rozwiązań z zakresu edukacji zdrowotnej wdrażanych na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej; skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej na wyżej wspomnianych etapach kształcenia w opinii dyrektorów placówek oraz skuteczności i sposobu realizacji celów edukacji zdrowotnej w stosunku do dzieci z przedszkoli i uczniów klas I-III szkół podstawowych. Rozdziały czwarty i piąty obejmują analizę ilościową i dotyczą skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej oraz w opinii rodziców dzieci z przedszkoli i uczniów klas I-III. Na końcu analizy każdego pytania badawczego szczegółowego zostały sformułowane na podstawie wyników badań własnych szczegółowe wnioski dotyczące przeprowadzonej diagnozy i ewaluacji. W szóstym rozdziale zostały zamieszczone ogólne wnioski z badań własnych oraz rekomendacje dla praktyki pedagogicznej.

#### **Rozdział 1. Systemowe rozwiązania z zakresu edukacji zdrowotnej wdrażane na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim**

##### **1.1. Dokumenty strategiczne / akty prawne regulujące zakres edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej**

Na wstępie należy zwrócić uwagę na fakt, że przepisy prawa oświatowego nie są tworzone odrębnie tylko dla przedszkoli, co oznacza, że dotyczy ich większość przepisów odnoszących się do szkół. Stanowi o tym wprost art. 3 pkt 1 ustawy o systemie oświaty, który wskazuje, że ilekroć w przepisach jest mowa bez bliższego określenia o szkole, należy przez to rozumieć również przedszkola. Akty prawne obowiązujące zarówno w przedszkolu,

jak i w szkole można podzielić na akty prawa powszechnie obowiązującego (ustawy, rozporządzenia) oraz akty prawne wewnętrzne przedszkola lub szkoły (statut, program wychowawczy, program profilaktyczny), które nie mogą być sprzeczne z ustawą. Dlatego też pracę przedszkola i szkoły jako instytucji regulują akty prawne w postaci ustaw i rozporządzeń, a prawidłowe prowadzenie dokumentacji w tych instytucjach związane jest ze znajomością aktualnych przepisów prawa. Podstawowym dokumentem regulującym zakres i treści edukacji zdrowotnej jest podstawa programowa. Podstawa programowa, na której opierały swą pracę badane placówki, znajduje się w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego<sup>418</sup>. W podstawie programowej istnieje zapis, że działalność edukacyjna szkoły jest określona przez (między innymi): program wychowawczy szkoły, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym, oraz program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów i potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym. Natomiast brak jest zapisu o potrzebie istnienia wymienionych programów w przedszkolu. Opierając się jednak na podstawie programowej, w której uwzględniono treści z zakresu edukacji zdrowotnej, oraz na podstawach prawnych, przedszkola również mogą opracować i realizować program profilaktyczny. Bardzo ważne wydaje się zwrócenie uwagi na fakt, że zgodnie z nową podstawą programową, która obowiązuje od 1 września 2017 roku<sup>419</sup>, zmieniły się wytyczne odnośnie do konieczności tworzenia programu wychowawczego i profilaktycznego szkoły. Od września 2017 roku odrębne programy wychowawczy i profilaktyczny zastąpił jeden – wychowawczo-profilaktyczny. Obowiązek opracowania i realizowania jednego programu nie może polegać na połączeniu dotychczasowych programów w jeden dokument. Nowy dokument musi obejmować oprócz treści wychowawczych skierowanych do uczniów również treści i działania o charakterze profilaktycznym, dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów, koniecznie przygotowane na podstawie przeprowadzonej diagnozy potrzeb i problemów występujących w danej społeczności szkolnej, skierowane nie tylko do uczniów, ale również do nauczycieli i rodziców. Z kolei przedszkole nadal nie ma obowiązku opracowywania programu wychowawczo-profilaktycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy – Prawo oświatowe. Jednakże we wstępie nowej podstawy programowej wychowania przedszkolnego po raz pierwszy wskazuje się nie tylko na zadania wychowawcze

---

<sup>418</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r. W 2016 roku w czasie pisania pracy w MEN rozpoczęto pracę nad nową podstawą programową, która jest aktualnie obowiązującą.

<sup>419</sup> Podstawa programowa z 14 lutego 2017 r.

przedszkola, ale również na jego zadania profilaktyczne. Z kolei, jak wynika z przepisów prawa oświatowego, przedszkola mają obowiązek opracowania i realizowania programu wychowania przedszkolnego, a nie: programu wychowawczego. Zarówno przedszkola, jak i szkoły podstawowe zobligowane są również do tworzenia statutów. Statut jest aktem wewnętrznego prawa regulującym organizację pracy placówki i fundamentalne zasady jej działania. Kształt statutu określono w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 r. w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (Dz.U. Nr 61, poz. 624 z późn. zm.). Rozporządzenie to zostało wydane na podstawie art. 60 ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.) i zawiera załączniki dotyczące zawartości statutów poszczególnych typów placówek publicznych, w tym przedszkola oraz szkoły podstawowej.

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, jakie dokumenty strategiczne oraz akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej regulują zakres kształcenia w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych, postawiono dyrektorom placówek pytanie o podobnej treści (aneks nr 3 pyt. 1 i aneks nr 4 pyt. 1) oraz dokonano analizy dokumentacji wewnętrznej placówek. W tym miejscu warto zaznaczyć, że wywiady z dyrektorami odbywały się w innych placówkach aniżeli te, w których analizowano dokumentację wewnętrzną. Działanie to wynikało z losowego doboru próby badawczej do wywiadów i losowego do analizy dokumentacji, jak również pozwoliło na szersze spojrzenie na badaną tematykę.

Z przeprowadzonych wywiadów swobodnych z osobami pełniącymi w przedszkolach funkcje kierownicze wynika, że każde przedszkole za najważniejszy dokument regulujący zakres edukacji zdrowotnej uznaje podstawę programową wychowania przedszkolnego. Przedstawiciele badanych placówek wskazywali również na statut przedszkola, jednakże zaznaczali, że statut zawiera mało treści zdrowotnych.

*„Statut przedszkola też jest jednym z głównych dokumentów, w którym też są pewne zasady zdrowotne i o bezpieczeństwie, np. że nie przyprowadzamy chorego dziecka – to też nam reguluje statut”*

– dyrektor przedszkola z gminy miejskiej

Dodatkowo wspomniano również o programach wewnątrzprzedszkolnych, w których w znacznym stopniu zawarte są treści związane z edukacją zdrowotną, jednakże żaden z dyrektorów nie wymienił konkretnej nazwy programu. Dyrektor przedszkola w gminie

wiejskiej trafnie wskazał również na ustawę o systemie oświaty jako dokument nadrzędny, w stosunku do którego podstawa programowa jest aktem wykonawczym.

*„Zakres edukacji zdrowotnej w przedszkolu reguluje ustawa o systemie oświaty”*

– dyrektor przedszkola w gminie wiejskiej

Jak wynika z analizy, żaden z dyrektorów nie powołał się na dokument, jakim jest program wychowania przedszkolnego, chociaż po dokładniejszym sprawdzeniu w dokumentach przedszkola aż 3 z 4 placówek objętych badaniem w programach tych zawierało zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej. Co prawda treści te nie były zbyt rozległe, ale zostały wyraźnie zaznaczone. Również żaden z dyrektorów placówek nie powołał się na koncepcję pracy przedszkola, mimo że tematyka zdrowotna była w niej poruszana.

Tabela 5. Dokumenty / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej wymienione przez dyrektorów przedszkoli

<b>Warstwa</b>	<b>Dokumenty</b>
Duże miasta	Podstawa programowa wychowania przedszkolnego Programy wewnątrzprzedszkolne
Gminy miejskie	Podstawa programowa wychowania przedszkolnego Statut przedszkola
Gminy wiejskie	Ustawa o systemie oświaty Statut przedszkola Podstawa programowa wychowania przedszkolnego
Gminy miejsko-wiejskie	Statut przedszkola Podstawa programowa wychowania przedszkolnego Programy wewnątrzprzedszkolne

Źródło: Badania własne

Inaczej niż w przedszkolach przedstawia się sytuacja w szkołach podstawowych w województwie śląskim. Dyrektorzy szkół podstawowych podczas wywiadu swobodnego przedstawili, jakie dokumenty strategiczne regulują zakres edukacji zdrowotnej w szkole, którą reprezentują. Najczęściej wskazywano na program wychowawczy oraz program profilaktyki.



*„My mamy dwa takie dokumenty. To jest Program wychowawczy i Program profilaktyki. Tam te treści są najbardziej wyeksponowane”*

– dyrektor szkoły z gminy miejsko-wiejskiej

O podstawie programowej jako dokumencie określającym działalność edukacyjną szkoły poprzez szkolny program profilaktyczny i wychowawczy oraz dokumencie, w którym zawarte są treści zdrowotne, wspomniano tylko w szkole usytuowanej w gminie wiejskiej.

*„Jeśli chodzi o akty prawne, to powiem szczerze, że nie wiem. Natomiast jeżeli chodzi o dokumenty, to podstawa programowa jest takim podstawowym dokumentem”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Jednakże dyrektor tejże placówki przyznał w wywiadzie, że nie jest w stanie wskazać żadnych innych dokumentów regulujących zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej w kierowanej przez siebie placówce. Dyrektorzy zgodnie uważają, że w programie profilaktycznym oraz wychowawczym treści z zakresu edukacji zdrowotnej są najbardziej „wyeksponowane”. Zwraca się również uwagę na fakt, że statut szkoły zawiera niewiele treści zdrowotnych, a jeśli występują to są bardzo ogólne. Wydaje się, że niewskazanie podstawy programowej jako kluczowego dokumentu obejmującego zagadnienia zdrowotne może wynikać ze słabej znajomości tychże zagadnień przez osoby pełniące w szkołach funkcje kierownicze. Tezę tę można poprzeć również odpowiedziami dyrektorów na inne pytania dotyczące bezpośrednio treści zdrowotnych zawartych w podstawie programowej, na które dyrektorzy nie zawsze znali odpowiedź. Z kolei wskazanie na program wychowawczy i profilaktyczny świadczy o dobrej znajomości ich treści, co z kolei może wynikać z obowiązku ich opracowania oraz przestrzegania.

Tabela 6. Dokumenty / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej wymieniane przez dyrektorów szkół podstawowych

<b>Warstwa</b>	<b>Dokumenty</b>
Duże miasta	Statut szkoły Szkolny program wychowawczy Program profilaktyki
Gminy miejskie	Podstawa programowa
Gminy wiejskie	Program profilaktyki Szkolny program wychowawczy
Gminy miejsko-wiejskie	Program profilaktyki Program wychowawczy Statut szkoły

Źródło: Badania własne

Analiza dokumentacji wewnętrznej placówek pozwoliła na podejście do tematu z nieco innej strony. Dostęp do analizowanych dokumentów następował poprzez strony internetowe badanych placówek, na których to w specjalnych zakładkach znajdowały się ogólnodostępne dokumenty, jak również dzięki osobistym wizytom w placówce.

Z analizy wynika, że zarówno przedszkola, jak i szkoły podstawowe realizują cele i zadania określone w ustawie o systemie oświaty oraz przepisach wydanych na jej podstawie w podstawie programowej. W wypełnianiu zadań z zakresu edukacji zdrowotnej opierają się głównie na podstawie programowej i postępują zgodnie z jej zaleceniami. Stwierdzenie to poparte jest faktem, że na stronach internetowych znajdowały się załączniki do podstawy programowej, podczas osobistej wizyty placówki przedkładały do wglądu tenże dokument, a przy konstruowaniu szkolnych programów profilaktycznych i wychowawczych powoływano się na niego.

Analiza dokumentacji wewnętrznej przedszkoli w województwie śląskim wykazała, że oprócz podstawy programowej – dokumentami, w których poruszono tematykę zdrowotną, są również: statut przedszkola, koncepcja pracy przedszkola oraz program wychowania przedszkolnego, niestety często błędnie nazywany programem wychowawczym. Warto jednakże dodać, że w statucie przedszkola w każdej badanej placówce treści te były bardzo ogólne i było ich niedużo. Niewiele treści związanych z edukacją zdrowotną można było odnaleźć również w programach wychowania przedszkolnego oraz koncepcji pracy przedszkola, która jest oparta na celach i zadaniach zawartych w aktach prawnych: ustawie o systemie oświaty oraz aktach wykonawczych do ustawy, w tym w szczególności

w podstawie programowej wychowania przedszkolnego. Trzy z czterech badanych przedszkoli w swoich programach wychowania przedszkolnego zawierało treści zdrowotne. Analiza wykazała również, że żadne z przedszkoli nie posiada programu profilaktycznego – pomimo dowolności w jego opracowaniu i realizowaniu.

Tabela 7. Dokumenty / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej zidentyfikowane na podstawie analizy dokumentacji przedszkoli

<b>Warstwa</b>	<b>Dokumenty</b>
Duże miasta	Podstawa programowa wychowania przedszkolnego Program wychowania przedszkolnego Statut przedszkola Koncepcja pracy przedszkola
Gminy miejskie	Podstawa programowa wychowania przedszkolnego Statut przedszkola Program wychowania przedszkolnego Koncepcja pracy przedszkola
Gminy wiejskie	Podstawa programowa wychowania przedszkolnego Program wychowania przedszkolnego Statut przedszkola Koncepcja pracy przedszkola
Gminy miejsko-wiejskie	Statut przedszkola Podstawa programowa wychowania przedszkolnego

Źródło: Badania własne

W odniesieniu do szkół podstawowych dokumentami wewnątrzszkolnymi, które zawierały treści z zakresu edukacji zdrowotnej, były: podstawa programowa, szkolny program profilaktyki oraz szkolny program wychowawczy. We wszystkich badanych szkołach najwięcej treści z zakresu edukacji zdrowotnej znajdowało się w programach profilaktycznych. Przy ich konstruowaniu podawane były również podstawy prawne, na których się opierano, m.in.: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 stycznia 2003 roku w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz.U. Nr 26, poz. 226), ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485), ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. Nr 35, poz. 230 z późn. zm.), ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 1996 r. Nr 10,

poz. 55), ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535).

Tabela 8. Dokumenty / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej zidentyfikowane na podstawie analizy dokumentacji szkół podstawowych

<b>Warstwa</b>	<b>Dokumenty</b>
Duże miasta	Podstawa programowa Szkolny program profilaktyczny Szkolny program wychowawczy
Gminy miejskie	Podstawa programowa Szkolny program profilaktyczny Szkolny program wychowawczy
Gminy wiejskie	Podstawa programowa Szkolny program profilaktyczny Szkolny program wychowawczy
Gminy miejsko-wiejskie	Podstawa programowa Szkolny program profilaktyczny Szkolny program wychowawczy

Źródło: Badania własne

#### Wnioski z analizy dokumentów strategicznych / aktów prawnych regulujących zakres edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i kształcenia wczesnoszkolnego

Analizując literaturę przedmiotu oraz badania dotyczące danej tematyki, nie natrafiono na takie, w których dokonywano by zestawienia dokumentów strategicznych / aktów prawnych regulujących zakres kształcenia z zakresu edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej. Jak wynika z powyższej analizy, wszystkie placówki objęte badaniem opierają się na podstawie programowej i realizują treści z zakresu edukacji zdrowotnej zgodnie z jej zaleceniami. Każda szkoła podstawowa zobligowana ustawą o systemie oświaty do tworzenia programów profilaktycznych oraz wychowawczych zawarła w nich treści zdrowotne, jedynie szkoła z gminy wiejskiej nie zawarła treści zdrowotnych w opracowanym programie profilaktycznym. Wszystkie placówki opracowały również swoje statuty, ale pomimo dowolności w ich tworzeniu treści związane z edukacją zdrowotną w statutach przedszkoli pojawiały się sporadycznie i były zbyt ogólne, a w statutach szkół – poza jedną placówką – nie pojawiły się w ogóle. Wydaje się jednakże, że odpowiedzi dyrektorów, których zapytano o dokumenty strategiczne zawierające treści

z zakresu edukacji zdrowotnej, a regulujące zakres kształcenia w ich placówce, pozostawiają wiele do życzenia. Dyrektorzy właściwie wszystkich przedszkoli trafnie powoływali się na podstawę programową; wskazywali również na statuty przedszkoli, w których, jak się okazało, nie było zawartych treści zdrowotnych. Zapominano niestety o takich dokumentach jak koncepcja pracy przedszkola oraz program wychowawczy przedszkola, gdzie treści te faktycznie występowały. Pomimo możliwości opracowania przez przedszkola programu profilaktycznego żadna placówka nie podjęła się tego zadania. Na przedszkole nakłada się również obowiązek tworzenia statutu przedszkola. Dowolność tworzenia statutu jako aktu wewnętrznego prawa regulującego organizację pracy przedszkola i fundamentalnych zasad jego działania stwarza możliwość wplecenia w jego treści również zagadnień związanych z edukacją zdrowotną. Wydaje się, że pomimo elastyczności w tworzeniu statutu osoby pełniące w przedszkolach funkcje kierownicze nie skorzystały z tej możliwości, na co wskazuje ubóstwo treści zdrowotnych w tymże dokumencie. Dyrektorzy prawie wszystkich szkół zgodnie wymienili najważniejsze dokumenty strategiczne (program profilaktyczny, program wychowawczy), ale aż trzech z czterech dyrektorów podczas wywiadu nie powołało się na najważniejszy dokument – podstawę programową. Analiza dokumentacji wewnętrznej w badanych placówkach oświatowych wykazała również, że poza stosowaniem się do aktów prawnych powszechnie obowiązujących (ustawy, rozporządzenia) oraz wewnętrznych aktów prawnych (statut, program wychowawczy, program profilaktyczny) jedna placówka stworzyła również własny program zdrowotny. W dalszej części program ten, jak i wymienione wyżej dokumenty strategiczne zostały poddane analizie pod względem ilości oraz trafności doboru treści z zakresu edukacji zdrowotnej.

## **1.2. Analiza wewnętrznych programów profilaktycznych, programów wychowawczych, statutów oraz innych dokumentów opracowanych przez przedszkola i szkoły podstawowe w woj. śląskim pod względem zawartości treści z zakresu edukacji zdrowotnej**

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, jakie treści z zakresu edukacji zdrowotnej zostały zawarte w wewnętrznych programach profilaktycznych, programach wychowawczych, statutach oraz innych dokumentach opracowanych przez przedszkola i szkoły podstawowe w woj. śląskim, dokonano analizy tychże dokumentów w czterech przedszkolach oraz czterech szkołach podstawowych z różnych warstw<sup>420</sup>.

---

<sup>420</sup> Województwo śląskie zostało podzielone na cztery warstwy: duże miasto, gmina miejska, gmina wiejska, gmina miejsko-wiejska.

## **Analiza treści/zawartości wewnętrznych dokumentów badanych przedszkoli**

### Program wychowania przedszkolnego

Zadania edukacyjne i wychowawcze zgodne z treściami podstawy programowej, wpływające na rozwój intelektualny, fizyczny i osobowościowy dzieci, precyzuje program wychowania przedszkolnego. Z tychże względów treści związane z kształtowaniem u dzieci odporności emocjonalnej oraz troską o ich zdrowie powinny znaleźć się w każdym programie wychowania przedszkolnego. Analiza wykazała, że trzy z czterech placówek umieściły w swoich programach treści zdrowotne.

Analizując program placówki z gminy miejskiej, odnosi się wrażenie, że zdrowie odgrywa ważną rolę w życiu przedszkola. Przedszkole, jak wynika z treści analizowanego dokumentu, zapewnia dzieciom przyjazne i zdrowe środowisko, tworzy warunki do harmonijnego rozwoju fizycznego oraz uczy bezpiecznych i prozdrowotnych zachowań. Program ten jest zgodny z podstawą programową wychowania przedszkolnego i obejmuje takie obszary jak: kształtowanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i kulturalnych oraz kształtowanie umiejętności społecznych, w tym odporności emocjonalnej. Zwraca się uwagę na fakt, że dziecko jako jednostka powinno rozumieć konieczność troski o swoje zdrowie oraz powinno przestrzegać opracowanego kodeksu zdrowego przedszkolaka. Kodeks ten skupia się na zasadach dbałości o zdrowie i zasadach bezpieczeństwa, zachęca do korzystania ze zróżnicowanych posiłków oraz z aktywnego spędzania czasu wolnego.

Kolejnym dokumentem poddanym analizie był program wychowania przedszkolnego placówki znajdującej się w gminie wiejskiej. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej w tym dokumencie było niewiele i zostały one ujęte w jednym spośród pięciu celów ogólnych pt. „Dziecko jest świadome zagrożeń, jakie niesie otaczający świat, związanych z uzależnieniami”. W trakcie zajęć dydaktycznych, pogadanek i realizacji programu profilaktyki uświadamia się dzieciom szkodliwość popadania w różnego rodzaju uzależnienia oraz zachęca się do aktywności fizycznej poprzez promowanie zdrowego stylu życia bez uzależnień.

Zapoznanie się z programem wychowania przedszkolnego placówki z dużego miasta skłania do wniosku, że podobnie jak we wcześniej analizowanym dokumencie treści zdrowotne są bardzo ubogie. We wstępie znajduje się jedynie zapis mówiący o tym, że dziecko w przedszkolu rozumie potrzebę stosowania „profilaktyki prozdrowotnej”. Zapis ten świadczy o nieznaności przez osobę odpowiedzialną za opracowanie programu podstawowych terminów związanych z edukacją zdrowotną oraz o pewnym braku kompetencji, ponieważ profilaktyka nie może być prozdrowotna, tylko zdrowotna. Wśród

celów szczegółowych wymienia się jedynie: kształtowanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i kulturalnych poprzez mycie rąk po wyjściu z ubikacji oraz przed posiłkiem, hartowanie swojego organizmu, branie udziału w zabawach ruchowych oraz poprzez zasłanianie ust przy kichaniu i kasłaniu. W przedszkolu opracowany został również kodeks postępowania przedszkolaka, w którym zwraca się uwagę na zdrowe odżywianie.

W programie wychowania przedszkolnego w gminie miejsko-wiejskiej nie odnaleziono treści zdrowotnych.

### Statut przedszkola

Kolejnymi dokumentami poddanymi analizie były statuty przedszkola, które są podstawowymi dokumentami wewnętrznego prawa placówki. We wszystkich badanych placówkach zapisy statutowe dotyczyły m.in. kwestii związanych ze zdrowiem, aczkolwiek zapisy te były bardzo ogólne.

W statucie przedszkola z gminy miejskiej można znaleźć stwierdzenie świadczące o tym, że głównym zadaniem przedszkola jest kształtowanie u dzieci odporności emocjonalnej koniecznej do racjonalnego radzenia sobie w trudnych sytuacjach, troska o zdrowie dzieci oraz ich sprawność fizyczną. Przedszkole również prowadzi edukację zdrowotną oraz promocję zdrowia wśród swoich wychowanków oraz nauczycieli i rodziców. Organizację pracy przedszkola określa ramowy rozkład dnia, uwzględniający zasady ochrony zdrowia i higieny.

Z kolei do zadań przedszkola z gminy miejsko-wiejskiej, jak wynika ze statutu badanej placówki, należy zapewnienie warunków do prawidłowego rozwoju fizycznego, bezpieczeństwa i promowania postaw prozdrowotnych. Poprzez działania prozdrowotne placówka dąży do wzmocnienia odporności emocjonalnej dziecka na sytuacje trudne oraz umiejętności radzenia sobie w różnorodnych niedogodnych sytuacjach życiowych. Przedszkole ponadto zapewnia zdrowe żywienie, kształtuje prawidłowe nawyki żywieniowe, podejmuje różnorodne działania profilaktyczne, przekazuje wiedzę o tym, co sprzyja, a co zagraża zdrowiu, kształtuje aktywną postawę wobec zdrowia oraz rozwija sprawność ruchową. Warto ponadto zwrócić uwagę na fakt, że statut przedszkola określa również zakres zadań fizykoterapeuty, do którego należy m.in.: kształtowanie nawyku prawidłowej postawy, uaktywnienie narządu ruchu oraz prowadzenie gier i zabaw z elementami gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej.

Do celów i zadań przedszkola z gminy wiejskiej zapisanych w statucie, a odnoszących się do edukacji zdrowotnej należą: kształtowanie u dzieci odporności emocjonalnej

koniecznej w nowych i trudnych sytuacjach, rozwijanie umiejętności społecznych oraz troska o zdrowie i sprawność fizyczną.

Z kolei jak wynika z analizy statutu przedszkola z dużego miasta, placówka ta ma zapewniać warunki do harmonijnego rozwoju fizycznego, bezpiecznego postępowania i zachowań prozdrowotnych swoich podopiecznych.

Analiza dokumentów wewnętrznych przedszkola, jakimi są statuty, ukazuje, że placówki zwracają uwagę na kształtowanie umiejętności życiowych oraz dbają o zdrowie psychiczne swoich podopiecznych. Na ten właśnie aspekt w statucie uwagę zwróciły aż trzy z czterech badanych placówek. Każdy statut nawiązywał do treści zdrowotnych, aczkolwiek treści te były bardzo ogólne.

#### Koncepcja pracy przedszkola

Analizowane koncepcje pracy przedszkola opracowane były w różnych formach i stanowiły raczej ogólne plany działania, określające cele i zadania placówki z bardzo ogólnymi i ubogimi treściami zdrowotnymi.

Koncepcję przedszkola z dużego miasta opracowano w formie slajdów ze zdjęciami, pod którym zamieszczono krótkie treści. Odnośnie do edukacji zdrowotnej informacje te odnosiły się do dbania o zdrowie i środowisko naturalne, do realizacji programów prozdrowotnych oraz udziału w zajęciach sportowych i gimnastyce korekcyjnej.

Koncepcja pracy przedszkola z gminy miejskiej opisywała zadania realizowane w bloku tematycznym: promowanie zdrowego, proekologicznego i bezpiecznego stylu życia. Do zadań tych należało m.in. realizowanie programów profilaktyki zdrowotnej oraz współpraca z sanepidem.

Z kolei analiza koncepcji pracy przedszkola z gminy wiejskiej wskazywała na działania nauczycieli na rzecz zdrowia dzieci polegające na realizacji codziennych ćwiczeń porannych i zajęć ruchowych. Ponadto koncepcja promuje dbałość o zdrowie dzieci poprzez stosowanie systematycznej profilaktyki oraz udział w projektach i programach profilaktycznych.

Koncepcja pracy przedszkola z gminy miejsko-wiejskiej była bardzo ogólna i nie znaleziono w niej treści odnoszących się do edukacji zdrowotnej. Warto zwrócić uwagę na fakt, że pomimo dowolności w opracowaniu przez przedszkola programu profilaktycznego żadna placówka takiego programu nie przygotowała.

Wydaje się, że należy położyć nacisk na treści profilaktyczne w procesie wychowania przedszkolnego. Przedszkola, które mają możliwość tworzenia programów profilaktycznych skorelowanych z programem wychowania przedszkolnego, a tego nie robią, dużo tracą,



ponieważ konstruowanie tych programów stwarza szansę na wpisanie celów oraz zadań edukacji zdrowotnej w szerszym zakresie, aniżeli wynika to z podstawy programowej wychowania przedszkolnego.

## **Analiza treści/zawartości wewnętrznych dokumentów badanych szkół podstawowych**

### Program wychowawczy

Na początku warto zwrócić uwagę na fakt, że pojęcie „zdrowie” nie należy do kanonu wartości uznanych za ważne w szkolnych programach wychowawczych. Definityjne rozumienie wychowania jest często oddzielane od strefy dbania o zdrowie własne oraz społeczności szkolnej. Nie każdy program wychowawczy zawiera treści zdrowotne, a jeżeli owe zawiera, to bardzo często funkcjonuje w placówce należącej do sieci szkół promujących zdrowie.

Analizie zostały poddane cztery programy wychowawcze szkół podstawowych z różnych warstw. Programy te w zależności od placówki zostały skonstruowane w różny sposób oraz różnią się pod względem liczby zagadnień związanych z edukacją zdrowotną. Jeden z analizowanych programów wychowawczych nie zawierał treści odnoszących się do takiej edukacji.

W programie wychowawczym placówki zlokalizowanej w gminie miejsko-wiejskiej już na samym początku zwraca się uwagę, że misją szkoły jest kształtowanie u uczniów postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi, rozwijanie umiejętności pozwalających na prowadzenie zdrowego i higienicznego stylu życia oraz tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu i aktywności fizycznej. W celach szczegółowych (zadaniach) znajduje się zapis mówiący o kształtowaniu właściwych nawyków higienicznych, poznawaniu zachowań sprzyjających bezpieczeństwu, nabywaniu podstawowych umiejętności dbania o własne zdrowie oraz – co ważne – o wspieraniu prawidłowego rozwoju emocjonalnego dziecka. Opisane są również sposoby realizacji tych zadań, takie jak: pogadanki, udział w różnych akcjach i programach, spotkania z lekarzem, psychologiem.

Treści zdrowotne zawarte w programie wychowawczym placówki usytuowanej w gminie miejskiej zapisane są w języku celów wychowawczych (bezpieczeństwo dzieci, troska o własne zdrowie, rozumienie siebie i innych). Cele te zostały konkretnie sprecyzowane dla uczniów klas I-III i ich osiągnięcie jest możliwe poprzez realizację tzw. zadań. Do zadań tych należą m.in: dbanie o własne ciało, przestrzeganie zasad zdrowego żywienia, poznanie szkodliwości nałogów oraz udział w licznych akcjach o tematyce zdrowotnej. W tym programie wychowawczym, podobnie jak we wcześniej analizowanym

programie wychowawczym szkoły zlokalizowanej w gminie miejsko-wiejskiej, zwraca się uwagę na troszczenie się o zdrowie psychiczne poprzez dbanie o własne samopoczucie, panowanie nad emocjami, rozpoznawanie uczuć swoich i innych.

Analiza programu wychowawczego szkoły z gminy wiejskiej wykazała, że nie zawiera on żadnych treści odnoszących się do edukacji zdrowotnej.

Niewiele treści związanych ze zdrowiem znalazło się też w programie wychowawczym szkoły w dużym mieście. Zagadnienia te zostały objęte jednym z celów wychowawczych pt. „Kształtowanie nawyków prozdrowotnych”. Dla uczniów klas I-III zostały sformułowane następujące zadania: zachęcanie do dbałości o własne zdrowie, kształtowanie postaw wolnych od nałogów. Cele te są możliwe do osiągnięcia poprzez udział w różnych akcjach i programach profilaktycznych oraz pogadankach, podczas których uświadamia się potrzebę szczególnej dbałości o zdrowie i higienę osobistą. W omawianym programie wychowawczym, w przeciwieństwie do programów z gminy miejskiej i miejsko-wiejskiej, nie zwrócono uwagi na problematykę zdrowia psychicznego.

Powyższa krótka analiza programów wychowawczych szkół podstawowych wskazała, że wartość „zdrowie” znalazła swoje miejsce w trzech analizowanych programach wychowawczych. Treści te nie były zbyt rozbudowane i nawiązywały tylko do podstawowych zagadnień związanych ze zdrowym odżywianiem, z dbałością o własne zdrowie, z bezpieczeństwem oraz ze szkodliwością uzależnień dla zdrowia. Pomimo że z definicji program wychowawczy opisuje w sposób całościowy wszystkie treści i działania o charakterze wychowawczym, to jednak dobrze, że treści zdrowotne w ogóle zostały w analizowanych programach zaakcentowane. W dwóch z nich zwrócono uwagę na zdrowie psychiczne podopiecznych i uznano tę problematykę za ważną. Istotny wydaje się również fakt, że dwie placówki, które włączyły treści zdrowotne do programu wychowawczego, należą do sieci szkół promujących zdrowie.

### Program profilaktyczny

Kolejnymi dokumentami poddanymi analizie były szkolne programy profilaktyczne. Wydają się one najważniejszymi dokumentami wewnętrznymi regulującymi kwestie związane ze zdrowiem w każdej placówce. Analiza wykazała, że każda z badanych placówek opracowała taki dokument i zawarła w nim treści związane z edukacją zdrowotną. Dzięki tworzeniu programów profilaktycznych wszystkie szkoły mają możliwość projektowania kompleksowych działań profilaktycznych, planowania i projektowania profilaktyki w odpowiedzi na potrzeby swojego środowiska. Pamiętać należy również, że szkolny program profilaktyczny nie może

stanowić odrębnego, niezależnego obszaru działań szkoły, lecz pełni rolę uzupełniającą i kompensującą wobec programu wychowawczego. Konstruowany jest więc po to, by zapobiegać, korygować, wspierać wychowanie oraz wyrównywać jego niedostatki. Dokonując analizy dokumentu strategicznego, jakim jest szkolny program profilaktyczny, warto również zwrócić uwagę na strategię rozwijania umiejętności życiowych, która powinna być pomostem pomiędzy edukacją zdrowotną a profilaktyką.

Program profilaktyczny szkoły zlokalizowanej w gminie miejsko-wiejskiej podzielony został na obszary działań profilaktycznych oraz sposoby ich realizacji. Jednym z głównych obszarów było promowanie zdrowego stylu życia poprzez właściwe odżywianie oraz kształtowanie umiejętności samodzielnego dokonywania wyborów chroniących własne zdrowie. Cele te osiągnąć są poprzez realizację programów profilaktycznych, organizowanie spektakli o tematyce profilaktycznej i zabaw o charakterze prozdrowotnym. Kolejnym obszarem działań było budowanie poczucia własnej wartości poprzez kształtowanie postawy asertywnej, pokonywanie lęków oraz budowanie wiary w siebie i własne siły. Ostatni obszar działań profilaktycznych stanowiło ukazywanie zagrożeń płynących ze zbyt wczesnej inicjacji seksualnej. W programie profilaktycznym znalazły się również obszary działań ułożone według stopnia nasilenia ryzyka, obejmujące taką problematykę jak używki (papierosy, alkohol, środki odurzające), agresję i przemoc oraz zagrożenia w sieci.

Kolejnym analizowanym programem był program profilaktyczny szkoły z gminy miejskiej. W przeciwieństwie do przedstawionego wyżej ten był bardziej rozbudowany i zawierał zdecydowanie więcej treści z zakresu edukacji zdrowotnej. W trakcie analizy tego dokumentu uwagę zwraca diagnoza środowiska szkolnego. Na podstawie obserwacji oraz indywidualnych rozmów zauważa się występowanie nieprawidłowego stylu odżywiania się dzieci oraz przejawy zachowań społecznie nieakceptowanych, których przyczyną jest np. niska odporność psychiczna uczniów oraz nieumiejętność radzenia sobie z przykrymi emocjami oraz stresem. Tego rodzaju zapis w programie profilaktycznym świadczy o tym, że szkoła kładzie nacisk na rozwijanie umiejętności życiowych uczniów oraz dba nie tylko o ich zdrowie fizyczne, ale również o zdrowie psychiczne. Analizowany program profilaktyczny został podzielony na pięć działów, z których trzy zawierają treści zdrowotne: 1. „Propagowanie zdrowego i higienicznego stylu życia”; 2. „Przeciwdziałanie występowaniu zjawisk patologicznych takich jak stosowanie używek, czyli szeroko rozumiane uzależnienia”; 3. „Kształtowanie osobowości dziecka z uwzględnieniem uniwersalnych wartości moralnych. Zapobieganie agresji, przemocy i niedostosowaniu społecznemu”. Dział odnoszący się do propagowania zdrowego i higienicznego stylu życia został podzielony na

pięć zadań. Wśród nich wymienić można: zapewnienie uczniom optymalnych warunków do rozwoju fizycznego, a w szczególności do zapobiegania wadom postawy, do przeciwdziałania i walki z próchnicą jamy ustnej, przeciwdziałania i walki z otyłością. Warto zwrócić również uwagę na ciekawe formy realizacji tych zadań, wśród których wymienia się: dostosowanie wysokości stolików i krzeseł do wzrostu dziecka, akcję „lżejsze tornistry”, współpracę ze stomatologiem oraz pielęgniarką szkolną, zdrową żywność w sklepikach szkolnych. Kolejnym zadaniem zapisanym w programie profilaktycznym jest realizowanie założeń wynikających z tzw. Narodowego Programu Ochrony Zdrowia, w którym zwraca się uwagę na udział pielęgniarki medycyny szkolnej w szkoleniach organizowanych przez sanepid oraz NFZ. Do ważnych zadań szkoły należy również systematyczne rozwijanie umiejętności oraz utrwalanie nawyków troski o higienę swego ciała, ubiór, estetykę otoczenia, propagowanie aktywnych form spędzania wolnego czasu, jak również propagowanie postawy prozdrowotnej i zdrowego stylu życia poprzez zmianę nawyków żywieniowych. Zadania te realizowane są poprzez udział w licznych akcjach, np. „Mleko z klasą”, „Owoce w szkole”, a także poprzez udział w pozalekcyjnych zajęciach sportowych. Ważnym zadaniem szkoły, należącym do działu drugiego, jest też uświadomienie uczniom zagrożeń wynikających z palenia tytoniu, picia alkoholu, używania narkotyków, jak również korzystania z Internetu. Szkoła w tym zakresie diagnozuje problemy dzieci oraz udziela w razie konieczności pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Ostatni dział związany jest z kształtowaniem osobowości dziecka oraz zapobieganiem agresji, autoagresji i przemocy. W tym dziale podkreśla się znaczenie rozwijania umiejętności społecznych. W wyniku realizacji szkolnego programu profilaktycznego przewiduje się następujące efekty w odniesieniu do uczniów: odpowiedzialne traktowanie swojego życia i zdrowia, troska o rozwój swojej osobowości oraz prowadzenie zdrowego stylu życia. Ponadto szkoła podstawowa z gminy miejskiej opracowała „Program profilaktyki zdrowotnej i edukacji ekologicznej”, który jest realizowany w czasie trwania zielonej szkoły i zawiera bardzo obszerne oraz trafnie dobrane treści z zakresu edukacji zdrowotnej.

Analizując program profilaktyczny szkoły z gminy wiejskiej, można dojść do wniosku, że jest on dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb środowiska, ale treści zdrowotne w nim zawarte zamykają się tylko w tematyce promowania zdrowego stylu życia oraz w zagadnieniach dotyczących szkodliwości dla zdrowia wynikającej ze stosowania używek. Jeżeli chodzi o treści i zakres działań, zwraca się uwagę na wyrabianie nawyków higienicznych, higienę jamy ustnej, uświadomienie konieczności zdrowego odżywiania się, aktywnego i bezpiecznego spędzania czasu wolnego. Do form oddziaływań

można zaliczyć pogadanki, kontakt z higienistką szkolną oraz stomatologiem, programy typu „Warzywa i owoce w szkole”. W zakresie tematyki związanej z uzależnieniami poszerza się wiedzę uczniów oraz ich rodziców na temat szkodliwości palenia tytoniu, picia alkoholu czy stosowania innych używek poprzez pogadanki i warsztaty. Analiza programu profilaktycznego szkoły pozwala również dostrzec aspekty związane z kształtowaniem umiejętności życiowych, takie jak radzenie sobie ze stresem, z agresją, rozwijanie umiejętności interpersonalnych.

Z kolei treści zdrowotne w szkolnym programie profilaktycznym placówki z dużego miasta można było odnaleźć w jednym z czterech głównych celów programu, a mianowicie w celu trzecim: „Kształtowanie nawyków prozdrowotnych i profilaktyka uzależnień”. W cel ten wpisane są następujące zadania: uświadomienie potrzeby szczególnej dbałości o zdrowie i higienę osobistą, propagowanie zdrowego stylu życia, zapobieganie uzależnieniom oraz uświadomienie własnych praw asertywnych, kształtowanie umiejętności asertywnego odmawiania. Wyszczególnione zostały również formy realizacji wyżej wymienionych zadań: udział w programach rządowych, szkolnych akcjach, dodatkowych zajęciach pływania dla uczniów, zajęciach z gimnastyki korekcyjnej, udział w programie „Szkoła promująca zdrowie”, w pogadankach tematycznych. Ponadto wśród zadań szkoły można także wymienić kształtowanie umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami oraz uświadamianie zagrożeń płynących z uzależnień, w tym również nowych form uzależnień od telefonu oraz np. napojów energetycznych.

Niewątpliwie szkolny program profilaktyczny jest dokumentem, w którym można znaleźć najwięcej treści związanych z edukacją zdrowotną, jednak przeanalizowane programy różniły się między sobą zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym. Każdy z nich zawierał treści związane ze zdrowiem, jak również akcentował bardzo istotny aspekt rozwijania umiejętności życiowych. Pod względem merytorycznym programy te były prawidłowo zbudowane, a przy ich konstruowaniu powoływano się na ich podstawę prawną oraz odnoszono się do podstawowych definicji związanych z profilaktyką. Pomimo że analizowane programy profilaktyczne obejmowały zagadnienia związane z edukacją zdrowotną, to jednak można odnieść wrażenie, że są głównie nastawione na walkę z szeroko pojętymi patologiami, takimi jak np. alkoholizm, narkomania, przemoc czy agresja. Niestety, jak zauważyła B. Woynarowska, bardzo często na realizację treści zdrowotnych zawartych w szkolnym programie profilaktycznym nie ma wydzielonego i określonego czasu w harmonogramie działań szkoły, a treści te, choć nieraz szeroko opisane, z trudem

przedostają się do praktyki<sup>421</sup>. Ważne jest, aby przy konstruowaniu szkolnych programów profilaktycznych i wychowawczych dążyć do spójności i równowagi w realizacji zadań szkoły związanych z kształceniem, wychowaniem i profilaktyką, a edukacja zdrowotna i profilaktyka powinny być w szkole traktowane na równi z wychowaniem i kształceniem.

#### Inne programy/dokumenty

Analizie zostały poddane również inne dokumenty strategiczne badanych placówek, takie jak statuty oraz koncepcje pracy szkoły. Niestety dokumenty te w żaden sposób nie regulowały kwestii związanych z edukacją zdrowotną. Jedyne odnaleziony zapis dotyczył zadań dyrektora szkoły i występował w dwóch statutach szkół: w gminie wiejskiej oraz w dużym mieście, i brzmiał następująco: „Do zadań dyrektora należy sprawowanie opieki nad uczniami oraz stwarzanie warunków harmonijnego rozwoju psychofizycznego poprzez aktywne działania prozdrowotne”. Ponadto szkoła w dużym mieście utworzyła wewnątrzszkolny program promocji zdrowia „Dbać o zdrowie ważna sprawa, więc korzystaj z tego prawa”. Celem tego programu było stworzenie szkoły zdrowej, bezpiecznej i przyjaznej, zapewniającej uczniom wszechstronny rozwój poprzez promowanie zdrowego stylu życia, szerzenie wiedzy o zdrowiu i podejmowanie działań na rzecz zdrowia. Do działań na rzecz promocji zdrowia oprócz uczniów został włączony również dyrektor, wszyscy nauczyciele oraz rodzice. Co ważne, program kładł również nacisk na rozwijanie umiejętności dokonywania prawidłowych wyborów życiowych wspierających zdrowie psychiczne, fizyczne i emocjonalne uczniów. Można stwierdzić że opracowany program był bardzo obszerny, bogaty w treści i w pełni wyczerpywał zakres tematów związanych z edukacją zdrowotną.

#### Wnioski z analizy wewnętrznych programów profilaktycznych, programów wychowawczych, statutów oraz innych dokumentów opracowanych przez przedszkola i szkoły podstawowe w woj. śląskim pod względem zawartości treści z zakresu edukacji zdrowotnej

Analizując literaturę przedmiotu oraz badania traktujące o przedmiotowej tematyce, nie natrafiono na takie, w których dokonano by analizy dokumentacji wewnętrznej placówek pod kątem zawartości w nich treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Na podstawie wyników badań własnych można stwierdzić, że szkolny program profilaktyczny jest dokumentem, w którym niewątpliwie można odnaleźć najwięcej treści dotyczących edukacji zdrowotnej. Zagadnienia zdrowotne napotkane w innych szkolnych dokumentach strategicznych są bardzo ogólne i można odnieść wrażenie, że niewystarczające.

---

<sup>421</sup> B. Woynarowska, *Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom, szkole i społeczeństwu?*, „Meritum, Mazowiecki Kwartalnik Edukacyjny” 2012, nr 3, s. 6-11.

Tylko w niektórych dokumentach w badanych placówkach odnaleziono treści dotyczące promocji zdrowia psychicznego. Pomimo zauważalnej potrzeby realizacji zagadnień związanych ze zdrowiem psychospołecznym dzieci – treści te w dokumentach są słabo zaznaczone. Żadne z badanych przedszkoli pomimo dowolności w tworzeniu programów profilaktycznych nie skorzystało z tej możliwości.

### **1.3. Programy edukacyjne z zakresu edukacji zdrowotnej, z których korzystają przedszkola oraz szkoły podstawowe**

Nie ulega wątpliwości, że programy profilaktyczne oferowane przedszkolom i szkołom przez różne instytucje powinny mieć solidną podstawę teoretyczną, powinny być naukowo sprawdzone oraz powiązane z konkretnymi treściami podstawy programowej i ogólnymi celami edukacyjnymi placówki. Ilościowy oraz jakościowy wzrost w ostatnich latach tych programów wymaga od osób podejmujących decyzje znajomości środowiska przedszkolnego i szkolnego, ponieważ ich wybór powinien wynikać ze specyficznych potrzeb uczniów w danej placówce. Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, z jakich programów edukacyjnych z zakresu edukacji zdrowotnej oferowanych placówkom przez różne instytucje korzystają przedszkola oraz szkoły podstawowe, zadano podobne pytanie dyrektorom placówek, a także pozyskano informacje o realizowanych programach podczas analizy dokumentacji wewnętrznej. Wywiady z dyrektorami odbywały się w placówkach innych niż te, w których dokonywano analizy dokumentacji. Działanie to wynikało z losowego wyboru dyrektorów do przeprowadzenia wywiadu, jak również miało na celu szersze spojrzenie na badaną tematykę. Ponadto otrzymane od dyrektorów informacje można było zestawzić ze stanem faktycznym poprzez dodatkową analizę dokumentów wewnętrznych, które placówki zamieściły na swoich stronach internetowych do ogólnego dostępu.

Poniżej dokonano zestawienia programów, które są realizowane w badanych placówkach w województwie śląskim.

Tabela 9. Wykaz programów profilaktycznych realizowanych w badanych przedszkolach

<b>Warstwa</b>	<b>Programy zidentyfikowane na podstawie analizy dokumentów</b>	<b>Programy wskazane przez dyrektorów placówek</b>
Duże miasta	„5 porcji warzyw i owoców”, „Czyste powietrze wokół nas”, „Mamo, tato, wolę wodę”, „Kubusiowi Przyjaciele Natury”, „Żywienie na wagę złota”	„Przedszkole promujące zdrowie”

<b>Warstwa</b>	<b>Programy zidentyfikowane na podstawie analizy dokumentów</b>	<b>Programy wskazane przez dyrektorów placówek</b>
Gminy miejskie	„Akademia Aquafresh”, „Szkoła czystych rąk”, „Mamo, tato, wolę wodę”, „Kubusiowi Przyjaciele Natury”, „Akademia Zdrowego Przedszkolaka”, „Akademia Zdrowego Uśmiechu”	„Akademia Aquafresh”, „Kubusiowi Przyjaciele Natury”, „Czyste powietrze wokół nas”, „Żywienie na wagę złota”, „Akademia Zdrowego Przedszkolaka”
Gminy wiejskie	„Kubusiowi Przyjaciele Natury”, „Przyjaciele Zippiego”	„Przedszkole promujące zdrowie”, „Akademia Aquafresh”, „Lubię wodę”
Gminy miejsko-wiejskie	„Kubusiowi Przyjaciele Natury”, „Żywienie na wagę złota”, „Akademia Aquafresh”, „Szkoła czystych rąk”	Brak

Źródło: Badania własne

Jak wynika z powyższego zestawienia, przedszkola korzystają głównie z ogólnopolskich programów takich jak: Ogólnopolski Program Edukacji Zdrowotnej dla Przedszkolaków „Akademia Aquafresh”, ogólnopolski program edukacyjny dotyczący ochrony środowiska naturalnego „Kubusiowi Przyjaciele Natury”, wojewódzki program edukacyjny oferowany przez sanepid „Żywienie na wagę złota”, program „Mamo, tato, wolę wodę” oraz projekt edukacyjny „Akademia Zdrowego Przedszkolaka”. Wymienione programy edukacyjne i profilaktyczne obejmują różnorodne zagadnienia z zakresu bezpieczeństwa i promocji zdrowia. Takie działania edukacyjne w obszarze zdrowia w postaci jednorazowych akcji są atrakcyjne dla nauczycieli ze względu na prostą formułę oraz nie wymagają ze strony nauczycieli dużego i stałego zaangażowania. Żaden z wymienionych programów nie zawierał jednakże treści związanych ze wczesną profilaktyką uzależnień. Na uwagę zasługuje również fakt, że tylko jedno przedszkole, z gminy wiejskiej, skorzystało z wyboru programu rekomendowanego przez Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE), a mianowicie programu „Przyjaciele Zippiego”, będącego programem zdrowia psychicznego kształującym i rozwijającym umiejętności psychospołeczne małych dzieci. W tym miejscu raz jeszcze warto podkreślić wagę rozwijania u dzieci umiejętności życiowych oraz zwrócenia szczególnej uwagi na edukację dla zdrowia psychicznego.

Podczas wywiadów swobodnych dyrektorzy przedszkoli przedstawili, jakie programy profilaktyczne oferowane przedszkolom przez zewnętrzne instytucje lub organizacje są wdrażane w ich placówkach. Jedynie w dwóch badanych placówkach realizowany jest program



„Przedszkole promujące zdrowie” (przedszkole w dużym mieście i w gminie miejsko-wiejskiej), zaś tylko jedno z nich posiada certyfikat Śląskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (w gminie miejsko-wiejskiej). W przedszkolu funkcjonującym w dużym mieście oprócz wspomnianego wyżej programu nie przywołano żadnych innych programów, które miałyby być realizowane na jego terenie. W przedszkolu działającym w gminie miejskiej prowadzonych programów było najwięcej. Wymieniono programy: „Akademia Aquafresh”, „Kubusiowi Przyjaciele Natury”, program antynikotynowy „Czyste powietrze wokół nas”, „Żywnie na wagę zdrowia”, „Akademia Zdrowego Przedszkolaka”. Ponadto na terenie tego przedszkola często odbywają się wydarzenia o tematyce zdrowotnej, takie jak: spotkanie z psem ratownikiem, wycieczki do zaprzyjaźnionej przychodni podczas dni zdrowia, szkolenia pierwszej pomocy na fantomach, cykliczny przegląd zębów u stomatologa. Organizowane są także akcje dla rodziców, jak na przykład spotkanie z dietetykiem. W przedszkolu usytuowanym w gminie wiejskiej dwa razy w roku prowadzone są programy związane z pielęgnacją ciała i myciem zębów – program „Akademia Aquafresh” oraz program „Lubię wodę”, polegający na tym, że w przedszkolu dzieci piją duże ilości wody. Dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej wymienił programy, które nie są związane w żaden sposób z edukacją zdrowotną, co może świadczyć o braku jakiegokolwiek wiedzy na poruszany temat.

Tabela 10. Wykaz programów profilaktycznych realizowanych w badanych szkołach podstawowych

<b>Warstwa</b>	<b>Programy zidentyfikowane na podstawie analizy dokumentów</b>	<b>Programy wskazane przez dyrektorów placówek</b>
Duże miasta	„Mleko z klasą”, „Owoce w szkole”, „Śniadanie Daje Moc”, „Klub Bezpiecznego Puchatka”	„Wiem, umiem, potrafię”, „Zdrowy uczeń, sprawny uczeń” – program wewnętrzny
Gminy miejskie	„Klub Bezpiecznego Puchatka”, „Mleko z klasą”, „Owoce w szkole”, „Znajdź właściwe rozwiązanie”, „Nie pal przy mnie, proszę”	„Szkoła promująca zdrowie”
Gminy wiejskie	„Owoce w szkole”, „Klub Bezpiecznego Puchatka”, „Mleko dla szkół. Mleko dla zdrowia”	„Bieg po zdrowie”, „Zdrowo jem, więcej wiem”
Gminy miejsko-wiejskie	„Owoce w szkole”, „Klub Bezpiecznego Puchatka”, „Śniadanie Daje Moc”, „Szkoła promująca zdrowie”	„Zachowaj Trzeźwy Umysł”, „Śniadanie Daje Moc”, „Zdrowe – nietrudne”, „Spójrz Inaczej”

Źródło: Badania własne

Z kolei szkoły podstawowe chętnie biorą udział w ogólnopolskich akcjach poruszających tematykę zdrowego odżywiania się, takich jak: „Mleko z klasą”, „Owoce i warzywa”, „Śniadanie Daje Moc”. Korzystają z programu edukacyjnego o tematyce bezpieczeństwa skierowanego do klas pierwszych szkół podstawowych „Akademia Bezpiecznego Puchatka”. Wśród programów w szkole z gminy miejskiej znalazły się ponadto dwa programy edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I-III. Tylko jedna z placówek z gminy miejsko-wiejskiej przynależy do sieci szkół promujących zdrowie i realizuje program „Szkoła promująca zdrowie”. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że żadna z badanych placówek nie skorzystała z programów rekomendowanych przez ORE ani z programów skierowanych do klas nauczania zintegrowanego znajdujących się w bazie programów rekomendowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA).

Dyrektorzy szkół podstawowych również przedstawili, jakie programy profilaktyczne oferowane przez zewnętrzne instytucje i organizacje są wdrażane w podległych im placówkach. Dyrektor szkoły funkcjonującej w dużym mieście wyraził przekonanie, że na terenie jego placówki nie są realizowane programy zewnętrzne z wyjątkiem jednego: „Wiem, umiem, potrafię”. Prowadzony jest natomiast program wewnętrzny „Zdrowy uczeń, sprawny uczeń”.

*„Jako takich programów zewnętrznych my nie realizujemy. Mamy ten swój program, taką akcję: «Zdrowy uczeń, sprawny uczeń», mamy osobę odpowiedzialną za tę akcję, która się zajmuje co roku tą akcją. Prowadzimy już ją piąty rok, albo szósty”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

W szkole w gminie miejskiej organizowane są różne akcje zdrowotne oraz realizowany jest program dotyczący owoców. Niestety dyrektor nie był w stanie wymienić nazwy żadnego z programów ani organizowanych akcji na terenie placówki. Zwrócił jednak uwagę na fakt, że szkoła należy do sieci szkół promujących zdrowie. Szkoła w gminie wiejskiej organizuje program antynikotynowy „Bieg po zdrowie” oraz „Zdrowo jem, więcej wiem”. W związku z tym, że organizacja tych dwóch programów wymaga, zdaniem dyrekcji, bardzo dużego wkładu pracy, szkoła nie chce angażować się w inne akcje. Szkoła w gminie miejsko-wiejskiej prowadzi programy „Zachowaj Trzeźwy Umysł”, „Śniadanie Daje Moc”, „Zdrowe – nietrudne”. Placówka ta również jako jedyna realizuje szkolny program

profilaktyki uniwersalnej „Spójrz Inaczej”, ukierunkowany na wczesne zapobieganie zachowaniom ryzykownym oraz przeciwdziałanie nieprawidłowej adaptacji społecznej dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Jednakże jak wynika z wypowiedzi dyrektora, nie jest on zorientowany, jakie treści zawierają wymienione przez niego programy.

*„Te programy związane są ze zdrowym żywieniem, zdrowym stylem życia, ale szczegółów tych programów nie znam. Są realizowane w nauczaniu początkowym, ale nie będę bardzo zmyślać”*

– dyrektor szkoły w gminie miejsko-wiejskiej

Dyrektorzy aż trzech z czterech placówek twierdzą, że ich szkoła miała kontakt z programem „Szkoła promująca zdrowie”, z czego tylko jedna nadal przynależy do sieci szkół promujących zdrowie i kontynuuje program. Jedynie szkoła w dużym mieście nigdy nie miała styczności z tym programem. Jej dyrektor twierdzi, że aby realizować założenia „Szkoły promującej zdrowie”, nie musi przystępować do programu.

*„Ja mam taki swój stosunek do tych programów, bo wydaje mi się, że bardzo często ludzie mówią, że mamy program i realizujemy program. Natomiast my naprawdę to robimy i robimy pewne rzeczy, i nie musimy tu wchodzić w żadne programy. Akurat ten program to na razie nie. Nie myślimy o tym”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

Dyrektor uważa, że przystąpienie do programu nie jest konieczne, ponieważ placówka może te działania podejmować indywidualnie. W tym miejscu warto podkreślić, że w województwie śląskim liczba szkół promujących zdrowie wynosi obecnie 416<sup>422</sup> placówek, w tym 109 przedszkoli oraz 177 szkół podstawowych<sup>423</sup>. W tym zakresie województwo śląskie znajduje się na drugim miejscu w Polsce, zaraz za województwem podkarpackim.

#### Wnioski z analizy programów edukacyjnych z zakresu edukacji zdrowotnej, z których korzystają przedszkola oraz szkoły podstawowe

Jak wynika z badań własnych, przedszkola oraz szkoły korzystają z podstawowych, ogólnopolskich oraz organizowanych przez sanepid programów edukacyjnych związanych

<sup>422</sup> Szkoła Promująca Zdrowie, strona internetowa Ośrodka Rozwoju Edukacji, <https://www.ore.edu.pl/2010/06/szkoa-promujca-zdrowie/> [dostęp: 18.03.2018].

<sup>423</sup> Śląska Sieć Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie. Szkoły i placówki z certyfikatem, op. cit. [dostęp: 18.03.2018].

z tematyką zdrowotną. Częściej w wyborze skupiają się na programach, które poruszają treści z zakresu zdrowego odżywiania oraz bezpieczeństwa. Większość z tych programów zawiera w sobie tzw. reklamę produktów i jest programami komercyjnymi. Jak zauważył P.F. Nowak<sup>424</sup>, zjawisko to jest z pewnością dyskusyjne, a nawet niepokojące, ponieważ wynika z modnej w ostatnich latach idei – tzw. społecznej odpowiedzialności biznesu, którą realizują w szkołach koncerny spożywcze. Coraz częściej zwraca się również uwagę na fakt, że wiele z tych programów ma niską jakość, a ich realizacja zajmuje czas uczniom i nauczycielom, nie przynosząc oczekiwanych efektów. Najczęściej nie dokonuje się także ewaluacji tych efektów, co zdecydowanie obniża jakość tych przedsięwzięć<sup>425</sup>. Konieczny jest systemowy monitoring działań nauczycieli oraz dyrektorów w tym zakresie, aby określić praktyczną przydatność prowadzonych na terenach placówek programów z zakresu edukacji zdrowotnej<sup>426</sup>. Nieliczne placówki wybierają programy, w których poruszane są kwestie związane z uzależnieniami, a bardzo rzadko realizowane są programy dotyczące zdrowia psychicznego, adaptacji społecznej oraz rozwijające umiejętności życiowe. Pomimo że mówi się o wzroście koncentracji na zagadnieniach zdrowia psychospołecznego dzieci oraz na kształtowaniu umiejętności życiowych jako fundamentu programów profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej<sup>427</sup>, nie znajduje to odzwierciedlenia w wyborach tematyki programów. Jak wynika z badań własnych, placówki bardzo rzadko korzystają również z programów rekomendowanych przez ORE oraz PARP-ę. Większość spośród rekomendowanych programów to przykłady dobrej praktyki o udowodnionej skuteczności, które są oparte na wiedzy naukowej. Osoby pełniące w placówkach funkcje kierownicze powinny zatem zadbać o to, aby wyeliminować korzystanie ze zbędnych programów z zakresu edukacji zdrowotnej na rzecz wprowadzenia programów rekomendowanych, a placówki doskonalenia nauczycieli (ORE) oraz agencje rządowe (PARPA) powinny do tego zachęcać. Zdecydowanie skuteczniejszą formą edukacji zdrowotnej w porównaniu z jednorazowymi akcjami jest realizowanie programów, w których uwidatnia się systemowe i długofalowe podejście do problemów. Niestety, jak wykazały badania własne, placówki w wyborze częściej decydują się na programy inicjowane przez producentów o nieudowodnionej skuteczności. Niewątpliwie optymistyczny jest fakt, że „Szkoła promująca

---

<sup>424</sup> P.F. Nowak, *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 3, s. 171-175.

<sup>425</sup> M. Posłuszna, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 226-231.

<sup>426</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej kształcenia ogólnego jako fundament dla szkolnego programu profilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, [b.r.], s. 2.

<sup>427</sup> B. Lamboy, J. Fortin, J.Ch. Azorin, M. Nekka, *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes*, „La Santé en action” 2015, n. 431, s. 10-11

zdrowie” budzi coraz większe zainteresowanie placówek oraz uzyskała akceptację polskich władz oświatowych. Projekt ten jest kolejną próbą wpisania zdrowia do programu szkoły oraz nowego rozumienia związków między zdrowiem a edukacją<sup>428</sup>. W związku z tym, dla podniesienia skuteczności przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej, wyrażenie chęci przystąpienia do projektu „Szkoła promująca zdrowie” powinno być naturalnym działaniem na rzecz zdrowia wszystkich członków społeczności szkolnej.

---

<sup>428</sup> B. Woynarowska, M. Woynarowska-Soldan, *Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce: rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991-2015*, „Pedagogika Społeczna” 2015, nr 3 (57), s. 181.

## **Rozdział 2. Ocena sposobu oraz skuteczności realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w opinii dyrektorów placówek**

Wiadomo, że ważną rolę w każdej placówce oświatowej odgrywa kadra kierownicza, która oprócz nadzorowania pracowników powinna również potrafić przekonywać ich do celów placówki jako organizacji w taki sposób, aby wkładali oni w swoją pracę jak najwięcej zaangażowania. Ponadto dyrekcja odgrywa decydującą rolę w kształtowaniu polityki edukacyjnej placówki oraz jest odpowiedzialna za właściwą organizację procesu dydaktyczno-wychowawczego.

Dyrektor placówki również ostatecznie zatwierdza wszystkie programy do realizacji na swoim terenie oraz ma prawo i obowiązek dopuszczania do realizacji programów edukacyjnych z zakresu edukacji zdrowotnej zgodnie z ustawą o systemie oświaty<sup>429</sup>. Ponadto elementem nadzoru pedagogicznego dyrektora jest także monitorowanie wdrażania i realizacji podstawy programowej, dlatego też ważne jest, aby osoba pełniąca w placówce funkcje kierownicze doskonale znała treści z zakresu edukacji zdrowotnej zawarte w tym dokumencie.

Ze względu na powyższe nie ulega wątpliwości, że ogromną rolę w prawidłowym przebiegu procesu edukacji zdrowotnej odgrywa dyrektor, a jakość jej realizacji na terenie placówki zależy od tego, na ile dyrekcja uzna tę problematykę za ważną.

Ponadto istotnym komponentem skutecznego prowadzenia edukacji zdrowotnej jest koordynacja i współdziałanie dyrekcji z nauczycielami oraz zaangażowanie w te działania również rodziców uczniów. Aby założenia reformy miały odpowiednie odzwierciedlenie w praktyce, niezbędne jest zaangażowanie dyrekcji w sprawy edukacji zdrowotnej oraz realny nadzór i weryfikacja działań nauczycieli w tym zakresie. Jak zauważył B. Niemierko<sup>430</sup>, „monitorowanie planów dydaktycznych nauczycieli stanowi jeden z wielu elementów nadzoru pedagogicznego dyrektora nad realizacją podstawy programowej. Sposób monitorowania należy do autonomicznych decyzji dyrektora”.

Poznanie opinii dyrektorów na temat skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w ich placówkach przyczyni się niewątpliwie do wyodrębnienia

---

<sup>429</sup> Art. 22a ust. 6 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

<sup>430</sup> B. Niemierko, *Plan jako wytyczna działania*, [w:] idem, *Kształcenie szkolne. Podręcznik skutecznej dydaktyki*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, s. 170-199.

najlepszych praktyk w tym zakresie oraz pozwoli na wprowadzenie ewentualnych propozycji rozszerzeń.

## **2.1. Poziom trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii badanych dyrektorów placówek**

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, jak dyrektorzy placówek oceniają poziom trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej, przeprowadzono z nimi wywiad swobodny.

Warto zwrócić w tym miejscu uwagę na fakt, że w trakcie wywiadów można było odnieść wrażenie, że znaczna większość dyrektorów była nieprzygotowana do rozmowy oraz słabo zorientowana w tematyce edukacji zdrowotnej. Już na wstępie można było zauważyć, że dyrektorzy placówek nie uznają tej tematyki za bardzo ważną, a treści wynikające z podstawy programowej nie są im do końca znane.

Przedstawiciele badanych placówek poproszono o **ocenę aktualnej podstawy programowej pod kątem stwarzania szans na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia** (aneks nr 3 pyt. 2 i aneks nr 4 pyt. 2). Jak wynika z badań własnych, dyrektorzy raczej pozytywnie wypowiadali się na temat podstawy programowej, widząc w niej pewne braki i niedociągnięcia, aczkolwiek można było dojść do wniosku, że wypowiadali się jakby całościowo o podstawie programowej, a nie tylko skupiali się na aspektach związanych z edukacją zdrowotną. Dlatego też można stwierdzić, że nie do końca znają założenia podstawy programowej odnośnie do edukowania zdrowotnego, co zostało potwierdzone podczas odpowiedzi na kolejne pytania, gdy większość dyrektorów nie potrafiła nawet wymienić obszarów kształcenia dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym. Niewątpliwie znajomość podstawy programowej powinna stanowić podstawowy obowiązek dyrektora.

Zdaniem jednego z dyrektorów przedszkoli podstawa programowa stwarza szanse na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia, ponieważ są w niej zawarte treści edukacyjne dające możliwość rozszerzenia ich o autorskie programy nauczycielskie.

*„Myślę, że tak, ponieważ są tam zawarte treści edukacyjne, a poza tym te treści nauczyciele mogą poszerzyć o swoje programy autorskie”*

– dyrektor przedszkola w dużym mieście

Niestety w tej wypowiedzi nie zostało dokładnie sprecyzowane, jakie treści edukacyjne zostały zawarte w podstawie oraz nie wskazano, o jakie programy autorskie mogłaby ewentualnie zostać poszerzona.

Zdaniem przedstawiciela innej placówki treści, które obejmuje podstawa programowa, nie są wystarczające i wymagają indywidualnego rozszerzenia.

*„Mi się wydaje, że w podstawie programowej... no tam są podstawy. Jeżeli my sami nie będziemy rozszerzać tej podstawy we własnym zakresie, to jest to za mało”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

W swej wypowiedzi dyrektor zwraca uwagę na fakt, że treści zawarte w podstawie programowej ograniczają się tylko do podstaw i tylko rozszerzenie ich we własnym zakresie stwarza szansę na zrobienie „czegoś więcej” w sferze zdrowia. Aczkolwiek dyrektor nie wypowiedział się na temat ewentualnych rozszerzeń, nie podał żadnych konkretnych przykładów.

Pojawiła się także opinia, że podstawa programowa daje podstawy do tego, aby „głębiej wejść” w daną tematykę oraz umożliwia podjęcie działań w szerszym zakresie.

*„Sama podstawa programowa to podstawowe rzeczy, a jeśli już wglębimy się w warstwy głębsze, to myślę, że taki program pozwala bardziej wglębnić się w zagadnienie, bo ten temat jest bardzo szeroki i możemy mówić o wielu obszarach z tego zakresu, bo jest to i dbanie o higienę osobistą, i są to pewne akcje proekologiczne i jest to żywienie”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

W powyższych wypowiedziach zwrócono uwagę, że podstawa programowa stanowi jakby podstawę działań i należy ją rozszerzać we własnym zakresie. Tylko wtedy przyniesie ona oczekiwane efekty.

Podobnego zdania jest większość dyrektorów szkół podstawowych, którzy uważają, że podstawa programowa stwarza szansę na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia, ale tylko wtedy, gdy wyjdzie się poza jej ramy.



*„My, tak szczerze mówiąc, wspomagamy się potem jeszcze innymi programami w ciągu roku, bo w samej podstawie jest dużo treści, ale rozszerzamy to w ciągu roku jeszcze o inne programy”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Zdaniem respondentów podstawa programowa wymaga poszerzania zagadnień i działań wewnątrz placówki. Istotny jest sposób realizacji jej założeń. Dyrektor powinien otrzymywać informację zwrotną od nauczyciela odnośnie do stopnia realizacji treści zdrowotnych wynikających z podstawy, jakości jej wdrażania oraz ewentualnych napotkanych trudnościach. Tylko wtedy wychodzenie poza zakres tematyczny podstawy ma sens i przyniesie oczekiwany efekt.

*„Wydaje mi się, że tu jest duża dowolność, gdyż to jest tylko zasygnalizowanie. Jest to jednozdaniowy komunikat. Dalej jest to inwencja twórcza nauczyciela i całych zespołów nauczycielskich. Oni potem rozwijają treści podstawy programowej”*

– dyrektor szkoły w gminie miejsko-wiejskiej

*„Ja myślę, że jeżeli stwarza takie możliwości, to oczywiście bardzo dużo zależy od nauczyciela. Mimo że to jest w podstawie programowej, to jeżeli nauczyciel to rzuci na bok, to tego nie będzie. Pewnie, że są obserwacje zajęć, wizytacje. Natomiast bardzo dużo zależy od nauczyciela”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

W powyższych opiniach zwrócono uwagę na rolę nauczyciela jako edukatora zdrowia. Dyrektorzy tych placówek rolę nauczyciela oraz jego zaangażowanie w sprawy zdrowia uznali za bardzo ważne.

Niewątpliwie każdy nauczyciel powinien czuć się współodpowiedzialny za szerzenie edukacji zdrowotnej wśród dzieci i uczniów i dostrzegać ciągłą potrzebę pogłębiania wiedzy na ten temat. W związku z tym do zadań dyrektora należy wspieranie nauczyciela w dążeniu do osiągnięcia zamierzonych celów w sferze zdrowia oraz weryfikowanie, czy nauczyciele znają aktualne regulacje w tym zakresie oraz czy stosują się do zalecanych warunków realizacji.

Jeden z dyrektorów bardzo trafnie zauważył, że dużo zależy również od niego samego. Podczas obserwacji zajęć oraz wizytacji może poznać przedmiotowe kompetencje nauczyciela, zweryfikować, jak potrafi przekazywać wiedzę, oraz zainteresować tematyką zdrowotną uczniów. Jeżeli dyrektor zauważy, że nauczycielowi nie udaje się osiągać założonych celów, a sposób przekazywanej wiedzy nie jest dostosowany do potrzeb i możliwości uczniów, powinien podjąć odpowiednie działania, mające na celu podniesienie efektywności pracy nauczyciela, tak aby realizacja treści z zakresu edukacji zdrowotnej wynikająca z podstawy programowej nie była w żaden sposób zagrożona. Działania te mogą polegać na udzieleniu nauczycielowi wskazówek i zaleceń do dalszej pracy, poszerzeniu jego kompetencji w zakresie zdrowia, skierowaniu go na dodatkowe kursy lub szkolenia z prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej.

Zdarzyła się również sytuacja, gdy dyrektor placówki stwierdził, że nie czuje się osobą kompetentną do wypowiedzania się na temat podstawy programowej.

*„Nie czuję się tutaj ekspertem, aby ocenić, czy podstawa programowa spełnia swoje zadanie, czy nie. Natomiast wydaje mi się, że w dużym stopniu to zależy od środowiska, od tego, jak dzieci w domu są wychowywane, jakie w szkole akcje się dzieją. My od lat robimy takie akcje z rodzicami wspólnie. Jakieś śniadanie dajemy. Dzieci z rodzicami przygotowują zdrowe śniadanka”*

– dyrektor szkoły w gminie miejsko-wiejskiej

Zajęcie takiego stanowiska przez osobę pełniącą w placówce funkcję kierowniczą wydaje się absurdalne. To właśnie osoba sprawująca tę ważną funkcję powinna czuć się ekspertem, „przywódcą edukacyjnym” oraz powinna posiadać pożądaną i niezbędną wiedzę, aby móc reagować, jeżeli coś wymaga poprawy lub udoskonalenia.

Innowacyjnością powyższej wypowiedzi jest jednak wskazanie na współpracę rodziców z nauczycielami. Wzrost udziału rodziców w kreowaniu szkolnej rzeczywistości oraz ich decyzyjność w istotnych sprawach szkoły powinny być wyraźnie zaznaczającym się kierunkiem przemian współczesnej szkoły. Dla wzmocnienia dialogu polskiej szkoły z rodzicami niezbędna jest nie tylko ich współpraca z nauczycielami, ale również z dyrekcją, na co osoby pełniące w placówce funkcje kierownicze powinny zwrócić szczególną uwagę.

Dyrektorzy zostali również poproszeni o przedstawienie swojej opinii odnośnie do **trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej** (aneks nr 3 pyt. 22 i aneks nr 4

pyt. 22). Wszyscy dyrektorzy przedszkoli pozytywnie ocenili trafność dobranych rozwiązań, natomiast w większości placówek pojawiła się opinia, że podstawa ta wymaga poszerzenia, na miarę potrzeb poszczególnych placówek.

*„Tak, to jest dostosowane do naszych potrzeb, do możliwości dzieci, natomiast wydaje mi się, że to jest za mało i że musimy jeszcze sami szukać”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

Na temat poszerzenia treści o własne programy zdrowotne wypowiedzieli się już dyrektorzy przy powyższym pytaniu. Podstawa jest dostosowana do aktualnych potrzeb placówek i dzieci w zakresie edukacji zdrowotnej, jednak istnieje pewna dowolność w działaniach wybiegających poza minimum określone w podstawie programowej. Dopuszcza ona tworzenie nowych programów, zgodnych z potrzebami podopiecznych.

*„Przeglądając różne strony internetowe, ponieważ się przygotowywałam do tego programu zdrowotnego, to zauważyłam, że było tam sporo różnych pomysłów. (...) Jeżeli chodzi o zakres wychowania przedszkolnego, to myślę, że wdrożenie go w program, system jest efektywne. Widziałam też różne systemy wdrażania w innych krajach, np. przedszkole w okresie zimowym (nie pamiętam państwa), kiedy dzieci wykorzystywały cały zasób naturalny, budując sobie szałas. Są już takie przedszkola, naturalne, które wykorzystują każdy patyk, mnie się to podobało, tylko nie u nas w warunkach pogodowych, można latem coś takiego zrobić. One mieszkają tam. Przeróżne są pomysły, żeby taką edukację stworzyć”*

– dyrektor przedszkola w dużym mieście

Powyzsza wypowiedź dyrektora wskazuje na potrzebę wdrażania własnych programów zdrowotnych, aby edukacja zdrowotna w placówce była efektywna, aczkolwiek wydaje się, że podany przykład nie nawiązuje w żaden sposób do działań związanych z edukacją zdrowotną.

W szkołach podstawowych dyrektorzy twierdzili, że dostosowanie rozwiązań systemowych do potrzeb jest na dobrym poziomie.

*„Odpowiada nam to, pasuje, dobrze się w tym czujemy, realizujemy. Jak czegoś brakuje, to sami coś tam dodatkowo wprowadzamy”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Można założyć, że dyrektorzy szkół podstawowych na bieżąco monitorują wdrażanie i realizację zaleceń podstawy, kontrolują pracę nauczycieli i nie mają do niej żadnych zastrzeżeń. Jeżeli widzą jakieś braki czy niedociągnięcia, starają się je na bieżąco uzupełniać w porozumieniu z nauczycielami.

Jeden z dyrektorów, który wypowiedział się na temat poziomu trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej, twierdził, że poziom ten jest trudny do określenia, ponieważ nie ma wskaźników, które są trafne w każdym środowisku i w każdej grupie szkolnej.

*„To, co jest w podstawie, to musimy zrealizować, a też jakość zrealizowania tego i w jakim stopniu jest realizowane, to też jest tak praktycznie nie do sprawdzenia, bo nie ma takich mierników obiektywnych, które sprawdzą to. To po prostu zależy od ludzi”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

Wydaje się, że dyrektorzy mogą ocenić poziom trafności doboru rozwiązań systemowych poprzez wewnętrzne monitorowanie wdrażania zaleceń podstawy programowej z zakresu edukacji zdrowotnej oraz poprzez sprawdzenie efektów realizacji w postaci wiadomości i umiejętności uczniów.

Podczas wywiadów poruszono również kwestię **odzwierciedlenia diagnozy potrzeb zdrowotnych dzieci z przedszkoli i uczniów klas I-III w zapisach podstawy programowej** (aneks nr 3 pyt. 3 i aneks nr 4 pyt. 3). Diagnozę możemy określić jako „proces, w wyniku którego uzyskuje się nowe informacje o rzeczywistości lub jej fragmentach będących przedmiotem poznania”<sup>431</sup>. Na ważność diagnozy w szkolnej edukacji zdrowotnej wskazuje również B. Woynarowska<sup>432</sup>. Tylko dobrze przeprowadzona diagnoza potrzeb zdrowotnych uczniów jest podstawą do podjęcia właściwej pracy z uczniem w taki sposób, aby uzyskać sukces w sferze zdrowia.

Jak wynika z badań własnych, większość dyrektorów przedszkoli twierdziła, że podstawa programowa nie odzwierciedla prawdziwych potrzeb dzieci.

---

<sup>431</sup> L. Pytka, *Wybrane zagadnienia diagnozy i postępowania resocjalizacyjnego*, WSPS, Warszawa 1986, s. 7.

<sup>432</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 156.

*„Podstawa programowa rozmięga się z potrzebami zdrowotnymi dzieci przedszkolnych. Nikt nie pytał nas o zdanie. Jedyne przekazano nam podstawę programową”*

– dyrektor przedszkola w gminie wiejskiej

Zdaniem rozmówców dokument stworzony jest na podstawie źle przeprowadzonej diagnozy potrzeb dzieci w wieku przedszkolnym. Dyrekcja przedszkola zastanawia się również nad tym, kto faktycznie jest zobligowany do wykonywania takiej diagnozy, trafnie zauważając, że tylko przeprowadzona diagnoza jest gwarantem skuteczności planowania działań z zakresu zdrowia.

*„Nie wiem właśnie, kto mógłby badać te dzieci, bo jeśli to byłaby jakaś grupa ludzi, która bada te dzieci np. przez miesiąc, codziennie itd., to się zgodzę, ale jeśli to są badania takie wyrywkowe, że ktoś przyjdzie raz do placówki (a są takie badania, np. poradnia tak przychodzi dziecko obserwować), to jest to jakby wyrwane z kontekstu i nigdy nie zaobserwujemy tego, co chcemy”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

Brakuje cykliczności w obserwacjach dzieci. Przedszkola w ramach własnych działań przeprowadzają obserwacje, diagnozy po to, aby przygotować własne dokumenty programowe, które będą odpowiedzią na potrzeby wychowanków.

*„Zawsze coś do uzupełniamy, piszemy programy pod grupę typowo, a potem jak się to sprawdza, to całe przedszkole elementy tego programu realizuje. I mamy wiele takich programów, np. z zakresu edukacji regionalnej, bezpieczeństwa, z zakresu stymulacji mowy dziecka, czy program wychowawczy, on też te treści tam ujmuje, jest dużo programów, gdzie przejawiają się te treści zdrowotne”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

Warto również zwrócić uwagę, że wypowiedź dyrektora nie skupia się tylko na edukacji zdrowotnej. Wypowiada się o innych programach, które nie są związane z tematyką zdrowotną. Z kolei w innych programach przejawiają się treści zdrowotne. To niestety zdecydowanie za mało, treści te nie powinny się „przejawiać”, tylko powinny być w tych programach zawarte i realizowane.

W podobny sposób można odnieść się do wypowiedzi innego dyrektora. Uważa on, że podstawa nie odzwierciedla potrzeb zdrowotnych dzieci i placówka we własnym zakresie diagnozuje dzieci pod względem zdrowotnym, stosując narzędzie w postaci kwestionariusza ankiety, z której wynika, że nauczyciele powinni na zajęciach prowadzić więcej zabaw logopedycznych. Diagnoza dzieci pod tym kątem niekoniecznie jednak wskazuje na ich potrzeby z zakresu edukacji zdrowotnej. Ze względu na powyższe można uznać, że dyrektorzy są słabo zorientowani w temacie edukacji zdrowotnej i właściwej diagnozy potrzeb zdrowotnych w placówce.

*„My robimy własne jakieś diagnozy, obserwacje dzieci i potem jedynie, jak nam braki wychodzą, to wiemy, czego nam potrzeba więcej, co jest dobre w naszym przypadku. Albo ankiety dla rodziców, czego też od nas oczekują – to też zawsze raz w roku sobie taką ankietę przygotowujemy. Wyszło na przykład, że więcej powinniśmy robić takich zabaw logopedycznych. Jutro jest pani logopeda, przychodzi na kilka godzin z poradni”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

Podobne stanowisko zajęli dyrektorzy szkół podstawowych. Większość dyrektorów szkół miała wątpliwości, czy zapisy nowej podstawy programowej są odzwierciedleniem właściwej diagnozy potrzeb zdrowotnych uczniów klas I-III. Zdaniem jednego z rozmówców podstawa programowa to tylko ogólne hasła, które przedstawiają główną ideę działań do podjęcia, natomiast sposób realizacji tych założeń zależy od nauczyciela.

*„Wydaje mi się, że nie. Oczywiście dobry nauczyciel w dobrym zespole zrealizuje treści. Natomiast tam są po prostu pewne hasła, które są do realizacji. A czy ona była opracowana w oparciu o diagnozę? Na pewno w oparciu o jakieś tam przemyślenia, czy ogólne wnioski z badań. Natomiast o jakąś taką dokładną diagnozę to nie”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

Szkoły często same diagnozują swoje wewnętrzne potrzeby i poszerzają swoje działania o takie, które pozwalają danej szkole na dalszy rozwój i wprowadzenie koniecznych zmian.

*„Tam są treści takie bardziej ogólne, my potem to uszczegółowiamy (...). I jeżeli chcemy coś więcej, to sami szukamy, to sami próbujemy do czegoś dotrzeć, czy powiedzmy na podstawie diagnozy pracy albo diagnozy sytuacji w szkole widzimy, co tam u nas szwankuje, i próbujemy planować coś, np. na drugie półrocze czy w następnym roku, coś pod tym kątem. Szukamy czegoś odpowiedniego potem dla naszych potrzeb”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Pojawiły się też pozytywne opinie na temat dostosowania zapisów podstawy programowej do potrzeb uczniów i szkół. Jeden z dyrektorów twierdził, że podstawa programowa zawiera słuszne treści, ponieważ uczniowie z chęcią angażują się w różnego typu działania, które są zgodne z założeniami w niej zawartymi.

*„Dzieci bardzo chętnie się angażują w te wszystkie akcje prozdrowotne, również w treści, bo to są nie tylko takie cykliczne wydarzenia, które widać na terenie szkoły, ale również na co dzień te treści pojawiają się na etapie nauczania zintegrowanego, na pewno na lekcji przyrody. Na ile jeszcze więcej mogłoby być tych treści, trudno mi powiedzieć”*

– dyrektor szkoły w gminie miejsko-wiejskiej

Samo wykazywanie chęci uczestnictwa dzieci w zajęciach z edukacji zdrowotnej nie świadczy o właściwej diagnozie ich potrzeb zdrowotnych. Niewątpliwie każda placówka w własnym zakresie powinna dokonać diagnozy potrzeb zdrowotnych uczniów oraz określić priorytety. Warto podczas planowania działań zdrowotnych wychodzić poza pewne ramy. Dyrektorzy placówek powinni pamiętać, że potrzeby różnych grup i osób są zróżnicowane i często odbiegają od wizji autorów „gotowych programów”. Pytanie uczniów o ich potrzeby oraz stwarzanie im możliwości ich uświadomienia mogą przyczynić się do zwiększenia ich chęci do pozyskiwania informacji z zakresu edukacji zdrowotnej.

Rozważano także na temat **obszarów kształcenia zdrowotnego dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym** (aneks nr 3 pyt. 4 i aneks nr 4 pyt. 4). Za najbardziej istotne obszary z punktu widzenia rozwoju zdrowotnego dzieci w wieku przedszkolnym uznawano najczęściej szeroko pojętą higienę. Pojawiały się także wypowiedzi dotyczące samodzielności dzieci w podstawowych czynnościach, np. myciu rąk, oraz wypracowania nawyków z tym związanych, ruchu na powietrzu, poznawania elementów przyrody.

*„No na pewno higiena, żeby jednak im uzmysłwić, że mycie tych rąk to jest najważniejsze przed i po każdym posiłku. Mycie zębów – to też. Dzieci myją wszystkie po śniadaniu, nawet te najmniejsze”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

*„Higiena osobista: mycie zębów, spacer, hartowanie, dbanie o włosy, paznokcie. Ogólnie nacisk na higienę osobistą”*

– dyrektor przedszkola w gminie wiejskiej

Kładzenie nacisku tylko na aspekty związane z higieną osobistą to zdecydowanie za mało w edukacji zdrowotnej dzieci. Edukacja ta powinna się również skupiać na zagadnieniach dotyczących bezpieczeństwa, na aspektach związanych ze zdrowiem fizycznych oraz psychicznym, a w myśl nowego podejścia do edukacji zdrowotnej – również na rozwijaniu umiejętności życiowych.

Dyrektorzy szkół przedstawili również swoje opinie **dotyczące obszarów kształcenia zdrowotnego dzieci w wieku wczesnoszkolnym oraz ich istotności**. Z punktu widzenia rozwoju zdrowotnego dzieci najbardziej istotnym obszarem, zdaniem dyrektora szkoły w dużym mieście, jest zdrowy tryb życia, czyli odżywianie i aktywność fizyczna. Podobnie wypowiedział się dyrektor szkoły w gminie miejskiej, w jego opinii najważniejsze jest odżywianie, prawidłowa postawa, aktywność fizyczna na świeżym powietrzu. Wypowiedź dyrektora z gminy miejsko-wiejskiej również skupiała się na aspektach związanych z ruchem oraz aktywnością fizyczną.

*„To, co jest najbardziej ważne, to aby nauczyły się ruchu, zabawy na świeżym powietrzu, aktywności fizycznej. To doskonale robi u nas pani, która jest po rehabilitacji i kiedyś prowadziła u nas tylko gimnastykę korekcyjną, a teraz prowadzi lekcje WF-u w nauczaniu. Ona ich uczy właściwych postaw. Właściwych zabaw. Zabaw w terenie, różnego typu. To wydaje mi się najbardziej cenne. Nie jest dobrze, gdy dziecko zamykane jest na półtorej godziny na sali gimnastycznej i tam, w krzyku i huku, ma udawać, że ćwiczy”*

– dyrektor szkoły w gminie miejsko-wiejskiej



Wypowiedzi dyrekcji szkół mogą sugerować, że edukacja zdrowotna kojarzy się im głównie z aktywnością fizyczną, i to właśnie ją uznają za najistotniejszy obszar kształcenia zdrowotnego uczniów.

W gminie wiejskiej zaczęto skupiać się w dużej mierze na zdrowiu psychicznym i emocjonalnym dzieci. Niestety tylko jeden z dyrektorów, z którymi przeprowadzono wywiad, poruszył tę także istotną kwestię.

*„Teraz ostatnio to bardziej interesujemy się zdrowiem psychicznym, emocjonalnym niż takim zdrowiem fizycznym. Powiedzmy, że dzieci są bardziej znudzone takimi tematami o zdrowiu fizycznym, jakieś mycie rąk, odpowiednia higiena, ubieranie się – trochę ich to nudzi. Bardziej emocjonalne zdrowie, radzenie sobie w grupie, takie psychiczne i emocjonalne. Kiedyś może nie mieliśmy takich doświadczeń, może wynika to z lat pracy, jak analizujemy, jak się rozwija sytuacja, że kiedyś dzieciom to wystarczało, a po prostu mycie rąk, takie zwykłe rzeczy – mówimy o tym, ale idziemy teraz w innym kierunku”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Rozwijanie umiejętności życiowych jest jednym z głównych celów edukacji zdrowotnej i powinno być zintegrowane z całością działań wychowawczych i dydaktycznych. Literatura pedagogiczna i pedeutologiczna niejednokrotnie wskazuje na ważność rozwijania umiejętności życiowych u dzieci. Wdrażanie edukacji ukierunkowanej w tym zakresie jest niezwykle istotne, a wyniki wielu badań<sup>433</sup> wskazują, że efektem programów rozwijania umiejętności życiowych jest lepsze funkcjonowanie dzieci w szkole. Zważywszy na powyższe, obszar ten nie może być pominięty w szkolnej edukacji zdrowotnej.

Dyrektorów placówek poproszono o **zdefiniowanie celowości edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym** (aneks nr 3 pyt. 7, aneks nr 4 pyt. 7). Z wcześniej przytoczonych w rozdziale 1 definicji edukacji zdrowotnej wynika, że jej celem powinno być umożliwienie ludziom nabywania kompetencji do utrzymania, ochrony oraz doskonalenia zdrowia swojego oraz innych ludzi. Celem edukacji zdrowotnej ma być zatem nie tylko umożliwienie dzieciom w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym identyfikacji pozytywnych i negatywnych czynników, które wpływają na ich zdrowie, ale również pomoc w sporządzeniu przez nich indywidualnego modelu tych czynników. Ponadto za cel edukacji

---

<sup>433</sup> B. Woynarowska, *Kształtowanie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży: wyzwanie dla szkoły*, „Chowanna” 2002, nr 1, s. 57-69.

zdrowotnej uznać można budzenie świadomości, zwiększanie wiedzy oraz kształtowanie postaw dzieci wobec zdrowia. Precyzyjne określenie celów edukacji zdrowotnej ponadto umożliwia dobranie odpowiednich metod oraz technik ich osiągnięcia.

Jak wynika z badań własnych, większość dyrektorów zarówno przedszkoli, jak i szkół podstawowych nie do końca zrozumiała pytanie i zamiast podjęcia próby zdefiniowania celowości edukacji zdrowotnej wskazywali raczej na działania zdrowotne, jakie są podejmowane w placówkach, w których pełnią funkcje kierownicze.

*„Główny cel to przede wszystkim dbanie o własne zdrowie poprzez nie tylko ruch, ale też żywienie, pielęgnację własnego ciała, estetykę. Te poszczególne elementy, które mogą wpłynąć na przedszkolaki, które nie wszystko rozumieją na poziomie ich intelektu”*

– dyrektor przedszkola w dużym mieście

*„No, przede wszystkim po to, aby były sprawne fizycznie, żeby umiały brać udział w zabawach, ćwiczeniach ruchowych. Przede wszystkim też dzieci uzmysłwić, że bardzo ważne jest przebywanie na świeżym powietrzu. Zdrowe żywienie, ta higiena osobista. Przede wszystkim ta profilaktyka – mycie zębów, wizyty u stomatologa, bo jesteśmy w klubie też «Wiewiórka», gdzie dzieci mają swoje książeczki, wychodzą do dentysty, muszą mieć pieczątki, że były wizyty”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

Tylko jeden z dyrektorów podczas wywiadu udzielił sensownej odpowiedzi na pytanie odnośnie do celowości edukacji zdrowotnej dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Jego zdaniem edukacja zdrowotna na tym etapie kształcenia wpływa znacząco na obraz społeczeństwa w przyszłości. W opinii dyrektora celem edukacji zdrowotnej powinno być zdrowe, aktywne, oraz myślące społeczeństwo.

*„Abyśmy mieli zdrowe, aktywne, myślące społeczeństwo w przyszłości”*

– dyrektor szkoły w gminie miejsko-wiejskiej

Analiza literatury przedmiotu oraz licznych badań pozwala na stwierdzenie, że żaden autor jak dotąd nie podjął się analizy poziomu trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii badanych dyrektorów placówek. Z badań własnych wynika, że

dyrektorzy placówek nie są zbyt dobrze zorientowani w zapisach podstawy programowej dotyczących edukacji zdrowotnej. Zdaniem dyrektorów podstawa programowa wychowania przedszkolnego, jak i wczesnoszkolnego stwarza szanse na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego, natomiast wymaga rozszerzenia o autorskie koncepcje w samej placówce oraz zaangażowania ze strony nauczycieli. Niestety żaden z dyrektorów nie podał konkretnego przykładu takich rozszerzeń. Ich zdaniem rozwiązania systemowe ujęte w podstawie programowej są trafnie dobrane do potrzeb dzieci w wieku przedszkolnym, jednak wymagają poszerzenia. Podobnie twierdzą dyrektorzy szkół podstawowych. Zakres kształcenia wobec dzieci w wieku wczesnoszkolnym jest, w ich opinii, wystarczający, natomiast jego skuteczne wdrożenie wymaga dużego zaangażowania ze strony nauczycieli. Największe braki zauważone przez dyrektorów dotyczyły właściwej diagnozy potrzeb zdrowotnych uczniów. Warto raz jeszcze podkreślić znaczenie diagnozy, na podstawie której wybiera się priorytety, które następnie powinny zostać uwzględnione w treściach podstawy programowej. Zdaniem dyrekcji diagnoza nie odzwierciedla prawdziwych potrzeb i każda placówka we własnym zakresie diagnozuje swoich wychowanków i tworzy na tej podstawie własne programy zdrowotne. Pomimo deklaracji żaden z dyrektorów nie podał konkretnych przykładów takich działań.

Najważniejsze obszary kształcenia zdrowotnego dzieci w wieku przedszkolnym w opinii dyrektorów to higiena i samodzielność w podstawowych czynnościach. Z kolei do najważniejszych obszarów kształcenia zdrowotnego uczniów klas I-III należą według dyrektorów: zdrowy tryb życia, odżywianie, aktywność fizyczna oraz prawidłowa postawa. Ze względu na powyższe można stwierdzić, że dyrekcji placówek edukacja zdrowotna kojarzy się głównie z aktywnością fizyczną, higieną czy też zdrowym odżywianiem. Aspekty związane ze zdrowiem psychicznym czy kształtowaniem umiejętności życiowych były bardzo ważne niestety tylko dla jednego z dyrektorów. Dyrektor ten jako w zasadzie jedyny z respondentów wypowiadał się konkretnie na temat edukacji zdrowotnej i znał dotyczące jej treści wynikające z podstawy programowej. Wyniki te niestety nie napawają optymizmem. Pomimo tego, że formalnie istnienie edukacji zdrowotnej w polskim systemie oświaty gwarantuje Ministerstwo Edukacji Narodowej, to w praktyce ten istotny obszar edukacji leży w gestii dyrektorów, którzy – jak wynika z badań własnych – nie do końca znają założenia podstawy programowej i w większości nie do końca są przekonani o ważności realizacji tematów zdrowotnych w przedszkolnej/szkolnej edukacji.

## **2.2. Ocena skuteczności realizacji zaleceń odnośnie do edukacji zdrowotnej wynikających z podstawy programowej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w opinii badanych dyrektorów placówek**

Analizując kolejny problem badawczy, warto jeszcze raz zaznaczyć, że do zadań dyrektora placówki należy nie tylko skuteczne dbanie o wysoki poziom dydaktyczny oraz wychowawczy placówki, ale również troska o jej dobry wizerunek. Ponadto odpowiednio zaplanowane działania związane z monitorowaniem przez dyrekcję realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej pozwolą na uzyskanie szeregu informacji niezbędnych do podnoszenia jakości pracy nauczycieli oraz całej placówki. Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, jak skutecznie realizowane są zalecenia odnośnie do edukacji zdrowotnej wynikające z podstawy programowej, przeprowadzono wywiady swobodne z osobami pełniącymi w placówkach funkcje kierownicze. Podczas wywiadu każdy z dyrektorów zapewniał, że realizacja powyższych zaleceń w jego placówce odbywa się na jak najwyższym poziomie zarówno na etapie wychowania przedszkolnego, jak i edukacji wczesnoszkolnej.

W trakcie wywiadu z dyrektorami zapytano ich o **znajomość warsztatu dydaktycznego w zakresie edukacji zdrowotnej** dzieci oraz uczniów w placówce, w której pełnią funkcje kierownicze (aneks nr 3 pyt. 5, aneks nr 4 pyt. 5). Podczas wywiadu zaznaczono, że warsztat ten dotyczy zarówno warsztatu pracy nauczyciela, jak i zaplecza materialno-technicznego. Warto wskazać, że przez warsztat pracy rozumie się na ogół zespół metod organizacyjnych oraz treściowych stosowanych przez nauczyciela w procesie dydaktyczno-wychowawczym oraz warunki techniczne, które umożliwiają optymalne sterowanie tym procesem, czyli pracownie oraz klasy wyposażone w pomoce i środki dydaktyczne<sup>434</sup>. Ponadto zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej<sup>435</sup> szkoły powinny być wyposażone w pomoce dydaktyczne i sprzęt umożliwiający realizację zadań dydaktycznych, wychowawczych oraz opiekuńczych. W rozporządzeniu określono także to, że szczegółowy wykaz materiałów powinien ustalić dyrektor, uwzględniając zapotrzebowanie zgłoszone przez nauczyciela.

Jak wynika z badań własnych, warsztat dydaktyczny w placówkach kierowanych przez respondentów jest im dobrze znany i jest na dobrym poziomie.

W większości badanych przedszkoli oraz szkół, jak twierdzą dyrektorzy, pracownicy sami podejmują inicjatywy samodoskonalenia swojego warsztatu dydaktycznego oraz

---

<sup>434</sup> E. Stucki, *Warsztat pracy nauczyciela klas I-III*, „Życie Szkoły” 1980, nr 10.

<sup>435</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 grudnia 2010 r. w sprawie podstawowych warunków niezbędnych do realizacji przez szkoły i nauczycieli zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych oraz programów nauczania (Dz.U. z 2011 r. Nr 6, poz. 23).

poprawnie potrafią go tworzyć. Podczas wypowiedzi dyrektorzy nie przywoływali jednak konkretnych przykładów.

*„Nauczycielki na pewno biorą udział w różnych kursach, szkoleniach, warsztatach. Same się też doskonalą. My bierzemy udział w różnych takich programach edukacyjnych, ogólnopolskich. Też wtedy otrzymują materiały, szkolą się same. (...)*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

W swoich wypowiedziach dyrektorzy skupili się głównie na przedstawieniu zaplecza, jakim dysponują placówki, takiego jak dobrze wyposażone sale, sprzęty, zabawki, dywany edukacyjne i inne pomoce dydaktyczne.

Nie ulega wątpliwości, że pomoce naukowe oraz materiały dydaktyczne stanowią główne narzędzie dydaktyczne pracy każdego nauczyciela, a umiejętność odpowiedniego ich wdrożenia w przebiegu procesu edukacji może zaważyć na stopniu przyswajania informacji przez uczniów. Dlatego też każdy nauczyciel powinien stworzyć, a następnie doskonalić swój warsztat i metody pracy w zakresie edukacji zdrowotnej w taki sposób, aby jego praca przyniosła zamierzony efekt. Dyrektor z kolei w porozumieniu z nauczycielami powinien podejmować trafne decyzje co do wyboru przedszkolnych/szkolnych pomocy dydaktycznych oraz sprawować nadzór nad ich prawidłowym wykorzystaniem. Ponadto w ich wyborze powinien zasięgnąć opinii specjalisty z zakresu edukacji zdrowotnej, aby w jak najlepszy sposób umożliwiły realizację programu.

Odnosnie do opinii na **temat stwarzania odpowiednich warunków do edukacji zdrowotnej w placówkach** (aneks nr 3 pyt. 6, aneks nr 4 pyt. 6) wszyscy dyrektorzy badanych przedszkoli oraz szkół podstawowych twierdzili, że ich placówka stwarza takie warunki. Wśród uzasadnień często podawano prowadzenie różnego typu akcji dotyczących tematyki zdrowia na terenie placówki. Ponadto często zwracano uwagę na podejmowaną współpracę z rodzicami. Twierdzono, że rodzice chętnie współuczestniczą w akcjach prowadzonych przez przedszkola. Rodzice angażują się w ich organizację oraz biorą w nich udział.

*„Tak. My właśnie jakby najbardziej, jeszcze w porozumieniu z rodzicami. My robimy bardzo dużo zajęć otwartych dla rodziców i oni w tym uczestniczą”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

W tym miejscu warto podkreślić, że efektywna praca wychowawcza to również ścisła współpraca między rodzicem a nauczycielem oraz dyrektorem placówki. Skuteczność przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej zależy od tego, w jakim stopniu placówka będzie współdziałała z rodzicami dzieci oraz uczniów. Ponadto, jak twierdzi M. Tarka, spośród wielu zadań dyrektora oraz nauczycieli najważniejszym jest współpraca z rodzicami. Jest to jedno z najtrudniejszych zadań, jakie wskazuje praktyka<sup>436</sup>.

Pojawiła się również wypowiedź, że to, czego brakuje w procesie edukacji zdrowotnej, znajduje się na zewnątrz szkoły. Mowa tu o braku kontynuacji zachowań i przyzwyczajzeń szkolnych poza jej murami.

*„Myślę, że tak, tylko brakuje nam trochę takiego wsparcia ze strony domu czy środowiska. My ich czegoś uczymy i oni u nas tego wszystkiego przestrzegają, znają, ale widać, że w domu jest inaczej albo gdzieś w tym środowisku pozaszkolnym, że jest inaczej. Owszem, na potrzeby naszej szkoły oni się potrafią przystosować, bo pani tak mówiła, czy tak ustaliliśmy, raczej się tego starają trzymać, tego, czego się nauczyli, ale widać, że to nie jest takie pełne”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Wydaje się, że hasło lansowane przez WHO „zdrowie zaczyna się w domu” dalekie jest od rzeczywistości. Zdaniem wielu autorów<sup>437</sup> to właśnie rodzice powinni przekazywać swoim dzieciom wiedzę, przekonania, wartości oraz postawy wobec zdrowia i zachowań prozdrowotnych. Ponadto powinni dawać swoim dzieciom przykład własnym postępowaniem oraz je wspierać i wzmacniać ich aktywność. Niestety często rodzice prezentują zachowania antyzdrowotne i nieświadomie przekazują je swoim dzieciom. Wyniki badań<sup>438</sup> wskazują na stosunkowo małe znaczenie rodziców jako atrakcyjnego źródła informacji zdrowotnej dla badanych uczniów. Zważywszy na powyższe, można wskazać na bardzo ważną rolę współpracy szkoły/przedszkola z rodzicami. Współpraca ta powinna polegać na zachęcaniu do kontynuowania w domu zachowań prozdrowotnych, które dziecko wyniosło z zajęć, oraz udzielaniu wsparcia poprzez oferowanie programów treningowych dla rodziców jako promotorów i edukatorów zdrowia swoich dzieci.

---

<sup>436</sup> M. Tarka, *Jak dobrze zacząć współpracę z rodzicami*, „Dyrektor Szkoły” 2013, nr 9.

<sup>437</sup> J.F. Sallis, J.J. Prochaska, W.C. Taylor, *A review of correlates of physical activity of children and adolescents*, „Medicine & Science in Sports & Exercise” 2000, 32(5), s. 963-975.

<sup>438</sup> M. Charzyńska-Gula, M. Jaworska, R. Bogusz, A. Bartoszek, *Rodzina i szkoła jako źródła informacji zdrowotnej – opinie uczniów*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19, nr 3, s. 242-250.

Dyrektorów placówek zapytano również, czy ich zdaniem, **aby skutecznie kształtować zdrowy styl życia, należy stworzyć ku temu odpowiednie warunki, i czy stanowią one gwarancję powodzenia edukacji zdrowotnej** (aneks nr 3 pyt. 8, aneks nr 4 pyt. 8).

Zdaniem wszystkich dyrektorów przedszkoli, aby skutecznie kształtować zdrowy styl życia u dzieci w wieku przedszkolnym, należy stworzyć ku temu odpowiednie warunki. Nie są one jednak gwarancją powodzenia edukacji zdrowotnej.

*„Jeżeli nie będziemy im pokazywać na naszym wzorze, jeżeli nie będę miała tu warunków – nie będzie sprzętu sportowego, pomocy dydaktycznych i kontaktów ze środowiskiem zewnętrznym – no to nie ma dobrego wzorca, no to nie ma takich zachowań”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

Pojawiały się opinie, że do osiągnięcia sukcesu potrzebna jest współpraca z rodzicami i aprobata poprawnych zachowań nie tylko w przedszkolu, ale także w domu przez rodziców.

Tak jak wcześniej wspomniano, tylko ścisła współpraca między placówką a rodzicami stwarza szansę na osiągnięcie sukcesu w sferze zdrowia. Ponadto powodzenie edukacji zdrowotnej zależy też od jej realizacji na dalszych etapach kształcenia.

*„Wszystko zależy od tego, jak te cele są realizowane na dalszych etapach edukacji, ale my współpracujemy ze szkołą, i na pewno nauczyciele na wyższych etapach nauki powinni znać podstawę programową wychowania przedszkolnego i tak naprawdę wiedzą, co my robimy, mamy bliźniutko sąsiadów i na pewno będą kontynuować te działania”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

To właśnie na szkole spoczywa w największym stopniu obowiązek prowadzenia efektywnej edukacji zdrowotnej, a jej skuteczność zależy nie tylko od prawidłowej realizacji zagadnień wynikających z podstawy programowej, ale również od opracowanych na jej podstawie programów nauczania. Warto podkreślić również rolę nauczyciela, mającego obowiązek znać treści z zakresu edukacji zdrowotnej zawarte nie tylko w podstawie programowej edukacji wczesnoszkolnej, lecz również wychowania przedszkolnego.

Zdaniem dyrektorów szkół odpowiednie warunki to podstawa skutecznego kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci. Wszystkie badane szkoły, zdaniem rozmówców,

spełniają takie warunki, jednak nie jest to gwarantem sukcesu. Połowa dyrektorów przyznała, że mimo stworzenia odpowiednich warunków na terenie placówki – niezbędna jest współpraca z rodzicami. Bez kontynuacji w domu treści realizowanych w szkole – skuteczność kształtowania zdrowego stylu życia byłaby znacznie niższa.

*„Na pewno trzeba stworzyć warunki. Nie wiem, czy te warunki stworzą stuprocentową gwarancję, bo zawsze jest ktoś, kto się wylamie. Nie można powiedzieć, że na sto procent, ale powiedzmy, że jeżeli już nawet osiemdziesiąt procent tych dzieci będzie wiedziało, jak ma siedzieć, co ma jeść i jak ma się zachowywać, bezpiecznie, zdrowo, to myślę, że to już będzie duży sukces”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

*„Widzę, że u rodziców, jak ich tak pytamy o tematy, które chcieliby, żebyśmy z dziećmi poruszali, takie prozdrowotne, to nikt nie mówi o takim zdrowiu fizycznym, typu higiena itd. Jakby dla rodziców to nie było ważne, może nie ważne, ale nie przywiązują do tego wagi. Owszem, oni piszą też o przemocy, żeby dziecko się czuło dobrze w grupie, żeby się nie bało. Raczej zwracają uwagę na takie rzeczy”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Po raz kolejny poruszona została bardzo ważna kwestia kontynuacji zachowań prozdrowotnych dzieci w domu. Rodzice są najważniejszym ogniwem procesu edukacji, ponieważ w rodzinie następuje tzw. socjalizacja pierwotna. W związku z tym zarówno rodzina, jak i szkoła powinny być siedliskami, które wspierają umacnianie zdrowia i realizowanie procesu edukacyjnego. Tylko celowa i dobra współpraca w tym zakresie obu środowisk może utwierdzić dziecko w przekonaniu o słuszności podejmowanych działań zdrowotnych. W przeciwnym razie wszelkie sprzeczności mogą budzić niepokój i wątpliwości, co może stanowić zagrożenie i być punktem wyjścia do zachowań inicjacyjnych<sup>439</sup>.

Dyrektorów poproszono również o wskazanie, **jakie programy profilaktyczne z zakresu edukacji zdrowotnej zostały włączone do programu dydaktyczno-wychowawczego** (aneks nr 3 pyt. 9, aneks nr 4 pyt. 9). Dyrektor przedszkola w dużym

---

<sup>439</sup> D. Lizak, *Szkoła jako środowisko wspierające kształtowanie prozdrowotnych postaw – kontekst pedagogiczno-zdrowotny*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” („Polish Review of Health Sciences”) 2014, nr 1 (38), s. 69-74.



mieście podał, że jest to program zdrowotny dla przedszkolaków. W gminie miejskiej wskazano na „Akademię Aquafresh” i programy realizowane we współpracy z sanepidem. W gminie miejsko-wiejskiej – programy napisane przez nauczycieli oraz zagadnienia zawarte w programie wychowawczym ujmującym treści zdrowotne. W przedszkolu usytuowanym w gminie wiejskiej nie ma programów, które zostałyby włączone do programu dydaktyczno-wychowawczego.

Część dyrektorów szkół podstawowych nie była w stanie odpowiedzieć na pytanie, jakie programy profilaktyczne z zakresu edukacji zdrowotnej zostały włączone do programu dydaktyczno-wychowawczego szkoły. Tylko w gminie miejsko-wiejskiej podano, że na terenie placówki od lat funkcjonuje program „Spójrz Inaczej”, który polega na wyrabianiu zachowań społecznych dziecka i jest programem rekomendowanym przez ORE. Odpowiedź dyrektorów na to pytanie obnażyła nieco ich poziom wiedzy, sugerując, że nie są zorientowani, jakie programy faktycznie realizowane są w placówkach, w których pełnią funkcje kierownicze. Nie ulega jednak wątpliwości, że odpowiedni wybór programów z zakresu edukacji zdrowotnej wymaga od osób decyzyjnych znajomości ich treści, ponieważ tylko wtedy przyniosą one oczekiwany efekt. Przede wszystkim programy te powinny mieć solidną podstawę teoretyczną oraz powinny być naukowo sprawdzone, a przed ich wyborem należy wziąć pod uwagę ich jakość. Warto po raz kolejny zwrócić uwagę na fakt, że większość z wymienianych programów zawiera w sobie po prostu lokowanie produktu, które jest nową formą promocji działającą na postawy odbiorców wobec marki, mającą zachęcić do jej wyboru podczas zakupów.

Dyrektorzy zostali także poproszeni o **określenie cech dobrego programu profilaktycznego** w ich mniemaniu (aneks nr 3 pyt. 15, aneks nr 4 pyt. 15). Nie ulega wątpliwości, że program taki powinien zawierać zestaw działań profilaktycznych dla całej placówki oraz musi być skorelowany z programem wychowawczym placówki. Ponadto program profilaktyczny powinien być dostosowany do problemów, jakie zaistniały na terenie placówki oraz do potrzeb rozwojowych uczniów. Większość dyrektorów była zdania, że dobry program to taki, który jest prosty do wdrożenia, a jego realizacja niesie za sobą widoczne skutki. Ponadto program powinien mieć jasno sprecyzowane cele.

*„Tzn. wydaje mi się, że powinien być taki program, który jasno ma sprecyzowane cele i to cele w takim języku zrozumianym dla ucznia. Żeby dzieci po prostu wiedziały, żeby cokolwiek miało sens, żeby to robić, a nie odfajkować, nie zaliczyć*

*kolejną rzecz. (...) Przede wszystkim taka jasność, sprecyzowanie tych celów w języku ucznia”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

Pojawiła się także opinia, że program powinien być dostosowany do możliwości szkoły, tzn. nie powinien przewidywać działań, które są trudne w realizacji, ze względu na ograniczone warunki.

*„Żeby był skuteczny, a jednocześnie żeby był możliwy do przeprowadzenia w placówce. Bo program może być doskonały, ale czasami środki nie pozwalają nam na to, żebyśmy go realizowały. W związku z tym, żeby to był z jednej strony prosty program i możliwy do realizacji w szkole. Myślę, że to jest podstawa, bo już co do kwestii zajęć i kwestii tematów to myślę, że może być bardzo szeroki zakres tego”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

Pojawiła się także opinia, że skuteczność programu uzależniona jest od prowadzonej kontroli nad nim. Nie ulega wątpliwości, że za zorganizowanie kontroli, a także za należyte wykorzystanie jej wyników odpowiedzialny jest dyrektor placówki. Powinien on czuwać nad prawidłowym przebiegiem profilaktyki w placówce, kontrolować realizację zadań profilaktycznych przez pracowników oraz reagować, jeżeli w jego ocenie realizacja treści programu profilaktycznego nie przynosi zamierzonego efektu lub treści te są przekazywane w nienależyty sposób.

*„Przede wszystkim [należy] go cały czas kontrolować, realizować, poprawiać. Reagować na odpowiedź uczniów. I nasze dzieci, że tak powiem, reagują, bo jeśli im się coś nie podoba, to przyjdą i powiedzą, że mogłoby być coś tak, a możemy to zrobić inaczej”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Powyższe wypowiedzi ukazują, że dyrektorzy mają wiedzę odnośnie do tego, jak powinien wyglądać dobrze skonstruowany program profilaktyczny i jakie powinien posiadać cechy, aby przyniósł określony cel. Dyrektorzy placówek w swoich wypowiedziach nie zwrócili jednak uwagi na istotny aspekt, jakim jest dokonywanie diagnozy przed stworzeniem programu profilaktycznego. Prowadzenie działań profilaktycznych w placówce musi być

poprzedzone diagnozą, czyli rozpoznaniem obecnego stanu zagrożenia niepożądanymi zjawiskami w rozwoju dzieci w wieku przedszkolnym oraz uczniów szkoły. Stworzony na podstawie dobrze przeprowadzonej diagnozy program profilaktyczny ma szansę na przyniesienie oczekiwanego efektu profilaktycznego oraz można uznać, że zawierać będzie wszystkie cechy dobrego programu.

Niewątpliwie ważną osobą w przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej jest również koordynator do spraw promocji zdrowia. Koordynator pełni rolę lidera (przewodnika, przywódcy) i „agenta” (promotora, rzecznika) zmian, inicjuje i ułatwia ich dokonywanie, stwarza warunki do pracy przynoszącej sukcesy<sup>440</sup>.

Odnosnie do **powołania koordynatora do spraw promocji zdrowia** (aneks nr 3 pyt. 13, aneks nr 4 pyt. 13) – tylko w jednym spośród badanych przedszkoli wyznaczona została osoba, która nadzoruje tworzenie odpowiednich programów profilaktycznych (w dużym mieście). Natomiast w innym przedszkolu koordynacją projektów zajmują się nauczyciele poszczególnych grup, w których te programy są realizowane. W kompetencjach opiekunów grup leży tworzenie zestawień podsumowujących programy, trafiających do dyrekcji placówki, a stąd na zewnątrz. W pozostałych badanych przedszkolach przyznano, że nie wybrano osoby do koordynacji realizowanych programów. Bardziej optymistycznie wygląda ta kwestia w szkołach podstawowych. W prawie wszystkich badanych placówkach został powołany koordynator do spraw edukacji zdrowotnej, który nadzoruje tworzenie programów profilaktycznych. W jednej z nich za realizację badań odpowiada nie jedna osoba, a cały zespół, składający się m.in. z pedagoga i psychologa. Tylko w jednej placówce nie powołano takiej osoby – w gminie miejsko-wiejskiej.

Z punktu widzenia skuteczności działań zaleca się, aby koordynatorem w placówce została osoba, która jest z nią związana, np. kompetentny nauczyciel przygotowany do realizacji zadań edukacji zdrowotnej lub członek dyrekcji, który w sposób kompleksowy może wpływać na politykę szkoły.

Pytano też o kwestię **współpracy placówki z higienistką lub pielęgniarką** (aneks nr 3 pyt. 14, aneks nr 4 pyt. 14), która to powinna nie tylko uczestniczyć w realizacji edukacji zdrowotnej w placówce, ale również pełnić funkcję konsultanta medycznego dla dyrektora szkoły i nauczycieli. Większość badanych przedszkoli nie podejmuje współpracy z higienistką ani pielęgniarką. Bilans dzieci jest przeprowadzany w przychodni, do której rodzice mają obowiązek zaprowadzić dziecko. Tylko w jednym przedszkolu (w gminie

---

<sup>440</sup> B. Woynarowska, *Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, ORE, Warszawa 2016, s. 14.

wiejskiej) opiekę nad dziećmi w tym zakresie prowadzi higienistka z pobliskiego gimnazjum. W jej kompetencjach znajduje się wykonanie bilansów, przekazanie rodzicom kart zdrowia oraz prowadzenie pogadanek na temat zdrowia z dziećmi. W niektórych przedszkolach podstawy edukacji zdrowotnej przekazują rodzice wychowanków, którzy zawodowo pracują w roli ratowników lub pielęgniarek.

Jedna z badanych placówek nie współpracuje z higienistką ani pielęgniarką, jednak zatrudnia ratownika medycznego na basenie, który częściowo sprawuje opiekę medyczną nad dziećmi w razie konieczności udzielenia pierwszej pomocy. Pozostałe placówki współpracują na stałe z higienistką, która odwiedza szkołę raz w tygodniu lub częściej – występują różnice w zależności od placówki. Ponadto w jednej ze szkół pielęgniarka prowadzi zajęcia w formie pogadanek z uczniami.

*„Nie mamy od roku pielęgniarki, ponieważ nie działa gabinet. Zostały wycofane pielęgniarki. Natomiast (...) w funkcji pielęgniarki my mamy basen, mamy ratownika wodnego, który jest ratownikiem medycznym, w związku z tym wiele funkcji on też przejął”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

*„Tak, przychodzi pani pielęgniarka. Prowadzi pogadanki, spotkania, o bezpieczeństwie, o opatrywaniu ran, o myciu zębów, rąk”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

*„My tu mamy w szkole higienistkę, na miejscu, jest trzy razy w tygodniu na parę godzin. Nie jest to często, brakuje nam tego. Łączy etaty z gimnazjum i kilka jeszcze innych gmin”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Jak wynika z innych dostępnych wyników badań, również nauczyciele pozytywnie oceniają ogólny stan współpracy z pielęgniarkami szkolnymi w placówkach, w których są zatrudnieni. Ponadto współpracę z pielęgniarką uważają za efektywną oraz konieczną w kontekście możliwości realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej<sup>441</sup>. Z kolei pielęgniarki wskazują na główne trudności, z jakimi spotykają się w procesie edukacji zdrowotnej

---

<sup>441</sup> R. Bogusz, M. Charzyńska-Gula, A. Grzesiak, E. Gałęziowska, *Współpraca pielęgniarek szkolnych z nauczycielami wychowania fizycznego w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 19, nr 4, s. 413-419.

w szkole. Należą do nich m.in: brak godzin lekcyjnych przeznaczonych na realizację edukacji zdrowotnej, wielość zadań wypełnianych przez pielęgniarki w szkole, ograniczony czas pobytu pielęgniarki w placówce szkolnej oraz utrudniona współpraca z rodzicami<sup>442</sup>.

Dyrektorzy przedszkoli zostali poproszeni o określenie, czy **zakres kształcenia zdrowotnego dzieci jest wystarczający w badanych placówkach** (aneks nr 3 pyt. 20, aneks nr 4 pyt. 20) oraz **czy edukacja zdrowotna realizowana jest w sposób efektywny** (aneks nr 3 pyt. 21, aneks nr 4 pyt. 21). Wszyscy dyrektorzy byli przekonani o tym, że w ich placówkach kształcenie w tym zakresie przebiega w sposób odpowiedni.

*„Myślę, że bardzo dużo robimy, zawsze coś jest do poprawki”.*

*„Wszystkie cele zawsze są zrealizowane, a jeśli coś np. jest niezrealizowane, to zawsze są wnioski, wnioski do dalszej pracy. Wypracowaliśmy taki styl pisania sprawozdań, realizacji, jeżeli coś jest niezrealizowane, to jest we wnioskach. Oczywiście z tych wniosków nauczyciele są rozliczani”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

Pojawiły się też opinie, że efektywność ta zależy od podejścia, zaangażowania oraz kompetencji nauczycieli.

*„Mam kadre, bazę doskonałą i wykształconą, taką bardzo starającą się, mam doświadczonych nauczycieli i też takich nauczycieli młodszych”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Niewątpliwie podstawowym elementem systemu edukacji zdrowotnej jest nauczyciel, a w szczególności jego poziom gotowości do realizacji zadań tej edukacji. W związku z tym inwestycja w kompetentną kadre nauczycieli będzie z pewnością wpływać na efektywność realizacji przedmiotowych zagadnień.

Większość dyrektorów szkół podstawowych twierdziła, że wdrażany zakres kształcenia zdrowotnego dzieci w wieku wczesnoszkolnym jest wystarczający. Pojawiła się wypowiedź, że zakres kształcenia jest wystarczający, jednak z roku na rok realizuje się go w inny sposób, więc wciąż wymaga to dużego zaangażowania ze strony kadry. W opinii

---

<sup>442</sup> A. Leńczuk-Gruba, E. Kobos, I. Wrońska, *Przyczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w opinii pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007, t. 15, nr 4, s. 217-222.

dyrektora jednej ze szkół istnieje możliwość zrobienia czegoś więcej, jednak nie zawsze jest to możliwe ze względu na dostępne środki.

*„Zawsze można zrobić coś więcej. Nigdy nie jest tak, że to, co robimy, to jest wszystko. Więc ja myślę, że panie w szkole robią bardzo dużo, pewnie mogą zrobić więcej, ale nie zawsze to jest możliwe ze względu na środki, czasami nawet na rodziców, bo się na coś nie zgadzają”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

Większość dyrektorów była przekonana o tym, że w ich szkołach edukacja zdrowotna realizowana jest w sposób efektywny. Pojawiła się jedna opinia, że szkoła ma tylko częściowo wpływ na to, jaka wiedza na temat zdrowia i jakie przyzwyczajenia z tym związane zostaną przyswojone przez uczniów.

*„Młody człowiek, który od nas wychodzi, nie jest «plasteliną», którą my przez osiem czy dziewięć lat lepimy. To, z czym on wychodzi, [to] jest bardzo złożony efekt pracy szkoły, rodziców, środowiska, różnych bardzo czynników. Tak więc ja mogę brać około trzydziestu procent odpowiedzialności za to, z czym przyszedł, z czym wychodzi. Na pewno nie więcej. Tak więc nie potrafię tego ocenić”*

– dyrektor szkoły w gminie miejsko-wiejskiej

Opinie dyrektorów przedszkoli były podzielone co do **nadzoru nad prawidłowym wdrażaniem treści z zakresu edukacji zdrowotnej sprawowanego przez kuratorium oświaty** (aneks nr 3 pyt. 23, aneks nr 4 pyt. 23). Do zadań kuratorium oświaty należy m.in. sprawowanie nadzoru pedagogicznego nad publicznymi i niepublicznymi szkołami i placówkami wskazanymi w ustawie o systemie oświaty, nad innymi formami wychowywania przedszkolnego oraz dokonywanie oceny pracy dyrektorów szkół i placówek.

Jak wynika z wypowiedzi dyrektorów, nadzór kuratorium oświaty nie jest przeprowadzany cyklicznie w żadnej z badanych placówek. W niektórych z nich w ogóle nie odczuwa się nadzoru kuratorium nad placówką.

*„Ogólnie, ja, jak miałam sprawdzane to, czy monitoruję, czy realizowane są wszystkie obszary z podstawy programowej, to sprawdzali, więc my akurat mamy w dziennikach specjalną rubrykę, gdzie [nauczyciele] wypisują, jakie w danym dniu były obszary realizowane, i wtedy w całym tym tygodniu widać. Natomiast*

*one też wiedzą, potem one też miesięcznie przeliczają i na koniec też wychodzi, czy czegoś brakuje, wiedzą, że mają się tak pilnować, że wszystkie te obszary mają być zrealizowane w ciągu tygodnia i to jest tak wszystko poukładane i widoczne”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

*„To zależy, bo oni przychodzą przeważnie na monitorowanie albo ewaluowanie jakiegoś obszaru, żeby sprawdzić, czy coś jest realizowane, jakieś treści podstawy programowej. Głównie to, co podstawa programowa obejmuje, to sprawdzają, ale jeszcze mi się nie zdarzyło, żeby przyszli akurat na ten obszar. Później jak wystawiają oceny już np. dyrektorowi, tak jak miałam parę razy, to oni widzą, jakie działania przedszkole podejmuje”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

Zdania dyrektorów szkół podstawowych były również podzielone w kwestii sprawowania przez kuratorium oświaty nadzoru nad prawidłowym wdrażaniem treści z zakresu edukacji zdrowotnej. W jednej z analizowanych placówek dyrektor twierdził, że do tej pory nadzór ich nie dotyczył, nie zdarzały się żadne kontrole. W pozostałych szkołach kontrola jest przeprowadzana na bieżąco i sprawdzana jest głównie zgodność podejmowanych działań z podstawą programową.

*„Nie zwróciłam na to uwagi i nie przypominam sobie, żeby były jakieś kontrole z tym związane itd. Jedyne, co sobie przypominam, zawsze robimy półkolonie zimowe i to wiem, że mamy kontrolę kuratorską, która bada organizację półkolonii, pod kątem również tych przepisów prozdrowotnych”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

*„Sprawdza nas pod kątem podstawy programowej. Informujemy ich o tym, co robimy ponad to. I mają pieczę nad tym, natomiast oni generalnie sprawdzają to, co jest w podstawie programowej, bo to jest w gestii ich obowiązków. Natomiast wszystko ponad to to jest dobra wola nauczyciela, bo nie jesteśmy w stanie nikogo do niczego zmusić. Więc my informujemy kuratorium, że bierzemy udział w takich programach”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

W świetle powyższego można stwierdzić, że kuratorium oświaty nie nadzoruje prawidłowego wdrażania treści z zakresu edukacji zdrowotnej w jakiś szczególny sposób, a skupia się na ogólnych prawidłowościach związanych z wdrażaniem zaleceń podstawy programowej.

### Wnioski

Podobnie jak podczas analizy pierwszego szczegółowego problemu badawczego nie znaleziono nawiązań do literatury przedmiotu ani nie znaleziono badań, które poruszałyby temat skuteczności realizowania zaleceń odnośnie do edukacji zdrowotnej wynikającej z podstawy programowej w opinii osób sprawujących w placówce funkcje kierownicze.

Jak wynika z badań własnych, badane przedszkola i szkoły podstawowe stwarzają odpowiednie warunki do skutecznej edukacji zdrowotnej uczęszczających do nich dzieci. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym wpływ na to mają licznie organizowane akcje prozdrowotne, współpraca z rodzicami oraz solidne zaplecze dydaktyczne. Zdaniem dyrektorów szkół podstawowych dzieciom brakuje kontynuacji w domu poruszanych treści dotyczących zdrowia. Zdaniem wielu autorów to właśnie w ramach rodziny następuje wychowanie zdrowotne oraz kształtowanie postaw wobec zdrowia, jak również przekazywanie podstawowej wiedzy oraz wyrabianie emocjonalnego stosunku do zdrowia jako wartości. W opinii dyrektorów tworzenie odpowiednich warunków na terenie placówki jest konieczne do osiągnięcia sukcesu edukacyjnego z zakresie edukacji zdrowotnej. Nie jest to natomiast jedyny element, który ma pozytywny wpływ na efekty kształcenia. Istotna jest także współpraca z rodzicami oraz powielanie przekazanych treści na dalszych etapach edukacji oraz w domu. Nieznaczna część przedszkoli powołała koordynatora do spraw edukacji zdrowotnej, który nadzoruje tworzenie odpowiednich programów profilaktycznych, natomiast koordynator ten działa w większości szkół podstawowych.

Większość przedszkoli nie podejmuje współpracy z higienistką ani pielęgniarką, z kolei większość badanych szkół podstawowych podjęła taką współpracę na stałe.

Dobry program profilaktyczny to, w opinii dyrektorów przedszkoli, program łatwy do przyswojenia. Ponadto ważne jest, aby kończył się diagnozą, która pozwoli na wyznaczenie kolejnych celów do osiągnięcia. Dyrektorzy szkół podstawowych dodają też, że program powinien nieść za sobą widoczne skutki.

Nadzór kuratorium oświaty nad placówkami przedszkolnymi w zakresie dotyczącym realizacji zapisów podstawy programowej jest raczej nieznaczny. Istotnie częściej mają z nim do czynienia placówki szkolne.



### 2.3. Ocena poziomu przygotowania kadry dydaktycznej w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii badanych dyrektorów placówek

Liczne dostępne badania naukowe<sup>443</sup> koncentrują się na badaniu opinii nauczycieli o ich przygotowaniu do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Jak dotąd nie są znane żadne wyniki, w których badana jest opinia dyrektorów przedszkoli oraz szkół podstawowych odnośnie do przygotowania ich kadry dydaktycznej do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej.

Aby poznać opinię dyrektorów placówek na temat **przygotowania nauczycieli do prowadzenia zajęć zgodnie z założeniami edukacji zdrowotnej**, przeprowadzono z nimi wywiad swobodny (aneks nr 3 pyt. 16, aneks nr 4 pyt. 16).

W większości badanych przedszkoli dyrektorzy twierdzili, że nauczyciele wychowania przedszkolnego są odpowiednio przeszkoleni w zakresie edukacji zdrowotnej i mają odpowiednie kwalifikacje. Co więcej, przedszkole umożliwia im poszerzanie wiedzy w tym zakresie w ramach środków finansowych placówki. Pomimo przekonania dyrektorów o właściwym przeszkoleniu kadry dydaktycznej nie podali oni konkretnych nazw ukończonych kursów realizowanych ze środków finansowych placówki z zakresu edukacji zdrowotnej.

Pojawiły się także opinie, że w dużej mierze poziom ten zależy od postawy samego nauczyciela oraz jego chęci do dalszego rozwoju.

*„Myślę, że tak. Nauczyciel wychowania przedszkolnego to jest tak naprawdę misja i są panie wszechstronnie rozwinięte. (...)Wszystko zależy od nauczyciela i czy będzie chciał poszerzać wiedzę w tym zakresie, ale myślę, że dzisiejsze programy na uczelniach dobrze przygotowują nauczycieli. My też się kształcimy, ja tutaj wspomagam nauczycieli, moja rola jako dyrektora to jest wspomaganie”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

---

<sup>443</sup> M. Zadarko-Domaradzka, *Realizacja edukacji zdrowotnej w podkarpackich szkołach po reformie programowej w opinii nauczycieli wychowania fizycznego*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” 2015, t. 48, s. 119-126; P.F. Nowak, *Model edukacji...*, op. cit., s. 207-210; M. Zadarko-Domaradzka, P. Matłosz, K. Warchoń, *Edukacja zdrowotna w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2014, t. 95, nr 3, s. 673-678; P.F. Nowak, *Realizacja edukacji...*, op. cit.; H. Wiśniewska-Śliwińska, J.T. Marcinkowski, S.A. Wiśniewski, *Opinie nauczycieli...*, op. cit., s. 206-212.

Dyrektor w powyższej wypowiedzi zwrócił uwagę m.in. na swoją rolę jako osoby wspomagającej. Niemniej jednak nie podał konkretnego przykładu, w jaki sposób wspiera swoich nauczycieli.

Tylko w jednej placówce dyrektor stwierdził, że nie jest przekonany co do konieczności przeszkolenia nauczycieli we wspomnianym zakresie.

Również dyrektorzy badanych szkół podstawowych są raczej przekonani, że nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej zostali odpowiednio przeszkoleni w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci. Nauczyciele, zdaniem jednego z dyrektorów, odczuwają własną potrzebę poszerzania wiedzy i umiejętności związanych z edukacją zdrowotną.

*„[Nauczyciele] są świadomi tego, że jest to konieczne, że to jest jeden z takich bardzo ważnych elementów edukacji, tzn. nie muszą, ale też chcą, bo jednak mimo wszystko, jeżeli ktoś jest nauczycielem z powołania (...), to sobie zdaje sprawę z tego, że to nie chodzi o to, żeby uczeń umiał tylko liczyć czy pisać, tylko chodzi o to, żeby ukształtować jednak”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

Pojawiła się także wypowiedź, że zwyczajowo obowiązującą w szkole zasadą jest przeszkolenie nowych nauczycieli i przekazanie im dobrych praktyk w postępowaniu.

Nauczyciele wczesnoszkolni, w opinii dyrektorów, często **nawiązują do edukacji zdrowotnej podczas prowadzonych zajęć**. Treści te wplatają się, ich zdaniem, automatycznie.

*„Więc to jest takie wewnętrzne dzielenie się wiedzą. Kiedy przychodzi nowy nauczyciel, to zostaje przekazana mu informacja, co robimy, jak robimy, jakie programy realizujemy, co powinno być w tej grupie. Wiadomo, że każda osoba może sobie prowadzić według siebie te zajęcia, ale chodzi o tę ramówkę, co tam ma być i jakie są zasady”.*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

Jak wynika z deklaracji dyrektorów, nauczyciele wychowania przedszkolnego pracujący w badanych przedszkolach zostali przez nich poddani ocenie pod kątem **prowadzenia zajęć związanych z edukacją zdrowotną zgodnie z zaleceniami podstawy programowej** (aneks nr 3 pyt. 17, aneks nr 4 pyt. 17). Wszyscy dyrektorzy zgodnie potwierdzili, że nauczyciele przez nich zatrudnieni nawet wykraczają ponad to, co zawarte

jest w podstawie programowej. Wynika to według opiniowanych często z faktu, że podstawa programowa daje duże możliwości do podejmowania różnorodnych działań.

*„Zawsze jeżeli grupa jest mocna, to wykraczamy poza podstawę – to można robić. Zresztą z kuratorium też nam tak powiedzieli, że czemu nie uczyć czytać, pisać, jeżeli grupa jest mocna. I ta podstawa, która jest, przygotowanie do nauki czytania, pisanie było zrealizowane”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

*„Mam opracowane narzędzia do takiego nadzoru pedagogicznego, gdzie jestem w stanie to sprawdzić, bo nauczyciele rozliczają się z różnego rodzaju zakresu zadań i obowiązków. Nawet jest monitorowana podstawa programowa wychowania przedszkolnego. Ja mam wgląd do planów miesięcznych nauczycieli, więc nawet ten plan miesięczny sprawdzam i akceptuję”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

Również wszyscy dyrektorzy szkół podstawowych zgodnie twierdzili, że nauczyciele wczesnoszkolni pracujący w ich placówkach prowadzą zajęcia dotyczące edukacji zdrowotnej zgodnie z zaleceniami podstawy programowej i najczęściej wykraczają poza jej zakres.

*„Na pewno realizują wszystkie założenia z podstawy programowej, ale na pewno też wykraczają, bo to bardzo często wychodzi, czasami z potrzeby danego zespołu klasowego, z potrzeby jakiejś sytuacji, która się wydarzyła w szkole, czy z jakiejś innej sytuacji, jak np. teraz ten smog. To jest taka rzecz, która zmusiła też do rozmów na ten temat, do pracy w tym kierunku. Właściwie nie wiem, czy coś jest takiego w podstawie programowej. Ale to też jest odpowiedź na rozszerzanie, odpowiedź na sytuację aktualną. Szeroko rozumianą znowu”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

Wychodzenie poza obszar podstawy programowej wynika często z indywidualnych potrzeb danej grupy lub z innych bieżących potrzeb otoczenia. Ponadto, zdaniem dyrektorów, podstawa programowa wręcz wymaga uszczegółowienia i indywidualnego dostosowania, ponieważ zawiera tylko ogólne treści.

*„Wykraczają, a to wynika z tego, że się nie ograniczają aż tak bardzo, z potrzeb może. Jest ona dosyć ogólna [podstawa programowa], więc trzeba to uszczegółowić, każdy to musi dopasować do swojej klasy, do swojej grupy. Rozwinąć, poszerzyć o tematy, które akurat w jego klasie są ważniejsze, czy potrzebne”*

– dyrektor szkoły w gminie wiejskiej

Z powyższych wypowiedzi wynika, że dyrektorzy są zadowoleni z pracy kadry dydaktycznej i nie dostrzegają w zakresie realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną przez nauczycieli żadnych braków. Ponadto dyrektorzy zdają sobie sprawę z tego, że należy inwestować w rozwój kompetencji nauczycieli w zakresie realizacji treści zdrowotnych, a nauczycieli namawiać do doskonalenia ich umiejętności osobistych i społecznych.

Dyrektorzy przedszkoli przedstawili również swoje opinie na **temat stosowanych przez nauczycieli form kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci** (aneks nr 3 pyt. 18, aneks nr 4 pyt. 18). Zdaniem wszystkich rozmówców zajęcia prowadzone przez nauczycieli są zróżnicowane i interesujące dla podopiecznych. Realizowane są zajęcia słowne, plastyczne, muzyczne. Do dzieci podchodzi się indywidualnie lub grupowo. Zdaniem dyrektorów, umiejętność podejścia do dzieci jest bardzo ważna, dlatego też zajęcia powinny być prowadzone w sposób interesujący dla podopiecznych.

*„Zajęcia są różne. Część zabaw jest typowo ruchowych, są też zajęcia na przykład edukacyjne, typowo na podwórku, na kocach (...), przy tablicy interaktywnej. (...) Czasami zajęcia z ciekawymi ludźmi też. My mamy tak, że dzieci na przykład same robią kanapki, nawet na śniadanie już robią”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

*„Jeżeli są przedstawione w fajny, atrakcyjny sposób, to wiadomo, nie jest tylko siedzenie dziecka na dywanie i słuchanie wykładu. Do dziecka trzeba przemawiać odpowiednim językiem, z odpowiednią intonacją głosu, tempem głosu. To są dzieci malutkie, trzeba je zaskoczyć. W grupach młodszych zajęcia 5-10 minut, w starszych atrakcyjność tych zajęć przede wszystkim. One muszą być aktywne, zaktywizowane. Nauczycielki muszą starać się, żeby te zajęcia były nienużące, atrakcyjne pod każdym względem w doborze metod i form pracy”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejsko-wiejskiej

Nie inaczej przedstawia się ta kwestia w opinii dyrektorów szkół podstawowych.

Dyrektorzy twierdzą, że formy kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci stosowane przez nauczycieli są odpowiednio zróżnicowane. Dyrektor jednej ze szkół wyjaśniła, że w podległej jej szkole odbywają się nie tylko zajęcia w formie pogadanek (lekcji), ale także w formie programów, co w większym stopniu pozwala dzieciom na aktywne uczestnictwo. To wpływa na atrakcyjność przekazywanych treści.

Inny z dyrektorów trafnie zaznaczył, że dzieci w wieku wczesnoszkolnym są bardzo wymagającym odbiorcą, a co za tym idzie – konieczne jest, aby zajęcia były interesujące.

*„One muszą być zróżnicowane, ponieważ im młodsze dziecko, tym jest bardziej wymagające. Jest tak jak z przedstawieniem teatralnym. Dorosły, nawet jak mu się nie podoba, to grzecznie wysiedzi to końca, a dzieciom jak się nie podoba, to po prostu będą głośno i dadzą do zrozumienia, że jest nieciekawie. Więc jeżeli panie ciągle robiłyby to samo, to dzieci byłyby na tyle znudzone, że pani bardzo szybko by to zmieniła”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

Z opinii dyrektorów wynika ponadto, że atrakcyjność przekazywanych informacji zależy także od zasobów placówki. Pomocne są elementy edukacyjne, takie jak tablice multimedialne, modele itp.

*„My mamy naprawdę dobrze wyposażoną szkołę, więc jak ja chodzę na zajęcia, to widzę, jak dzieci dostają czy modele do ręki, czy pracują na tablicy multimedialnej, czy na monitorze się wyświetlają jakieś obrazki, które komunikują konkretną treść. Bardzo dużo również plastycznie pracują. Różne rzeczy wykonują dzieci same. Mamy później mnóstwo takich wystawek, które prezentują ich wiedzę. Zawsze z okazji Dnia Ziemi to są wielkoformatowe prace. Jestem więc przekonana, że to są dla nich atrakcyjne formy”*

– dyrektor szkoły w gminie miejsko-wiejskiej

W trakcie realizacji badania sprawdzono również, czy **jakość realizowanej przez nauczycieli edukacji zdrowotnej jest na bieżąco monitorowana przez dyrektorów przedszkoli** (aneks nr 3 pyt. 19, aneks nr 4 pyt. 19). Raz jeszcze warto podkreślić, że dyrektorzy szkół/przedszkoli w ramach sprawowanego nadzoru pedagogicznego mają obowiązek monitorowania wdrażania przez nauczycieli podstawy programowej oraz oceny

stopnia opanowania przez uczniów określonej wiedzy i umiejętności. Sukcesywne monitorowanie pracy nauczyciela w zakresie edukacji zdrowotnej powinno przełożyć się na rzeczywiste podniesienie jakości nauczania. Tylko w jednej z badanych placówek monitoring ten nie jest przez dyrekcję prowadzony (w gminie wiejskiej). W pozostałych przypadkach dyrektorzy przeprowadzają hospitację na wybranych zajęciach oraz realizują ewaluacje, badania ankietowe, sprawdzają samoocenę nauczycieli.

*„My na bieżąco chodzimy na hospitację. Chociaż powiem szczerze, że takie typowo zapowiedziane hospitacje to każda nauczycielka ma takie dwa zajęcia w roku. Ale to jest tak, że my tak sobie często wpadamy na tej zasadzie i ogólnie w dziennikach sprawdzamy, w planach miesięcznych treści, to wszystko musi się zgadzać i te obszary programowe muszą występować”*

– dyrektor przedszkola w gminie miejskiej

Wśród dyrektorów szkół podstawowych zdania w kwestii prowadzenia monitoringu jakości edukacji zdrowotnej realizowanej przez nauczycieli były podzielone. W dwóch szkołach nie jest on praktykowany. W jednej z pozostałych szkół nauczyciele zwyczajowo przygotowują sprawozdania ze swojej pracy, dzięki czemu dyrekcja jest w stanie sprawdzić metody przedstawiania pewnych treści i ocenić, czy są one wystarczająco skuteczne i zróżnicowane.

*„Nauczyciele co pół roku składają sprawozdania ze swojej pracy, również z tej działalności prozdrowotnej, więc już na podstawie tego jestem w stanie powiedzieć, czy to są różnorodne formy, czy to jest tylko powtarzająca się forma. Co do jakości, każdego działania nie jestem w stanie powiedzieć, ale staram się to kontrolować. Staram się tak robić”*

– dyrektor szkoły w dużym mieście

W innej badanej szkole przebiega to podobnie. Sporządzane są podsumowania okresowe oraz całoroczne, na podstawie których oceniana jest praca nauczycieli.

*„Na bieżąco, co jakiś czas, powiedzmy, że w momencie, kiedy mamy konferencję, to zawsze jest takie podsumowanie. Czyli np. w listopadzie, potem było w lutym. Takie podsumowanie działań, tego, co zrobiono. I na koniec roku też wypisujemy*

*tabelki, która pani jaki program realizowała, co zrobiła, na ile się udało, na ile się czasami nie udało”*

– dyrektor szkoły w gminie miejskiej

### Wnioski

Jak wynika z badań własnych, przygotowanie kadry dydaktycznej w zakresie edukacji zdrowotnej zarówno na etapie wychowania przedszkolnego, jak i edukacji wczesnoszkolnej w opinii dyrektorów jest na odpowiednim poziomie. Dyrektorzy nie zauważyli żadnych braków ani nie podali w wątpliwość kompetencji nauczycieli. Pomimo deklaracji, że nauczyciele są odpowiednio przygotowani, nikt z dyrekcji nie podał konkretnych nazw kursów, szkoleń ani odpowiedniego wykształcenia, które mogłoby potwierdzić owe wysokie kompetencje nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej. Większość wypowiedzi dyrektorów traktowała o tym, że bardzo ważne jest nie tylko wykształcenie, ale i wewnętrzne poczucie ważności treści zdrowotnych w systemie wartości każdego nauczyciela. Zwracano także uwagę na przekazywanie nowym nauczycielom dobrych praktyk oraz dzielenie się doświadczeniami. Bez zastrzeżeń wygląda też kwestia prowadzenia zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej przez nauczycieli zgodnie z założeniami podstawy programowej. Ponadto nauczyciele często wykraczają poza jej ramy.

Zdaniem dyrekcji również formy kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci przez nauczycieli są ciekawe i zróżnicowane. Odnosi się niestety wrażenie, że podawane przykłady dotyczą tylko podstawowych aspektów związanych ze zdrowiem, takich jak wychowanie fizyczne, zdrowe odżywianie. W wypowiedziach dyrektorów nadal brakuje całościowego podejścia do edukacji zdrowotnej, bez pomijania zagadnień związanych ze zdrowiem psychicznym czy też rozwijaniem umiejętności życiowych podopiecznych.

Również monitoring jakości realizowanej przez nauczycieli edukacji zdrowotnej w opinii dyrektorów nie budzi zastrzeżeń, a zajęcia tego rodzaju podlegają systematycznemu nadzorowi.

### **Rozdział 3. Ocena sposobu oraz skuteczności realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych w województwie śląskim w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III**

Zdrowie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, zarówno w aspekcie fizycznym, psychicznym, jak i społecznym, stanowi przedmiot licznych rozpraw oraz badań naukowych. Niestety w niewielu badaniach podejmuje się kwestie dotyczące rozumienia przez dzieci pojęć związanych ze zdrowiem, jego postrzeganiem oraz z indywidualnym stosunkiem do zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że rozpoznanie właśnie tego zagadnienia stanowi punkt wyjścia do dalszych rozważań na temat skuteczności realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w odniesieniu do tej grupy wiekowej. Warto zwrócić uwagę na fakt, że rozumienie zdrowia przez dzieci jest odmienne niż przez osoby dorosłe, co potwierdza wielu badaczy. Zmiany w rozumieniu zdrowia w dzieciństwie wyjaśnia teoria rozwoju poznawczego Jeana Piageta<sup>444</sup>, opisana w części teoretycznej rozprawy. Ponadto, jak twierdzą I. Kalnins<sup>445</sup> oraz S. Normandeau<sup>446</sup>, badając rozumienie przez dzieci zdrowia i czynników je warunkujących, należy zadawać pytania w kontekście ich życiowych doświadczeń. Zmiana koncepcji zdrowia w dzieciństwie przechodzi od konkretnych przykładów związanych z doświadczeniem do zwiększającej się stopniowo zdolności do rozumienia zdrowia jako abstrakcyjnego pojęcia zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym. Dotyczy to również rozumienia przyczyn chorób oraz sposobów dbania o zdrowie<sup>447</sup>. Obecnie zmiany w rozumieniu zdrowia w dzieciństwie w większej mierze przypisuje się wpływom społecznym, zwłaszcza doświadczeniu rodzinnemu, wpływom kulturowym oraz edukacji zdrowotnej<sup>448</sup>. Aby móc określić, na ile skutecznie i w jaki sposób realizowane są treści zdrowotne, bardzo ważne jest również poznanie, w jakim stopniu dzieci z przedszkoli i uczniowie klas I-III są zainteresowane problematyką zdrowotną oraz czy są odpowiednio edukowane w tym zakresie przez nauczycieli podczas zajęć.

Informacja zwrotna na temat postrzegania przez dzieci zdrowia, choroby oraz czynników ich warunkujących zapewne jest bardzo przydatna nauczycielom. W edukacji

---

<sup>444</sup> J. Piaget, *Mowa...*, op. cit.

<sup>445</sup> I. Kalnins, S. Jutras, S. Normandeau, P. Morin, *Children's health...*, op. cit., s. 460-472.

<sup>446</sup> S. Normandeau, I. Wins, S. Jutras, D. Hanigan, *A description...*, op. cit., s. 889-896.

<sup>447</sup> I. Kalnins, R. Love, *Children's concept of health and illness – and implications for health education: an overview*, „Health Education Quarterly” 1982, vol. 9, no. 2-3, s. 8-12.

<sup>448</sup> M. John-Borys, *Koncepcja zdrowia...*, op. cit.



zdrowotnej poznanie tego, co dzieci już wiedzą, powinno stanowić podstawę do rozwijania umiejętności wykorzystania tej wiedzy w życiu codziennym oraz stworzenia dzieciom warunków i możliwości praktykowania tych zachowań<sup>449</sup>.

### **3.1. Ocena poziomu rozumienia przez dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym pojęć związanych ze zdrowiem oraz ich stosunek do własnego zdrowia i problematyki zdrowotnej**

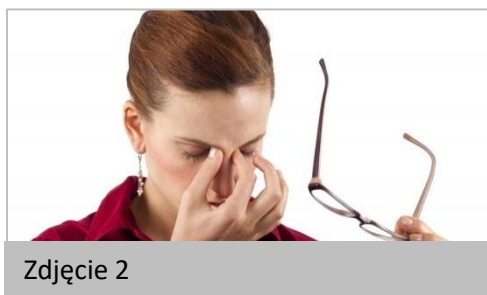
Aby dokonać oceny poziomu rozumienia przez dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III szkół podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem oraz ich stosunku do własnego zdrowia i problematyki zdrowotnej, przeprowadzono z nimi zogniskowany wywiad grupowy, spełniając wszystkie niezbędne do tego warunki.

Na początku badania dzieciom z przedszkoli i uczniom klas I-III zostały przedstawione zdjęcia osób w różnym wieku, różnej płci oraz w różnej sytuacji życiowej (aneks nr 5 zad. 1, aneks nr 6 zad. 1). Zadaniem dzieci było określenie, czy ludzie przedstawieni na zdjęciach są osobami zdrowymi, czy też chorymi. Zastosowanie tego typu działań miało na celu dokonanie oceny poziomu rozumienia przez dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów szkół podstawowych pojęć takich jak zdrowie czy choroba.



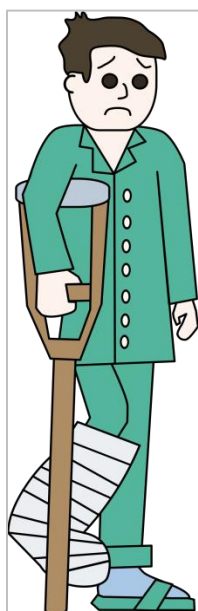
Po przedstawieniu zdjęcia nr 1 – wśród dzieci uczęszczających do przedszkola oraz uczniów klas I-III nie pojawiły się wątpliwości co do stanu zdrowia zaprezentowanej osoby. Dzieci jednogłośnie stwierdziły, że kobieta na zdjęciu jest zdrowa. Pojawiły się opinie, że sport jest ważny dla zdrowia oraz że picie wody pozytywnie na nie oddziałuje.

<sup>449</sup> D. Szydźiak, M. Woynarowska-Soldan, *Postrzeżanie przez dzieci człowieka o dobrym i złym samopoczuciu oraz czynników warunkujących to samopoczucie*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2013, t. 7, nr 2, s. 80-90.



Zdjęcie 2

Dzieci w wieku przedszkolnym nie były jednogłośnie w trakcie dokonywania oceny zdjęcia nr 2. Jedyne część rozmówców stwierdziła, że kobiecie na zdjęciu doskwiera ból oczu. Na pytanie o powód takiego samopoczucia tylko część grupy odpowiedziała, że zły wpływ na wzrok może mieć zbyt długie przesiadywanie przed komputerem czy telewizorem. Z kolei w szkołach podstawowych była to najczęstsza odpowiedź na pytanie dotyczące powodów bólu oczu.



Zdjęcie 3

Dzieci jednogłośnie stwierdziły, że chłopiec na zdjęciu nr 3 nie jest zdrowy, ponieważ złamał nogę. Wśród powodów takiego zdarzenia dzieci wymieniały: potknięcia, upadki, ale również wypadki samochodowe. Wszystkie dzieci posiadały wiedzę na temat prawidłowego przechodzenia przez drogę. Zaznaczyły bez głębszego zastanowienia, że przechodzą przez drogę na zielonym świetle.



Zdjęcie 4

Z zaprezentowanym obok zdjęciem nr 4 rozmówcy również nie mieli kłopotu. Dzieci przedstawione na zdjęciu zostały ocenione jako zdrowe. Dzieci uczęszczające do przedszkola zwróciły uwagę na wykonywanie ćwiczeń, które ich zdaniem pozytywnie wpływają na samopoczucie. Ponadto uczniowie klas I-III przyznali, że w szkole prowadzone są zajęcia wychowania fizycznego, na których również wykonują ćwiczenia.



Zdjęcie 5

Rozmówcy jednogłośnie stwierdzili, że kobiety na zdjęciu nr 5 nie można określić jako zdrowej. Wśród powodów jej formy dzieci w wieku przedszkolnym najczęściej podawały jedzenie dużej ilości słodyczy. Pojawiały się też głosy dotyczące nieuprawiania przez nią sportu. Dzieci w wieku wczesnoszkolnym jako powód otyłości wskazywały także spożywanie tłustych dań oraz posiłków typu fast food.



Zdjęcie 6

Wszystkie dzieci z łatwością potrafiły podać powody przeziębienia oraz sposoby na jego uniknięcie. Mówiły o konieczności noszenia czapki, szalika oraz ciepłych ubrań. Dzieci wspominały o zażywaniu witamin, które dostarczane są przez owoce i warzywa, picie ciepłej herbaty oraz wygrzewaniu się w łóżku.



Zdjęcie 7

Dzieci znały także powody pojawiających się bólów zęba. Wśród nich podawały: jedzenie słodyczy, niemycie zębów, brak wizyt u dentysty.



Zdjęcie 8

Zdjęcie nr 8 również nie wzbudziło wątpliwości. Kobieta przedstawiona na ilustracji uznana została przez dzieci za zdrową. Ich zdaniem świadczy o tym jej uśmiech. Dzieci słusznie nie uznały podeszłego wieku za chorobę.

Realizując badanie, dążono również do sprawdzenia poziomu wiedzy dzieci na temat tego, co powinny robić, aby być zdrowe i nie chorować (aneks nr 5 zad. 2). Dzieciom w wieku przedszkolnym odczytano kilka stwierdzeń i poproszono je o ustosunkowanie się do nich. Dzieci jednogłośnie zgodziły się z tym, że należy jeść owoce, myć ręce, zwłaszcza przed jedzeniem, oraz ubierać się odpowiednio do pogody. Nie były przekonane co do słuszności stwierdzenia, że aby być zdrowym, należy jeść dużo słodczy.

Odczytywane zdania:

*„Aby być zdrowym, należy jeść owoce”.*

*„Aby być zdrowym, powinno się jeść dużo słodczy”.*

*„Aby być zdrowym, należy uprawiać sport”.*

*„Aby być zdrowym, powinno się myć ręce, zwłaszcza przed jedzeniem”.*

*„Aby być zdrowym, powinno się ubierać odpowiednio do pogody”.*

Z kolei uczniowie klas I-III samodzielnie potrafili określić, co należy robić, aby być zdrowym, i nie odczytywano im zdań pomocniczych. Wśród działań pozytywnie wpływających na stan zdrowia dzieci wymieniły: jedzenie owoców i warzyw, uprawianie sportu, regularne i spokojne spożywanie posiłków (pięciu dziennie), wysypianie się, przyjmowanie witamin oraz w razie potrzeby zażywanie lekarstw. Z kolei negatywny wpływ ma ich zdaniem długotrwałe przesiadywanie przed komputerem lub telewizorem, jedzenie słodczy i brak ruchu. Ponadto dzieci stwierdziły, że zdrowie jest dla nich ważne; pojawiła się opinia, że gdyby nie było zdrowia, to nie byłoby ich samych.

W celu rozeznania poziomu wiedzy na temat zdrowia psychicznego zapytano dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, kim jest człowiek szczęśliwy (aneks nr 5 zad. 3, aneks nr 5 zad. 2). Dzieci uczęszczające do przedszkola spontanicznie stwierdziły, że to osoba, która nie jest chora, jest uśmiechnięta. Wśród powodów do szczęścia wymieniały np. otrzymanie prezentu z okazji urodzin. Dzieci w wieku wczesnoszkolnym także zwracały uwagę na wpływ prezentów na swoje samopoczucie, chłopcy częściej wskazywali na prezenty w formie pieniężnej, zaś dziewczynki doceniały zobaczenie ładnego widoku. W następnej kolejności dzieciom zostały odczytane zdania, które obrazują stan psychiczny młodego człowieka. Zadaniem dzieci było określenie, czy zdanie opisuje szczęśliwego przedszkolaka/ucznia. Dzieci scharakteryzowały szczęśliwego przedszkolaka/ucznia jako tego, który umie bawić się z innymi dziećmi, wysypia się, czuje się kochany i potrzebny. Jednogłośnie dzieci zaprzeczyły stwierdzeniom, że szczęśliwy przedszkolak/uczeń smuci się przez cały dzień i boi się chodzić do przedszkola/szkoły.

Odczytywane zdania:

„*Umie się bawić z innymi dziećmi*”.

„*Smuci się przez cały dzień*”.

„*Wysypia się*”.

„*Boi się chodzić do przedszkola/szkoły*”.

„*Czuje się kochany i potrzebny*”.

### Wnioski

Niewątpliwie koncepcja zdrowia zmienia się wraz z wiekiem dziecka i jest efektem automatycznego przechodzenia przez kolejne stadia rozwoju poznawczego. Podejmując działania z zakresu edukacji zdrowotnej w przedszkolu oraz szkole, niewątpliwie należy dokonać diagnozy wiedzy zdrowotnej dzieci. Niestety, opracowania dotyczące tego aspektu są stosunkowo nieliczne. Interesującego przeglądu badań nad rozumieniem zdrowia i choroby przez dzieci dokonali L.R. Schmidt i G. Lehmkuhl<sup>450</sup>, a na gruncie polskim – K. Puchalski<sup>451</sup>. Badania te jednakże przeprowadzane były stosunkowo dawno i straciły na aktualności. Jak wynika z badań własnych, poziom rozumienia podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym można uznać za wysoki. Dzieci wiedzą, czym jest zdrowie oraz w jaki sposób powinno się o nie dbać. Ponadto z łatwością potrafią rozpoznać człowieka zdrowego nie tylko w wymiarze fizycznym, lecz również psychicznym i społecznym. Uczniowie klas I-III bardziej precyzyjnie umieją określić, czym jest zdrowie, biorąc pod uwagę wszystkie jego aspekty. Ma to zapewne związek z większym zasobem wiedzy oraz bogatszym słownictwem w porównaniu z dziećmi w wieku przedszkolnym. Dzieciom zdrowie kojarzy się ze zjawiskiem pozytywnym, a choroba z negatywnym. Do podobnych wniosków doszła Y. Woźniakowa<sup>452</sup>, której badania nad koncepcją zdrowia pokazały, że dzieci w młodszym wieku szkolnym opisują zdrowie, odwołując się do własnej wiedzy na temat wyglądu, samopoczucia oraz aktywności człowieka. Potrafią trafnie określić zdrowego człowieka oraz posiadają wiedzę o zasobach pomagających zachować dobre zdrowie oraz o zachowaniach sprzyjających zdrowiu. Otrzymane wyniki badań wskazują ponadto, że dzieci łączą chorobę z określonymi deficytami dobrostanu zarówno fizycznego, jak i psychicznego oraz społecznego. Można

---

<sup>450</sup> L.R. Schmidt, G. Lehmkuhl, *Krankheits-Konzepte bei Kindern. Literaturubersicht*, „Fortschritte – der Neurologie – Psychiatrie” 1994, Februar, vol. 62, no. 2, s. 50-65.

<sup>451</sup> K. Puchalski, *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, R. 1, nr 1-2.

<sup>452</sup> Y. Woźniakowa, *Rozumienie choroby...*, op. cit.

również stwierdzić, że dziecięca koncepcja zdrowia jest wielowymiarowa i obejmuje, jak trafnie zauważył również Kalnins<sup>453</sup>, bycie sprawnym, aby wykonywać różne czynności życiowe, zachowania sprzyjające zdrowiu, takie jak odpowiednie odżywianie się, sen, aktywność fizyczna, oraz zdrowie psychiczne, rozumiane jako dobre samopoczucie oraz utrzymywanie dobrych relacji z innymi. Poznanie, w jaki sposób dzieci rozumieją zdrowie i czynniki je warunkujące, nie jest łatwe, ale zdecydowanie stanowi przydatną informację dla nauczycieli w realizacji edukacji zdrowotnej. Wysoka wiedza dzieci w wieku wczesnoszkolnym odnośnie do czynników warunkujących dobre i złe samopoczucie została potwierdzona również w innych badaniach<sup>454</sup>. Większość tych czynników dotyczyła zarówno zdrowia fizycznego, jak i zdrowia psychospołecznego (relacje z innymi, uczucia). Niewątpliwie w edukacji zdrowotnej poznanie tego, co dzieci już wiedzą, powinno być podstawą do rozwijania umiejętności wykorzystywania tej wiedzy w codziennym życiu oraz do stwarzania im warunków i możliwości praktykowania zachowań prozdrowotnych<sup>455</sup>. Niewątpliwie w edukacji zdrowotnej poznanie tego, co dzieci już wiedzą, powinno również dla nauczycieli stanowić informację zwrotną odnośnie do poziomu rozumienia poszczególnych zagadnień zdrowotnych, a co za tym idzie – możliwości wprowadzenia ewentualnych zmian lub rozszerzeń w metodyce kształtowania zachowań zdrowotnych.

### **3.2. Edukowanie zdrowotne dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym przez nauczycieli podczas zajęć**

Jednym z założeń badania było poznanie odpowiedzi na pytanie, czy dzieci uczęszczające do przedszkola i uczniowie klas I-III podczas zajęć są edukowane w zakresie zdrowia przez swoich nauczycieli. Niewątpliwie w procesie promowania zdrowia w przedszkolu/szkole decydujące znaczenie ma uświadomienie uczniom tego, że zdrowie jest wartością, którą należy rozwijać i umacniać. Z kolei osobą, która w najlepszy sposób może wspomóc ucznia w tworzeniu potencjału zdrowia, jest kompetentny oraz zaangażowany nauczyciel<sup>456</sup>.

Aby uzyskać odpowiedź na postawione pytanie, przeprowadzono z dziećmi zogniskowany wywiad fokusowy oraz dokonano obserwacji uczestniczącej podczas zajęć z edukacji zdrowotnej. Podczas wywiadu zapytano dzieci, skąd mają wiedzę na temat

---

<sup>453</sup> I. Kalnins, R. Love, *Children's concepts...*, op. cit.

<sup>454</sup> D. Szydźiak, M. Woynarowska-Sołdan, *Postrzeganie...*, op. cit.

<sup>455</sup> Ibidem, s. 89.

<sup>456</sup> K. Wojciechowska, *Nauczyciel przewodnikiem w procesie promowania zdrowia w szkole*, „Roczniki Pedagogiczne” 2014, t. 6(42), nr 2, 2014, s. 127-141.

zdrowia, którą wcześniej się pochwaliły (aneks nr 5 pyt. 6, aneks nr 6 pyt. 6). Dzieci z przedszkoli najczęściej wskazywały na rodziców jako na źródło tego typu informacji. W jednym z przedszkoli (w mieście) dzieci spontanicznie przytoczyły przykłady zajęć edukacyjnych odbywających się na terenie placówki, takich jak wizyta stomatologa czy ratownika medycznego, który zaprezentował krótki kurs pierwszej pomocy. Z łatwością były w stanie przedstawić informacje, które zostały im przekazane – numer telefonu alarmowego 112, liczbę uciśnień klatki piersiowej. W innym badanym przedszkolu dzieci potwierdziły, że na terenie placówki odbywają się zajęcia o tematyce zdrowotnej, jednak nie potrafiły przytoczyć żadnego przykładu. Zaznaczyły natomiast, że wszystkie informacje o tym, jak postępować, żeby być zdrowym (myć zęby, jeść owoce i warzywa), przekazują im rodzice. Nieco inaczej przedstawiała się sytuacja w szkołach. Dzieci częściej twierdziły, że to w szkole dowiadywały się na temat zdrowego trybu życia, w tym zdrowego żywienia. W jednej ze szkół (w mieście) dzieci wymieniły akcje, jakie organizowano w ich szkole: „Bezpieczne ferie”, „Śniadanie Daje Moc”, „Zdrowe żywienie”. Z łatwością opowiedziały o tym, czego nauczyły się podczas tych akcji oraz na czym one polegają. W innej szkole (w gminie wiejskiej) dzieci również mówiły o akcjach organizowanych na terenie placówki. Podczas dyskusji nie pojawiły się nazwy tych wydarzeń, ale dzieci były w stanie o nich opowiedzieć. Zajęcia polegały na robieniu kanapek, poznawaniu przypraw, rozmowie na temat piramidy żywienia.

Nieco innych informacji dostarczyła analiza obserwacji uczestniczącej podczas zajęć z edukacji zdrowotnej (aneks nr 7, aneks nr 8). Na wstępie należy zaznaczyć, że zajęcia te były umawiane na konkretny termin, dlatego też nauczyciele zostali poinformowani o obecności badacza podczas zajęć. Zajęcia z edukacji zdrowotnej w trzech placówkach odbywały się w sali lekcyjnej, a w jednej placówce na sali gimnastycznej. Warto również podkreślić, że wszystkie sale przed zajęciami były wietrzone, zdarzało się, że nauczyciele zachęcali na przerwie dzieci do picia wody oraz pytali dzieci o ich samopoczucie. Na zajęciach podejmowano zagadnienia związane ze zdrowym odżywianiem, higieną jamy ustnej oraz aktywnością fizyczną.

Podczas wszystkich zajęć podejmujących tematykę edukacji zdrowotnej nauczyciele zarówno wychowania przedszkolnego, jak i edukacji wczesnoszkolnej na bieżąco wplatali w nie treści związane ze zdrowiem. Ponadto nauczyciele korzystali z każdej okazji, aby zwrócić szczególną uwagę na kształtowanie zdrowego stylu życia swoich wychowanków. Wykorzystywali również zróżnicowane formy i środki dydaktyczne takie jak tablice multimedialne, rzutniki, projektory, liczne karty prac, a w jednej z placówek nawet fantomy

pomocnicze, takie jak sztuczna szczeka czy duża szczoteczka do zębów. Wyświetlane były również filmiki edukacyjne sponsorowane przez firmy zewnętrzne. Zajęcia związane z aktywnością fizyczną odbywały się w dużej, przestronnej sali gimnastycznej, bogato wyposażonej w sprzęt do ćwiczeń.

Nauczyciele w ciekawy sposób próbowali zainteresować dzieci treściami związanymi z edukacją zdrowotną oraz zachęcali do dyskusji. Nawiązywali również do zagadnień z tego zakresu omawianych wcześniej na innych zajęciach. Tylko w jednej placówce pomimo przygotowania nauczyciela można było odnieść wrażenie, że grupa jest „oporna”. Wydaje się, że przyczyną tego stanu była organizacja zajęć w zbyt dużej grupie, liczącej ponad 40 osób (były to grupy łączone). Przekładało się to niestety na małą efektywność prowadzonych zajęć, ponieważ nauczyciel nie potrafił zainteresować dzieci prezentowanym tematem. Również warsztat pracy nauczycieli oparty był na zróżnicowanych metodach, większość nauczycieli była dobrze przygotowana merytorycznie. Ponadto na bieżąco próbowali rozwiązywać zaobserwowane przez siebie trudności w pracy z dziećmi w odniesieniu do kształtowania zdrowego stylu życia. Nauczyciele również starali się osiągnąć maksymalną efektywność i co bardzo istotne, po skończonych zajęciach większość prowadzących przeprowadziła ewaluację. Podczas zajęć z edukacji zdrowotnej brakowało jednak tematów, które poruszałyby kwestie związane ze zdrowiem psychicznym oraz takich, które pomagałyby w rozwijaniu umiejętności życiowych.

### Wnioski

Analizując kolejny problem badawczy szczegółowy, można stwierdzić, że dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym są edukowane zdrowotnie podczas zajęć przez swoich nauczycieli. Uczniowie klas I-III znacznie częściej przywołują nauczycieli jako źródło informacji na temat zdrowia aniżeli dzieci w wieku przedszkolnym, dla których źródłem informacji są rodzice. Zarówno nauczyciele wychowania przedszkolnego, jak i edukacji wczesnoszkolnej podczas zajęć na bieżąco wplatali treści związane z edukacją zdrowotną, byli przygotowani do prowadzenia zajęć oraz stosowali zróżnicowane formy i środki dydaktyczne. Podczas zajęć z edukacji zdrowotnej brakowało jednak tematów związanych ze zdrowiem psychicznym oraz takich, które pomagałyby w rozwijaniu umiejętności życiowych. Te kwestie nie zostały w ogóle poruszone. Rozwijanie tych umiejętności jest możliwe we wszystkich okresach życia, ale szczególnie potrzebne jest w dzieciństwie, dlatego nie może być pominięte w przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej.



Wyniki badań własnych wskazują, że nauczyciele bardzo dobrze wywiązują się z obowiązku przekazywania swoim wychowankom treści z zakresu edukacji zdrowotnej, a ich przekaz nie budzi żadnych zastrzeżeń. Niemniej jednak można było odnieść wrażenie, że zajęcia te były nieco wyreżyserowane, czego niestety nie udało się wyeliminować, biorąc pod uwagę fakt, że zajęcia były wcześniej z nauczycielami konsultowane co do terminu ich realizacji.

### **3.3. Ocena stopnia zainteresowania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym problematyką zdrowotną podczas zajęć z edukacji zdrowotnej**

Aby dokonać oceny stopnia zainteresowania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym problematyką zdrowotną, dokonano obserwacji uczestniczącej dzieci w trakcie trwania zajęć. Podczas wstępnej obserwacji można było zauważyć, że dzieci nie zostały specjalnie przygotowane na przybycie na zajęcia „gościa” z zewnątrz, dlatego były bardzo spontaniczne. Obecność osoby dorosłej niezwiązanej z placówką budziła w nich ciekawość, przez co zadawali nauczycielowi dużo pytań.

Dzieci zarówno podczas zajęć w przedszkolu, jak i w szkole sprawiały wrażenie zainteresowanych treściami związanymi z edukacją zdrowotną oraz kształtującymi zdrowy styl życia. Chętnie stosowały się do poleceń nauczyciela. Można było również zauważyć, że z własnej inicjatywy wykonywały czynności związane dbaniem o zdrowie. Dzieci, którym przeszkadzał katar, samodzielnie udawały się do kącika z chusteczkami higienicznymi i z niego korzystały. Również chętnie sięgały po wodę, która w większości placówek była ogólnie dostępna. Ponadto podczas zajęć w przedszkolu można było zauważyć, że dzieci po skorzystaniu z toalety myły ręce – czyniły to również po skończonych zabawach. Zaobserwowano również, że większość uczniów klas I-III podczas siedzenia przyjmowała prawidłową postawę ciała. Dzieci bardzo chętnie uczestniczyły też w zabawach grupowych związanych z edukacją zdrowotną, nieraz same dopytywały nauczyciela o kwestie dotyczące zdrowia, niejednokrotnie wychodząc poza prezentowane treści. Nie zaobserwowano u dzieci żadnych trudności w rozumieniu przedstawianej im tematyki. Pod koniec zajęć zarówno dzieci w wieku przedszkolnym, jak i wczesnoszkolnym sprawiały wrażenie znudzonych prezentowanymi treściami i rozkojarzonych. Ich zainteresowanie tymi zagadnieniami kończyło się po 30 minutach. W grupach przedszkolnych było to bardziej zauważalne, dzieci zaczynały rozmawiać ze sobą, kładły się na podłodze. Na zajęciach w salach lekcyjnych również robiło się głośno, w trakcie zajęć z jedną grupą nauczyciel miał znaczne trudności z jej opanowaniem. Zaobserwowano także podejmowanie przez uczniów zachowań

ryzykownych, podczas zajęć z przygotowywania zdrowych posiłków w sposób nienależyty i ryzykowny korzystali ze sztucców.

### Wnioski

Niewątpliwie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym stanowią dużą grupę populacji, której edukacja zdrowotna jest szczególnie potrzebna. Ponadto edukacja ta prowadzona na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w sposób dostosowany do możliwości psychofizycznych dzieci przyczynia się do wzrostu ich zainteresowania zdrowiem, a co za tym idzie – sprzyja utrwaleniu właściwych zachowań zdrowotnych dzieci. Bardzo ważne jest, aby treści z zakresu edukacji zdrowotnej umiejętnie wplatać w program zajęć w sposób, który sprawi, że będą one ciekawe i zrozumiałe dla odbiorcy. Ponadto należy pamiętać, że uczenie się zachodzi w społecznym kontekście podczas wymiany poglądów. Dlatego dzieci powinny wchodzić w dyskusję, podejmować nieskrępowany dialog, a przede wszystkim uczyć się poprzez doświadczenie. Analizując ten problem badawczy szczegółowy, można stwierdzić, że dzieci zarówno w wieku przedszkolnym, jak i wczesnoszkolnym przejawiają zainteresowanie problematyką zdrowotną. Są bardzo spontaniczne i zaciekawione. Zadają dużo pytań i oczekują na nie rzetelnych odpowiedzi. Różnorodność stosowanych form przekazu oraz wykorzystanie ciekawych środków dydaktycznych z pewnością przyczyni się do jeszcze lepszego zrozumienia prezentowanych treści. Zajęcia z edukacji zdrowotnej szczególnie w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym powinny być krótsze, ponieważ dzieci w tym wieku nie potrafią zbyt długo skupić uwagi i stają się znudzone przedstawianym materiałem.

## **Rozdział 4. Ocena skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach oraz klasach I-III szkół podstawowych w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej**

Imperatywem nauczyciela powinno być nie tylko wypełnianie wielu ról i zadań, bez których proces wychowania i edukacji nie mógłby zaistnieć, ale również dbanie o szeroką wiedzę w zakresie zdrowia swoich podopiecznych. Jak podkreśla B. Woynarowska, to nauczyciel jest kluczową postacią w szkolnej edukacji zdrowotnej i powinien pełnić rolę przewodnika oraz doradcy ucznia<sup>457</sup>. Takie samo zadanie spoczywa również na nauczycielach wychowania przedszkolnego, którzy obok rodziców powinni być pierwszymi edukatorami dzieci w zakresie zdrowia. Ponadto nauczyciel podejmujący się trudu realizacji edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej – powinien oprócz zaangażowania i chęci posiadać rzetelną wiedzę teoretyczną i metodologiczną na temat zdrowia i jego uwarunkowań oraz znać sposoby kształtowania prozdrowotnego stylu życia. Jest to konieczny warunek skuteczności podejmowanych działań.

Niewątpliwie realizacja celów i zadań edukacji zdrowotnej wymaga od nauczycieli odpowiedniej wiedzy, indywidualnego podejścia do problematyki zdrowotnej oraz odpowiednich kompetencji zawodowych. Ponadto nauczyciel powinien być świadomy wartości dostępnych programów edukacji zdrowotnej, znać założenia podstawy programowej oraz posiadać umiejętność doboru stosownych metod i środków realizacji tej edukacji.

Z drugiej strony, bardzo ważne jest poznanie opinii nauczycieli odnośnie do rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej. Po zapoznaniu się z fachową literaturą i badaniami można stwierdzić, że nie istnieją badania dotyczące oceny skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach oraz klasach I-III szkół podstawowych w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej. Jeżeli już podobne badania występują, dotyczą one głównie poznania opinii nauczycieli wychowania fizycznego lub nauczycieli różnych typów szkół na wyższych etapach kształcenia. Zważywszy na powyższe, uzyskanie informacji zwrotnej na temat metodyki pracy nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, o ewentualnych napotkanych trudnościach w realizowaniu zagadnień związanych z tematyką zdrowotną,

---

<sup>457</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, 2011, op. cit., s. 53.

pozwole na zbudowanie ulepszonych modeli skutecznych oddziaływań w odniesieniu do edukacji zdrowotnej oraz na wyodrębnienie najlepszych praktyk w tym zakresie.

#### **4.1. Dostrzeganie potrzeby realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną oraz ich ważność w opinii badanych nauczycieli**

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, czy nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej dostrzegają potrzebę realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną na prowadzonych przez siebie zajęciach i czy uznają tę tematykę za ważną, poproszono ich o wypełnienie anonimowego kwestionariusza ankiety (aneks nr 9, aneks nr 10). Na początku zapytano nauczycieli o **ocenę przydatności edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej** (pyt. 1, wykres 9). Tylko nauczyciel przekonany o przydatności oraz ważności przekazywanych treści zdrowotnych jest w stanie przekazać je w sposób przekonujący i efektywny.

Niemal wszyscy respondenci pracujący w przedszkolach i szkołach ocenili, że edukacja zdrowotna jest niezwykle ważna, ponieważ dziecko już od najmłodszych lat powinno być edukowane zdrowotnie (odpowiednio: 96,6%; 97,4%). Pozostali ankietowani nie mieli zdania. Tylko jeden nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej stwierdził, że edukacja zdrowotna nie ma znaczenia na tym etapie, ponieważ dzieci powinny być edukowane zdrowotnie dopiero na drugim etapie edukacyjnym (0,5%). Wynik ten jest bardzo zadowalający, ponieważ badani nauczyciele w większości uważają, że edukacja zdrowotna odgrywa ważną rolę w całokształcie oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych placówek, w których pracują.

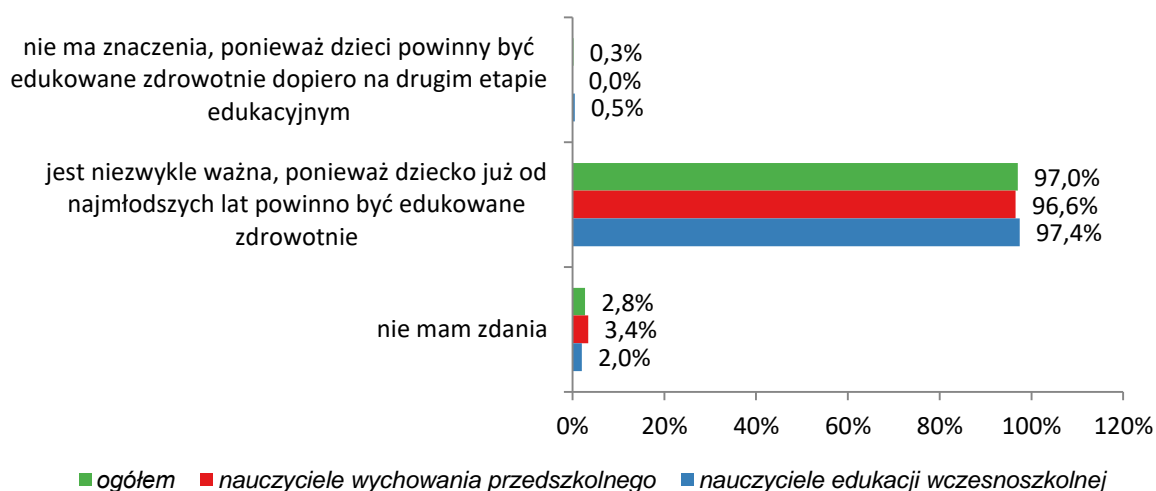
Poczucie u nauczycieli przydatności oraz ważności edukacji zdrowotnej jest niezwykle istotne, jako że tylko świadomy nauczyciel będzie umiał przekazać swoim wychowankom wiedzę o zdrowiu w sposób należyty, a przede wszystkim, uznając tę tematykę za ważną, będzie wplatał wątki zdrowotne podczas każdej nadarzającej się okazji. Podobne podejście nauczycieli do ważności tematyki zdrowotnej zostało potwierdzone w badaniach własnych P.F. Nowaka<sup>458</sup>, w których badani nauczyciele różnych typów szkół w znacznej większości uważali, że edukacja zdrowotna powinna zajmować istotne miejsce w całokształcie oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych współczesnej szkoły. Do podobnych wniosków doszli również badacze z Uniwersytetu Rzeszowskiego<sup>459</sup>, których wyniki badań wskazują, że zdecydowana większość nauczycieli dostrzega potrzebę edukowania uczniów w zakresie zdrowia.

---

<sup>458</sup> P.F. Nowak, *Model edukacji...*, op. cit.

<sup>459</sup> M. Zadarko-Domaradzka, P. Matłosz, K. Warchoń, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 678.

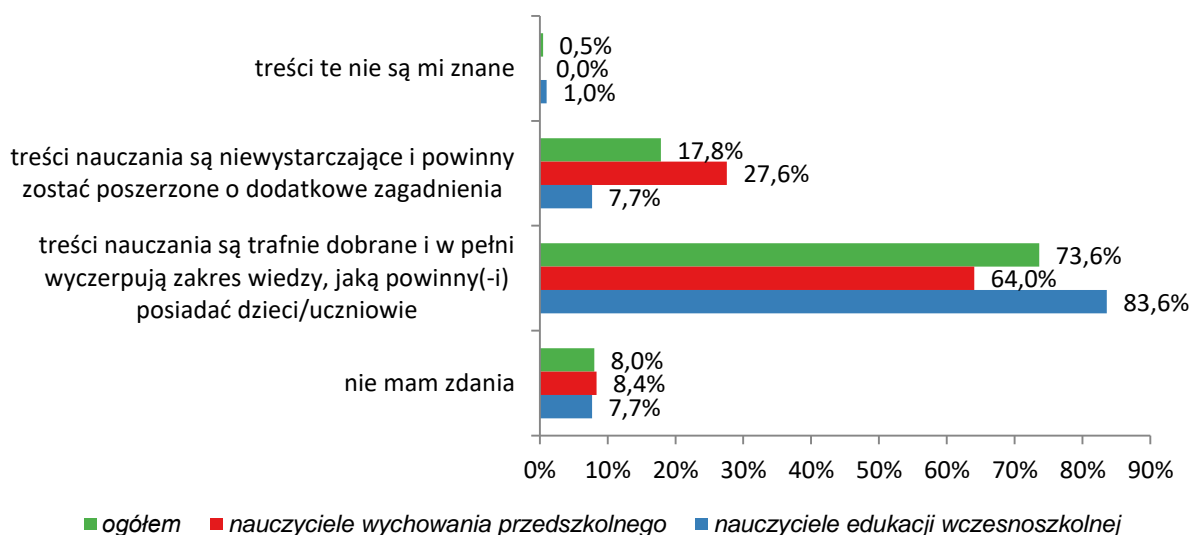
Wykres 9. Ocena przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej przydatności edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej



W kwestionariuszu ankiety znalazło się również pytanie dotyczące **oceny poziomu trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej w podstawie programowej** (aneks nr 9 pyt. 2, aneks nr 10 pyt. 2, wykres 10). Większość nauczycieli uczestniczących w badaniu uznała, że treści nauczania dotyczące edukacji zdrowotnej wynikające z podstawy programowej są trafnie dobrane i w pełni wyczerpują zakres wiedzy, jaką powinny posiadać dzieci, jednak istotnie częściej odpowiedzi takiej udzielali uczący w szkołach niż prowadzący zajęcia w przedszkolach (odpowiednio: 83,6%; 64,0%) – zależność potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

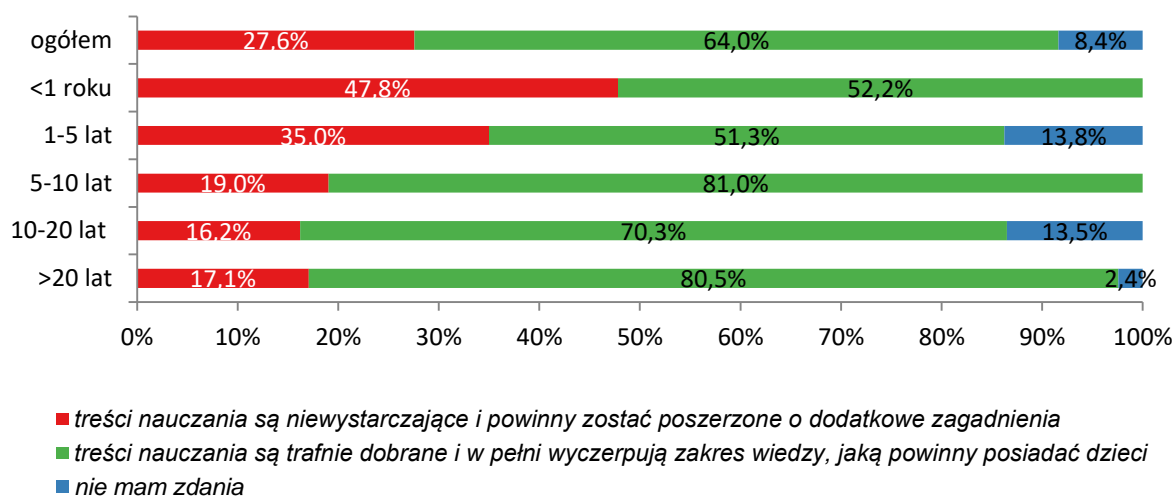
Częściej niż co czwarty nauczyciel wychowania przedszkolnego przyznawał, że treści są niewystarczające i powinny zostać poszerzone o dodatkowe zagadnienia (27,6%). Niestety żaden z nauczycieli wychowania przedszkolnego nie wymienił propozycji takich zagadnień. Wśród nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej odpowiedziało w ten sposób 7,7% (zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,001$ ). Co ważne, nauczyciele ci wymieniali propozycje rozszerzeń, wskazując na uzupełnienie podstawy o tematy związane ze zdrowym żywieniem oraz znajomością chorób. Tematy te jednakże są zawarte w podstawie, więc propozycja jej rozszerzenia o te właśnie zagadnienia wskazuje na braki w znajomości treści zawartych w tym dokumencie u nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. Pozostali nauczyciele nie mieli zdania na ten temat. Treści, o których mowa w pytaniu, nie były znane 1% ankietowanych nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego.

Wykres 10. Ocena poziomu trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej wynikających z podstawy programowej – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej



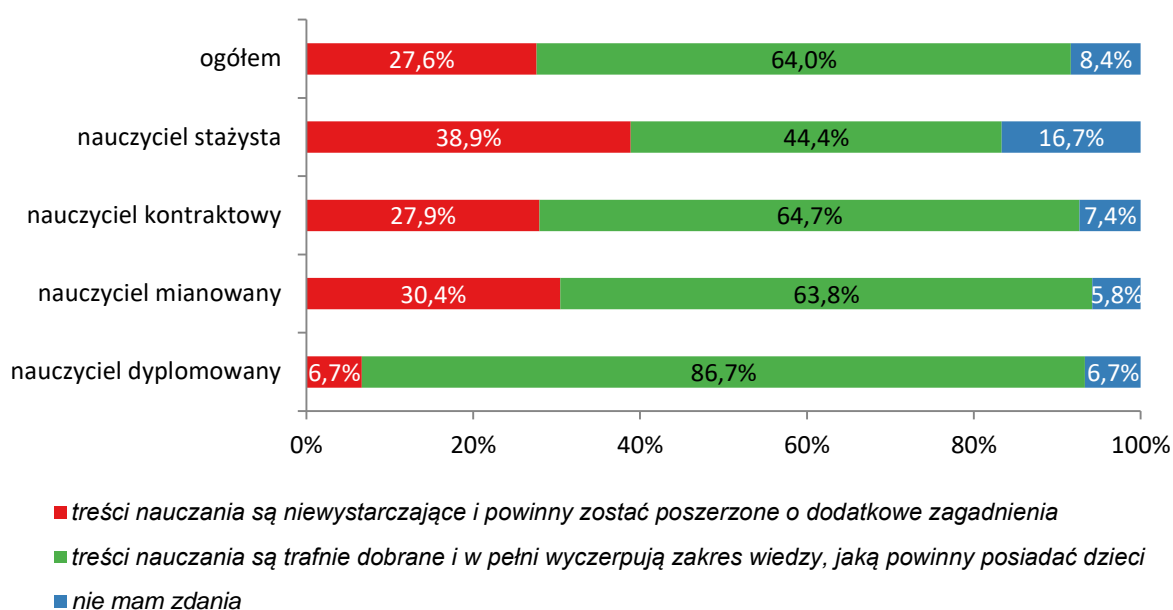
Można zaobserwować, że wraz ze wzrostem stażu pracy badanych nauczycieli wychowania przedszkolnego spada udział odpowiadających „treści nauczania są niewystarczające”. Odsetek odpowiedzi „treści nauczania są trafnie dobrane” jest wyższy wśród średnich i starszych stażem. Zależności zostały potwierdzone testem Fishera ( $p < 0,01$ ) – wykres 11.

Wykres 11. Ocena poziomu trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego wynikających z podstawy programowej a staż pracy ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego



Ocena treści nauczania jako trafnie dobranych najrzadsza była wśród badanych prowadzących zajęcia w przedszkolach, którzy mieli status nauczycieli stażystów, natomiast częstsza wśród bardziej doświadczonych (u dyplomowanych dochodząc do 86,7%) – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ) – wykres 12.

Wykres 12. Ocena poziomu trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego wynikających z podstawy programowej a stopień awansu zawodowego ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego



Nauczycieli uczestniczących w badaniu poproszono również, by przy użyciu skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie tak”, 2 – „raczej tak”, 3 – „nie mam zdania”, 4 – „raczej nie” i 5 – „zdecydowanie nie”, **ocenili stwierdzenia dotyczące edukacji zdrowotnej** (aneks nr 9 pyt. 16, aneks nr 10 pyt. 16, wykres 13).

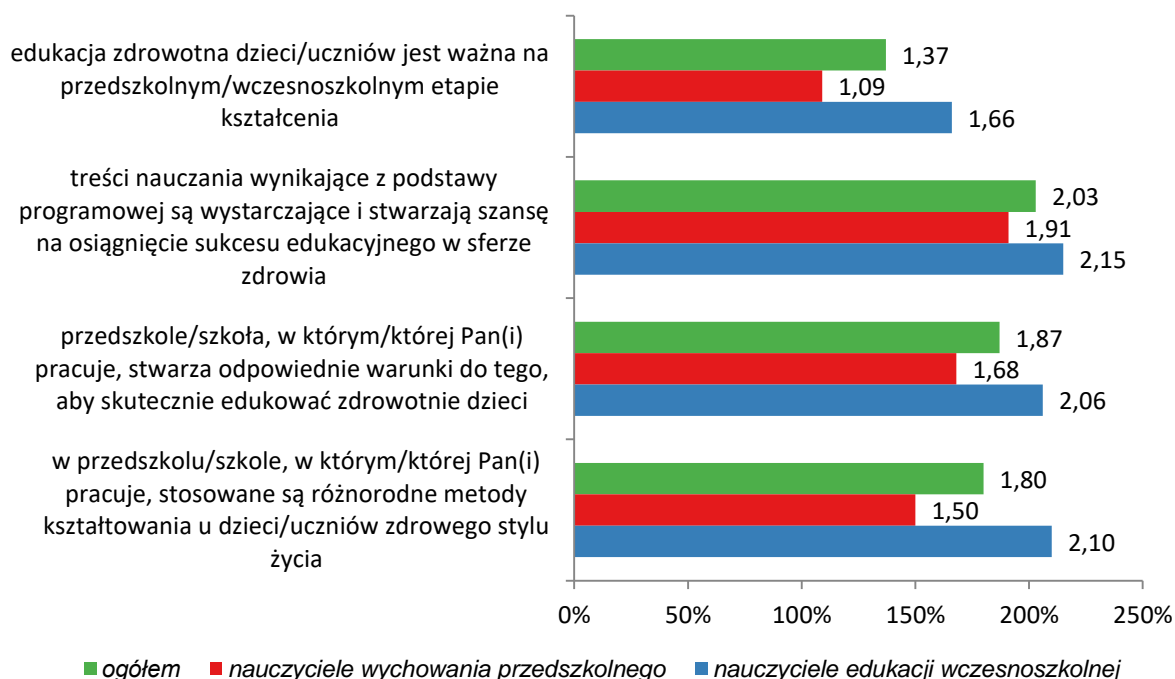
Wszystkie zaproponowane zdania otrzymały gorsze średnie ocen wśród nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej.

Najlepszą średnią, zarówno wśród pracujących w przedszkolach, jak i szkołach, uzyskało zdanie „edukacja zdrowotna dzieci jest ważna na etapie wychowania przedszkolnego / edukacji wczesnoszkolnej” (odpowiednio: 1,09; 1,66), zależność potwierdzona testem U Manna-Whitney’a ( $p < 0,001$ ). Nieco gorzej oceniono stwierdzenia „w przedszkolu/szkole, w którym/której Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody

kształtowania u dzieci/uczniów zdrowego stylu życia” (1,50 i 2,10), zależność potwierdzona testem U Manna-Whitney’a ( $p < 0,001$ ) oraz „przedszkole/szkoła, w którym/której Pani/Pan pracuje stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie dzieci” (1,68 i 2,06), zależność potwierdzona testem U Manna-Whitney’a ( $p < 0,01$ ).

Najgorszą średnią ocen odnotowano w przypadku zdania „treści nauczania wynikające z podstawy programowej są wystarczające i stwarzają szansę na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia” (przedszkola: 1,91; szkoły: 2,15).

Wykres 13. Średnia ocen czterech stwierdzeń dotyczących edukacji zdrowotnej dzieci dokonanych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej (skala od 1 – zdecydowanie tak, do 5 – zdecydowanie nie)



Po raz kolejny nauczyciele wychowania przedszkolnego potwierdzili, że treści nauczania wynikające z podstawy programowej nie są wystarczające i nie do końca stwarzają szansę na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia. Może to świadczyć o konieczności wprowadzenia zmian systemowych oraz uzupełnienia treści zdrowotnych zawartych w podstawie programowej. Należy jednak zaznaczyć, że podstawa programowa jest dokumentem strategicznym, o charakterze ramowym. Dopełnienie jej szczegółowymi treściami nauczania należy do indywidualnej decyzji każdego nauczyciela, który realizuje



program nauczania dopuszczony do użytku w placówce przez dyrektora. Ponadto do autonomicznych decyzji każdego nauczyciela należy również dobór form, metod oraz środków dydaktycznych. W związku z tym należy podkreślić, że nauczyciele, którzy widzą braki w treściach z zakresu edukacji zdrowotnej, mogą je we własnym zakresie uzupełnić i poszerzyć w ten sposób, aby w ich opinii stwarzały szansę na osiągnięcie sukcesu w sferze zdrowia. Do tego niezbędne jest jednak inwestowanie w rozwój kompetencji nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej oraz doskonalenie ich umiejętności osobistych i społecznych<sup>460</sup>.

Nauczycieli poproszono również o określenie, **w ramach jakich obszarów kształcenia powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej** (aneks nr 9 pyt. 3, aneks nr 10 pyt. 3, wykres 14).

Najczęściej ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego uważali, że obszarami, w ramach których powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego, są: kształtowanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i kulturalnych (82,8%), wychowanie zdrowotne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci (79,8%), a także wdrażanie dzieci do dbałości o bezpieczeństwo własne i innych (72,7%). Najrzadziej udzielano odpowiedzi „w każdym obszarze” (10,6%). Wynik ten jest bardzo niepokojący, ponieważ do treści z zakresu edukacji zdrowotnej powinno się nawiązywać jak najczęściej i przy każdej nadarzającej się okazji. Świadomy i kompetentny nauczyciel powinien na bieżąco wplatać wątki zdrowotne podczas zajęć z dziećmi. Jak twierdzi A. Kapuścińska<sup>461</sup>, włączenie tematyki zdrowotnej w różne obszary edukacji przyczynić się może do lepszego jej poznania i zrozumienia przez uczniów.

33,8% nauczycieli wychowania przedszkolnego dostrzega potrzebę utworzenia nowego obszaru „zdrowie”. Znacząca grupa nauczycieli nie widzi jednak konieczności wprowadzania do systemu edukacji nowego przedmiotu „zdrowie” oraz uważa, że tematyka edukacji zdrowotnej nie powinna być realizowana w każdym obszarze kształcenia.

---

<sup>460</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 223.

<sup>461</sup> A. Kapuścińska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 67-74.

Wykres 14. Obszary kształcenia, w ramach których zdaniem nauczycieli wychowania przedszkolnego powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego



O obszarze „kształtowanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i kulturalnych” istotnie rzadziej niż inni wspominali badani nauczyciele wychowania przedszkolnego ze stażem pracy od 10 do 20 lat (64,9%) i do 1 roku (73,9%) – tabela 11. Zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

Częstotliwość udzielania odpowiedzi „kształtowanie umiejętności społecznych dzieci” spadała wraz ze wzrostem stażu pracy ankietowanych (z wyjątkiem grupy „powyżej 20 lat”). Zależność została potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Tabela 11. Obszary kształcenia, w ramach których zdaniem nauczycieli wychowania przedszkolnego powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego, a staż pracy ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego

	N	Ogółem	<1 roku	1-5 lat	5-10 lat	10-20 lat	>20 lat
Kształtowanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i kulturalnych	164	82,8%	73,9%	86,3%	100,0%	64,9%	88,9%
Kształtowanie umiejętności społecznych dzieci	82	41,4%	69,6%	41,3%	28,6%	29,7%	41,7%

Odsetek deklarujących pomaganie dzieciom w rozumieniu istoty zjawisk atmosferycznych i w unikaniu zagrożeń spadał wraz ze wzrostem stopnia awansu zawodowego badanych nauczycieli wychowania przedszkolnego (tabela 12) – zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ). Podobnie było w przypadku kształtowania umiejętności społecznych dzieci (z wyjątkiem nauczycieli mianowanych) – zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,001$ ). O każdym obszarze mówili najczęściej stażyści, a najrzadziej – nauczyciele mianowani (test Fishera,  $p < 0,05$ ).

Tabela 12. Obszary kształcenia, w ramach których zdaniem nauczycieli wychowania przedszkolnego powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego, a stopień awansu zawodowego ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego

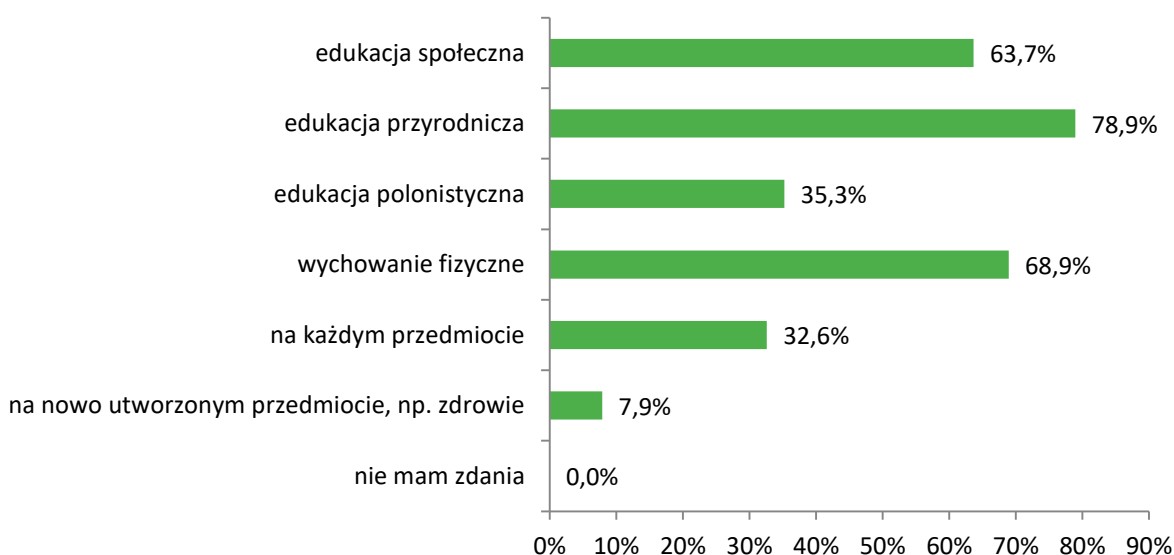
	<b>N</b>	<b>Ogółem</b>	<b>Stażysta</b>	<b>Kontraktowy</b>	<b>Mianowany</b>	<b>Dyplomowany</b>
Pomaganie dzieciom w rozumieniu istoty zjawisk atmosferycznych i w unikaniu zagrożeń	128	64,6%	75,0%	67,6%	60,9%	52,0%
Kształtowanie umiejętności społecznych dzieci	82	41,4%	69,4%	36,8%	39,1%	20,0%
W każdym obszarze	21	10,6%	22,2%	10,3%	4,3%	12,0%

Ponad 3/4 nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej, którzy wzięli udział w badaniu, uważało, że obszarem, w ramach którego powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wczesnoszkolnym, jest edukacja przyrodnicza (78,9%) – wykres 15. Często wspomniano też o wychowaniu fizycznym (68,9%) i edukacji społecznej (63,7%). Najrzadziej wskazywano na nowo utworzony przedmiot, np. zdrowie (7,9%). Żaden z respondentów nie wybrał odpowiedzi „nie mam zdania”.

Niepokojący jest fakt, że tylko 7,9% ankietowanych nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej i 33,8% nauczycieli wychowania przedszkolnego dostrzega potrzebę utworzenia nowego przedmiotu „zdrowie”. Niechęć nauczycieli może wynikać z naturalnej awersji do zmian, jak również do ewentualnych dodatkowych obowiązków, jakie mogą wynikać z wprowadzenia nowego przedmiotu. Niechęć ta została też potwierdzona wśród

nauczycieli różnych typów szkół w badaniach P.F. Nowaka<sup>462</sup>. Warto nadmienić, że także w innych krajach europejskich i na świecie edukacja zdrowotna pozostaje na peryferiach programu szkoły<sup>463</sup>. Przedmiot o nazwie „edukacja społeczna, osobista i zdrowotna” został wprowadzony obowiązkowo w Irlandii, a przedmiot „edukacja zdrowotna” został wyodrębniony tylko w Finlandii. W obu przypadkach przedmioty te są realizowane na dalszych etapach kształcenia (wiek uczniów 12-18 lat).

Wykres 15. Obszary kształcenia, w ramach których zdaniem nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej



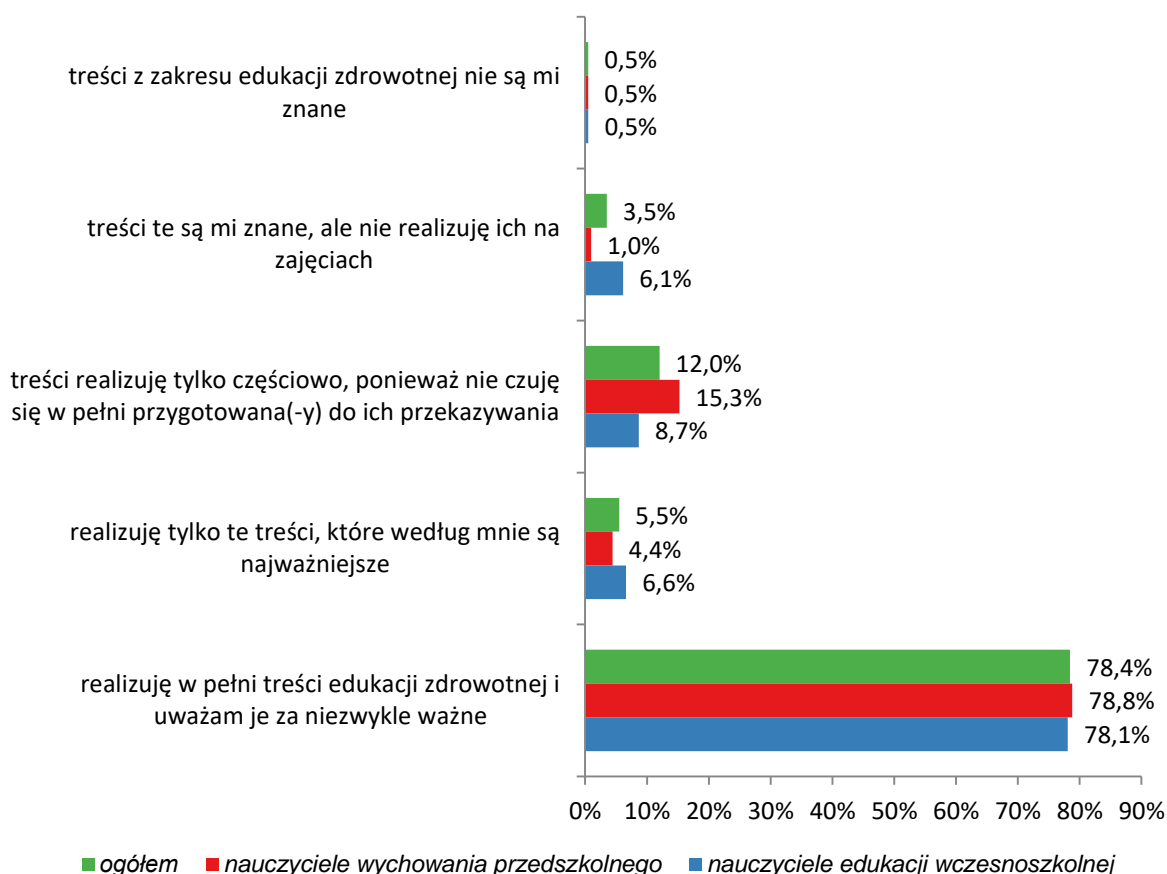
Nauczycieli zapytano również, czy **realizują w pełni treści edukacji zdrowotnej zgodnie z podstawą programową** (aneks nr 9 pyt. 4, aneks nr 10 pyt. 4, wykres 16). Zdecydowana większość respondentów pracujących w przedszkolach i szkołach wskazała, że w pełni realizuje treści edukacji zdrowotnej zgodnie z podstawą programową i uważa je za niezwykle ważne (odpowiednio: 78,8%; 78,1%). Dużo mniej osób mówiło o tym, że treści realizują tylko częściowo, ponieważ nie czują się w pełni przygotowane do ich przekazywania, przy czym istotnie częściej byli to prowadzący zajęcia w przedszkolach (15,3%; szkoły: 8,7%), zależność ta została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,01$ ). Jeszcze mniej badanych przyznało, że treści te są im znane, ale nie realizują ich na zajęciach – istotnie częściej odpowiedzi takiej udzielali uczyący w szkołach (6,1%; przedszkola: 1,0%; test

<sup>462</sup> P.F. Nowak, *Model edukacji...*, op. cit.

<sup>463</sup> L. Kannas, „*Zdrowie*”..., op. cit., s. 28-33.

Fishera,  $p < 0,01$ ). Najmniej badanych nauczycieli wskazało, że treści z zakresu edukacji zdrowotnej nie są im znane (po 0,5%).

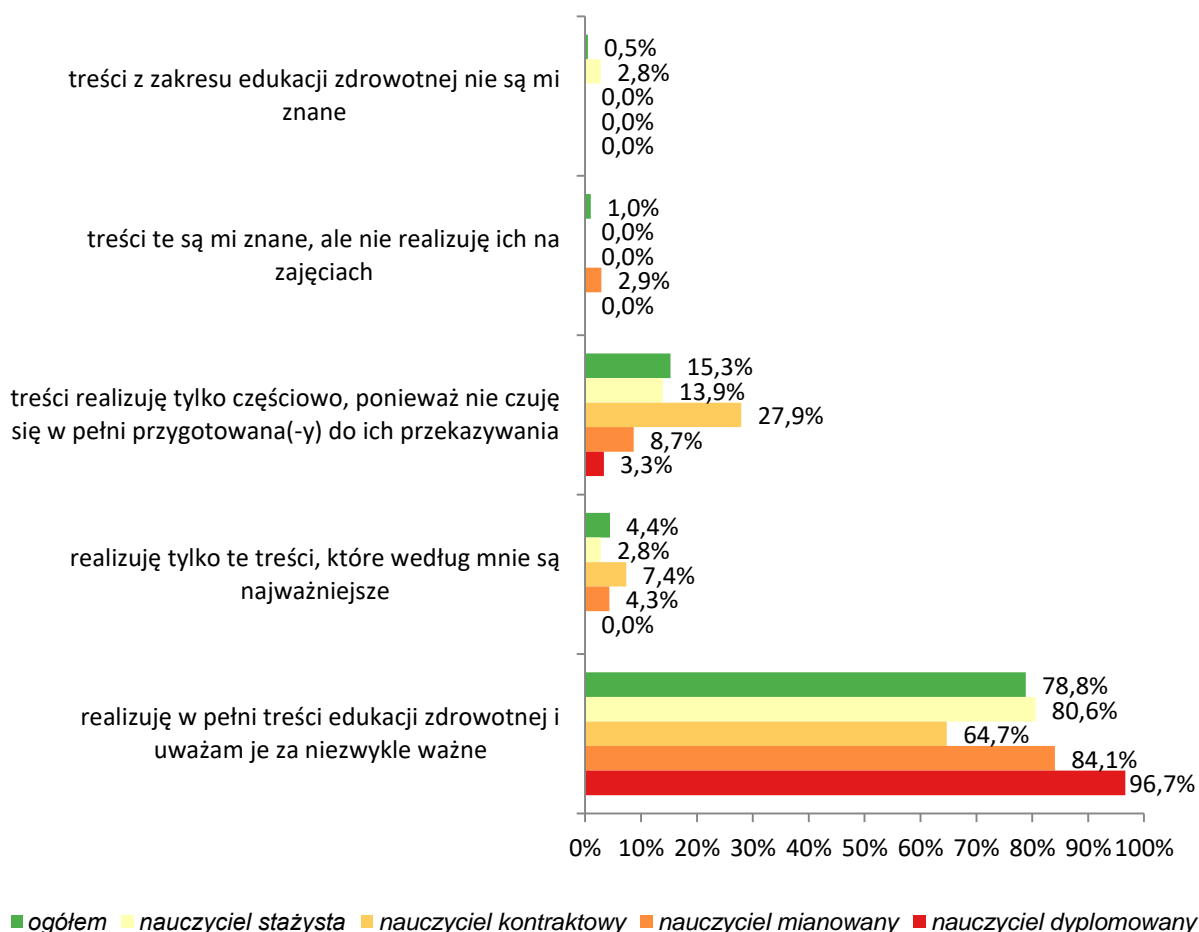
Wykres 16. Realizacja przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej treści edukacji zdrowotnej zgodnie z podstawą programową wychowania przedszkolnego / kształcenia ogólnego dla klas I-III



Odsetek deklarujących realizowanie treści z zakresu edukacji zdrowotnej tylko częściowo z uwagi na niepełne przygotowanie do ich przekazywania bądź też deklarujących realizowanie tylko tych treści, które uważa za najważniejsze, był największy wśród kontraktowych nauczycieli wychowania przedszkolnego (odpowiednio: 27,9%; 7,4%), a najmniejszy w grupie nauczycieli dyplomowanych (odpowiednio: 3,3%; 0,0%) – wykres 17. Wśród ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, którzy stwierdzili, że realizują tylko najważniejsze treści z ich punktu widzenia, pojawiały się stwierdzenia, że najistotniejszymi treściami są tematy zdrowego odżywiania, bezpieczeństwa,

dbałości o higienę oraz aktywności fizycznej. Okazuje się, że tematy związane ze zdrowiem psychicznym oraz rozwijające umiejętności społeczne nie są w ich ocenie istotne, ponieważ nie pojawiły się ani razu w przykładach. Realizację treści edukacji zdrowotnej w pełni wskazali niemal wszyscy nauczyciele dyplomowani (96,7%). Najmniejszy udział udzielających takiej odpowiedzi odnotowano wśród nauczycieli kontraktowych (64,7%). Zależności zostały potwierdzone testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

Wykres 17. Realizacja przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego treści edukacji zdrowotnej zgodnie z nową podstawą programową wychowania przedszkolnego a ich stopień awansu zawodowego



Nauczycieli zapytano również z **jakich programów pracy z zakresu edukacji zdrowotnej korzystają podczas realizacji zajęć** (aneks nr 9 pyt. 5, aneks nr 10 pyt. 5, wykres 18). Zdecydowana większość uczestniczących w badaniu nauczycieli, realizując

zajęcia w zakresie edukacji zdrowotnej, opiera się na podstawie programowej. Istotnie częściej odpowiadali tak uczący w szkołach (91,1%; przedszkola: 86,8%), zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Ponad połowa badanych wskazała, że korzysta z wewnątrzprzedszkolnych/ wewnątrzszkolnych programów profilaktycznych, przy czym istotnie częściej byli to nauczyciele klas I-III (68,2%; przedszkola: 56,3%), test chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ).

Programami profilaktycznymi ułożonymi samodzielnie posługuje się więcej nauczycieli wychowania przedszkolnego niż edukacji wczesnoszkolnej (odpowiednio: 28,4%; 13,0%), zależność została potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Jedynie 1,6% pracowników przedszkoli i 0,5% pracowników szkół przyznało, że nie korzysta z żadnych programów. Wysoki procent nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej deklarujących korzystanie z podstawy programowej wynika z pewnością z obowiązku realizowania treści zdrowotnych w niej zawartych oraz z łatwości do ich dostępu. Warto zwrócić uwagę na fakt, że niewielu nauczycieli korzysta z programów ułożonych samodzielnie. Opracowanie własnego programu z zakresu edukacji zdrowotnej może spełniać rolę pomocniczą oraz służyć w szczególności planowaniu i organizacji procesu nauczania tak, aby efekty określone w podstawie programowej zostały osiągnięte.

Warto odnotować, że wśród nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego z programów profilaktycznych oferowanych szkołom przez różne instytucje częściej korzystają badani posiadający staż pracy od 10 do 20 lat (33,3%), od 1 roku do 5 lat (24,1%) i od 5 do 10 lat (19,4%) niż pozostałe grupy (powyżej 20 lat: 7,0%; do 1 roku: 0,0%), którą to zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

Z wewnątrzprzedszkolnych programów profilaktycznych częściej korzystają najmłodszy stażem nauczyciele wychowania przedszkolnego (do 1 roku: 69,6%) oraz tacy, którzy pracują od 10 do 20 lat (76,5%) – tabela 13. Zależność ta została potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Grupy nauczające od 10 do 20 lat i od 5 do 10 lat najrzadziej korzystają z programów ułożonych przez samych siebie (odpowiednio: 11,8%; 14,3%) – test Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykres 18. Programy pracy z zakresu edukacji zdrowotnej, z jakich korzystają nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego podczas realizacji zajęć z dziećmi/uczniami

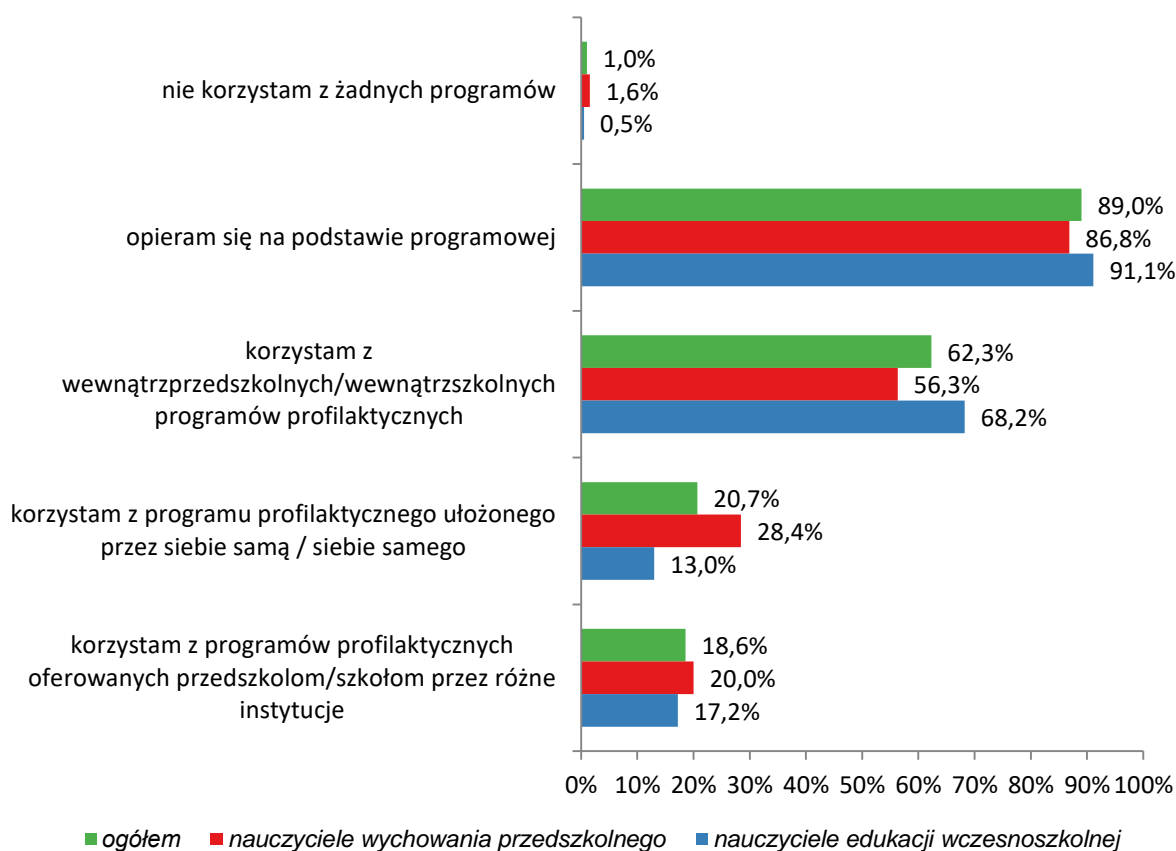


Tabela 13. Programy pracy z zakresu edukacji zdrowotnej, z jakich korzystają ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego podczas realizacji zajęć z dziećmi/uczniami, a ich staż pracy

	N	Ogółem	<1 roku	1-5 lat	5-10 lat	10-20 lat	>20 lat
Korzystam z wewnątrzprzedszkolnych programów profilaktycznych	107	56,3%	69,6%	51,3%	42,9%	76,5%	48,6%
Korzystam z programu profilaktycznego ułożonego przez siebie samą / siebie samego	54	28,4%	39,1%	36,8%	14,3%	11,8%	28,6%

Biorąc pod uwagę stopień awansu zawodowego (wykres 19), korzystanie z wewnątrzprzedszkolnych programów profilaktycznych było najpopularniejsze wśród nauczycieli stażystów, nieco rzadziej opcje tę zaznaczali nauczyciele mianowani

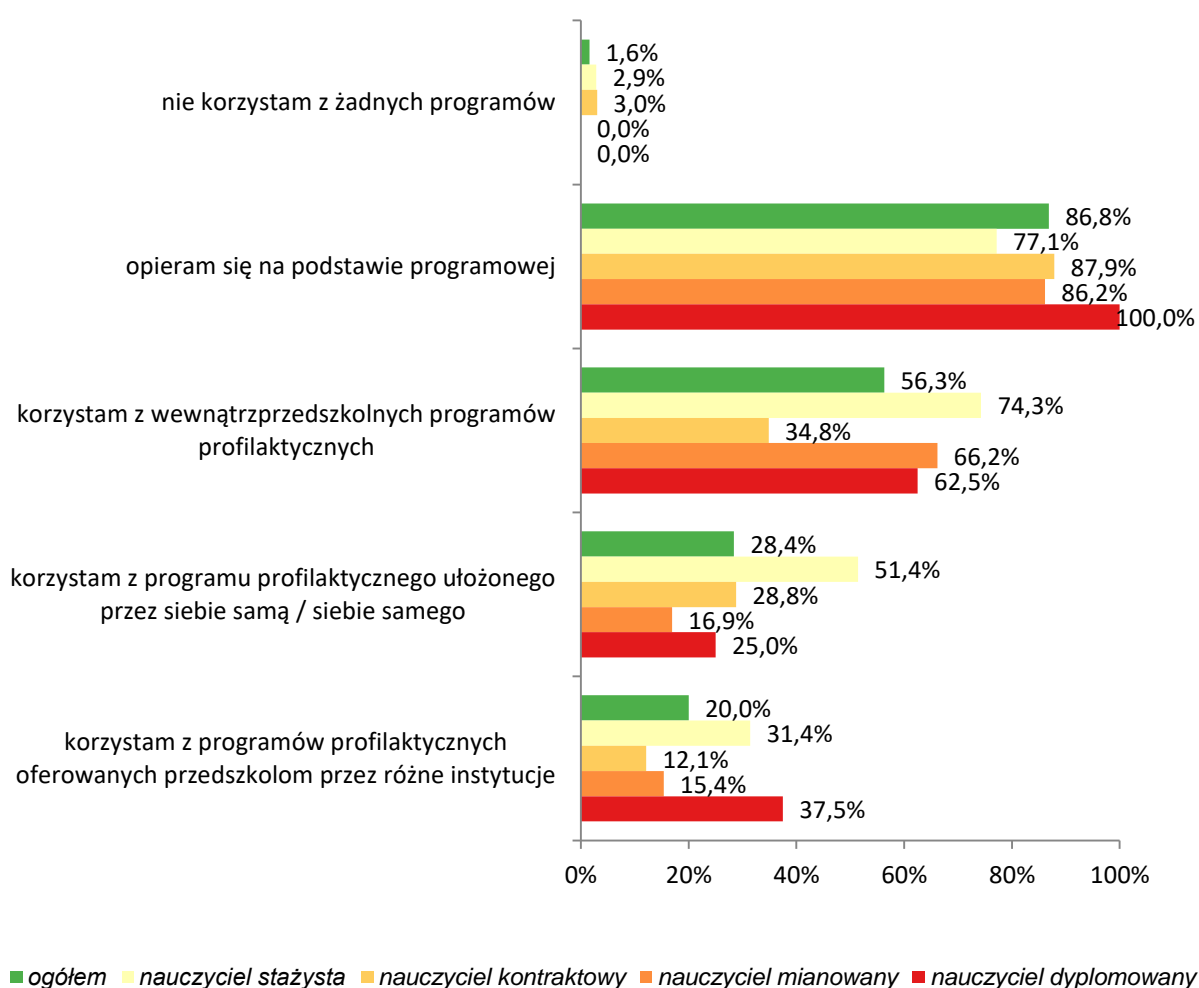


i dyplomowani, a istotnie mniejszym powodzeniem cieszyła się ona w grupie nauczycieli kontraktowych, co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Również korzystanie z opracowanych przez samego nauczyciela programów profilaktycznych było preferowane przez stażystów. Najrzadziej natomiast rozwiązanie to wskazywali nauczyciele mianowani (test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

Inaczej było w przypadku korzystania z programów oferowanych przez zewnętrzne instytucje. Tę opcję zaznaczali najczęściej nauczyciele dyplomowani i stażyści, a najrzadziej – przedstawiciele średnich stopni zawodowych (zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ).

Wykres 19. Programy pracy z zakresu edukacji zdrowotnej, z jakich korzystają ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego podczas realizacji zajęć z dziećmi/uczniami, a ich stopień awansu zawodowego



Jeżeli chodzi o korzystanie przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej z programów profilaktycznych oferowanych przedszkolom przez różne instytucje, to większość nauczycieli wymieniała podstawowe programy, takie jak „Mamo, tato, wolę wodę”, „Szkoła czystych rąk”, „Owoce w szkole”, „Akademia Aquafresh”. Niestety wśród tych programów nie pojawiły się żadne z rekomendowanych programów traktujących o zagadnieniach zdrowia fizycznego, jak i psychicznego dzieci/uczniów, które są sprawdzone i o udowodnionej skuteczności. Zważywszy na powyższe, można uznać, że niski procent nauczycieli deklarujących korzystanie z tego rodzaju programów pracy jest zadowalający.

Ankietowanych nauczycieli poproszono też o określenie, jak często **nawiązują do treści z zakresu edukacji zdrowotnej podczas zajęć** (aneks nr 9 pyt. 9, aneks nr 10 pyt. 9, wykres 20). Ponad połowa nauczycieli wychowania przedszkolnego na prowadzonych przez siebie zajęciach nawiązuje do treści z zakresu edukacji zdrowotnej przez 1-2 godziny tygodniowo (56,7%). Również w przypadku nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego była to najczęściej deklarowana częstotliwość, jednak odsetek był istotnie niższy (45,3%), co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

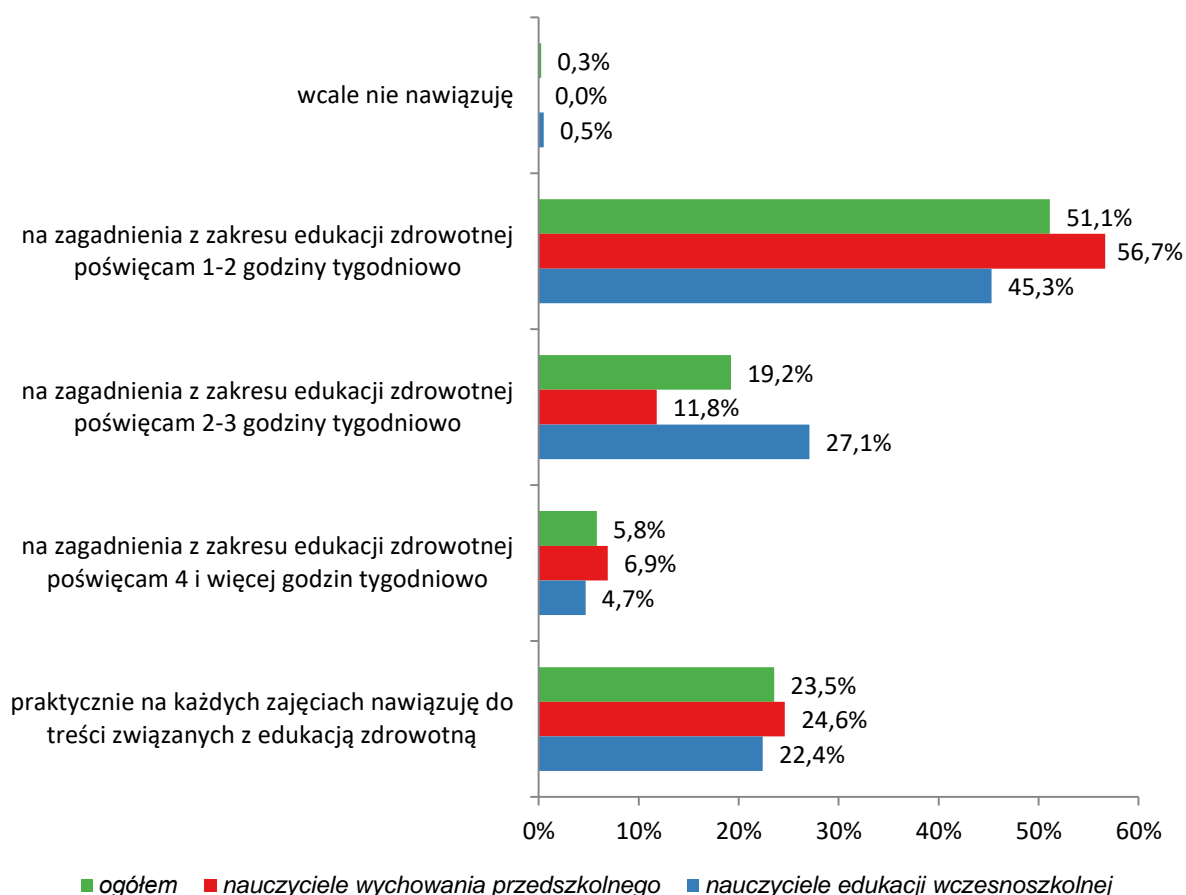
Około 1/4 pracowników przedszkoli i 1/5 reprezentantów szkół do przekazania informacji o zdrowiu wykorzystuje praktycznie każde zajęcia (odpowiednio: 24,6%; 22,4%). To, że tak mała część nauczycieli deklaruje wplatanie treści z zakresu edukacji zdrowotnej przy każdej nadarzającej się okazji, budzi niestety niepokój, ponieważ świadomy i kompetentny „edukator zdrowia” powinien wykorzystać każdą sytuację, aby mówić o zdrowiu i dzielić się swoją wiedzą z wychowankami.

Wśród nauczycieli klas I-III stosunkowo często zaznaczano odpowiedź „na zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej poświęcam 2-3 godziny tygodniowo” (27,1%). Opcja ta była istotnie rzadziej wymieniana przez prowadzących zajęcia w przedszkolach (11,8%) – potwierdzone testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

Wcale nie nawiązuje do treści z zakresu edukacji zdrowotnej 0,5% badanych nauczycieli szkolnych i żaden z reprezentantów przedszkoli.

Warto zaznaczyć, że podstawa programowa nie rozstrzyga, ile czasu nauczyciel ma poświęcić na dany temat, dlatego też właściwe rozłożenie godzin pozostaje w jego gestii. Przy planowaniu należy wziąć pod uwagę potrzeby i oczekiwania uczniów. Jeżeli istnieje taka potrzeba oraz możliwość, nauczyciel może zrealizować więcej wątków, poświęcając na to dowolną ilość czasu w ramach przyznanego czasu.

Wykres 20. Częstotliwość nawiązywania przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej do treści z zakresu edukacji zdrowotnej podczas zajęć



Przeprowadzona analiza literatury przedmiotu oraz licznych badań nie ujawniła takich, w których badano by opinię nauczycieli wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej odnośnie do ważności i potrzeby realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną na prowadzonych przez nich zajęciach. Znacznie częściej badania o podobnej tematyce przeprowadzane są wśród nauczycieli wychowania fizycznego na dalszych etapach kształcenia. Jak wynika z badań własnych, niewątpliwie edukacja zdrowotna na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii nauczycieli jest niezwykle istotna i zajmuje ważne miejsce w całokształcie oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych każdej placówki. Treści nauczania dotyczące edukacji zdrowotnej wynikające z podstawy programowej są znane niemal każdemu nauczycielowi. W opinii zdecydowanej większości nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej są też trafnie dobrane i w pełni wyczerpują zakres wiedzy, jaką powinni posiadać uczniowie. Udział wyrażających taką opinię wśród uczących w przedszkolach powiększał się natomiast wraz ze

wzrostem stażu pracy, a także stopnia awansu zawodowego. Znaczny procent nauczycieli wychowania przedszkolnego zauważył jednak, że treści te są niewystarczające i zdecydowanie wymagają poszerzenia. Niestety nauczyciele ci, nie potrafili wymienić żadnych przykładów rozszerzeń. Warto zwrócić uwagę na fakt, że w podstawie programowej mało jest treści traktujących o zdrowiu psychicznym i kształtowaniu umiejętności życiowych. Nauczyciele, którzy znają dobrze treści podstawy, powinni zaproponować poszerzenie jej właśnie o te ważne elementy, czego niestety nie uczynili.

Obszary, w ramach których powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej, to zdaniem zdecydowanej większości nauczycieli wychowania przedszkolnego kształtowanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i kulturalnych (najczęściej zwracają na to uwagę pracujący od 5 do 10 lat), wychowanie zdrowotne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci, a także wdrażanie dzieci do dbałości o bezpieczeństwo własne i innych.

W opinii nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego obszary powyższego rodzaju to głównie edukacja przyrodnicza, wychowanie fizyczne i edukacja społeczna. Niewielki procent nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej, jak i wychowania wczesnoszkolnego dostrzega potrzebę utworzenia nowego obszaru „zdrowie”. Pomimo tego, że wprowadzenie nowego przedmiotu stwarza szansę na systemowy rozwój określonej dziedziny, nauczyciele nie chcą zmian, być może upatrując w nich dodatkowe obowiązki. Nauczyciele uważają ponadto, że nie w każdym z obszarów wychowania przedszkolnego oraz nie w ramach każdego przedmiotu edukacji wczesnoszkolnej powinny być realizowane treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Pomimo włączania tego rodzaju zagadnień do programów nauczania różnych przedmiotów w innych krajach europejskich – jedynie w dwóch z nich (Finlandia i Irlandia) został utworzony obowiązkowy przedmiot „edukacja zdrowotna” na późniejszych etapach kształcenia. Ponadto, jak wynika z badań<sup>464</sup>, fińscy uczniowie wyrażają pozytywny stosunek do przedmiotu „edukacja zdrowotna”, co zwiększa szansę na skuteczność tej edukacji oraz rozwój alfabetyzmu zdrowotnego uczniów. Warto podkreślić, że edukacja zdrowotna, rozpatrywana jako inwestycja w zasoby ludzkie, powinna być realizowana począwszy od przedszkola i umacniana na etapie edukacji wczesnoszkolnej. W czasie prowadzenia zajęć zdecydowana większość nauczycieli opiera się na podstawie programowej w zakresie edukacji zdrowotnej. Popularne są także wewnątrzprzedszkolne/wewnątrzszkolne programy profilaktyczne. Obie te opcje istotnie częściej wskazywali uczący w szkołach. Wśród nauczycieli wychowania przedszkolnego programy profilaktyczne placówki są preferowane przez osoby o stażu pracy od 10 do 20 lat i do 1 roku, która to zależność

---

<sup>464</sup> T. Aira, R. Valimaa, L. Paakkari, J. Villberg, L. Kannas, *Finish pupils' perception of health education as a school subject*, „Global Health Promotion” 2014, vol. 21, no. 3, s. 6-18.

widoczna jest także przy uwzględnieniu stopnia awansu zawodowego (nauczyciele stażyści i mianowani). Ponad połowa nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej poświęca zdecydowanie za mało godzin tygodniowo na realizację treści z zakresu edukacji zdrowotnej.

#### **4.2. Warunki do edukacji zdrowotnej w przedszkolach i szkołach oraz wsparcie ze strony dyrekcji oraz innych pracowników w realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej**

Nie ulega wątpliwości że edukacja zdrowotna powinna odgrywać zarówno w przedszkolu, jak i szkole ogromną rolę. Jednakże aby uzyskać sukces w sferze zdrowia, niezwykle ważne jest również tworzenie w placówce odpowiedniej atmosfery oraz warunków sprzyjających zdrowiu. Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, czy w opinii nauczycieli przedszkole/szkoła, w której pracują, stwarza odpowiednie warunki do edukacji zdrowotnej dzieci, a dyrekcja oraz inni pracownicy wspierają nauczycieli w realizacji zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej, poproszono ich o wypełnienie anonimowego kwestionariusza ankiety (aneks nr 9, aneks nr 10).

Nauczycieli poproszono, aby określili **warunki, jakie ich zdaniem stworzyły przedszkole/szkoła celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci/uczniów** (pytanie 11, wykres 21). Skuteczna realizacja celów przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej wymaga odpowiedniej infrastruktury zdrowotnej, wyposażenia placówek w niezbędne środki dydaktyczne oraz organizacji środowiska fizycznego. W tym miejscu warto zauważyć, że zapewnianie odpowiednich warunków do skutecznej edukacji zdrowotnej w placówkach wymaga szczególnego podejścia, wiedzy teoretycznej, doświadczenia oraz zaplecza finansowego. Odpowiednio stworzone warunki powinny zagwarantować zarówno uczniom, jak i nauczycielom poczucie bezpieczeństwa, a wprowadzenie nowoczesnych technologii oraz materiałów dydaktycznych – uatrakcyjnić zajęcia z edukacji zdrowotnej oraz zwiększyć zainteresowanie uczniów zagadnieniami związanymi ze zdrowiem. Jak twierdzi B. Woynarowska, środowisko szkolne, w którym uczniowie spędzają wiele godzin, ma istotny wpływ na skuteczność edukacji zdrowotnej. Niewątpliwie w całościowym podejściu do zdrowia bardzo ważne jest również zdrowe oraz bezpieczne środowisko fizyczne i społeczne szkoły<sup>465</sup>.

W zdecydowanej większości przedszkoli, w których pracują ankietowani, w ramach stworzenia warunków dla maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci odpowiednio dostosowano sale i inne pomieszczenia, np. łazienki, do swobodnej edukacji zdrowotnej

<sup>465</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja...*, 2014, op. cit., s. 39, 42.

dzieci (70,6%). Istotnie rzadziej odpowiedź tę wskazywano w szkołach (50,0%), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Zdaniem ponad połowy nauczycieli wychowania przedszkolnego maksymalizacji edukacji zdrowotnej w ich placówkach sprzyja czuwanie (monitoring) dyrekcji nad prawidłową realizacją programu edukacji zdrowotnej (58,9%), co stanowiło opcję istotnie mniej popularną wśród przedstawicieli szkół (38,9%) – test chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ). Wśród reprezentantów przedszkoli popularne były również odpowiedzi: ścisła współpraca z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci (po 49,7%), wyposażenie sal w odpowiedni sprzęt/materiały dydaktyczne (46,7%), udostępnienie nauczycielom odpowiednich materiałów/środków dydaktyczno-wychowawczych (45,2%).

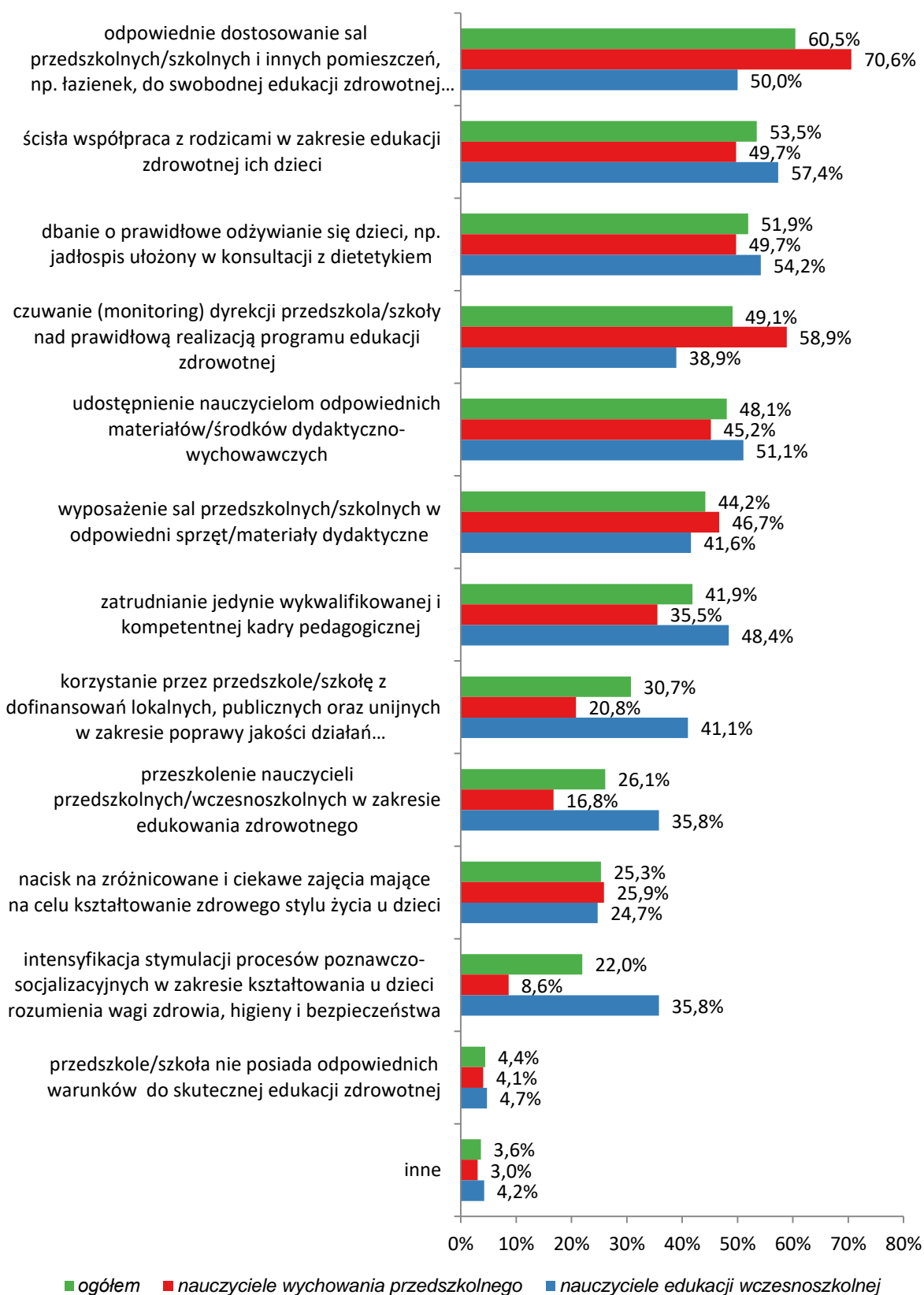
Najczęstsze wskazania nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego były inne: ścisła współpraca z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci (57,4%), dbanie o prawidłowe odżywianie się dzieci, np. jadłospis ułożony w konsultacji z dietetykiem (54,2%; stosunkowo popularne również w przedszkolach: 49,7%), udostępnienie nauczycielom odpowiednich materiałów/środków dydaktyczno-wychowawczych (51,1%), odpowiednie dostosowanie sal i innych pomieszczeń (50,0%), zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej (48,4%; istotnie rzadziej wskazywane w klasach I-III: 35,5%; zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ).

W przedszkolach najrzadziej zaznaczano intensyfikację stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych (8,6%) i inne, niewymienione w kafeterii możliwości (3,0%), a w szkołach – nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci (24,7%) oraz „Inne” (4,2%).

W 4,1% reprezentowanych przedszkoli i 4,7% szkół nie ma, zdaniem respondentów, odpowiednich warunków do skutecznej edukacji zdrowotnej.

Warto odnotować, że o przeszkoleniu nauczycieli w zakresie edukowania zdrowotnego wspomniało 35,8% pracujących w szkołach i istotnie mniej prowadzących zajęcia w przedszkolach (16,8%) – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ). Podobnie było w przypadku intensyfikacji stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania u dzieci rozumienia wagi zdrowia, higieny i bezpieczeństwa (szkoły: 35,8%; przedszkola: 8,6%) – potwierdzone testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ), a także korzystania z dofinansowań lokalnych, publicznych oraz unijnych w zakresie poprawy jakości działań w odniesieniu do kształcenia zdrowotnego dzieci (szkoły: 41,1%; przedszkola: 20,8%) – potwierdzone testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Wykres 21. Warunki, jakie stworzyły przedszkole/szkoła celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej



Nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci istotnie częściej był deklarowany przez badanych nauczycieli wychowania przedszkolnego posiadających staż pracy do 5 lat niż przez pozostałych (tabela 14). Zależność ta została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

Korzystanie z dofinansowań to warunek, o którym istotnie częściej wspominali najmłodsi i najstarsi stażem – test Fishera ( $p < 0,05$ ).

Odsetek wskazujących przeszkolenie nauczycieli malał wraz ze wzrostem stażu pracy ankietowanych – test Fishera ( $p < 0,01$ ).

Na inne niż wymienione w kafeterii możliwości istotnie częściej zwracali uwagę uczący maksymalnie 1 rok (zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,05$ ).

Tabela 14. Warunki, jakie stworzyło przedszkole celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci a staż pracy ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego

	N	Ogółem	<1 roku	1-5 lat	5-10 lat	10-20 lat	>20 lat
Nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci	51	25,9%	39,1%	35,0%	4,8%	16,7%	19,4%
Korzystanie przez przedszkole z dofinansowań lokalnych, publicznych oraz unijnych w zakresie poprawy jakości działań przedszkola w odniesieniu do kształcenia zdrowotnego dzieci	41	20,8%	39,1%	20,0%	0,0%	19,4%	25,0%
Przeszkolenie nauczycieli przedszkolnych w zakresie edukowania zdrowotnego	33	16,8%	26,1%	22,5%	23,8%	8,3%	2,8%
Inne	6	3,0%	13,0%	0,0%	4,8%	2,8%	2,8%

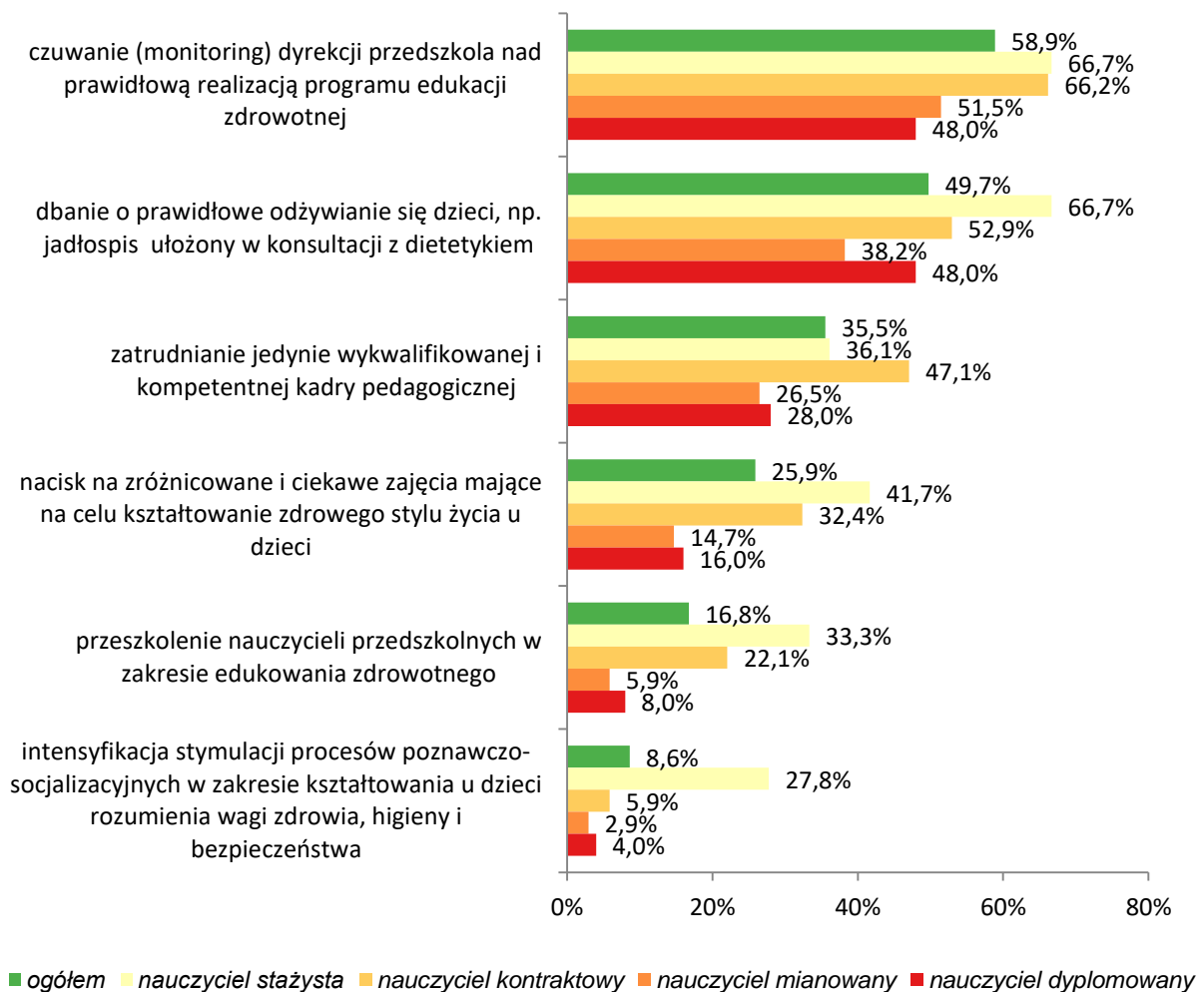
Opcje wymienione na wykresie zamieszczonym poniżej (wykres 22) były najczęściej wskazywane przez nauczycieli stażystów oraz nauczycieli kontraktowych, a najrzadziej przez nauczycieli mianowanych (poza czuwaniem dyrekcji przedszkola nad prawidłową realizacją programu edukacji zdrowotnej, o którym w najmniejszym stopniu wspominali nauczyciele dyplomowani), co zostało potwierdzone testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Różnice w odsetkach odpowiedzi nauczycieli stażystów i nauczycieli kontraktowych (różnice od około 9 do 22 punktów procentowych) można jednak zauważyć w przypadku:



dbania o prawidłowe odżywianie się dzieci, np. jadłospis ułożony w konsultacji z dietetykiem (test chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ), zatrudniania jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej (test chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ), nacisku na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci (test Fishera,  $p < 0,01$ ), przeszkolenia nauczycieli przedszkolnych w zakresie edukowania zdrowotnego (test Fishera,  $p < 0,001$ ), a także intensyfikacji stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania u dzieci rozumienia wagi zdrowia, higieny i bezpieczeństwa (test Fishera,  $p < 0,001$ ).

Wykres 22. Warunki, jakie stworzyło przedszkole celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci a stopień awansu zawodowego ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego

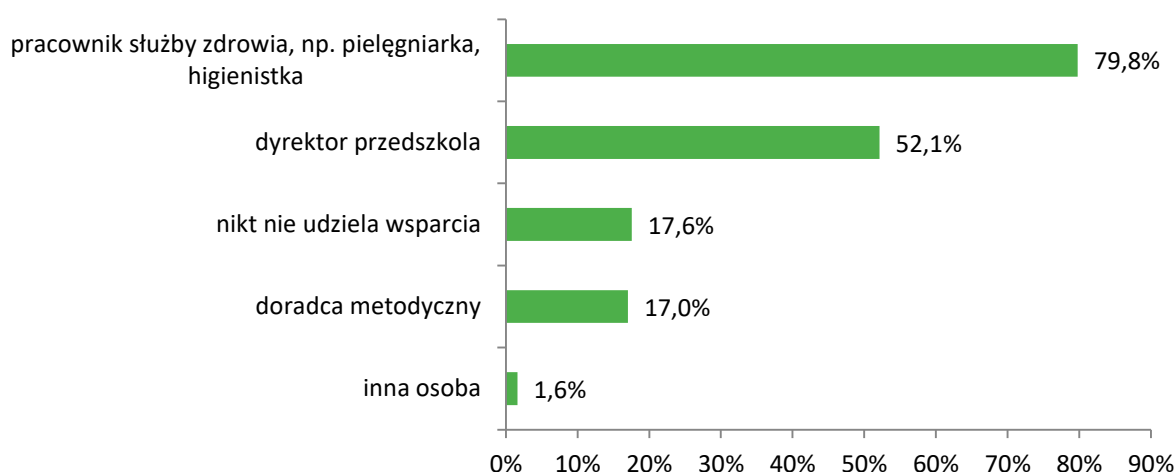


Nauczycieli poproszono również o wskazanie, **kto udziela im wsparcia/pomocy w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej** (aneks nr 9 pyt. 12, aneks nr 10 pyt. 12). Niewątpliwie warunkiem skuteczności tej edukacji jest nie tylko wspieranie nauczycieli w jej realizacji przez dyrektora placówki, ale również czynne wsparcie wszystkich pracowników oraz pielęgniarki szkolnej.

Ośmiu na dziesięciu badanych pracujących w przedszkolach otrzymuje wsparcie w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej od pracowników służby zdrowia, np. pielęgniarki czy higienistki (79,8%) – wykres 23. Ponad połowa wskazała dyrektora przedszkola (52,1%). Najrzadziej zaznaczany jako wspierający był doradca metodyczny (17,0%) bądź inna osoba (1,6%). Niemal 1/5 ankietowanych przyznała, że nikt nie udziela im wsparcia (17,6%).

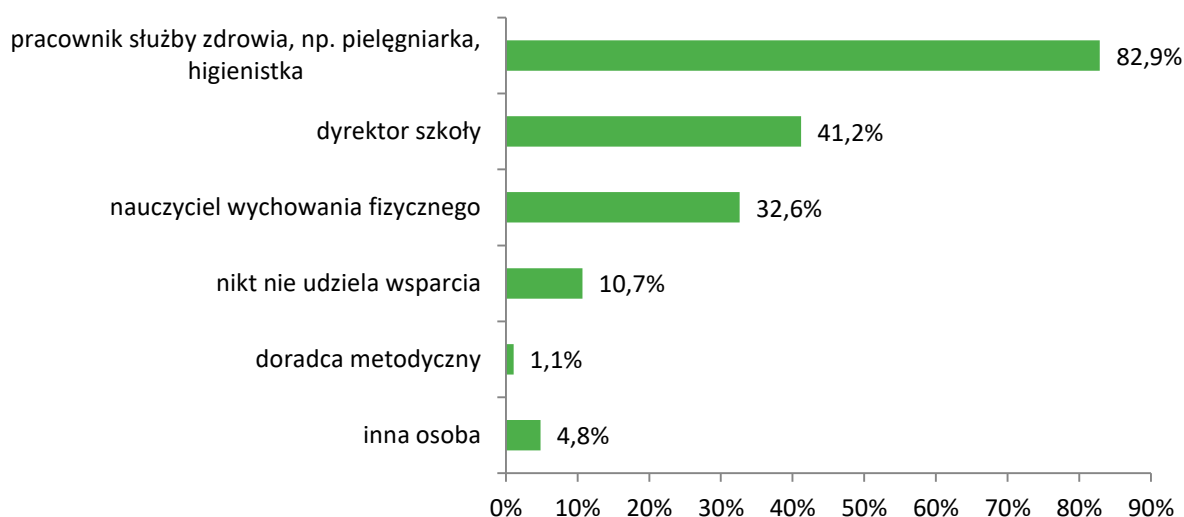
Należy zauważyć, że odsetek deklarujących brak wsparcia malał wraz ze wzrostem stażu pracy ankietowanych (do 1 roku: 26,1%; od 1 roku do 5 lat: 23,8%; od 5 do 10 lat: 12,5%; od 10 do 20 lat: 6,3%), z wyjątkiem grupy „powyżej 20 lat” (11,1%) – zależność ta została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ). Podobny związek można zaobserwować, jeśli weźmie się pod uwagę stopień awansu zawodowego badanych (nauczyciel stażysta: 36,1%; kontraktowy: 18,5%; mianowany: 6,5%; dyplomowany: 16,0%) – test Fishera ( $p < 0,01$ ).

Wykres 23. Udzielanie wsparcia/pomocy w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej – nauczyciele wychowania przedszkolnego



Nauczyciele klas I-III również najczęściej wskazywali na otrzymywanie wsparcia od pracowników służby zdrowia (82,9%) – wykres 24. Na drugim miejscu, podobnie jak w przedszkolach, znalazł się dyrektor szkoły, jednak odsetek wskazań był niższy (41,2%). Niemal 1/3 badanych może liczyć na pomoc nauczycieli wychowania fizycznego (32,6%). W tym kontekście najrzadziej wymieniana była „inna osoba” (4,8%) bądź doradca metodyczny (1,1%). Co dziesiąty ankietowany wskazał, że nikt nie udziela mu wsparcia (10,7%). Wśród innych osób, od których nauczyciele otrzymują wsparcie w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć, wymieniano nauczyciela wychowania fizycznego lub innych nauczycieli uczących w szkołach.

Wykres 24. Udzielanie wsparcia/pomocy w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej – nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej



Warto zwrócić uwagę na fakt, że istnieją badania<sup>466</sup>, w których to nauczyciele wychowania fizycznego, przekonani o konieczności współpracy z pielęgniarką szkolną w zakresie edukacji zdrowotnej, wysoko ocenili jej efektywność. Dlatego też można przypuszczać, że z tych samych względów również nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej wskazywali pracowników służby zdrowia jako tych, którzy udzielają im największego wsparcia i pomagają w realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Nie można pominąć również znaczącej roli dyrektorów placówek, ponieważ

<sup>466</sup> R. Bogusz, M. Charzyńska-Gula, A. Grzesiak, E. Gałęziowska, *Współpraca pielęgniarek...*, op. cit.

poziom realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu/szkole w głównej mierze zależy od tego, na ile dyrektor jest gotowy wspierać nauczycieli w realizacji zagadnień zdrowotnych. Jak wskazują wyniki innych badań<sup>467</sup>, nauczyciele również pozytywnie oceniają troskę dyrekcji o kształt edukacji zdrowotnej w szkole.

W kwestionariuszu ankiety znalazło się także pytanie dotyczące **sposobu wsparcia edukacji zdrowotnej przez dyrekcję placówki w opinii ankietowanych nauczycieli** (aneks nr 9 pyt. 13, aneks nr 10 pyt. 13).

W większości przedszkoli, w których pracują ankietowani, dyrekcja sprawuje stałą kontrolę nad pracą nauczycieli w ramach wsparcia edukacji zdrowotnej (65,6%) – wykres 25. Opcja ta była znacznie rzadziej wskazywana przez respondentów ze szkół (46,7%), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ).

W przedszkolach często dyrekcja motywuje nauczycieli do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych w obszarze edukacji zdrowotnej (45,5%) i wspiera różne akcje oraz programy promocji zdrowia (43,4%). Ta ostatnia odpowiedź była istotnie częściej wybierana przez pracowników szkół (81,0%), u których znalazła się na pierwszym miejscu – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

W obu grupach najrzadziej zaznaczano opcję „Inne” (przedszkola: 2,6%; szkoły: 0,5%). W przypadku 5,8% przedszkoli i tylko 0,5% szkół dyrekcja według nauczycieli nie wspiera działań z zakresu edukacji zdrowotnej (zależność statystycznie istotna; test Fishera,  $p < 0,01$ ).

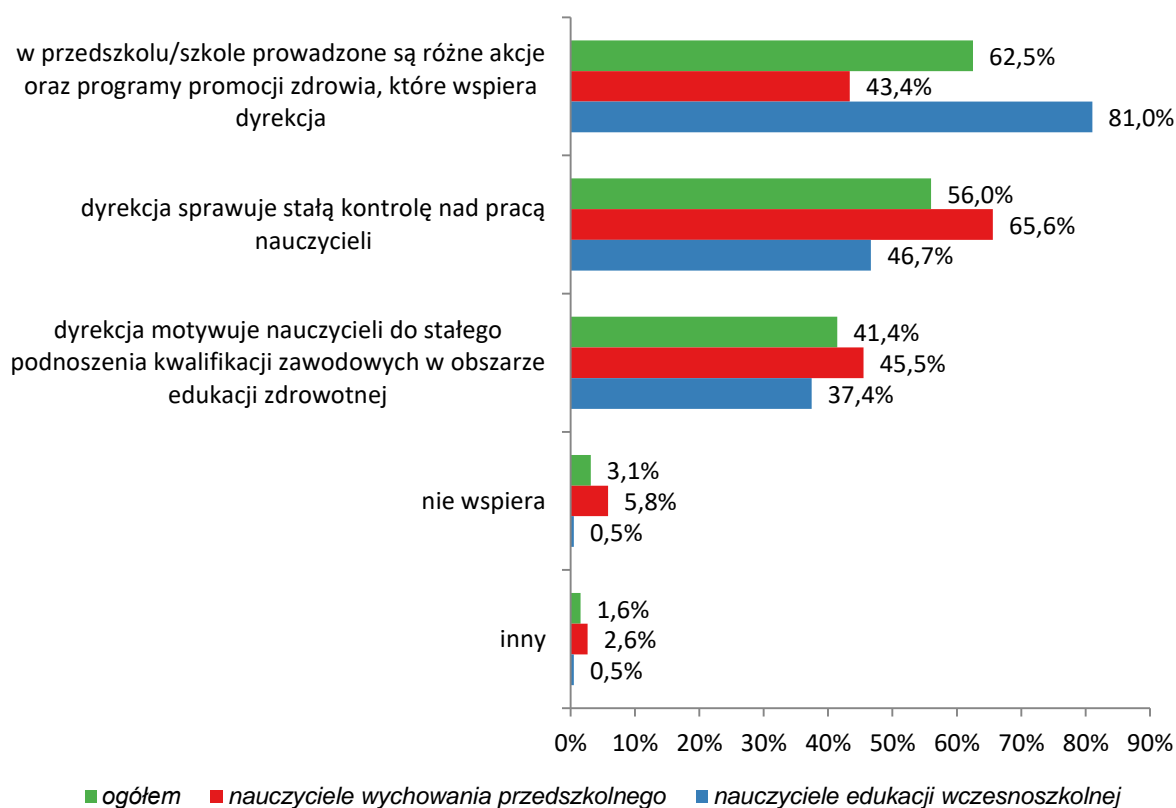
Należy zauważyć, że o stałej kontroli dyrekcji częściej mówili młodszy stażem nauczyciele wychowania przedszkolnego (do 1 roku: 81,0%; od 1 roku do 5 lat: 78,2%) niż bardziej doświadczeni (od 5 do 10 lat: 45,0%; od 10 do 20 lat: 60,0%; powyżej 20 lat: 47,1%) – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Ten sposób wsparcia zadeklarowali wszyscy badani uczący w klasach początkowych do 1 roku i ponad połowa ze stażem od 5 do 10 lat (55,6%). Rzadziej byli to uczący od 1 roku do 5 lat (46,3%), od 10 do 20 lat (48,0%), a najrzadziej – powyżej 20 lat (37,0%). Zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ). Podobny związek można zaobserwować w przypadku stopnia awansu zawodowego nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego: najczęściej o sprawowaniu stałej kontroli przez dyrekcję mówili nauczyciele stażyści (100,0%), następnie kontraktowi (50,7%), mianowani (48,6%), a najrzadziej – dyplomowani (38,1%), co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

---

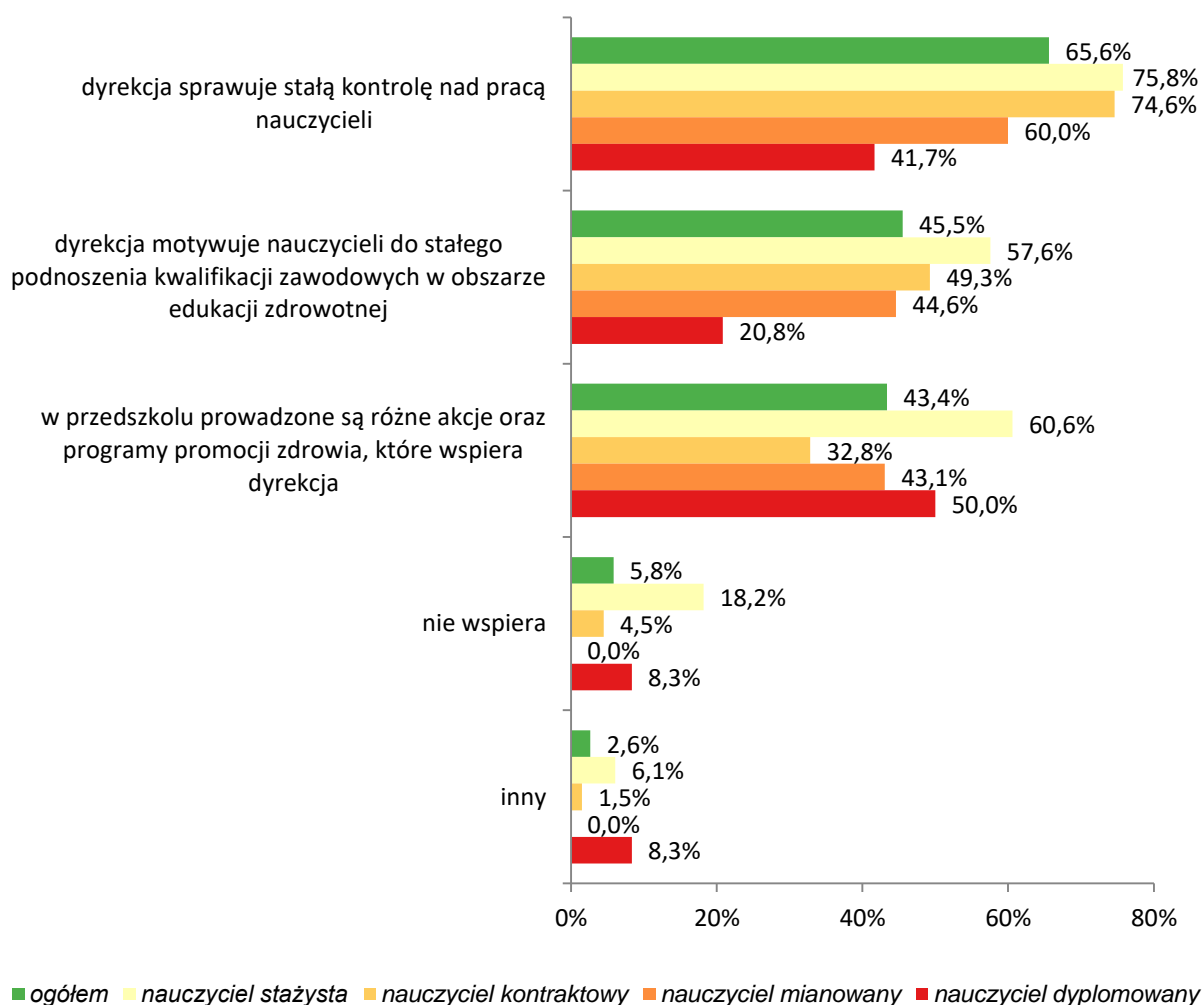
<sup>467</sup> P.F. Nowak, *Realizacja edukacji...*, op. cit., s. 172.

Wykres 25. Sposób, w jaki dyrekcja wspiera edukację zdrowotną w przedszkolu/szkole – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej



Odsetek nauczycieli deklarujących, że dyrekcja sprawuje stałą kontrolę nad ich pracą oraz że ich motywuje, spadał wraz ze wzrostem stopnia awansu zawodowego ankietowanych prowadzących zajęcia w przedszkolach (wykres 26). Pierwsza zależność została potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ), natomiast druga testem Fishera ( $p < 0,05$ ). Brak wsparcia najbardziej odczuwali nauczyciele stażyści oraz nauczyciele dyplomowani (test Fishera,  $p < 0,01$ ).

Wykres 26. Sposób, w jaki dyrekcja wspiera edukację zdrowotną w przedszkolu – odpowiedzi ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego a ich stopień awansu zawodowego

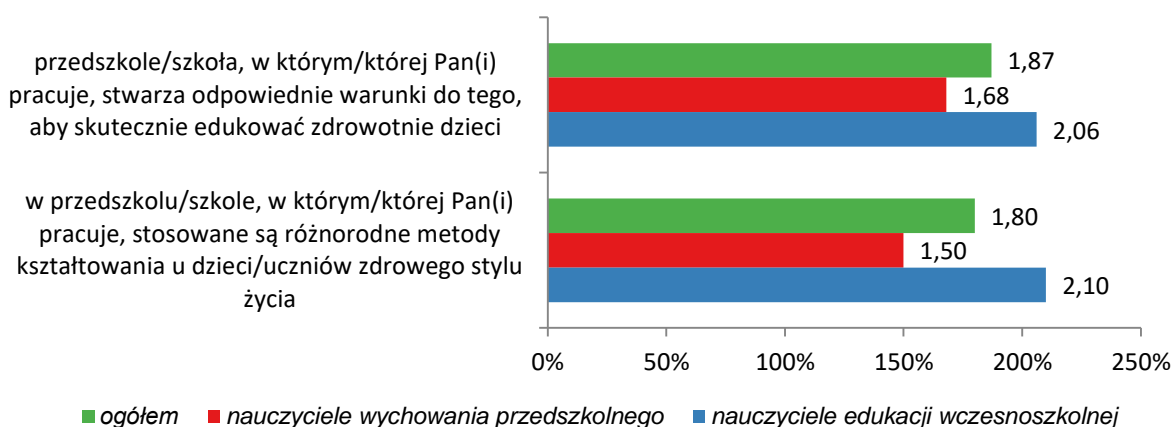


Respondenci wskazują na zaangażowanie dyrekcji placówek w problematykę edukacji zdrowotnej. Ponadto dyrekcja podejmuje odpowiednie działania związane z monitorowaniem pracy nauczycieli w tym zakresie oraz wspiera różne akcje oraz programy promocji zdrowia realizowane na terenie placówki. Również nie do przecenienia jest rola dyrektora w motywowaniu nauczycieli do rozwoju zawodowego i wspieraniu ich w uzyskiwaniu nowych kompetencji z zakresu edukacji zdrowotnej.

Nauczycieli uczestniczących w badaniu poproszono również, by przy użyciu skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie tak”, 2 – „raczej tak”, 3 – „nie mam zdania”, 4 – „raczej nie” i 5 – „zdecydowanie nie”, ocenili **stwierdzenia dotyczące stwarzania odpowiednich warunków do edukacji zdrowotnej w placówkach** (aneks nr 9 pyt. 16, aneks nr 10 pyt. 16, wykres 27). Stwierdzenie „W przedszkolu/szkole, w którym/której

Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody kształtowania u dzieci/uczniów zdrowego stylu życia” oceniono odpowiednio na 1,50 i 2,10 – zależność została potwierdzona testem U Manna-Whitney’a ( $p < 0,001$ ), a stwierdzenie „przedszkole/szkoła, w którym/której Pani/Pan pracuje stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie dzieci” – 1,68 i 2,06 – zależność potwierdzona testem U Manna-Whitney’a ( $p < 0,01$ ).

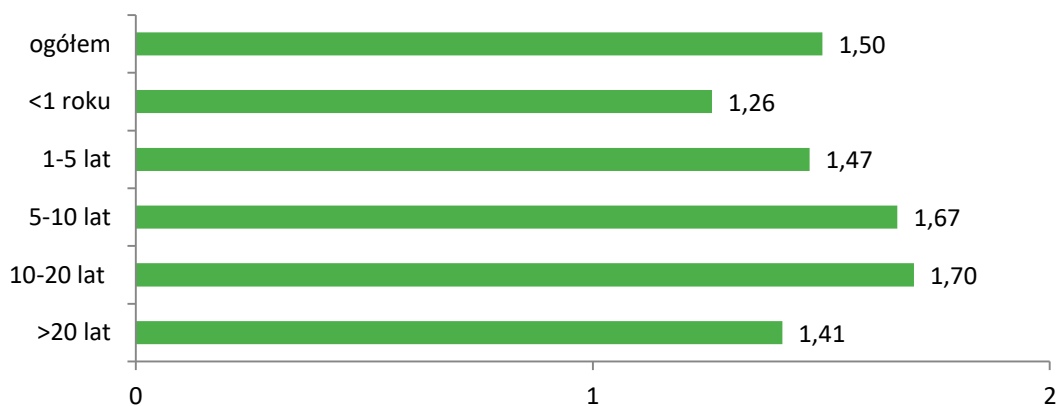
Wykres 27. Średnia ocen stwierdzeń dotyczących edukacji zdrowotnej dzieci dokonanych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej (skala od 1 – zdecydowanie tak, do 5 – zdecydowanie nie)



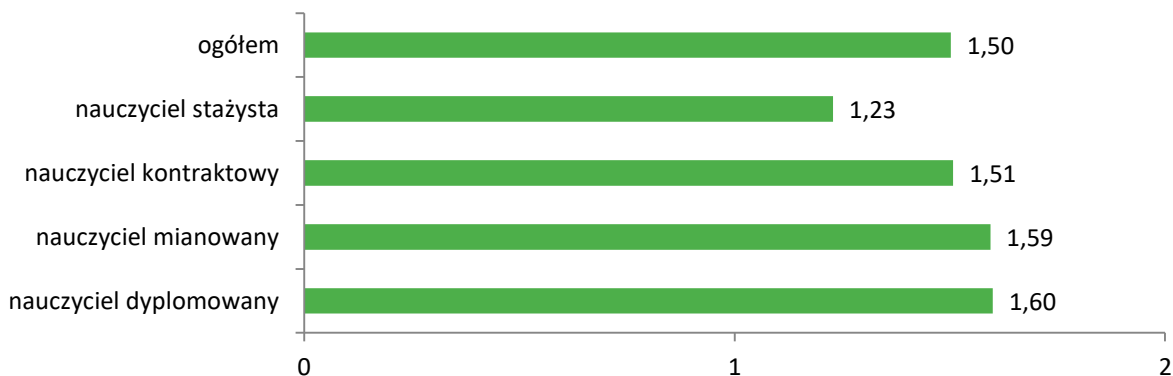
Najmłodszy stażem nauczyciele wychowania przedszkolnego najlepiej oceniali zdanie „W przedszkolu, w którym Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia” (do 1 roku: 1,26), natomiast średni stażem – istotnie gorzej (od 10 do 20 lat: 1,70) – zależność potwierdzona testem U Manna-Whitney’a ( $p < 0,001$ ), wykres 28.

Podobny związek można zaobserwować, jeśli rozpatruje się oceny powyższego stwierdzenia dokonane przez nauczycieli wychowania przedszkolnego z uwzględnieniem stopnia ich awansu zawodowego (stażysta: 1,23; kontraktowy: 1,51; mianowany: 1,59; dyplomowany: 1,60) – test U Manna-Whitney’a ( $p < 0,01$ ), wykres 29.

Wykres 28. Średnia ocen stwierdzenia „W przedszkolu, w którym Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia” dokonanych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego (skala od 1 – zdecydowanie tak, do 5 – zdecydowanie nie) a staż pracy ankietowanych



Wykres 29. Średnia ocen stwierdzenia „W przedszkolu, w którym Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia” dokonanych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego (skala od 1 – zdecydowanie tak, do 5 – zdecydowanie nie) a stopień awansu zawodowego ankietowanych



### Wnioski

Reasumując, można stwierdzić, że w niemal wszystkich placówkach w opinii nauczycieli stworzono warunki dla maksymalizacji edukacji zdrowotnej uczniów/dzieci. W większości przedszkoli dostosowano sale i inne pomieszczenia, prowadzony jest także przez dyrekcję monitoring prawidłowej realizacji programu (istotnie częściej zauważany przez niższych stopniem awansu zawodowego) oraz nawiązana została ścisła współpraca z rodzicami. Nauczyciele wychowania wczesnoszkolnego za takie warunki uważają przede



wszystkim współpracę z rodzicami, dbanie o prawidłowe odżywianie, udostępnianie nauczycielom odpowiednich środków dydaktyczno-wychowawczych. Nacisk należy jednak kłaść na zróżnicowane oraz ciekawe zajęcia kształtowania zdrowego stylu życia, korzystanie przez placówki z dofinansowań lokalnych, publicznych oraz unijnych w zakresie poprawy jakości działań. Niewątpliwie należy również zwrócić uwagę na odpowiednie przeszkolenie nauczycieli w obszarze edukowania zdrowotnego i zwrócenie uwagi na intensyfikację stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania u dzieci rozumienia wagi zdrowia, higieny i bezpieczeństwa.

Również zdecydowana większość nauczycieli otrzymuje wsparcie w przygotowaniu do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej, najczęściej od pracowników służby zdrowia i dyrektorów placówek.

W ramach wsparcia edukacji zdrowotnej najczęściej dyrekcja sprawuje stałą kontrolę nad pracą nauczycieli. Istotnie częściej odpowiedzi takiej udzielali nauczyciele wychowania przedszkolnego (wśród nich najwyższy odsetek najmłodszych stażem, a także najniższych stopniem awansu zawodowego). W grupie nauczycieli wczesnoszkolnych o tej opcji wspominali zwykle młodzi i średni stażem pracy, a także nauczyciele stażyści. Często też dyrektorzy motywują nauczycieli do podnoszenia kwalifikacji zawodowych w obszarze edukacji zdrowotnej (istotnie częściej odpowiadali tak nauczyciele przedszkolni o niskim stopniu awansu zawodowego) i wspierają różne akcje oraz programy promocji zdrowia (istotnie częściej zwracali na to uwagę pracownicy szkół). Z pewnością kompleksowe podejście dyrekcji do edukacji zdrowotnej, ich zaangażowanie i wspieranie nauczycieli stwarza szansę na osiągnięcie sukcesu w sferze zdrowia i podniesienie jakości pracy placówki w zakresie edukacji zdrowotnej.

#### **4.3. Cele w zakresie kształcenia zdrowotnego zakładane i realizowane w przedszkolu i szkole w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej**

Cele edukacji zdrowotnej i jej oczekiwane efekty są różnie formułowane w zależności od przyjętej definicji i koncepcji. Warto zaznaczyć, że w dotychczasowych koncepcjach cele ukierunkowane na dziecko wyznaczają zadania polegające na zdobywaniu nowej wiedzy, wypracowaniu właściwych postaw wobec zdrowia, kształtowaniu umiejętności życiowych oraz doskonaleniu zdrowia własnego. Ponadto wśród celów formułowanych w piśmiennictwie zagranicznym wymienia się również: rozwijanie kompetencji do działania na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi, zwiększenie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego, upodmiotowienie, zwiększenie zasobów dla zdrowia oraz rozwijanie zdolności do pełnienia

roli rzecznika na rzecz zdrowia<sup>468</sup>. (Znaczenie przytoczonych pojęć zostało przedstawione w opisowej części rozprawy patrz: podrozdział 1.4). Szczegółowe cele przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej zostały również określone w podstawie programowej. Realizacja tych celów wymaga jednakże dobrej znajomości zagadnień zdrowotnych wynikających z podstawy oraz zaangażowania w sprawy zdrowia całego środowiska szkolnego. Ponadto efektem końcowym realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu oraz szkole są postawy zdrowotne, które wyrażają się w stosownej do wieku dzieci/uczniów wiedzy zdrowotnej, umiejętnościach oraz działaniach na rzecz zdrowia<sup>469</sup>.

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, **jakie cele w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej zakłada i realizuje przedszkole/szkoła**, poproszono ich o udzielenie odpowiedzi na jedno pytanie zawarte w kwestionariuszu ankiety (aneks nr 9 pyt. 14, aneks nr 10 pyt. 14, wykres 30). Warto zwrócić uwagę, że jest to pytanie półotwarte, w którym jako ostatnią w kafeterii zamieszczono odpowiedź: „inne (jakie?)”. Zastosowanie w tym przypadku tego rodzaju pytania miało wykazać, na ile ankietowani zauważają zakładanie oraz realizację przez placówki tych celów, które wynikają z nowego podejścia do edukacji zdrowotnej, a nie zostały zamieszczone w kafeterii.

W opinii niemal wszystkich nauczycieli wychowania przedszkolnego uczestniczących w badaniu celem w zakresie kształcenia zdrowotnego zakładanym i realizowanym w ich przedszkolu jest uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o własne zdrowie (95,1%). Była to odpowiedź istotnie rzadziej wskazywana przez ankietowanych przedstawicieli szkół (87,7%), co zostało potwierdzone testem chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ).

Reprezentanci przedszkoli na drugim miejscu wymieniali kształtowanie u dzieci umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań (np. mycie zębów, mycie rąk po wyjściu z toalety; 90,6%). Popularne były również: kształtowanie u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych (81,3%) i uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o higienę osobistą (81,8%).

Wyżej wymienione były również najczęstszymi wskazaniem nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego, jednak inna była ich kolejność: uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o higienę osobistą (93,3%; opcja wybierana istotnie częściej w porównaniu do nauczycieli przedszkolnych – test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ), kształtowanie umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań (89,7%), kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych (88,7%), uwrażliwienie na potrzebę dbania o własne zdrowie (87,7%), umiejętność unikania zachowań potencjalnie szkodliwych dla zdrowia i bezpieczeństwa (87,2%; opcja istotnie

---

<sup>468</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 97.

<sup>469</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 184.

rzadziej wymieniana przez prowadzących zajęcia w przedszkolach: 77,8%; test chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ) i wytwarzanie u dzieci nawyku dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo (78,5%). Ta ostatnia odpowiedź istotnie rzadziej była wskazywana przez pracowników przedszkoli (59,1%), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

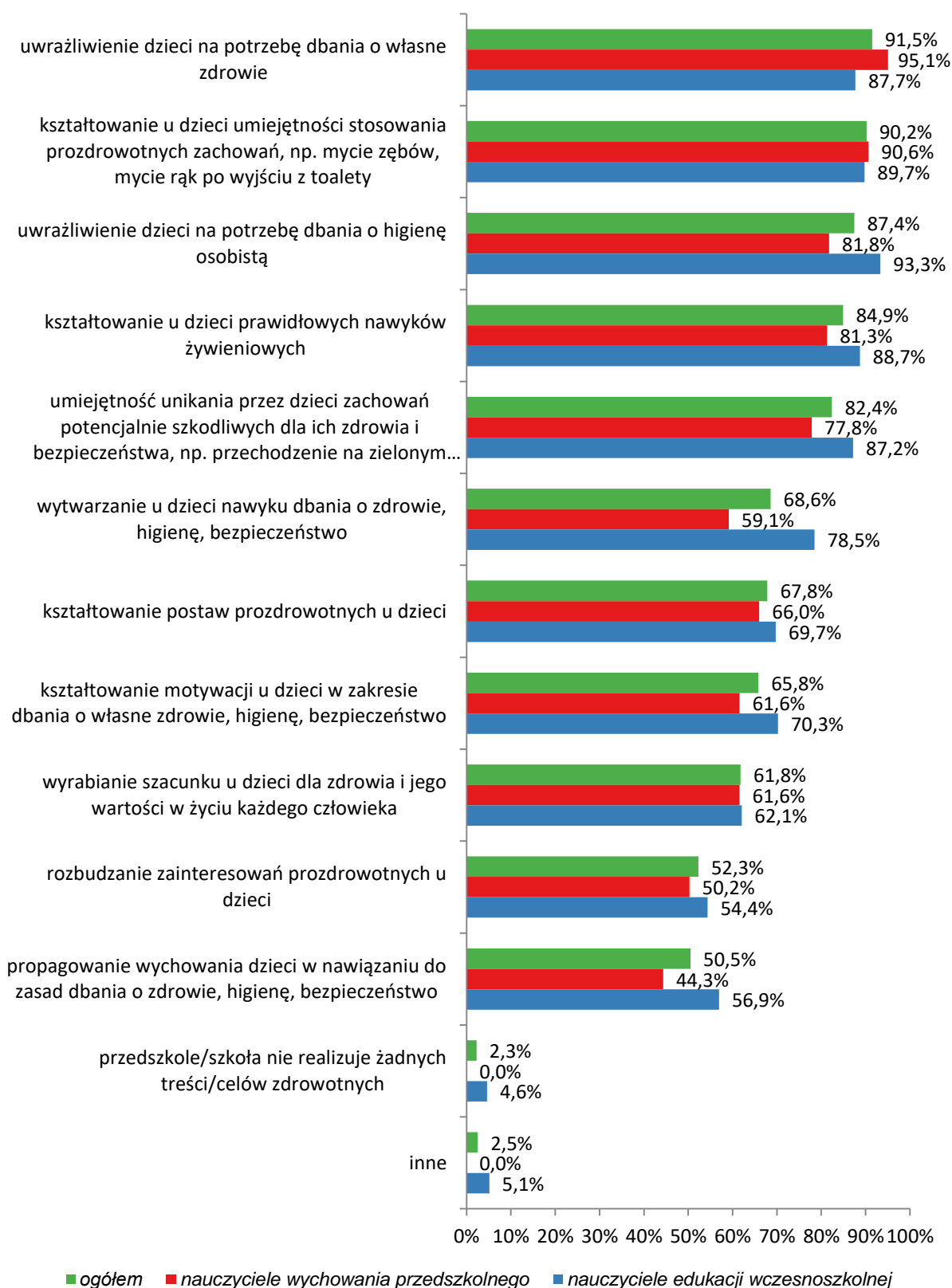
Najrzadziej wskazywanymi celami były: rozbudzenie zainteresowań prozdrowotnych u dzieci (przedszkola: 50,2%; szkoły: 54,4%), propagowanie wychowania dzieci w nawiązaniu do zasad dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo (przedszkola: 44,3%; szkoły: 56,9% – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ) i inne, niewymienione w kafeterii możliwości (przedszkola: 0,0%; szkoły: 5,1%; różnica statystycznie istotna; test Fishera,  $p < 0,001$ ).

Żaden z ankietowanych nauczycieli pracujących w przedszkolu nie udzielił odpowiedzi „placówka nie realizuje żadnych treści/celów zdrowotnych”. Taką opcję wskazało natomiast 4,6% nauczających w klasach I-III (zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,01$ ).

Jak wynika z badań własnych, żaden nauczyciel wychowania przedszkolnego, pomimo dowolności wskazania na inne cele w zakresie kształcenia zdrowotnego, które zakłada i realizuje przedszkole, nie podał żadnych przykładów. Wśród nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej dodatkowe cele wymieniło tylko 5% ankietowanych. Wśród tych celów znalazły się takie jak: rozwijanie umiejętności życiowych, lepsza komunikacja z rówieśnikami oraz lepsze relacje społeczne, co może wskazywać, że placówki przywiązują wagę do edukacji dla zdrowia psychicznego.

Warto zauważyć, że w szkołach o propagowaniu wychowania nawiązującego do zasad dbania o zdrowie, higienę i bezpieczeństwo istotnie częściej mówili średni i starsi stażem nauczyciele (od 5 do 10 lat pracy: 58,3%; powyżej 20 lat: 61,6%; od 10 do 20 lat: 76,0%) niż młodsi (od 1 roku do 5 lat: 44,4%; do 1 roku: 28,6%) – co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykres 30. Cele w zakresie kształcenia zdrowotnego, które w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej zakłada i realizuje przedszkole/szkoła



Uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o własne zdrowie to cel, o którym istotnie rzadziej wspominali nauczyciele wychowania przedszkolnego posiadający najdłuższy staż pracy (powyżej 20 lat: 85,4%) niż ci mniej doświadczeni – tabela 15. Również kształtowanie motywacji u dzieci w zakresie dbania o własne zdrowie, higienę i bezpieczeństwo było wskazywane przez mniejszą część najbardziej doświadczonych stażem (od 10 do 20 lat: 48,6%; powyżej 20 lat: 48,8%), niż działo się to w przypadku młodszej kadry. Obie zależności zostały potwierdzone testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Podobne do wyżej wymienionych zależności można zaobserwować w odniesieniu do wyrabiania szacunku u dzieci dla zdrowia i jego wartości w życiu każdego człowieka oraz propagowania wychowania dzieci w nawiązaniu do zasad dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo, co potwierdzono testem chi-kwadrat (pierwsza zależność:  $p < 0,01$ , druga:  $p < 0,05$ ).

Tabela 15. Cele w zakresie kształcenia zdrowotnego, które w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego zakłada i realizuje przedszkole, a staż pracy ankietowanych

	N	Ogółem	<1 roku	1-5 lat	5-10 lat	10-20 lat	>20 lat
Uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o własne zdrowie	193	95,1%	100,0%	97,5%	100,0%	94,6%	85,4%
Kształtowanie motywacji u dzieci w zakresie dbania o własne zdrowie, higienę, bezpieczeństwo	125	61,6%	69,6%	68,8%	76,2%	48,6%	48,8%
Wyrabianie szacunku u dzieci dla zdrowia i jego wartości w życiu każdego człowieka	125	61,6%	65,2%	75,0%	71,4%	48,6%	41,5%
Propagowanie wychowania dzieci w nawiązaniu do zasad dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo	90	44,3%	56,5%	48,8%	61,9%	29,7%	34,1%

W przypadku dziesięciu spośród przedstawionych na poniższym wykresie (wykres 31) opcji odsetek deklarujących dany cel malał wraz ze wzrostem stopnia awansu zawodowego

ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego, które to zależności zostały potwierdzone testami statystycznymi: uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o własne zdrowie (test Fishera,  $p < 0,01$ ), kształtowanie u dzieci umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań (test Fishera,  $p < 0,001$ ), uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o higienę osobistą (test Fishera,  $p < 0,05$ ), kształtowanie u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych (test Fishera,  $p < 0,01$ ), umiejętność unikania przez dzieci zachowań potencjalnie szkodliwych dla ich zdrowia i bezpieczeństwa (test Fishera,  $p < 0,05$ ), rozbudzanie zainteresowań prozdrowotnych u dzieci (test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ), kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), kształtowanie motywacji u dzieci w zakresie dbania o własne zdrowie, higienę, bezpieczeństwo (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), propagowanie wychowania dzieci w nawiązaniu do zasad dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), wytwarzanie u dzieci nawyku dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo (test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ), wyrabianie szacunku u dzieci dla zdrowia i jego wartości w życiu każdego człowieka (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Kształtowanie u uczniów umiejętności dbania o zdrowie własne i innych ludzi jest głównym celem szkolnej edukacji zdrowotnej zapisanym i podkreślonym we wstępie do podstawy programowej<sup>470</sup>. Ponadto celem podstawy programowej wychowania przedszkolnego związanej z edukacją zdrowotną jest troska o zdrowie dzieci i ich sprawność fizyczną oraz w myśl nowego podejścia do edukacji zdrowotnej – rozwijanie umiejętności społecznych dzieci. Z kolei celem edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej jest rozwijanie umiejętności życiowych, osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań oraz wyzwań codziennego życia. Przeprowadzona analiza dostarcza informacji, że właściwie wszystkie cele kształcenia zdrowotnego na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej są zakładane i realizowane przez przedszkola oraz szkoły podstawowe. Niepokojący jest jedynie fakt, że nauczyciele nie wskazywali na inne cele w zakresie edukacji zdrowotnej, takie jak zwiększenie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego, upodmiotowienie, zwiększenie zasobów dla zdrowia oraz rozwijanie zdolności do pełnienia roli rzecznika na rzecz zdrowia. Tylko 5% nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej wskazało na rozwijanie umiejętności życiowych oraz cele w zakresie edukacji dla zdrowia psychicznego. Obecny stan rzeczy może wynikać z nieumieszczenia tego typu odpowiedzi w kafeterii pytania ankietowego. Z drugiej strony

---

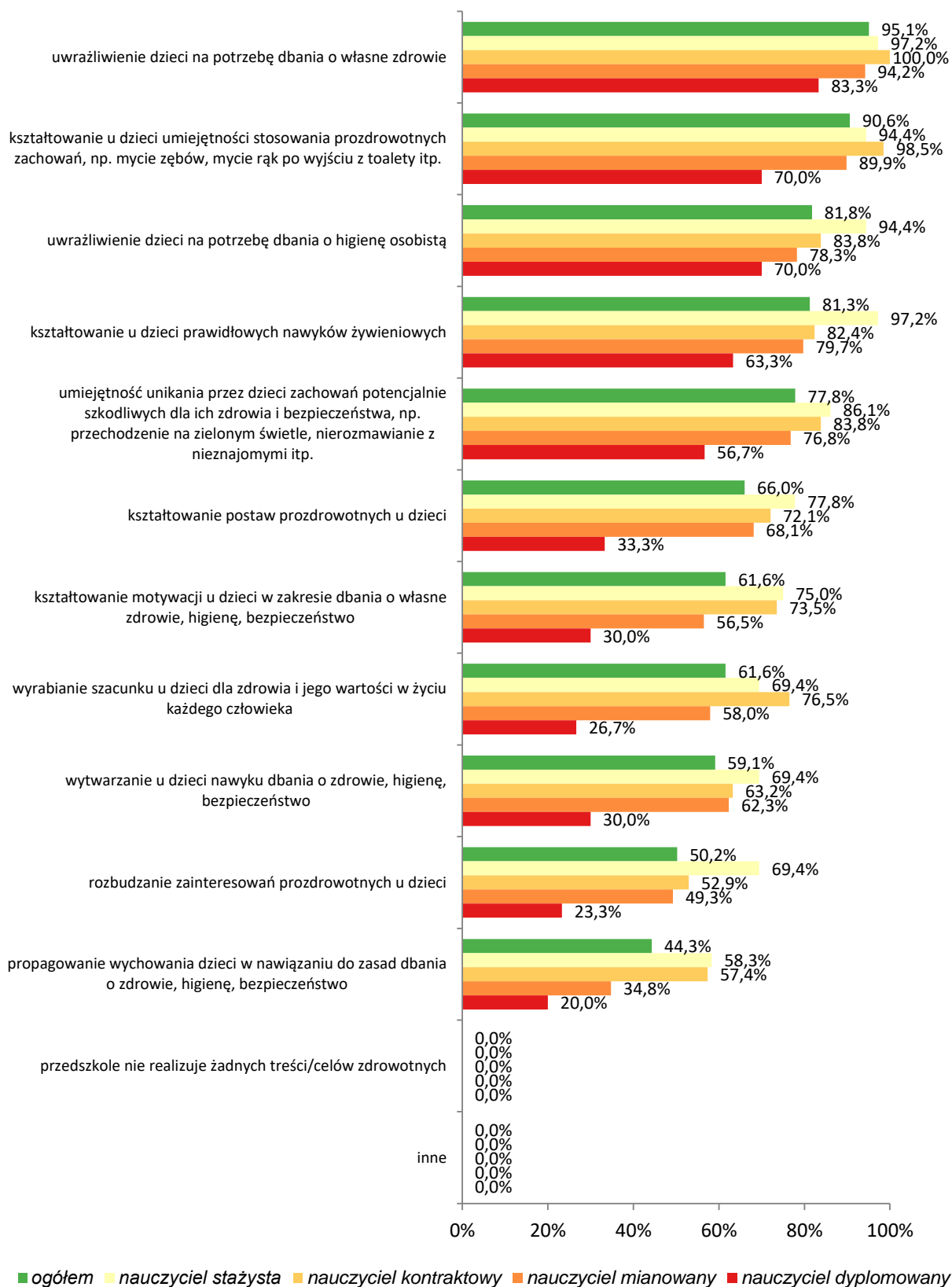
<sup>470</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

zastosowanie pytania półotwartego było działaniem celowym, które dało respondentom możliwość uzupełnienia odpowiedzi o inne, niewymienione cele w zakresie kształcenia zdrowotnego. Jak wynika z badań własnych, respondenci nie skorzystali z tej możliwości, co może sugerować, że cele kształcenia związane z nowym podejściem do edukacji zdrowotnej nie są faktycznie zakładane i realizowane w placówkach lub nauczyciele nie posiadają wystarczającej wiedzy w tym zakresie. W tym miejscu warto zaznaczyć, że w aktualnie obowiązującej podstawie programowej<sup>471</sup> cele te zostały zdecydowanie bardziej wyeksponowane.

---

<sup>471</sup> Załącznik nr 2 do podstawy programowej z 14 lutego 2017 r.

Wykres 31. Cele w zakresie kształcenia zdrowotnego, które w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego zakłada i realizuje przedszkole, a stopień awansu zawodowego ankietowanych





#### **4.4. Znajomość potrzeb zdrowotnych dzieci/uczniów przez nauczycieli oraz stosowana metodyka kształtowania zachowań prozdrowotnych podczas zajęć z edukacji zdrowotnej**

W realizacji edukacji zdrowotnej bardzo ważne jest uwzględnienie w procesie dydaktyczno-wychowawczym naturalnych potrzeb dzieci i uczniów oraz zrozumienie, że edukacja zdrowotna wymaga od nauczyciela właściwego podejścia dydaktycznego i pedagogicznego. Warto pamiętać, że potrzeby zdrowotne dzieci są różne na różnych etapach rozwoju ontogenetycznego. Należy także zaznaczyć, że sformułowanie „potrzeby zdrowotne” jest pojęciem, które stosuje się w odniesieniu do potrzeb opieki zdrowotnej. Jednakże dla celów przeprowadzanych badań termin „potrzeba” jest definiowany jako „stan, w którym jednostka odczuwa chęć zaspokojenia jakiegoś braku”<sup>472</sup> i jest nierozdzielnie związany z pojęciem „diagnozy potrzeb” uczestników, rozumianym jako proces, w którym są identyfikowane i analizowane ich potrzeby<sup>473</sup>. Ponadto warunkiem skuteczności edukacji zdrowotnej jest stosowanie różnorodnych metod oraz form pracy z dziećmi/uczniami, które są pochodną celów i zadań, jakie stawia się w procesie wychowania. Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, czy nauczyciele znają potrzeby zdrowotne swoich podopiecznych oraz jakie stosują metody kształtowania zachowań prozdrowotnych podczas zajęć z edukacji zdrowotnej, poproszono ich o wypełnienie kwestionariusza ankiety (aneks nr 9, aneks nr 10).

Ankietowanych nauczycieli poproszono o wskazanie, **jakimi treściami z zakresu edukacji zdrowotnej w ich opinii są zainteresowane dzieci/uczniowie** (pyt. 17). Warto zaznaczyć, że przy konstruowaniu kafeterii odpowiedzi w przypadku nauczycieli wychowania przedszkolnego skupiono się na treściach z obszarów, w których zagadnienia związane z edukacją zdrowotną są najbardziej wyeksponowane (tj. obszar 5 – wychowanie zdrowotne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci i obszar 6 – wdrażanie dzieci do dbałości o bezpieczeństwo własne i innych), a w przypadku nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej – z obszaru wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna.

W opinii 3/4 ankietowanych będących przedstawicielami przedszkoli – w ramach edukacji zdrowotnej dzieci są zainteresowane aktywnością ruchową (75,4%) – wykres 32. Zdaniem ok. 2/3 są to także: nawyki kulturalne i higieniczne (66,5%) oraz czynności samoobsługowe (66,0%). Często wskazywano również bezpieczeństwo na drodze i na placu zabaw (61,1%). Najrzadziej mówiono o kulturze czasu wolnego (27,1%) i służbie zdrowia (26,6%).

---

<sup>472</sup> W. Okoń, *Nowy słownik...*, op. cit., s. 308.

<sup>473</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 156.

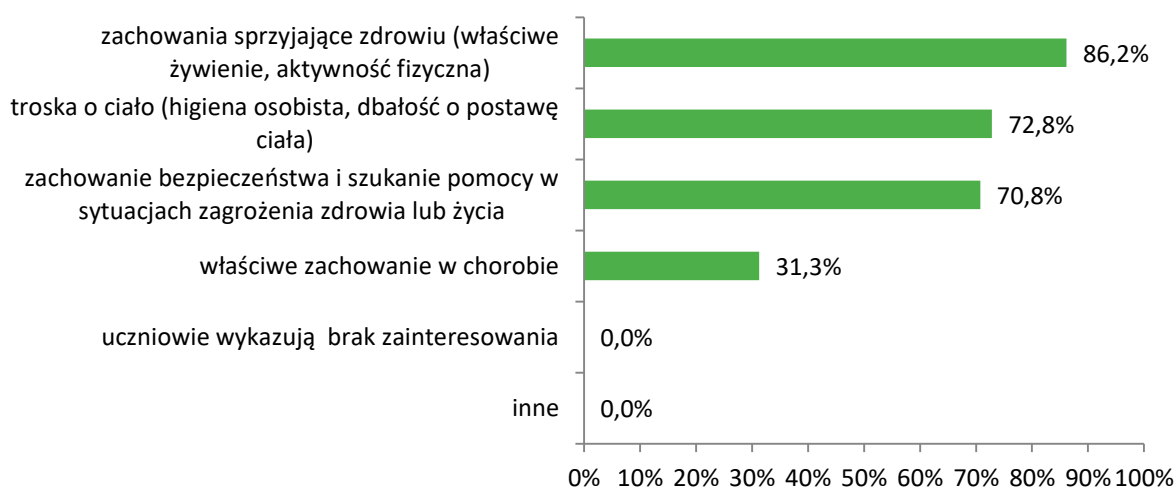
Żaden z nauczycieli wychowania przedszkolnego nie udzielił odpowiedzi „dzieci wykazują brak zainteresowania”.

Wykres 32. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej, którymi w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego zainteresowane są dzieci



Według zdecydowanej większości nauczycieli klas I-III, którzy wzięli udział w badaniu, uczniowie są zainteresowani – w ramach treści z zakresu edukacji zdrowotnej – zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu (właściwe żywienie, aktywność fizyczna) – 86,2% (wykres 33). Rzadziej wskazywano na troskę o ciało (higiena osobista, dbałość o postawę ciała) – 72,8%, a także na zachowanie bezpieczeństwa i szukanie pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia (70,8%). Mniej niż 1/3 respondentów przyznała, że uczniowie interesują się właściwym zachowaniem w chorobie (31,3%), a żaden nie zaznaczył odpowiedzi „wykazują brak zainteresowania”. Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, że pytanie to miało charakter pytania półotwartego. Respondenci mieli możliwość wskazania innych treści z zakresu edukacji zdrowotnej, którymi w ich ocenie są zainteresowani uczniowie. Jak wynika z badań żaden z respondentów nie dostrzegł zainteresowania innymi treściami poza tymi wyszczególnionymi w kafeterii.

Wykres 33. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej, którymi w opinii nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej zainteresowani są uczniowie



Nauczyciele wskazali również, **jakie zachowania prozdrowotne zaobserwowali w ostatnim czasie u swoich podopiecznych** (aneks nr 9 pyt. 15, aneks nr 10 pyt. 15, wykres 34).

Wśród zachowań prozdrowotnych, jakie ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego dostrzegli u dzieci, znalazło się przede wszystkim mycie rąk (odpowiednio: 88,1%; 88,7%). Rzadziej wymieniano zwiększenie aktywności ruchowej (73,7% i 77,3%) i bardziej chętnie spożywanie przez dzieci warzyw i owoców (70,1% i 64,4%), a także lepszą komunikację z rówieśnikami (47,4% i 49,0%). Najrzadziej – inne, niewymienione w kafeterii opcje (1,0%; 0,0%).

Żadnych zachowań prozdrowotnych nie zaobserwowało 0,5% badanych reprezentujących przedszkola. Wśród przedstawicieli edukacji wczesnoszkolnej nie było takiego przypadku.

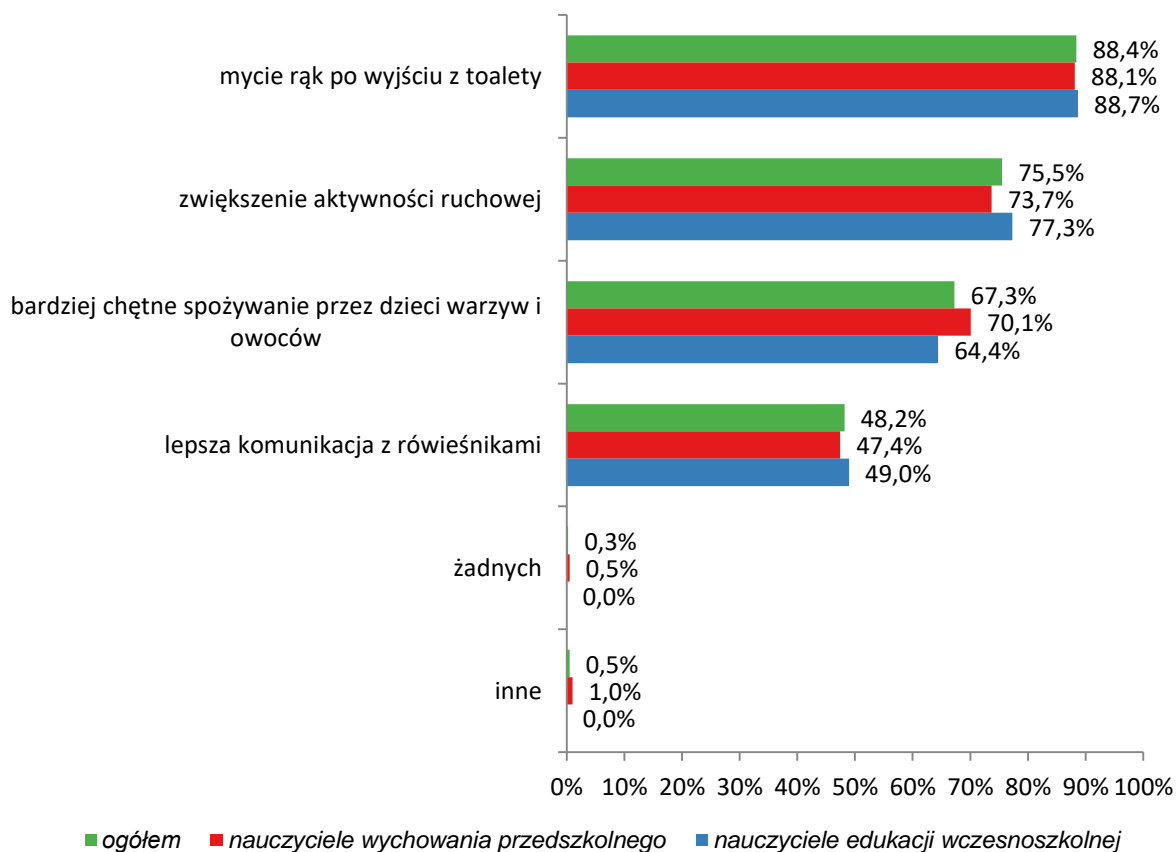
Należy podkreślić, że o lepszej komunikacji z rówieśnikami istotnie częściej mówili nauczyciele wychowania przedszkolnego młodszy stażem (do 1 roku: 52,2%; od 1 roku do 5 lat: 61,8%) niż bardziej doświadczeni (od 5 do 10 lat: 26,3%; od 10 do 20 lat: 37,8%; powyżej 20 lat: 34,2%), co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,01$ ). Podobną zależność można zaobserwować, jeśli weźmie się pod uwagę stopień awansu zawodowego badanych (nauczyciel stażysta: 52,9%; kontraktowy: 57,6%; mianowany: 46,3%; dyplomowany: 18,5%) – test Fishera ( $p < 0,01$ ).

O innych, niewymienionych w kafeterii możliwościach wspominali wyłącznie najmłodszy stażem (do 1 roku: 8,7%) – zależność potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

W przypadku nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego częstość deklarowania lepszej komunikacji z rówieśnikami spadała wraz z rosnącym awansem zawodowym

(stażyści: 85,7%; kontraktowi: 59,7%; mianowani: 45,9%; dyplomowani: 38,6%) – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykres 34. Zachowania prozdrowotne, jakie nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego zaobserwowali w ostatnim czasie u swoich podopiecznych



Warto podkreślić, że zwrócenie uwagi znacznej części zarówno nauczycieli wychowania przedszkolnego, jak i edukacji wczesnoszkolnej na lepszą komunikację dzieci/uczniów z rówieśnikami może wskazywać na dobrze rozwinięte umiejętności życiowe, na których ważność w praktyce pedagogicznej wskazuje wielu badaczy, w tym B. Woynarowska<sup>474</sup>. Należy zwrócić uwagę na fakt, że elementy edukacji w zakresie kształtowania umiejętności życiowych znajdują się od dawna w programach nauczania różnych przedmiotów. Jednakże skuteczne jej prowadzenie wymaga koncentracji na umiejętnościach i zachowaniach uczniów, a nie tylko na przekazywaniu im wiedzy oraz

<sup>474</sup> B. Woynarowska, *Kształtowanie umiejętności...*, op. cit.

wymaga odpowiedniego przygotowania nauczycieli. Niestety pomimo dowolności w kwestii dopisania przez nauczycieli zachowań prozdrowotnych zaobserwowanych u swoich podopiecznych żaden z nich nie dopisał tych będących wynikiem edukacji dla zdrowia psychicznego, takich jak np. pozytywne myślenie, poczucie humoru czy też dystans do samego siebie. Potrzeba koncentracji na zagadnieniach zdrowia psychospołecznego wynika z warunków życia we współczesnym świecie, który może utrudniać prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny młodych ludzi<sup>475</sup>. Zważywszy na powyższe, edukacja dla zdrowia psychicznego nie może zostać pominięta na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej, a efekty skutecznej jej realizacji powinny być zaobserwowane wśród jej odbiorców.

Nauczycieli zapytano również, **z czego w ich opinii mogą wynikać trudności w edukacji zdrowotnej dzieci/uczniów** (aneks nr 9 pyt. 19, aneks nr 10 pyt. 19, wykres 35).

Większość nauczycieli wychowania przedszkolnego uczestniczących w badaniu uznała, że przyczyną trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w placówkach, w których pracują, jest brak zaangażowania dyrekcji (61,0%; opcja istotnie rzadziej wymieniana przez nauczycieli wczesnoszkolnych: 12,2%; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ). W tym przypadku można stwierdzić pewien dysonans poznawczy, ponieważ we wcześniej analizowanym pytaniu aż 52,1% ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego wskazało właśnie dyrektora placówki jako osobę udzielającą im wsparcia w zakresie prowadzenia zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej.

Wśród nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego przyczyn trudności upatrywano przede wszystkim w braku predyspozycji u dzieci wynikającego z uwarunkowań psychologicznych (np. brak motywacji / chęci posiadania takiej wiedzy, rozkojarzenie, niedostosowanie społeczne) – 66,5%. Również nauczyciele wychowania przedszkolnego często wskazywali na ten aspekt (55,6%). Uzyskanie tak niepokojącego wyniku badań może być punktem wyjścia do rozważań na temat szerszego włączenia edukacji dla zdrowia psychicznego do programów nauczania. W ramach tej edukacji rozwijane mogą być psychologiczne zasoby dla zdrowia oraz umiejętności życiowe, które sprzyjają dobremu funkcjonowaniu osobistemu i społecznemu.

Pozostałe czynniki w obu badanych grupach były wskazywane znacznie rzadziej, np.: brak predyspozycji u dziecka wynikający z uwarunkowań fizycznych (przedszkola: 31,6%;

---

<sup>475</sup> I. Tabak, *Edukacja do zdrowia psychicznego*, [w:] B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 311.

szkoły: 38,4%), brak stymulowania rozwoju zdrowotnego w domu rodzinnym dziecka (19,3% i 31,1%).

Pracownicy przedszkoli najrzadziej zaznaczali: brak środków finansowych na realizację niektórych przedsięwzięć prozdrowotnych w przedszkolu (7,5%; istotnie częściej odpowiedź ta była wskazywana przez respondentów ze szkół: 28,7%; zależność potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), brak kompetencji nauczyciela wychowania przedszkolnego (7,0%), co może świadczyć o tym, że czują się kompetentni do przekazywania treści zdrowotnych, oraz brak odpowiedniego nadzoru kuratorium oświaty nad realizacją edukacji zdrowotnej w przedszkolu (1,6%). W przypadku reprezentantów nauczania w klasach I-III najrzadszymi odpowiedziami były: brak współpracy pomiędzy rodzicami i nauczycielami edukacji wczesnoszkolnej (8,5%; opcja w ogóle niepojawiająca się we wskazaniach ankietowanych z przedszkoli; zależność potwierdzono testem Fishera,  $p < 0,001$ ), brak kompetencji nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej (7,9%), brak zaangażowania nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej (3,7%; opcja istotnie częściej wskazywana przez pracowników przedszkoli: 22,5%; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), brak odpowiedniego nadzoru kuratorium oświaty nad realizacją edukacji zdrowotnej w szkole (2,4%).

Żadnych trudności nie dostrzegali 1/5 ankietowanych z przedszkoli (20,3%) i mniej niż 1/3 nauczycieli szkolnych (31,1%).

Należy podkreślić, że odsetek nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego deklarujących brak stymulowania rozwoju zdrowotnego w domu rodzinnym dziecka spadał wraz z rosnącym awansem zawodowym (stażyści: 83,3%; kontraktowi: 80,7%; mianowani: 70,6%; dyplomowani: 50,7%) – zależność potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

O braku predyspozycji u dzieci wynikającym z uwarunkowań psychologicznych istotnie częściej wspominali młodszy stażem nauczyciele wychowania przedszkolnego niż bardziej doświadczeni (zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ) – tabela 16. Podobnie było w przypadku braku kompetencji nauczyciela wychowania przedszkolnego czy odpowiedniego nadzoru kuratorium oświaty nad realizacją edukacji zdrowotnej w przedszkolu (zależności potwierdzone testem Fishera; pierwsza z wymienionych:  $p < 0,05$ ; druga:  $p < 0,01$ ).

Wykres 35. Przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolach/szkołach, w których pracują ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego

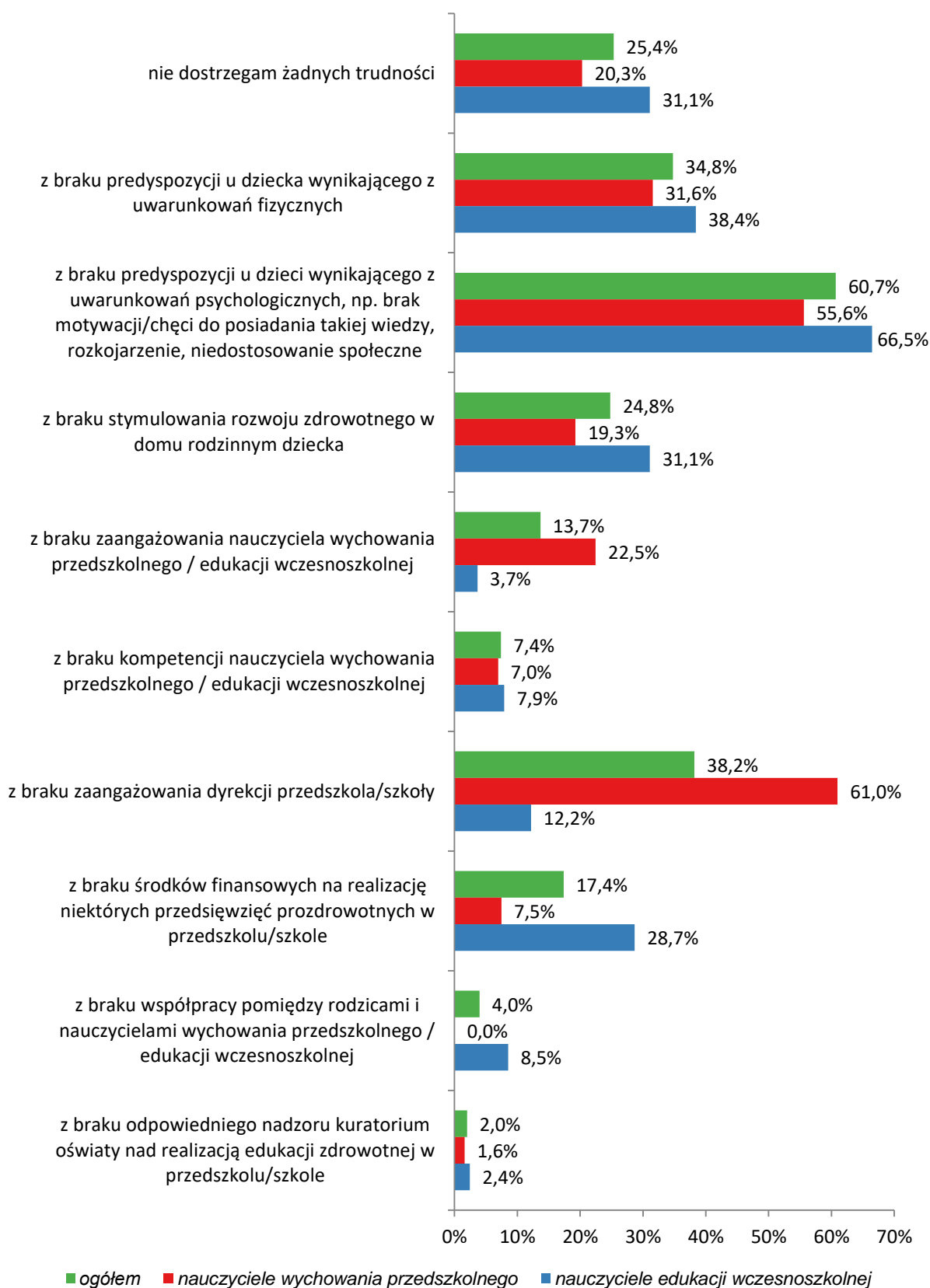


Tabela 16. Przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolach, w których pracują ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego, a staż pracy tych nauczycieli

	N	Ogółem	<1 roku	1-5 lat	5-10 lat	10-20 lat	>20 lat
Z braku predyspozycji u dzieci wynikającego z uwarunkowań psychologicznych, np. brak motywacji / chęci do posiadania takiej wiedzy, rozkojarzenie, niedostosowanie społeczne	104	55,6%	60,9%	65,4%	42,1%	41,9%	48,6%
Z braku kompetencji nauczyciela wychowania przedszkolnego	13	7,0%	21,7%	6,4%	10,5%	0,0%	2,9%
Z braku odpowiedniego nadzoru kuratorium oświaty nad realizacją edukacji zdrowotnej w przedszkolu	3	1,6%	13,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Odpowiedzi „nie dostrzegam żadnych trudności” istotnie częściej udzielali nauczyciele dyplomowani prowadzący zajęcia w przedszkolach, a najrzadziej – kontraktowi (zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ) – wykres 36.

Opcję „z braku predyspozycji u dzieci wynikającego z uwarunkowań psychologicznych” istotnie częściej zaznaczali nauczyciele kontraktowi i stażyści, a rzadziej – dyplomowani (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

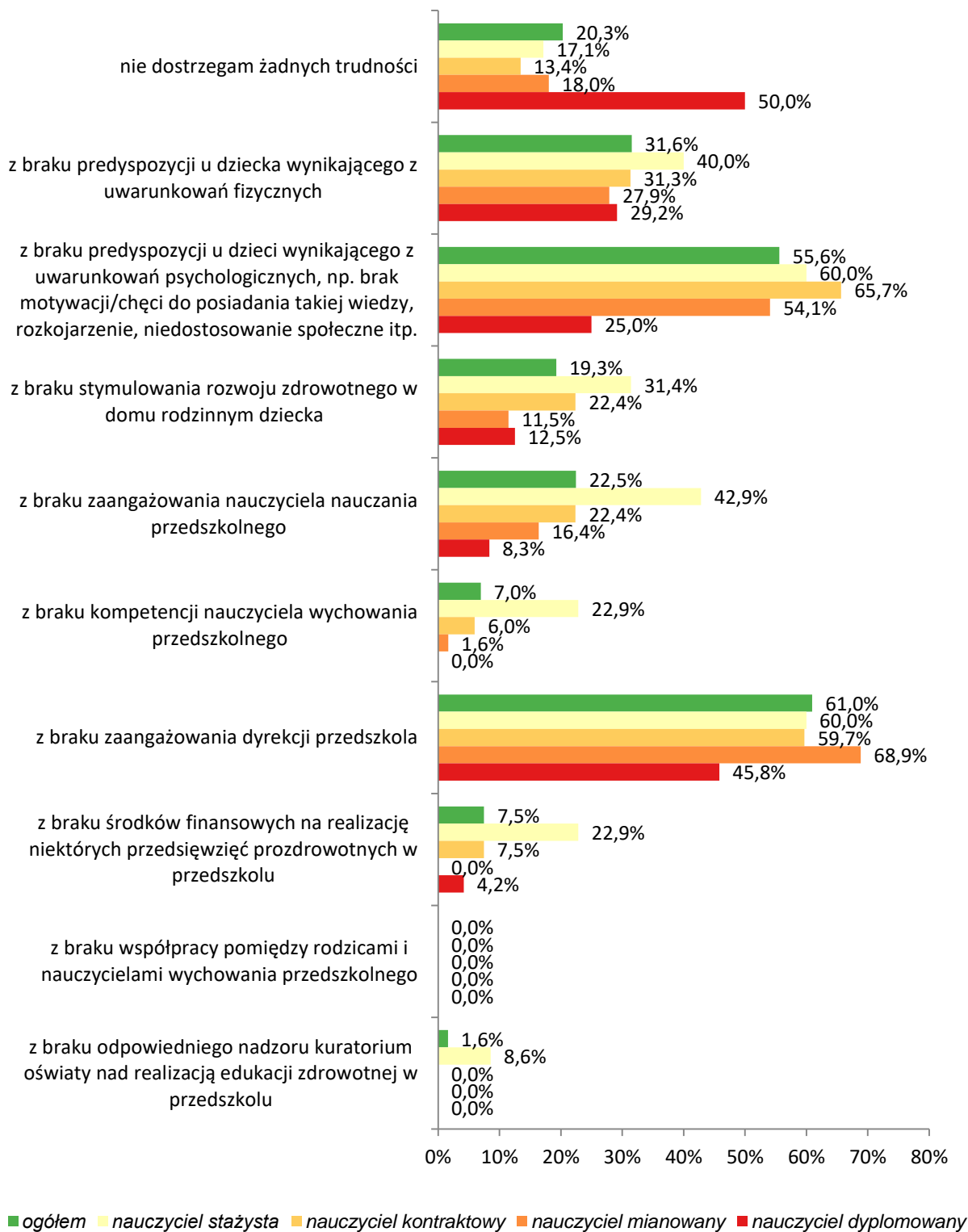
O braku stymulowania rozwoju zdrowotnego w domu rodzinnym dziecka wspominali w większym stopniu stażyści i nauczyciele kontraktowi, a w najmniejszym – mianowani (test Fishera,  $p < 0,05$ ).

Odsetek wskazań na brak zaangażowania nauczyciela wychowania przedszkolnego malał wraz ze wzrostem stopnia awansu zawodowego (test Fishera,  $p < 0,01$ ). Podobnie było w przypadku braku kompetencji nauczyciela wychowania przedszkolnego (test Fishera,  $p < 0,001$ ).

Na brak środków finansowych najczęściej zwracali uwagę nauczyciele stażyści, a w dużo mniejszym stopniu kontraktowi i dyplomowani (test Fishera,  $p < 0,001$ ).



Wykres 36. Przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolach, w których pracują ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego, a stopień awansu zawodowego tych nauczycieli



Na brak stymulowania rozwoju zdrowotnego w domu rodzinnym dziecka istotnie częściej zwracali uwagę młodszy stażem nauczyciele wychowania wczesnoszkolnego (do 1 roku: 83,3%; od 1 roku do 5 lat: 81,6%) niż bardziej doświadczeni, co zostało potwierdzone testem Fishera ( $p < 0,01$ ) – tabela 17.

Odsetek deklarujących brak predyspozycji wynikający z uwarunkowań psychologicznych spadał wraz ze wzrostem stażu pracy ankietowanych nauczycieli prowadzących zajęcia w szkołach – zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Tabela 17. Przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w szkołach, w których pracują ankietowani nauczyciele wychowania wczesnoszkolnego, a staż pracy tych nauczycieli

	N	Ogółem	<1 roku	1-5 lat	5-10 lat	10-20 lat	>20 lat
Z braku stymulowania rozwoju zdrowotnego w domu rodzinnym dziecka	109	66,5%	83,3%	81,6%	62,1%	68,2%	53,4%
Z braku predyspozycji u dzieci wynikającego z uwarunkowań psychologicznych, np. brak motywacji / chęci do posiadania takiej wiedzy, rozkojarzenie, niedostosowanie społeczne	63	38,4%	66,7%	51,0%	31,0%	36,4%	29,3%

Nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej poproszono również o **określenie, jakie metody kształcenia zdrowego stylu życia realizują na zajęciach z edukacji zdrowotnej** (aneks nr 9 pyt. 6, aneks nr 10 pyt. 6, wykres 37). Zachęcanie uczniów do podejmowania i zwiększania aktywności w procesie uczenia się oraz stwarzanie ku temu sprzyjających warunków jest niewątpliwie obowiązkiem nauczyciela prowadzącego edukację zdrowotną. Znajomość różnych metod, wiedza o celach, którym służą, pozwala nauczycielowi dokonać doboru tych metod oraz dopasować je do sytuacji i różnicować<sup>476</sup>. Ponadto w wielu opracowaniach naukowych podkreśla się ważność sposobu pracy z dzieckiem na poziomie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej w taki sposób, aby wykorzystać w pełni jego potencjał rozwojowy. Niemal wszyscy badani nauczyciele wychowania przedszkolnego stosują zajęcia wychowawczo-praktyczne (np. pokazywanie dzieciom, w jaki sposób szczotkować zęby, myć ręce, dbać o porządek, przechodzić przez

<sup>476</sup> G. Petty, *Nowoczesne nauczanie...*, op. cit.

ulicę, jakie potrawy są dla nich zdrowe, a jakie szkodliwe, w którym miejscu znajduje się dany narząd itp.) jako metodę kształcenia zdrowego stylu życia dzieci (91,1%). Opcja ta jest w istotnie mniejszym stopniu wykorzystywana przez uczących w klasach I-III (72,8%), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Mniejszą popularnością niż zajęcia wychowawczo-praktyczne cieszą się spotkania dzieci z gośćmi specjalnymi, np. lekarzem, pielęgniarką, policjantem (81,7%), również znacznie rzadziej wykorzystywane w szkołach (69,2%; test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

Wśród nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego najbardziej popularne były odpowiedzi: malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną (91,8%) i śpiewanie piosenek o zdrowiu, higienie, bezpieczeństwie (91,3%) – obie formy znacznie mniej częste w placówkach przedszkolnych (odpowiednio: 80,2%; 71,8%; zależności potwierdzone testem chi-kwadrat, pierwsza:  $p < 0,01$ , druga:  $p < 0,001$ ).

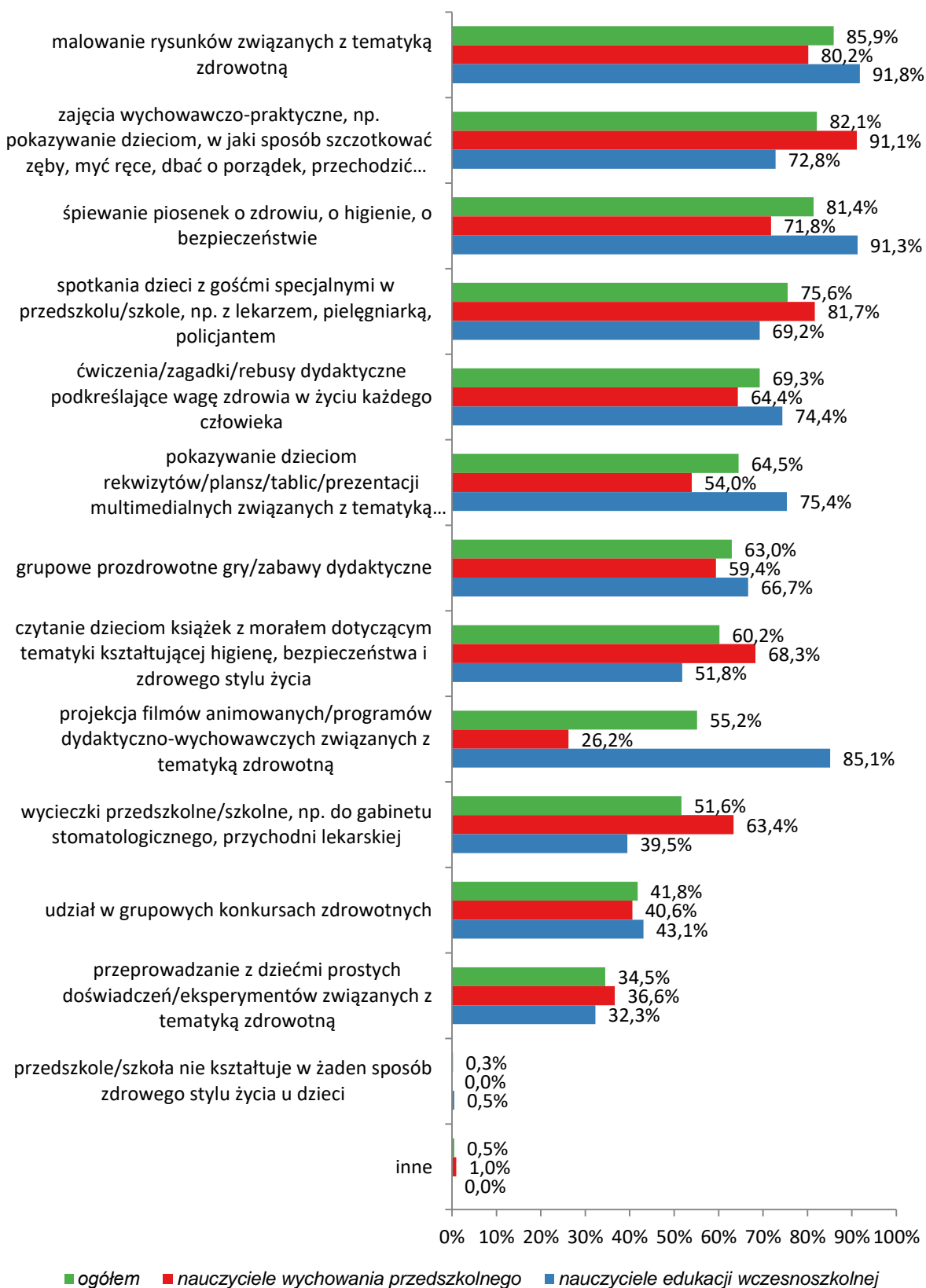
Najrzadziej przedstawiciele przedszkoli wśród metod kształcenia zdrowotnego wskazywali projekcję filmów animowanych / programów dydaktyczno-wychowawczych związanych z tematyką zdrowotną (26,2%), która to zdecydowanie częściej była zaznaczana przez uczących w klasach I-III (85,1%; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ). Inne, niewymienione w kafeterii możliwości zaznaczyło 1,0% nauczycieli prowadzących zajęcia w przedszkolach (wszyscy ze stażem pracy do 1 roku: 8,7%; zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,05$ ). Żaden nie odpowiedział, że przedszkole nie kształtuje zdrowego stylu życia u dzieci.

Nauczyciele szkół podstawowych najrzadziej wymieniali przeprowadzanie z dziećmi prostych doświadczeń/eksperymentów związanych z tematyką zdrowotną (32,3%). Zdaniem 0,5% ankietowanych ich szkoła nie kształtuje w żaden sposób zdrowego stylu życia u dzieci.

Należy zauważyć, że czytanie dzieciom książek z morałem dotyczącym tematyki kształtującej higienę, bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia w większym stopniu preferowano w przedszkolach niż szkołach (odpowiednio: 68,3%; 51,8%) – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ). Podobnie było w przypadku wycieczek, np. do gabinetu stomatologicznego, przychodni lekarskiej (przedszkola: 63,4%; szkoły: 39,5%; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Ćwiczenia/zagadki/rebusy dydaktyczne podkreślające wagę zdrowia w życiu każdego człowieka to formy stosowane istotnie częściej przez nauczających w początkowych klasach szkoły podstawowej niż w przedszkolach (odpowiednio: 74,4%; 64,4%) – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ). Podobnie było w przypadku pokazywania dzieciom rekwizytów/plansz/tablic/prezentacji multimedialnych związanych z tematyką zdrowotną (szkoły: 75,4%; przedszkola: 54,0%; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Wykres 37. Metody kształcenia zdrowego stylu życia, jakie nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego realizują na zajęciach z edukacji zdrowotnej



Popularność stosowania wycieczek szkolnych jako metody kształcenia zdrowego stylu życia spadała wraz ze wzrostem stażu pracy nauczycieli wychowania przedszkolnego, którzy wzięli udział w badaniu (z wyjątkiem grupy o stażu powyżej 20 lat) – tabela 18. Zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Podobnie było w przypadku grupowych prozdrowotnych gier/zabaw dydaktycznych, których wykorzystanie maleje wraz ze wzrostem doświadczenia badanych (z wyjątkiem grupy ze stażem do 1 roku), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Tabela 18. Metody kształcenia zdrowego stylu życia, jakie nauczyciele wychowania przedszkolnego realizują na zajęciach z edukacji zdrowotnej, a staż pracy tych nauczycieli

	N	Ogółem	<1 roku	1-5 lat	5-10 lat	10-20 lat	>20 lat
Wycieczki przedszkolne, np. do gabinetu stomatologicznego, do przychodni lekarskiej	128	63,4%	87,0%	67,5%	66,7%	45,9%	55,0%
Grupowe prozdrowotne gry/zabawy dydaktyczne	120	59,4%	65,2%	71,3%	52,4%	48,6%	45,0%

Odsetek wykorzystujących wycieczki przedszkolne spadał wraz ze wzrostem stopnia awansu zawodowego ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego (z 83,3% u nauczycieli stażystów, do 41,4% u nauczycieli dyplomowanych) – tabela 19, zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ).

Podobną zależność zaobserwowano w przypadku grupowych prozdrowotnych gier i zabaw, preferowanych przez niższych stopniem zawodowym nauczycieli (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Projekcja filmów jest formą stosowaną najrzadziej przez nauczycieli dyplomowanych (zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,05$ ).

Tabela 19. Metody kształcenia zdrowego stylu życia, jakie nauczyciele wychowania przedszkolnego realizują na zajęciach z edukacji zdrowotnej, a stopień awansu zawodowego tych nauczycieli

	N	Ogółem	Stażysta	Kontraktowy	Mianowany	Dyplomowany
Wycieczki przedszkolne, np. do gabinetu stomatologicznego, do przychodni lekarskiej	128	63,4%	83,3%	66,2%	59,4%	41,4%
Grupowe prozdrowotne gry/zabawy dydaktyczne	120	59,4%	69,4%	70,6%	55,1%	31,0%
Projekcja filmów animowanych/ programów dydaktyczno-wychowawczych związanych z tematyką zdrowotną	53	26,2%	33,3%	26,5%	30,4%	6,9%

Warto zwrócić uwagę na fakt, że w piśmiennictwie pedagogicznym opisano liczne metody kształcenia, a nauczyciele w swojej praktyce pedagogicznej powinni znać i wykorzystywać wiele metod, ponieważ ich różnorodność czyni pracę nauczyciela i uczniów bardziej stymulującą i przyjemną.

Ankietowanych poproszono również o **wskazanie, w jaki sposób przeprowadzają diagnozę potrzeb i oczekiwań dzieci/uczniów z zakresu edukacji zdrowotnej** (aneks nr 9 pyt. 7, aneks nr 10 pyt. 7, wykres 38). Poznawanie potrzeb, możliwości oraz zainteresowań dziecka jest istotnym kierunkiem w pracy nauczyciela, warunkującym właściwe podejście do planowania i prowadzenia pracy pedagogicznej. Diagnoza potrzeb uczestników edukacji zdrowotnej jest procesem, w którym są identyfikowane i analizowane ich potrzeby poprzez zastosowanie różnych metod diagnozowania.

Najczęściej diagnoza potrzeb i oczekiwań dzieci z zakresu edukacji zdrowotnej jest przeprowadzana zarówno przez nauczycieli wychowania przedszkolnego, jak i wczesnoszkolnego w formie obserwacji pedagogicznej (odpowiednio: 89,0%; 85,1%). Nieco mniej badanych używa w tym celu dyskusji, rozmów z dziećmi (81,5%; 81,4%).

Pracownicy przedszkoli najrzadziej wskazywali na rozmowy z rodzicami dzieci (38,0%), w większym stopniu wykorzystywane przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej

(60,3%), zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ), i inne, niewymienione w kafeterii możliwości (2,0%).

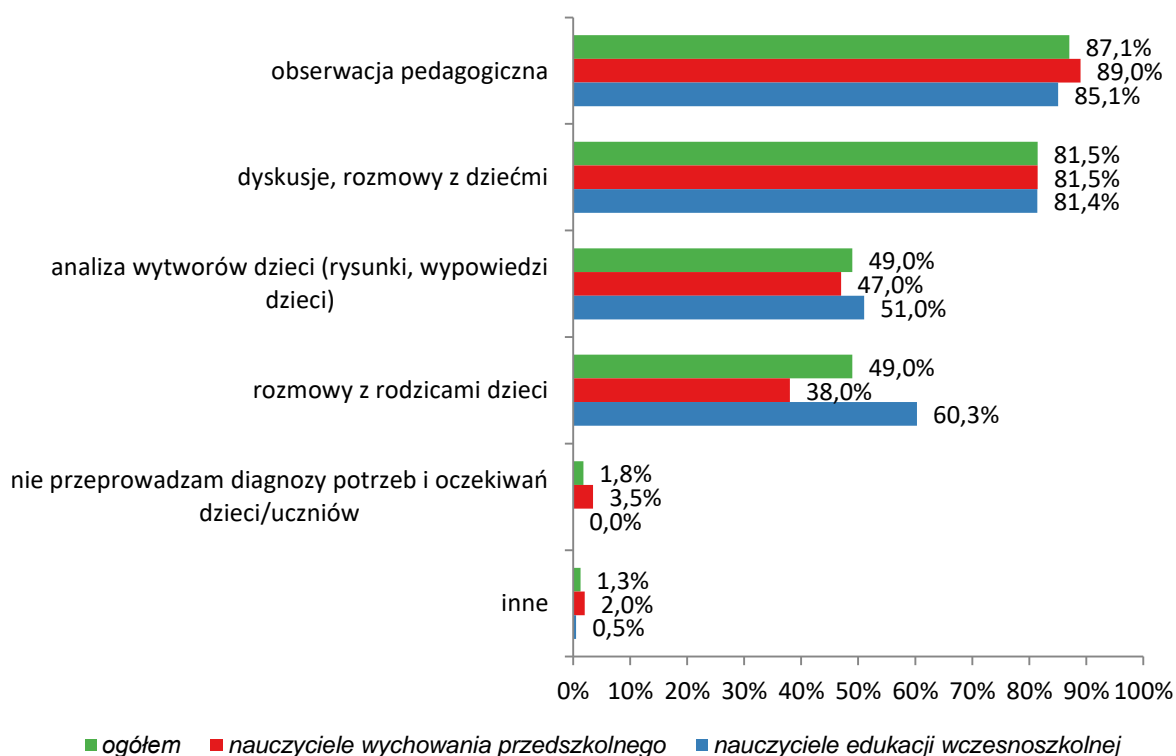
Uczący w klasach od I do III najmniej chętnie korzystają z analizy wytworów dzieci (rysunki, wypowiedzi): 51,0% i innych, niewymienionych w kafeterii możliwości (0,5%).

Jedynie 3,5% reprezentantów przedszkoli przyznało, że nie przeprowadza diagnozy potrzeb i oczekiwań dzieci. Takiej odpowiedzi nie udzielił żaden przedstawiciel szkoły.

Należy wspomnieć, że rozmowy z rodzicami dzieci w celu dokonania diagnozy są częściej stosowane przez pracowników przedszkoli o najmniejszym i średnim stażu pracy (do 1 roku: 60,9%; od 5 do 10 lat: 61,9%) niż przez pozostałych (od 1 roku do 5 lat: 31,6%; od 10 do 20 lat: 25,0%; powyżej 20 lat: 37,5%). Zależność ta została potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ).

Podobna statystycznie istotna zależność występuje, jeśli weźmie się pod uwagę stopień awansu zawodowego – najczęściej z rozmów z rodzicami korzystają nauczyciele stażyści (52,8%), następnie kontraktowi (42,6%), dyplomowani (31,0%) i mianowani (28,4%), co zostało potwierdzone testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Wykres 38. Przeprowadzanie diagnozy potrzeb i oczekiwań dzieci z zakresu edukacji zdrowotnej – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej



Jak wynika z badań, prawie wszyscy nauczyciele dokonują diagnozy potrzeb i oczekiwań dzieci/uczniów z zakresu edukacji zdrowotnej. Analizując raporty z ewaluacji wewnętrznej różnych placówek w województwie śląskim dostępne na stronach internetowych, można stwierdzić, że zdecydowana większość nauczycieli deklaruje, że przeprowadza diagnozę, stosując odpowiednie metody i narzędzia diagnostyczne.

Poruszono również kwestię związaną z dokonywaniem **ewaluacji po zakończonych zajęciach z edukacji zdrowotnej** (aneks nr 9 pyt. 8, aneks nr 10 pyt. 8, wykres 39). W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji ewaluacji, z których na potrzeby edukacji zdrowotnej najtrafniejsze wydaje się ujęcie, zgodnie z którym jest to: „próba opisu wyników końcowych ocenianych faktów [...] czy zbieranie informacji o przebiegu i oddziaływaniu programu poprzez prezentowane postawy, wiedzę, zachowania”<sup>477</sup>. Dokonywanie ewaluacji stanowi istotny element programów edukacji zdrowotnej, umożliwiając sprawdzenie, jak przebiega realizacja programu (ewaluacja procesu), oraz stopnia osiągnięcia założonego celu (ewaluacja wyników)<sup>478</sup>. Niemal wszyscy nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego uczestniczący w badaniu przeprowadzają ewaluację po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej poprzez obserwację pracy i osiągnięć dzieci/uczniów (odpowiednio: 92,5%; 89,9%).

Rozmowy z dziećmi i ich rodzicami wskazała połowa prowadzących zajęcia w przedszkolach i aż 3/4 reprezentantów szkół (54,0%; 76,7%) – zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Ewaluacji nie dokonuje 6,5% respondentów z pierwszej grupy i 0,5% z drugiej.

Ewaluacja poprzez obserwację pracy i osiągnięć dzieci była deklarowana częściej przez badanych nauczycieli wychowania przedszkolnego, którzy posiadali co najmniej 5-letni staż pracy (od 92,1% do 100,0%), niż przez młodszych stażem (87,0-88,8%) – wykres 40. Zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykorzystanie w tym celu rozmów z dziećmi i ich rodzicami spada wraz ze wzrostem doświadczenia (do 1 roku: 69,6%; powyżej 20 lat: 39,5%) – test Fishera ( $p < 0,05$ ).

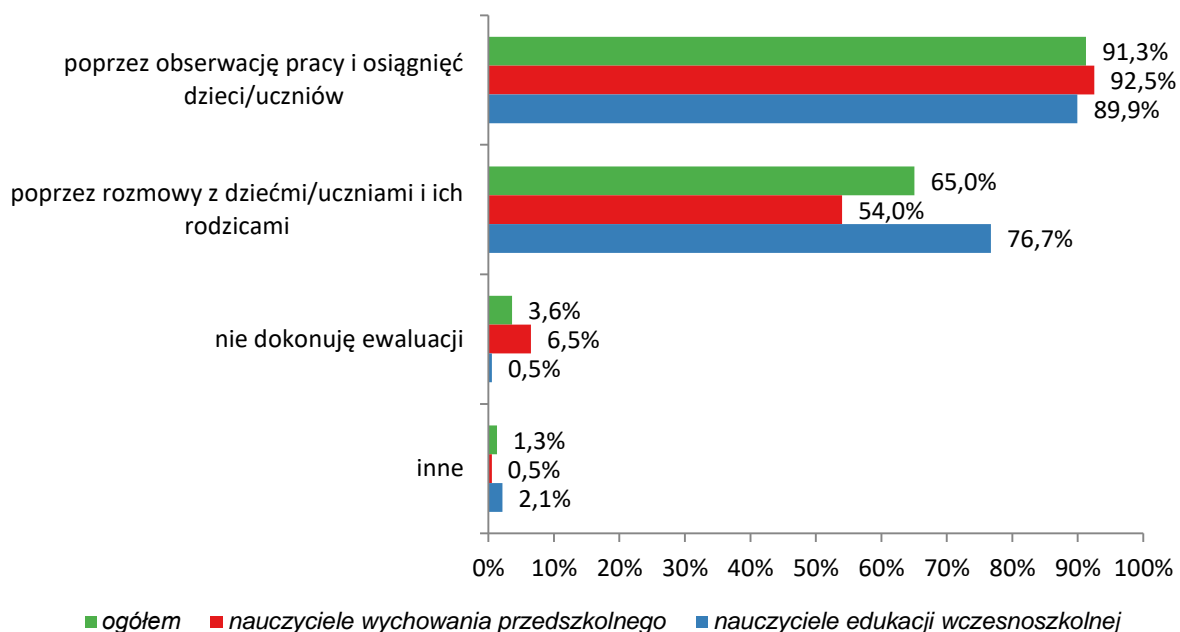
---

<sup>477</sup> V. Korporowicz, *Promocja zdrowia...*, op. cit., s. 148; M. Dooris, *Healthy settings: Challenges to generation evidence of effectiveness*, Health Promotion International 2006, vol. 21, no. 1, s. 57.

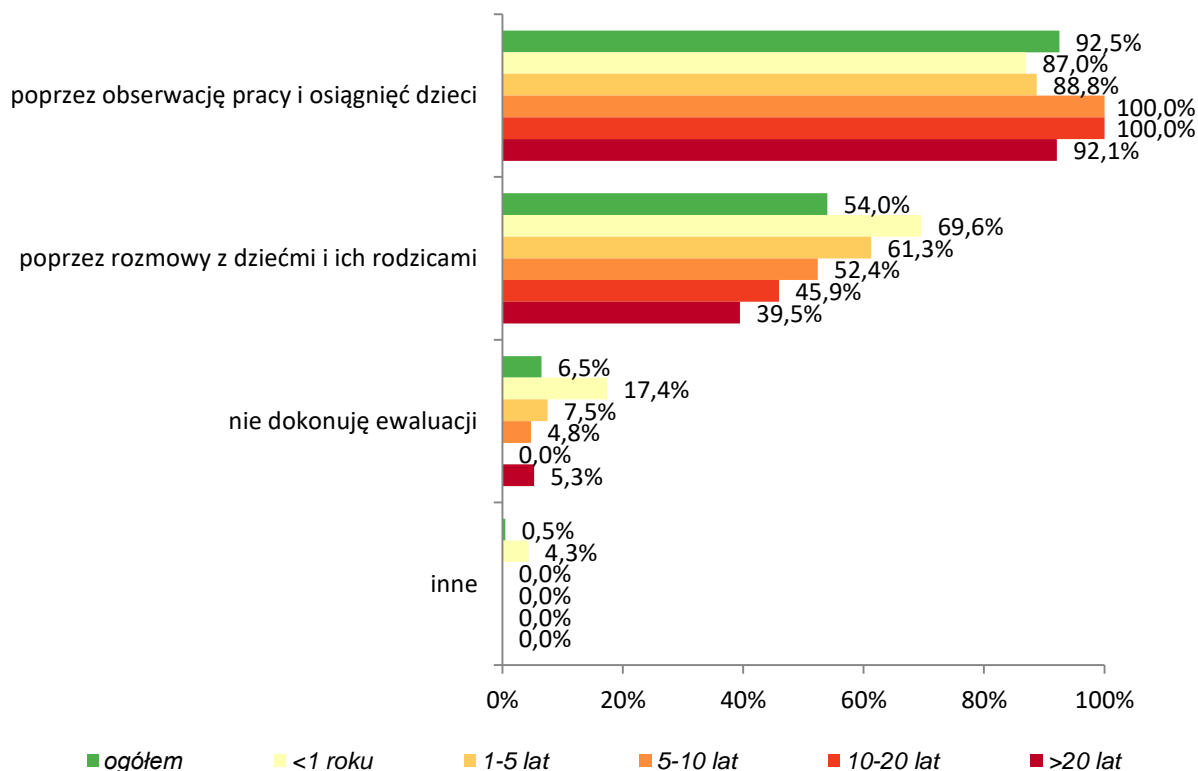
<sup>478</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 161.



Wykres 39. Sposób dokonywania ewaluacji przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej



Wykres 40. Sposób dokonywania ewaluacji przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej a ich staż pracy



Podobne do opisanych wyżej zależności występują w przypadku stopnia awansu zawodowego badanych nauczycieli (odpowiedź „poprzez obserwację pracy i osiągnięć” – test Fishera,  $p < 0,05$ ; „poprzez rozmowy” – test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) – tabela 20.

Tabela 20. Sposób dokonywania ewaluacji przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej, a ich stopień awansu zawodowego

	N	Ogółem	Stażysta	Kontraktowy	Mianowany	Dyplomowany
Poprzez obserwację pracy i osiągnięć dzieci	185	92,5%	83,3%	92,6%	97,1%	92,6%
Poprzez rozmowy z dziećmi i ich rodzicami	108	54,0%	72,2%	60,3%	50,7%	22,2%

Jak wynika z badań własnych, nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej przeprowadzają ewaluację po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej. Dokonywanie ewaluacji poprzez wykorzystanie różnorodnych metod jest niewątpliwie zadaniem trudnym, ale niezbędnym dla oceny skuteczności przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej.

Nauczyciele wskazali również, **jakie metody aktywizujące stosują podczas zajęć z edukacji zdrowotnej** (aneks nr 9 pyt. 10, aneks nr 9 pyt. 10, wykres 41). Dokonując wyboru metod pracy dydaktyczno-wychowawczej, za naczelne – jak słusznie zauważa J. Karbowniczek<sup>479</sup> – należy uznać metody aktywizujące. Stosowanie metod aktywizujących w procesie edukacyjnym w przedszkolu oraz podczas zajęć z uczniami klas I-III umożliwia wyzolenie wielostronnej aktywności osób uczących się oraz zwiększa zaangażowanie uczniów w proces uczenia się. Wybór metod aktywizujących i stosowanych w ich ramach technik jest obszerny, jednak wymaga od nauczyciela szczególnej postawy twórczej oraz odpowiednich psychopedagogicznych umiejętności do pracy tymi metodami. Prowadzący zajęcia w przedszkolach najczęściej korzystają z dyskusji jako metody aktywizującej podczas zajęć z edukacji zdrowotnej (wskazywali tę opcję istotnie częściej niż uczący w klasach I-III, odpowiednio: 78,3%; 69,1%; zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ). Wśród nauczycieli wychowania przedszkolnego popularne są także wchodzenie w rolę (73,4%) i wizualizacja (mapa myśli, sporządzanie plakatów, układanie rebusów) – 66,5%.

<sup>479</sup> J. Karbowniczek, *Zintegrowana edukacja wczesnoszkolna z językiem angielskim*, Instytut Wydawniczy Erica, Warszawa 2012, s. 53.

W przypadku nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego najczęściej wskazywano wchodzenie w rolę (75,4%) i dyskusję – ex aequo z wizualizacją (po 69,1%).

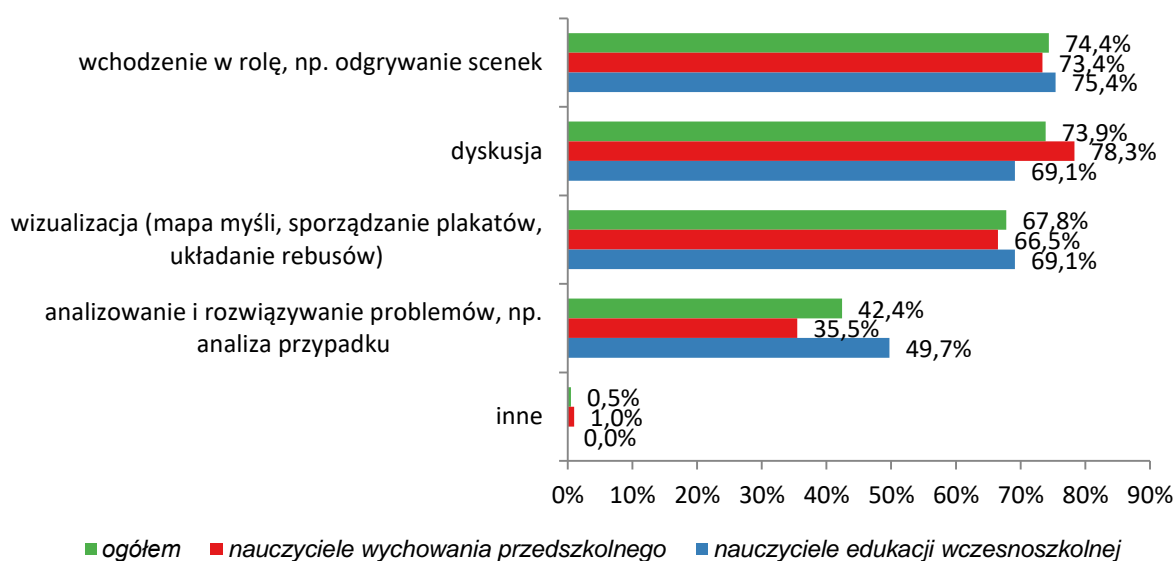
Obie grupy najrzadziej udzielały odpowiedzi „analizowanie i rozwiązywanie problemów, np. analiza przypadku”, przy czym istotnie częściej byli to nauczyciele wczesnoszkolni niż przedszkolni (odpowiednio: 49,7%; 35,5%), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ). Opcję „Inne” wskazało 1,0% pracowników przedszkoli (były to osoby posiadające staż pracy do 1 roku: 4,3% i od 5 do 10 lat: 4,8%; zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,05$ ).

Warto odnotować, że wykorzystanie wizualizacji zwiększa się wraz ze wzrostem stażu pracy badanych pracujących w przedszkolach (do 1 roku: 56,5%; od 1 roku do 5 lat: 57,5%; od 5 do 10 lat: 76,2%; od 10 do 20 lat: 86,5%), z wyjątkiem grupy „powyżej 20 lat” (65,9%). Zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

W przedszkolach wchodzenie w rolę istotnie częściej deklarowali nauczyciele stażyści (85,7%) i dyplomowani (86,6%) niż pozostali (kontraktowy: 66,7%; mianowany: 63,9%), co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wśród nauczycieli wychowania przedszkolnego analizowanie i rozwiązywanie problemów najczęściej zaznaczali stażyści (44,4%) i nauczyciele kontraktowi (44,1%), następnie dyplomowani (33,3%) i mianowani (23,2%) – zależność ta została potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Wykres 41. Stosowanie metod aktywizujących podczas zajęć z edukacji zdrowotnej – nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego



Zagadnienia wykorzystania metod aktywizujących przez nauczycieli przedszkoli oraz nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej były przedmiotem badań również innych badaczy<sup>480</sup>. Przeprowadzone badania wykazały, że wszyscy nauczyciele stosują metody aktywizujące w pracy dydaktyczno-wychowawczej oraz dostrzegają zalety tych metod. Niewątpliwie używanie metod aktywizujących w procesie edukacyjnym na początkowych etapach kształcenia przynosi wiele korzyści zarówno dla dzieci/uczniów, jak i dla samego procesu edukacyjnego. Metody te podnoszą efektywność kształcenia, ułatwiają przekazywanie treści, zdobywanie wiedzy i kształtowanie umiejętności<sup>481</sup>.

### Wnioski

Reasumując można stwierdzić, że nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej znają potrzeby zdrowotne swoich podopiecznych i stosują różnorodną oraz trafnie dobraną metodykę pracy w zakresie edukacji zdrowotnej. Zdaniem tych nauczycieli w ramach edukacji zdrowotnej dzieci/uczniowie są przede wszystkim zainteresowani aktywnością ruchową, właściwym żywieniem, troską o ciało oraz zachowaniem bezpieczeństwa, a w mniejszym stopniu tematami związanymi z właściwym zachowaniem w chorobie. Nauczyciele wśród zachowań prozdrowotnych, jakie obserwują u swoich podopiecznych, najczęściej wymieniali mycie rąk, a następnie zwiększenie aktywności ruchowej i bardziej chętnie spożywanie warzyw i owoców. Również wysoki procent ankietowanych nauczycieli wskazał na zachowania będące efektem rozwijania umiejętności społecznych, takie jak lepsza komunikacja z rówieśnikami. Za przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci przedstawiciele przedszkoli uznają zwykle brak zaangażowania dyrekcji i brak predyspozycji u dzieci wynikający z uwarunkowań psychologicznych (istotnie częściej wskazują go młodszy staż pracy, a także nauczyciele kontraktowi i stażyści). Ta ostatnia opcja jest przyczyną najczęściej zgłaszaną przez reprezentantów szkół (istotnie częściej przez starszy staż pracy). Żadnych problemów w edukowaniu zdrowotnym nie zauważa co piąty nauczyciel wychowania przedszkolnego (istotnie częściej nauczyciele dyplomowani) i co trzeci – wychowania wczesnoszkolnego. Na zajęciach z edukacji zdrowotnej niemal wszyscy nauczyciele wychowania przedszkolnego realizują – w ramach kształtowania zdrowego stylu życia dzieci – zajęcia wychowawczo-praktyczne. Rzadziej są to spotkania z gośćmi specjalnymi i malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną. Nauczyciele wychowania wczesnoszkolnego preferują malowanie rysunków, śpiewanie piosenek o zdrowiu, higienie, bezpieczeństwie, a także projekcje filmów animowanych /

---

<sup>480</sup> U. Ordon, *Wykorzystanie metod aktywizujących przez nauczycieli przedszkoli i klas I-III – raport z badań*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce” 2015, no. 37/3, s. 129-144.

<sup>481</sup> Ibidem, s. 140.

programów dydaktyczno-wychowawczych. Diagnoza potrzeb i oczekiwań dzieci z zakresu edukacji zdrowotnej jest przez zdecydowaną większość nauczycieli przeprowadzana w formie obserwacji pedagogicznej, a nieco rzadziej jako rozmowy z dziećmi. Niemal wszyscy nauczyciele dokonują ewaluacji po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej. Najczęściej czynią to poprzez obserwację pracy i osiągnięć dzieci/uczniów (istotnie częściej odpowiedzi tej udzielali nauczyciele wychowania przedszkolnego z co najmniej 5-letnim stażem pracy, a także z wyższym niż stażysta stopniem awansu zawodowego). Rzadziej ewaluacja ma formę rozmów z dziećmi i ich rodzicami. Tę ostatnią opcję wskazywał istotnie wyższy odsetek nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego. Wśród prowadzących zajęcia w przedszkolach odsetek wykorzystujących taką możliwość spada wraz ze wzrostem stażu pracy i stopnia awansu zawodowego. Jak zauważa B. Woynarowska, we współczesnej edukacji zdrowotnej dominującymi metodami nauczania/uczenia się powinny być metody aktywizujące<sup>482</sup>. Podczas zajęć z edukacji zdrowotnej najczęściej stosowanymi metodami aktywizującymi są dyskusja (istotnie częściej w wychowaniu przedszkolnym) i wchodzenie w rolę (wśród nauczycieli prowadzących zajęcia w przedszkolach istotnie częściej deklarowane przez stażystów i dyplomowanych). Rzadziej jest to wizualizacja (jej wykorzystanie zwiększa się wraz ze wzrostem stażu pracy nauczycieli przedszkolnych). Warto dodać, że w edukacji zdrowotnej obok stosowania metod aktywizujących powinno uwzględniać się cykl uczenia się przez doświadczanie.

#### **4.5. Opinie nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej na temat swojego przygotowania do realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną oraz chęci do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych**

Realizacja przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej niewątpliwie uzależniona jest od kompetencji oraz identyfikacji nauczycieli wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej z problematyką zdrowotną. W związku z tym inwestowanie w rozwój kompetencji nauczycieli w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej oraz doskonalenie ich umiejętności osobistych i społecznych jest warunkiem jej skuteczności<sup>483</sup>.

Liczne badania wskazują<sup>484</sup>, że poznanie opinii nauczycieli odnośnie do ich przygotowania do realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną stanowi obszar zainteresowania coraz większej liczby badaczy. Badania te odnoszą się jednakże tylko do

---

<sup>482</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 181.

<sup>483</sup> Ibidem, s. 223.

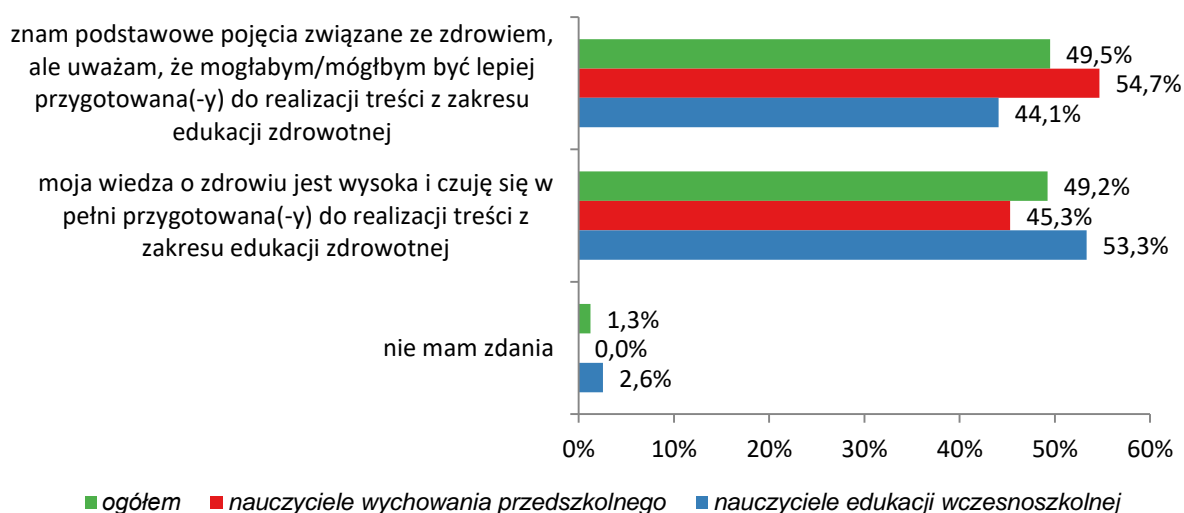
<sup>484</sup> M. Zadarko-Domaradzka, *Realizacja edukacji...*, op. cit.; P.F. Nowak, *Model edukacji...*, op. cit.; M. Zadarko-Domaradzka, P. Matłosz, K. Warchoń, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit.; P.F. Nowak, *Realizacja edukacji...*, op. cit.; H. Wiśniewska-Śliwińska, J.T. Marcinkowski, S.A. Wiśniewski, *Opinie nauczycieli...*, op. cit.

nauczycieli wychowania fizycznego. Z tego względu bardzo ważne wydaje się poznanie opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, którzy to właśnie powinni stać się pierwszymi edukatorami zdrowia dla swoich podopiecznych.

Nauczycieli poproszono o **ocenę swojego poziomu wiedzy o zdrowiu oraz przygotowania do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej** (aneks nr 9 pyt. 20, aneks nr 10 pyt. 20, wykres 42).

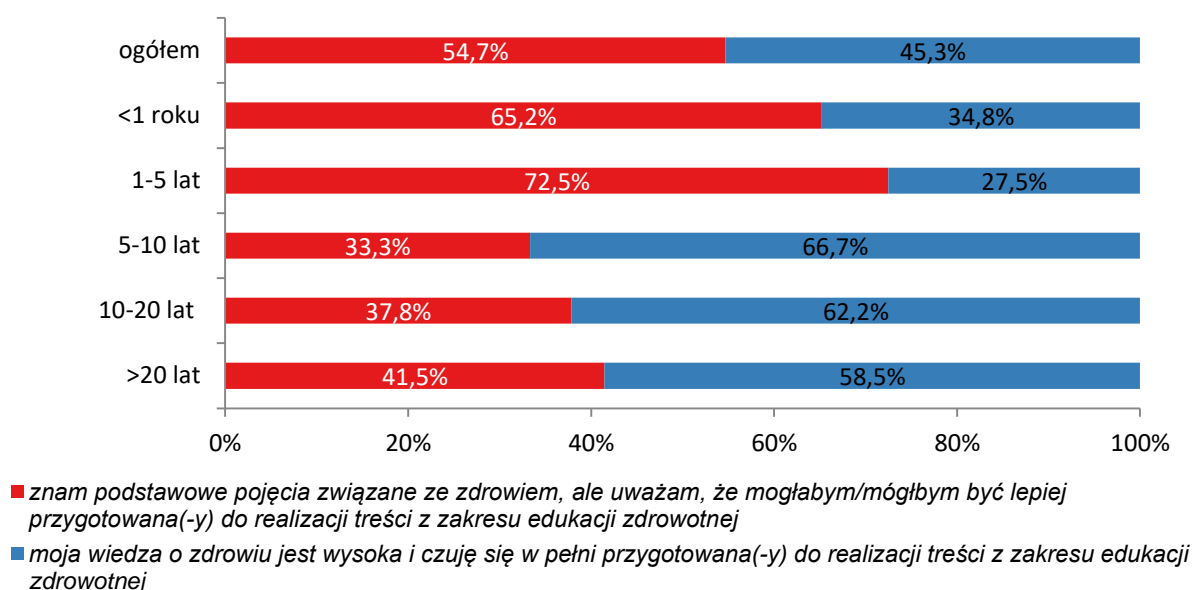
Ponad połowa respondentów prowadzących zajęcia w przedszkolach oceniła, że zna podstawowe pojęcia związane ze zdrowiem, ale uważa, że mogłaby być lepiej przygotowana do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej (54,7%). Pozostali uznali, że ich wiedza o zdrowiu jest wysoka i czują się w pełni przygotowani do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej (45,3%). Inaczej sytuacja przedstawia się wśród przedstawicieli edukacji wczesnoszkolnej, którzy w większości swoją wiedzę oceniają wysoko (53,3%) – zależność statystycznie istotna, potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

Wykres 42. Ocena własnego poziomu wiedzy o zdrowiu i przygotowania do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego



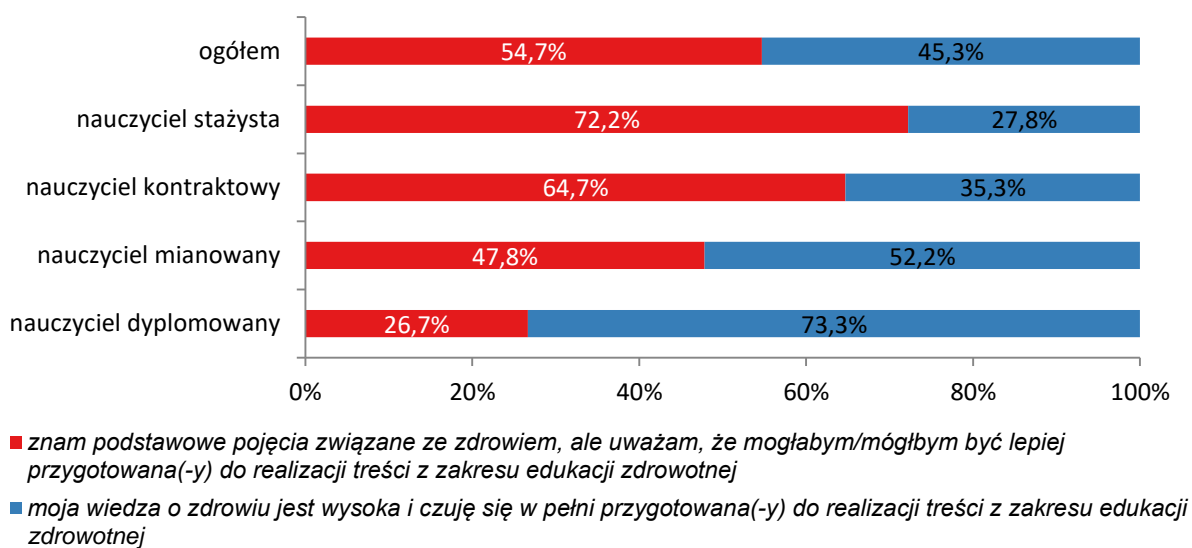
Znajomość podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem najczęściej deklarowali nauczyciele wychowania przedszkolnego młodszy stażem, natomiast wysoką wiedzę – bardziej doświadczeni (wykres 43). Widoczne jest ponadto, że odsetek odpowiedzi „moja wiedza o zdrowiu jest wysoka” spadał wraz ze wzrostem doświadczenia (od 5 do 10 lat: 66,7%; powyżej 20 lat: 58,5%). Zależności te potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Wykres 43. Ocena własnego poziomu wiedzy o zdrowiu i przygotowania do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego a staż ich pracy



Odsetek deklarujących wysoką wiedzę o zdrowiu i pełne przygotowanie do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej zwiększał się wraz ze wzrostem stopnia awansu zawodowego badanych nauczycieli wychowania przedszkolnego (zależność potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) – wykres 44.

Wykres 44. Ocena własnego poziomu wiedzy o zdrowiu i przygotowania do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego a stopień ich awansu zawodowego



Posiadanie przez nauczycieli wysokich kompetencji w zakresie edukacji zdrowotnej wymaga od nich odpowiedniego przygotowania do pełnienia wiodącej roli edukatora zdrowia w założeniu obecnej podstawy programowej. Jak wynika z badań własnych, ponad połowa ankietowanych nauczycieli zarówno wychowania przedszkolnego, jak i edukacji wczesnoszkolnej uważa, że mogliby być lepiej przygotowani do realizacji zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej. W związku z tym istnieje pilna potrzeba podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez nauczycieli w tym obszarze poprzez udział w dodatkowych kursach lub szkoleniach oraz wsparcie ze strony dyrekcji placówki w formie stosowania mechanizmów motywujących.

Ponadto ankietowani nauczyciele wskazali, **które z treści edukacji zdrowotnej zapisane w podstawie programowej sprawiają im największą trudność** (aneks nr 9 pyt. 18, aneks nr 10 pyt. 18).

Zdaniem niemal połowy badanych nauczycieli wychowania przedszkolnego nie ma takich treści edukacji zdrowotnej zapisanych w nowej podstawie programowej wychowania przedszkolnego, które sprawiałyby im trudności (49,7%) – wykres 45. Niemal 1/3 przyznała, że trudności sprawiają zagadnienia związane z zagrożeniami (32,6%). Często jako stwarzające trudności wskazywano też porządek (27,3%) oraz żywność i żywienie (20,3%). Najrzadziej w tym kontekście pojawiały się czynności samoobsługowe (7,5%), a także nawyki kulturalne i higieniczne (6,4%).

Warto wspomnieć, że o kulturze czasu wolnego (9,1%) częściej mówili młodsi stażem badani (do 1 roku: 13,0%; od 1 roku do 5 lat: 13,8%; od 5 do 10 lat: 13,3%) niż bardziej doświadczeni (od 10 do 20 lat: 3,1%; powyżej 20 lat: 0,0%) – zależność potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ). Niemal 1/5 ankietowanych nauczycieli stażystów zaznaczyła właśnie tę opcję (19,4%), podczas gdy w pozostałych grupach wyróżnionych ze względu na stopień awansu zawodowego było to istotnie mniej wskazań, od 0 (dyplomowani) przez 6,5% (mianowani) do 9,4% (kontraktowi), co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Niemal wszyscy nauczyciele wychowania wczesnoszkolnego, którzy wzięli udział w ankietyzacji, uważali, że żadne treści edukacji zdrowotnej zapisane w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla klas I-III nie sprawiają im trudności (90,3%) – wykres 46. Ci, którzy przyznali, że napotykają problemy, najczęściej wskazywali na zachowania sprzyjające zdrowiu (właściwe żywienie, aktywność fizyczna) – 15,2%, a także na troskę o ciało (higiena osobista, dbałość o postawę ciała) – 12,1%. Najrzadziej w tym kontekście pojawiało się właściwe zachowanie w chorobie (3,6%).

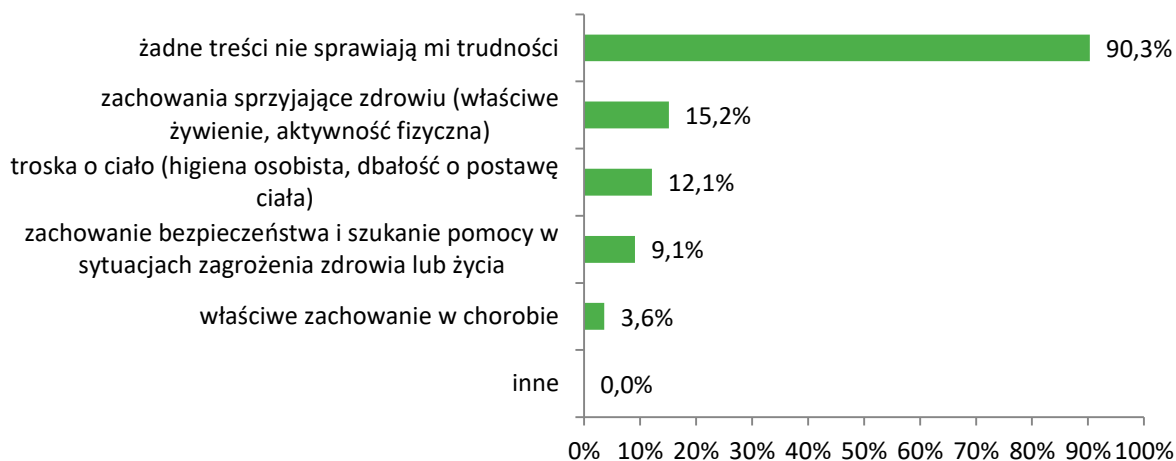


Należy odnotować, że na troskę o ciało jako sprawiającą trudności treść nauczania istotnie częściej zwracali uwagę najmłodszy stażem nauczyciele szkolni (do 1 roku: 42,9%), a dużo rzadziej – pozostali (od 1 roku do 5 lat: 13,6%; od 5 do 10 lat: 6,3%; od 10 do 20 lat: 17,4%; powyżej 20 lat: 8,5%). Zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykres 45. Treści edukacji zdrowotnej zapisane w nowej podstawie programowej wychowania przedszkolnego, które sprawiają nauczycielom wychowania przedszkolnego najwięcej trudności



Wykres 46. Treści edukacji zdrowotnej zapisane w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla klas I-III, które sprawiają nauczycielom edukacji wczesnoszkolnej najwięcej trudności



Jak wynika z badań własnych, nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej czują się lepiej przygotowani do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej w porównaniu z nauczycielami wychowania przedszkolnego, którzy znacznie rzadziej wskazywali, że żadne treści nie sprawiają im trudności. Wynik ten może świadczyć o tym, że nauczyciele pracujący w szkołach są do tego lepiej przygotowani. Przygotowanie to może wynikać z lepszego kształcenia w ramach studiów pedagogicznych lub kształcenia zawodowego.

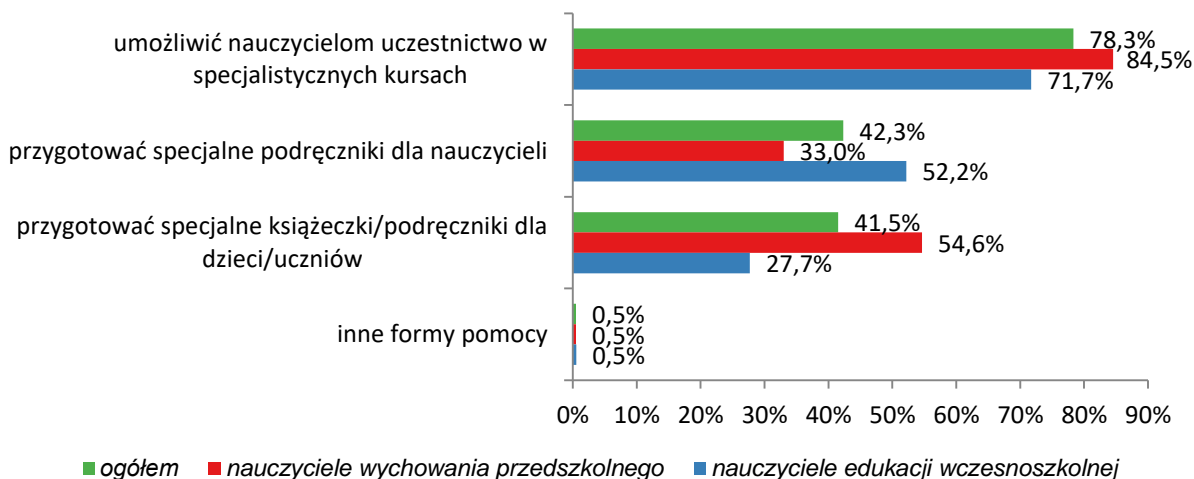
Respondenci, określili również, **co ich zdaniem należy zrobić, aby pomóc nauczycielom w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną** (aneks nr 9 pyt. 21, aneks nr 10 pyt. 21, wykres 47).

Zdaniem zdecydowanej większości ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego i większości uczących w klasach od I do III – w celu udzielenia im pomocy w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną należałoby im umożliwić uczestnictwo w specjalistycznych kursach (odpowiednio: 84,5%; 71,7%; różnica statystycznie istotna; zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

Ponad połowa przedstawicieli przedszkoli (54,6%) i ok. 1/4 badanych ze szkół (27,7%) wskazały na przygotowanie specjalnych książeczek dla dzieci (różnica statystycznie istotna; test Fishera,  $p < 0,001$ ).

W przypadku szkół na drugim miejscu znalazło się przygotowanie specjalnych podręczników dla nauczycieli (52,2%), istotnie rzadziej wymieniane przez pracowników przedszkoli (33,0%) – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

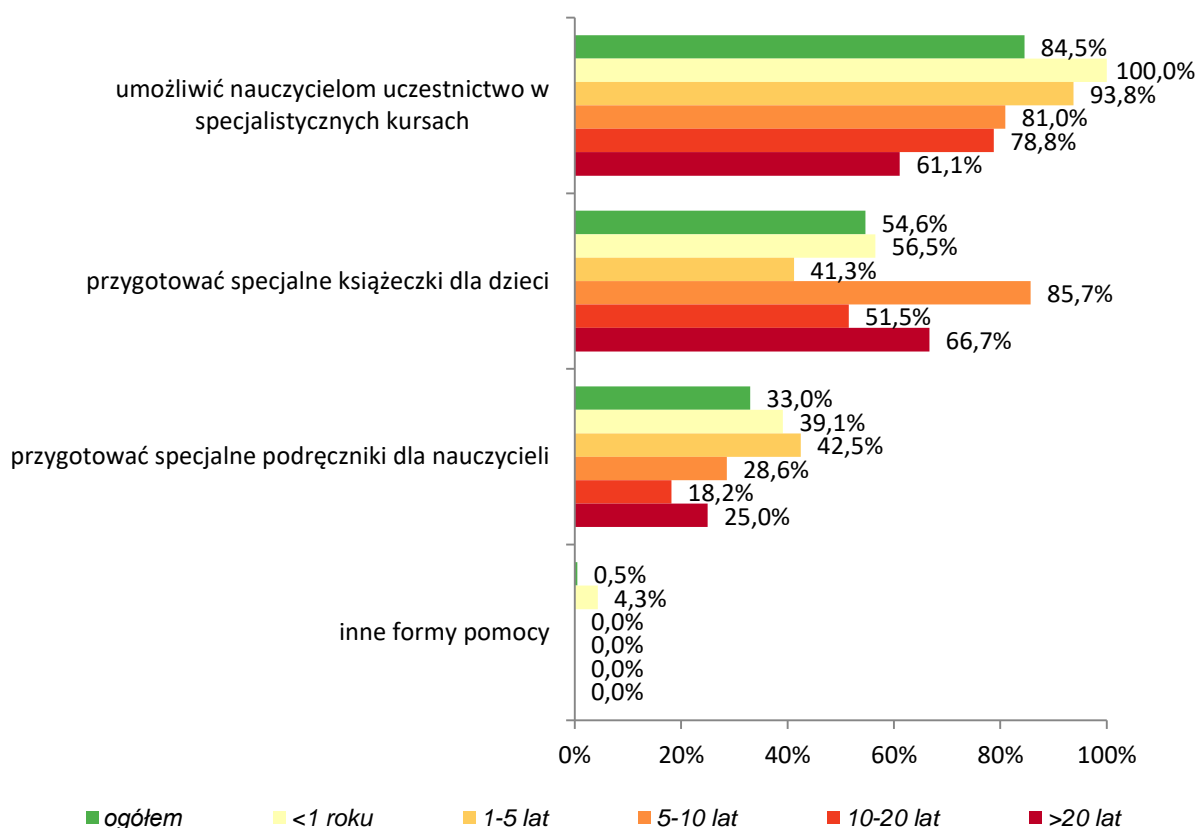
Wykres 47. Działania, jakie należałoby podjąć w celu pomocy nauczycielom w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej



Odsetek deklarujących umożliwienie uczestnictwa w specjalistycznych kursach spadał wraz ze wzrostem doświadczenia badanych nauczycieli wychowania przedszkolnego – są to różnice statystycznie istotne, potwierdzone testem Fishera ( $p < 0,001$ ) – wykres 48. Podobną zależność można zauważyć w przypadku stopnia awansu zawodowego (nauczyciel stażysta: 97,2%; kontraktowy: 94,1%; mianowany: 80,0%; dyplomowany: 52,0%) – zależność potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

O przygotowaniu specjalnych podręczników dla nauczycieli istotnie częściej mówili młodszy stażem niż bardziej doświadczeni (test chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ). Odsetek deklarujących taką potrzebę spadał wraz ze wzrostem stopnia awansu zawodowego badanych (stażyści: 44,4%; kontraktowi: 39,7%; mianowani: 27,7%; dyplomowani: 12,0%) – zależność potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

Wykres 48. Działania, jakie należałoby podjąć w celu pomocy nauczycielom w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną – ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego a staż ich pracy



W tym miejscu warto zwrócić uwagę na fakt, jak ważne jest stałe doskonalenie specjalistycznych kompetencji nauczycieli na kursach oraz szkoleniach. Ankietowani nauczyciele uważają, że właśnie zwrócenie uwagi na ten aspekt wpłynie na lepszą realizację zagadnień związanych z edukacją zdrowotną.

Ponadto nauczycieli zapytano, **jaką formę podnoszenia kwalifikacji zawodowych z zakresu edukacji zdrowotnej byłoby skłonni podjąć** (aneks nr 9 pyt. 22, aneks nr 10 pyt. 22, wykres 49).

Niemal połowa badanych prowadzących zajęcia w przedszkolach byłaby skłonna uczestniczyć w szkoleniu na terenie placówki w celu podniesienia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej (49,8%). Za taką opcją opowiedziało się też 40,0% nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego (różnica statystycznie istotna; zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,001$ ).

Na drugim miejscu wśród nauczycieli z przedszkoli i na pierwszym miejscu wśród nauczycieli szkolnych znalazła się odpowiedź „kurs w wymiarze 30 godzin” (odpowiednio: 22,2%; 41,0%; różnica statystycznie istotna; test Fishera,  $p < 0,001$ ).

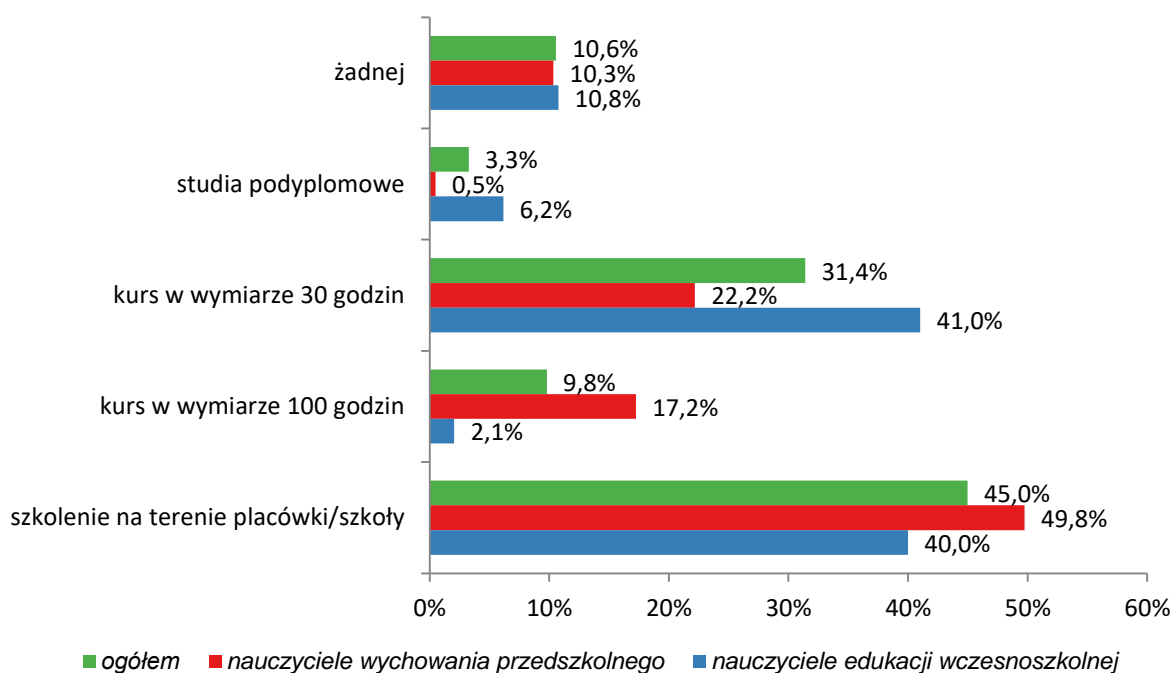
W przedszkolach najrzadziej mówiono o studiach podyplomowych (0,5%), istotnie częściej wskazywanych przez pracowników szkół (6,2%) – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

Najmniej ankietowanych w szkołach byłoby skłonnych podjąć kurs w wymiarze 100 godzin (2,1%), istotnie częściej preferowany przez przedstawicieli przedszkoli (17,2%) – test Fishera ( $p < 0,001$ ).

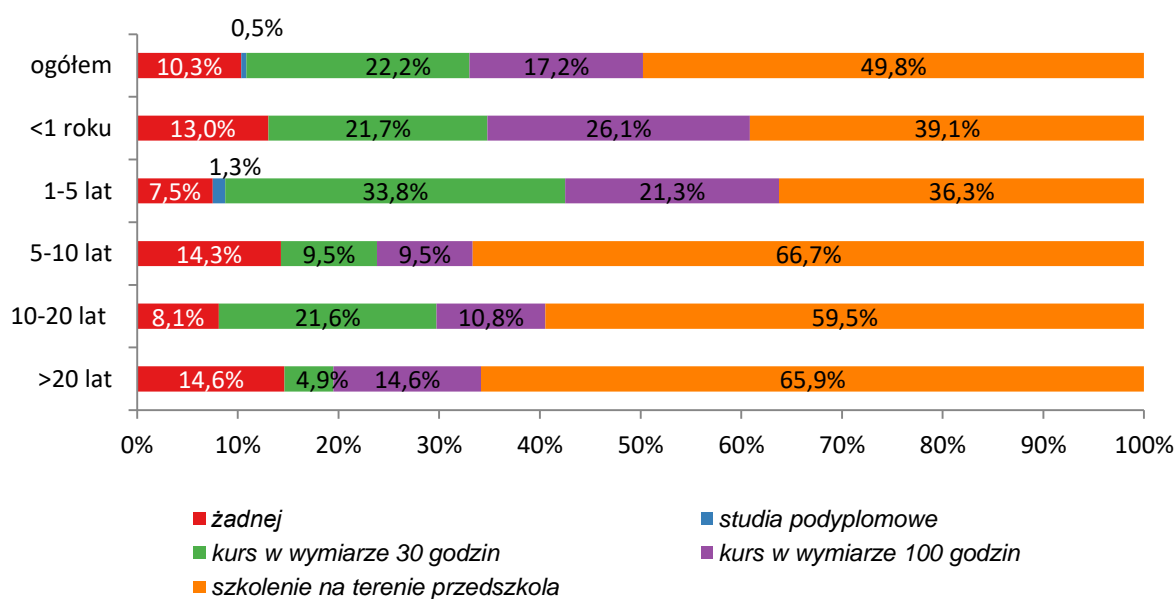
Żadną formą nie był zainteresowany co 10 badany (przedszkola: 10,3%; szkoły: 10,8%).

Kurs w wymiarze 30 godzin preferowaliby prowadzący zajęcia w przedszkolach od 1 roku do 5 lat (33,8%), natomiast istotnie rzadziej – najbardziej doświadczeni (powyżej 20 lat: 4,9%) – wykres 50. Na kurs w wymiarze 100 godzin zdecydowałoby się raczej młodszy stażem (do 1 roku: 26,1%; od 1 roku do 5 lat: 21,3%), natomiast uczący co najmniej od 5 lat są bardziej skłonni do podjęcia szkolenia na terenie placówki (od 5 do 10 lat: 66,7%; powyżej 20 lat: 65,9%). Wszystkie zależności zostały potwierdzone testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Wykres 49. Formy podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej, jakie byliby skłonni podjąć nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego

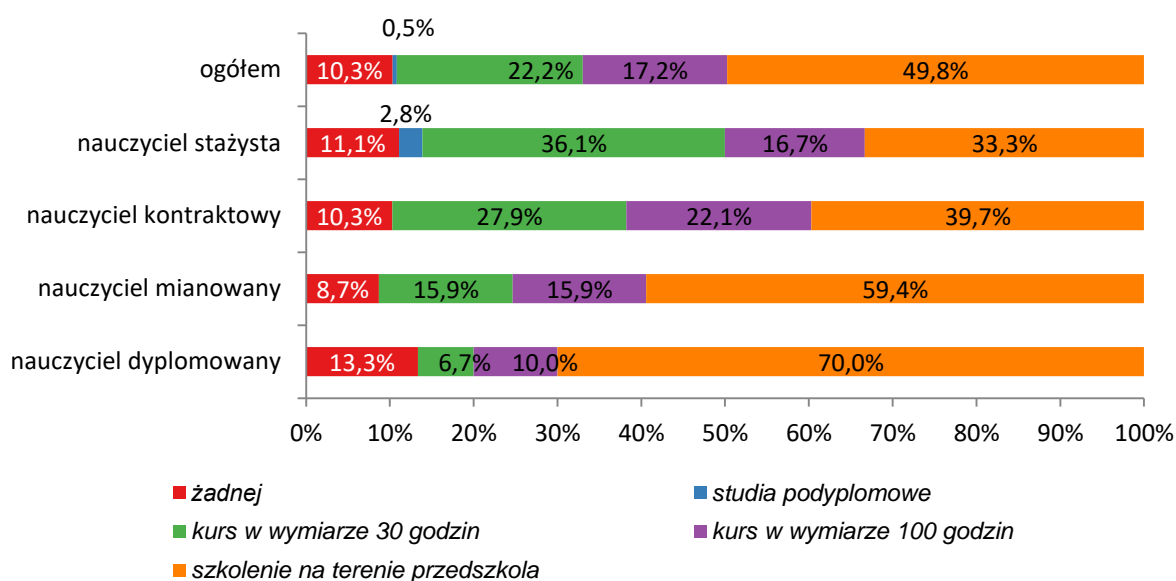


Wykres 50. Formy podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej, jakie byliby skłonni podjąć nauczyciele wychowania przedszkolnego, a staż pracy tych nauczycieli



Odsetek deklarujących zainteresowanie szkoleniem na terenie przedszkola rósł, a preferujących kurs w wymiarze 30 godzin malał wraz ze wzrostem stopnia awansu zawodowego badanych nauczycieli wychowania przedszkolnego (zależności potwierdzone testem chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ) – wykres 51.

Wykres 51. Formy podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej, jakie byliby skłonni podjąć nauczyciele wychowania przedszkolnego, a stopień ich awansu zawodowego



W tym miejscu warto dodać, że jak wynika z metryczki, ponad 2/3 ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego nie uczestniczyło w żadnym kursie/szkoleniu z zakresu edukacji zdrowotnej (67,3%). Niemal 1/4 brała udział w jednym kursie/szkoleniu (24,6%). Pozostałe 8,0% miało doświadczenie dwóch bądź trzech kursów/szkożeń.

W przypadku nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego 3/4 nie uczestniczyło w żadnym kursie/szkoleniu (75,5%). Jedna piąta brała udział w jednym (19,4%), a najmniej posiadało doświadczenie z czterech kursów/szkożeń (0,5%). Ponadto badani nauczyciele pomimo wskazania w poprzednim pytaniu ankietowym na umożliwienie nauczycielom uczestnictwa w specjalistycznych kursach, co byłoby działaniem w celu polepszenia realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej, sami nie są specjalnie zainteresowani taką formą. Brak zainteresowania uczestnictwem w jakichkolwiek formach podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej może być wynikiem braku motywowania ze strony dyrekcji szkoły oraz upatrywania w udziale w nich dodatkowych obowiązków. Należy jednak pamiętać, że zawód nauczyciela charakteryzuje się koniecznością aktualizowania posiadanej wiedzy, jak również

zdobywania nowych umiejętności. W związku z tym każdy nauczyciel powinien być nastawiony na ciągle wzbogacanie swoich kwalifikacji oraz swojej osobowości, w szczególności w zakresie zdrowia.

### Wnioski

Przygotowanie nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej do realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną jest na dobrym poziomie, a oni sami wykazują chęć do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Większość nauczycieli wychowania przedszkolnego zna podstawowe pojęcia związane ze zdrowiem, ale uważa, że mogłaby być lepiej przygotowana do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej (istotnie częściej – młodszy stażem pracy, a także niższy stopniem awansu zawodowego). Nauczyciele wychowania wczesnoszkolnego w większości oceniają swoją wiedzę o zdrowiu wysoko. Ponadto połowa nauczycieli wychowania przedszkolnego nie napotyka żadnych problemów w realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej zapisanych w podstawie programowej. Ci, którzy doświadczają takich trudności, wskazywali głównie na zagadnienia dotyczące zagrożeń oraz porządku i ładu w otoczeniu. Wśród nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego niemal żaden nie wskazywał na trudności. Pozostali wśród problemów wymieniali najczęściej tematykę związaną z zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu i z troską o ciało (istotnie częściej najmłodszy stażem). Nauczyciele chcieliby, by w ramach udzielania pomocy w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną umożliwić im uczestnictwo w specjalistycznych kursach. Istotnie częściej odpowiedzi takiej udzielali reprezentanci przedszkoli (odsetek spadał wraz ze wzrostem doświadczenia, a także stopnia awansu zawodowego). Niemal wszyscy nauczyciele są zainteresowani podnoszeniem kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej. Większość pracujących w przedszkolach i mniejszość zatrudnionych w szkołach jest skłonna uczestniczyć w szkoleniach na terenie placówki, w której pracują (w przedszkolach są to istotnie częściej prowadzący zajęcia od co najmniej 5 lat, a także wyższy stopniem awansu zawodowego). Wśród nauczycieli klas I-III większą popularnością cieszą się kursy w wymiarze 30 godzin.

## **Rozdział 5. Ocena skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach oraz klasach I-III szkół podstawowych w opinii rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym**

Nie ulega wątpliwości, że żadna placówka edukacyjna nie może rozwijać się bez świadomego i aktywnego udziału rodziców dzieci/uczniów, które do niej uczęszczają. Skuteczność procesu edukacji zdrowotnej zależy od dobrej współpracy przedszkola/szkoły oraz rodziny poprzez właściwe wykorzystanie informacji o zdrowiu oraz zachowaniach zdrowotnych pochodzących z obu środowisk. Zważywszy na powyższe, zarówno przedszkole, jak i szkoła powinny dążyć do wzmocnienia rzeczywistej roli rodziców w systemie edukacji oraz zbudowania partnerstwa poprzez ich aktywne włączenie w działania wychowawcze i edukacyjne<sup>485</sup>. Również skuteczność przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej zależy od tego, w jakim stopniu placówka podejmuje współpracę z rodzicami dzieci. Współdziałanie z rodzicami w edukacji zdrowotnej jest bardzo ważne, ponieważ zarówno dom, jak i placówka oddziałują na dzieci wychowawczo. Ponadto istotnym elementem edukacji zdrowotnej jest pozyskiwanie rodziców o odpowiednich kompetencjach oraz dysponujących wolnym czasem do podejmowania różnorodnych działań na rzecz zdrowia. Celowe oraz odpowiednio zorganizowane współdziałanie przynosi wymierne korzyści, a poznanie opinii rodziców na temat skuteczności realizacji treści i celów edukacji w danej placówce z pewnością przyczyni się do zbudowania skutecznego modelu oddziaływań w tym zakresie. Warto zwrócić uwagę, że charakterystyczną cechą przedszkoli/szkół promujących zdrowie jest współdziałanie z rodzicami dzieci oraz otwartość i partnerstwo w podejmowaniu działań z zakresu edukacji zdrowotnej.

### **5.1. Opinia rodziców na temat organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolach i klasach I-III szkół podstawowych, do których uczęszczają ich dzieci**

Działalność edukacyjna każdej placówki opiera się na celach i zadaniach zawartych w aktach prawnych oraz wewnątrzprzedszkolnych/wewnątrzszkolnych dokumentach strategicznych, które powinny być dostępne dla każdego rodzica. Zapoznanie się rodziców z pracą dydaktyczno-wychowawczą placówki, do której uczęszczają ich dzieci, stwarza

---

<sup>485</sup> M. Kędra, *Włączenie rodziców w edukację dzieci*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, [b.r.].



możliwości poznania celów, zadań oraz stosowanych metod pracy, dostosowanych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dziecka.

Aby poznać opinię rodziców na temat organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w placówkach, do których uczęszczają ich dzieci, poproszono ich o wypełnienie anonimowego kwestionariusza ankiety (aneks nr 11, aneks nr 12). Na wstępie poproszono o wskazanie, **jakie cele w zakresie kształcenia zdrowotnego w ich opinii zakłada i realizuje placówka** (pyt. 1, wykres 52).

Prawie wszyscy rodzice dzieci z przedszkoli jako cel w zakresie kształcenia zdrowotnego, założony i realizowany w placówce, do której uczęszcza ich dziecko, wskazali kształtowanie umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań (np. mycie zębów, mycie rąk po wyjściu z toalety) – 91,5%. Ta odpowiedź była istotnie rzadziej wybierana przez rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym (41,0%) – zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

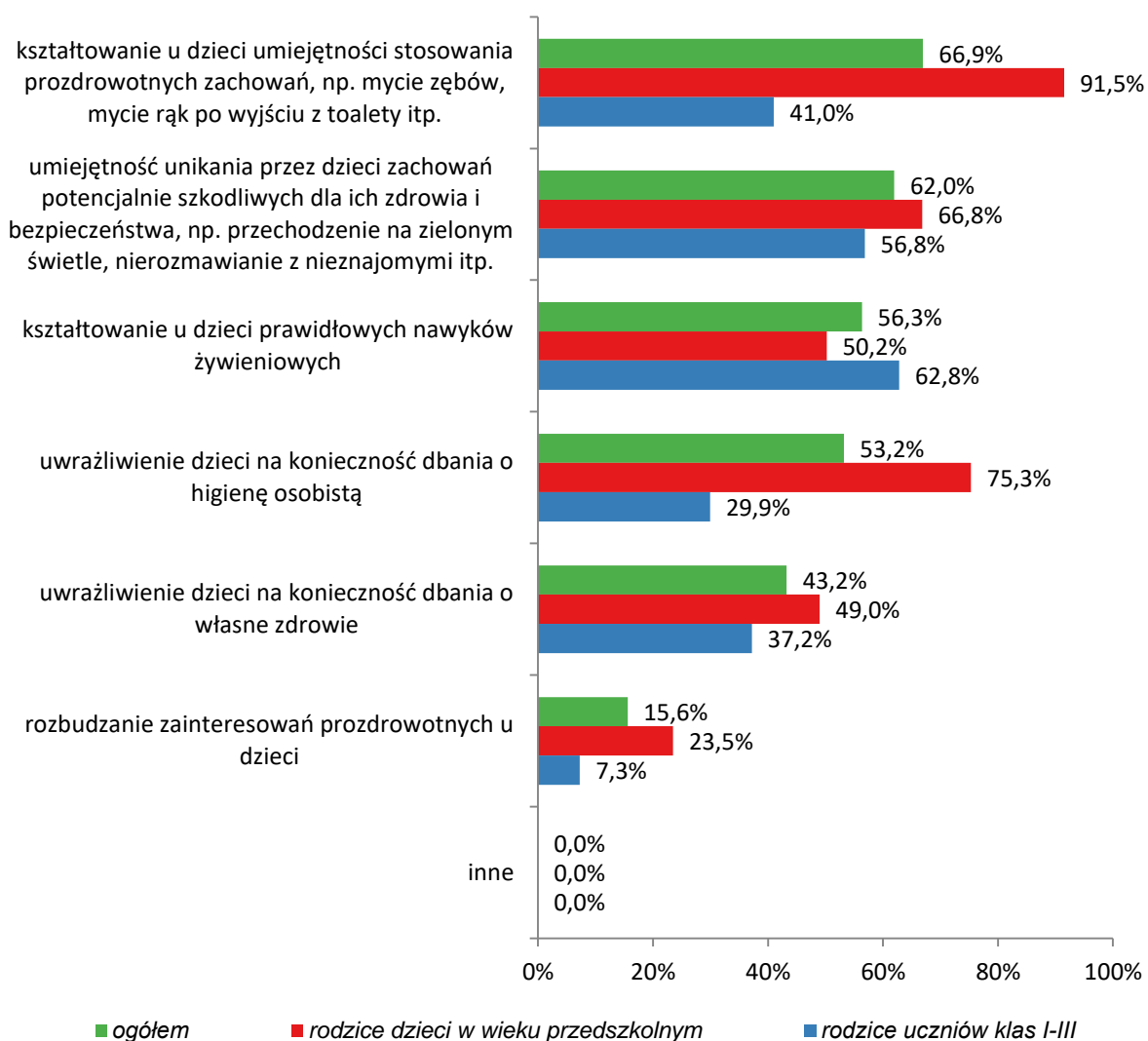
Trzy czwarte rodziców dzieci w wieku przedszkolnym wskazało uwrażliwienie dzieci na konieczność dbania o higienę osobistą (75,3%). Rodzice uczniów z klas I-III zaznaczali tę opcję istotnie rzadziej (29,9%), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ).

Wśród rodziców uczniów klas I-III najczęściej jako cele dostrzegano kształtowanie u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych (62,8%; przedszkola: 50,2%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ) i umiejętność unikania przez dzieci zachowań potencjalnie szkodliwych dla ich zdrowia i bezpieczeństwa (np. przechodzenie na zielonym świetle, nierozmawianie z nieznanymi) – 56,8% (przedszkola: 66,8%; różnica statystycznie istotna; potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

Najrzadziej, w obu grupach, mówiono o rozbudzaniu zainteresowań prozdrowotnych u dzieci (odpowiednio: 23,5%; 7,3%; różnica statystycznie istotna, test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Warto zauważyć, że o uwrażliwieniu dzieci na konieczność dbania o własne zdrowie najczęściej wspominali rodzice z wykształceniem zawodowym (50,0%), następnie średnim (45,2%) i wyższym (43,6%). Istotnie rzadziej były to osoby z wykształceniem policealnym/pomaturalnym (34,9%) i podstawowym (25,0%). Zależność tę potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykres 52. Cele, jakie w zakresie kształcenia zdrowotnego zakłada i realizuje przedszkole/szkola, do którego/której uczęszcza dziecko – rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym



Kształtowanie u dzieci umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań było wskazywane istotnie częściej przez rodziców o średnim statusie materialnym (80,9%), a dużo rzadziej przez posiadających status bardzo wysoki (68,8%), wysoki (52,9%) i niski (45,1%) – tabela 21, zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

O umiejętności unikania przez dzieci zachowań potencjalnie szkodliwych dla ich zdrowia i bezpieczeństwa istotnie częściej mówili rodzice o niskim statusie materialnym, następnie średnim i bardzo wysokim, a najrzadziej – o wysokim (zależność została potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ).

Uwrażliwienie dzieci na konieczność dbania o własne zdrowie najczęściej wskazywali rodzice o średnim statusie materialnym, a najrzadziej – o wysokim (różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ).

Tabela 21. Cele, jakie w zakresie kształcenia zdrowotnego zakłada i realizuje placówka, do której uczęszcza dziecko – odpowiedzi ankietowanych rodziców dzieci a ich status materialny

	N	Ogółem	Niski	Średni	Wysoki	Bardzo wysoki
Kształtowanie u dzieci umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań, np. mycie zębów, mycie rąk po wyjściu z toalety	322	66,9%	45,1%	80,9%	52,9%	68,8%
Umiejętność unikania przez dzieci zachowań potencjalnie szkodliwych dla ich zdrowia i bezpieczeństwa, np. przechodzenie na zielonym świetle, nierozmawianie z nieznanymi	298	62,0%	67,6%	65,3%	52,2%	62,5%
Uwrażliwienie dzieci na konieczność dbania o własne zdrowie	208	43,2%	39,4%	47,5%	37,0%	40,6%

Rodziców poproszono również o wskazanie **metod kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia stosowanych w ich opinii przez placówki, do których uczęszczają ich dzieci** (aneks nr 11 pyt. 2, aneks nr 12 pyt. 2, wykres 53).

Najbardziej popularnymi metodami kształtowania zdrowego stylu życia stosowanymi w przedszkolach, do których uczęszczają dzieci ankietowanych rodziców, są: malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną (67,6%; istotnie rzadziej wskazywane przez rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym: 39,3%; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), śpiewanie piosenek o zdrowiu, o higienie, o bezpieczeństwie (66,4%; bardzo rzadko odpowiedzi tej udzielali rodzice dzieci w wieku wczesnoszkolnym: 13,6%; zależność potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) i zajęcia wychowawczo-praktyczne, np. pokazywanie dzieciom, w jaki sposób szczotkować zęby, myć ręce, dbać o porządek (64,4%; szkoły: 28,1%; potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Rodzice uczniów klas od I do III najczęściej wymieniali spotkania z gośćmi specjalnymi w szkole, np. lekarzem, pielęgniarką, policjantem (84,7%; przedszkola: 57,5%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ). Dużo rzadziej wspominali o grupowych prozdrowotnych grach/zabawach dydaktycznych (52,9%; przedszkola: 17,8%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) i projekcjach filmów animowanych / programów dydaktyczno-wychowawczych związanych z tematyką zdrowotną (46,3%; przedszkola: 31,6%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

W obu grupach najrzadziej w tym kontekście wymieniano wycieczki przedszkolne/szkolne, np. do gabinetu stomatologicznego, do przychodni lekarskiej (odpowiednio: 7,7% i 6,6%).

Żaden z rodziców dzieci w wieku przedszkolnym nie uważał, by placówka nie kształtowała zdrowego stylu życia u dzieci. Takiego zdania było natomiast 9,5% rodziców uczniów (różnica statystycznie istotna; test Fishera,  $p < 0,001$ ).

Warto zaznaczyć, że malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną istotnie częściej wskazywały kobiety (54,9%) niż mężczyźni (34,4%), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

O malowaniu rysunków, zajęciach wychowawczo-praktycznych i śpiewaniu piosenek istotnie częściej mówili rodzice o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym, a najrzadziej – o niskim (zależności zostały potwierdzone testem chi-kwadrat; pierwsza:  $p < 0,01$ ; druga:  $p < 0,001$ ; trzecia:  $p < 0,001$ ) – tabela 22.

Grupowe prozdrowotne gry i zabawy oraz spotkania dzieci z gośćmi specjalnymi były wymieniane najczęściej przez rodziców o niskim i wysokim statusie materialnym, a najrzadziej – o średnim (różnice statystycznie istotne; test chi-kwadrat; pierwsza zależność:  $p < 0,001$ ; druga:  $p < 0,01$ ).

Na to, że placówka nie kształtuje w żaden sposób zdrowego stylu życia u dzieci, istotnie częściej wskazywali rodzice o wysokim i bardzo wysokim statusie materialnym – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

Wykres 53. Metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci stosowane przez przedszkole/szkolę, do którego/której uczęszcza dziecko – rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III



Tabela 22. Metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci stosowane przez placówkę, do której uczęszcza dziecko – odpowiedzi ankietowanych rodziców dzieci a ich status materialny

	N	Ogółem	Niski	Średni	Wysoki	Bardzo wysoki
Malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną	262	53,6%	36,1%	60,3%	48,9%	60,6%
Zajęcia wychowawczo-praktyczne, np. pokazywanie dzieciom, w jaki sposób szczotkować zęby, myć ręce, dbać o porządek, przechodzić przez ulicę, jakie potrawy są dla nich zdrowe, a jakie szkodliwe, w którym miejscu znajduje się dany narząd	227	46,4%	26,4%	55,6%	38,3%	54,5%
Śpiewanie piosenek o zdrowiu, o higienie, o bezpieczeństwie	197	40,3%	19,4%	52,7%	28,4%	42,4%
Grupowe prozdrowotne gry/zabawy dydaktyczne	172	35,2%	51,4%	25,9%	42,6%	36,4%
Spotkania dzieci z gośćmi specjalnymi w szkole/przedszkolu, np. lekarzem, pielęgniarką, policjantem	347	71,0%	87,5%	64,0%	73,0%	72,7%
Szkoła/przedszkole nie kształtuje w żaden sposób zdrowego stylu życia u dzieci	23	4,7%	4,2%	1,7%	9,9%	6,1%

Ponadto ankietowanych poproszono o **wskazanie warunków, które ich zdaniem stworzyła placówka celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci** (aneks nr 11 pyt. 3, aneks nr 12 pyt. 3, wykres 54).

Zdecydowana większość rodziców dzieci w wieku przedszkolnym wymieniła odpowiednie dostosowanie sal i innych pomieszczeń, np. łazienek, do swobodnej edukacji zdrowotnej (68,8%; szkoły: 35,2%; różnica istotna statystycznie, co potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ). Niemal połowa wskazała dbanie o prawidłowe odżywianie się, np. jadłospis ułożony w konsultacji z dietetykiem (49,8%; szkoły: 27,7%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej (49,4%; szkoły: 14,6%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) oraz nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci (48,2%; szkoły: 34,3%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Rodzice uczniów klas I-III najczęściej mówili o przeszkoleniu nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w zakresie edukowania zdrowotnego (43,2%). Również pozostałe cieszące

się wśród nich popularnością wskazania były takie same jak w przypadku pierwszej grupy, jednak inna była ich kolejność: odpowiednie dostosowanie sal (35,2%), nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia (34,3%), dbanie o prawidłowe odżywianie (27,7%).

Obie grupy najrzadziej wymieniały intensyfikację stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania u dzieci rozumienia wagi zdrowia, higieny i bezpieczeństwa (przedszkola: 8,9%; szkoły: 7,5%).

Żaden rodzic dziecka przedszkolnego nie uważał, by placówka nie posiadała odpowiednich warunków do skutecznej edukacji zdrowotnej. Taką opcję wskazało natomiast 4,7% rodziców uczniów (różnica statystycznie istotna; zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,001$ ).

Należy odnotować, że o przeszkoleniu nauczycieli w zakresie edukowania zdrowotnego istotnie częściej wspominali mężczyźni (62,1%) niż kobiety (31,6%), co zostało potwierdzone testem chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ).

Zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry istotnie częściej było zaznaczane przez rodziców z wykształceniem policealnym/pomaturalnym (44,2%), a rzadziej z wyższym (33,7%), średnim (33,7%) i zawodowym (25,0%) – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Opcja „odpowiednie dostosowanie sal i innych pomieszczeń do swobodnej edukacji zdrowotnej dzieci” istotnie częściej była wskazywana przez rodziców z wykształceniem policealnym/pomaturalnym (68,3%) i średnim (58,2%), a rzadziej z wyższym (46,5%), zawodowym (43,8%) i podstawowym (25,0%), co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

O odpowiednim dostosowaniu sal placówek i innych pomieszczeń do swobodnej edukacji zdrowotnej dzieci częściej mówiły osoby rozwiedzione (67,6%) i panny/kawalerowie (62,5%) niż mężatki/żonaci (51,2%). Odpowiedzi tej nie zaznaczył żaden wdowiec/wdowa. Zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykres 54. Warunki, jakie celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej stworzyły przedszkole/szkoła, do których uczęszcza potomstwo badanych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III





Odpowiednie dostosowanie sal i innych pomieszczeń do swobodnej edukacji zdrowotnej dzieci istotnie częściej wymieniane było przez rodziców o średnim statusie materialnym (61,5%), najrzadziej natomiast – o niskim (zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ) – tabela 23.

Nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci był wyborem istotnie popularniejszym wśród rodziców o statusie materialnym bardzo wysokim i średnim niż u tych mających wysoki, co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej było wskazaniem preferowanym istotnie częściej przez rodziców o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym niż przez tych o statusie niskim (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Wyposażenie sal szkolnych/przedszkolnych w odpowiedni sprzęt/materiały dydaktyczne istotnie częściej zaznaczali rodzice o wysokim i średnim statusie materialnym – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Ścisła współpraca z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci była preferowana przez rodziców o średnim i wysokim statusie materialnym (różnice statystycznie istotne; test Fishera,  $p < 0,05$ ).

Tabela 23. Warunki, jakie celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej stworzyła placówka, do której uczęszcza potomstwo badanych rodziców, a status materialny rodziców

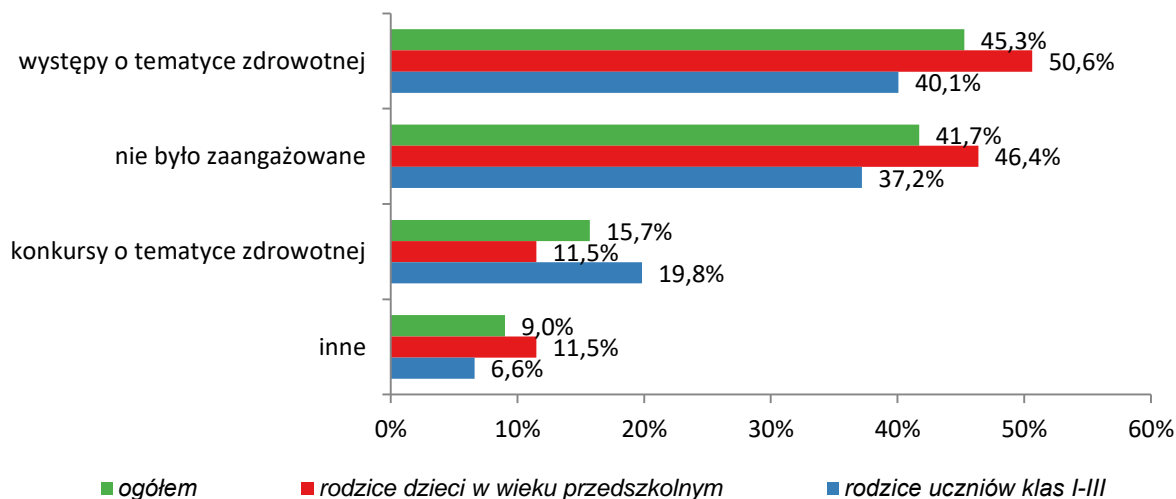
	N	Ogółem	Niski	Średni	Wysoki	Bardzo wysoki
Odpowiednie dostosowanie sal szkolnych/przedszkolnych i innych pomieszczeń, np. łazienek, do swobodnej edukacji zdrowotnej dzieci	245	53,3%	40,0%	61,5%	47,4%	43,8%
Nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci	192	41,7%	41,7%	45,9%	32,3%	50,0%
Zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej	153	33,3%	16,7%	40,7%	27,8%	34,4%
Wyposażenie sal szkolnych/przedszkolnych w odpowiedni sprzęt/materiały dydaktyczne	116	25,2%	16,7%	26,8%	30,1%	12,5%
Ścisła współpraca z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci	64	13,9%	5,0%	18,2%	12,0%	9,4%

Rodziców zapytano również, w **jakie działania z zakresu edukacji zdrowotnej zaangażowane było ich dziecko** (aneks nr 11 pyt. 4, aneks nr 12 pyt. 4, wykres 55).

Najczęściej dzieci ankietowanych rodziców w ramach edukacji zdrowotnej były zaangażowane w występy o tematyce zdrowotnej (przedszkola: 50,6%; szkoły: 40,1%). Najrzadziej wskazywano na konkursy o tematyce zdrowotnej (odpowiednio: 11,5%; 19,8%) i inne, niewymienione w kafeterii możliwości (11,5% i 6,6%). Więcej niż 4 na 10 rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i niemal 4 na 10 rodziców uczniów klas I-III stwierdziło, że ich dziecko nie było zaangażowane w żadne działania z zakresu edukacji zdrowotnej (46,4% i 37,2%).

Na inne niż wymienione w kafeterii możliwości zwróciło uwagę 11,5% rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i 6,6% – w wieku wczesnoszkolnym (były to wyłącznie osoby rozwiedzione: 21,6% oraz pozostające w związku małżeńskim: 8,8%; różnice statystycznie istotne; test Fishera,  $p < 0,05$ ).

Wykres 55. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej, w jakie były zaangażowane dzieci badanych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III



Rodzice zostali również poproszeni o **wskazanie, czy w ostatnim czasie zaobserwowali u swojego dziecka jakieś zachowania prozdrowotne** (aneks nr 11 pyt. 5, aneks nr 12 pyt. 5, wykres 56).

W czasie poprzedzającym ankietyzację najczęściej rodziców zaobserwowało u swoich dzieci mycie rąk po wyjściu z toalety jako przejaw zachowania prozdrowotnego (przedszkola: 54,7%; szkoły: 67,8%; różnica statystycznie istotna, test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

Ok. 1/3 rodziców dzieci w wieku przedszkolnym wskazała chętniejsze spożywanie warzyw i owoców (35,2%) i inne, niewymienione w kafeterii możliwości (32,8%), natomiast niemal połowa rodziców uczniów klas I-III – większe zainteresowanie dziecka tematyką zdrowia (49,2%; przedszkola: 19,8%; różnica statystycznie istotna; zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Inne niż wymienione w kafeterii możliwości zasugerowało 32,8% rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i istotnie mniej (19,8%) – uczniów klas I-III (zależność potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ). Rodzice najczęściej wymieniali inne aspekty związane z podstawowym rozumieniem edukacji zdrowotnej, takie jak zwiększoną aktywność fizyczną, dbanie o bezpieczeństwo swoje i innych, zmiany w sposobie żywienia, jednakże żaden z ankietowanych nie zwrócił uwagi na aspekty związane ze zdrowiem psychicznym, takie jak np. lepsze radzenie sobie dziecka w trudnych sytuacjach, lepsza komunikacja z rówieśnikami.

Żadnych zachowań prozdrowotnych nie zauważyło 17,0% rodziców z pierwszej grupy i ani jeden z drugiej (różnica statystycznie istotna, potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,001$ ).

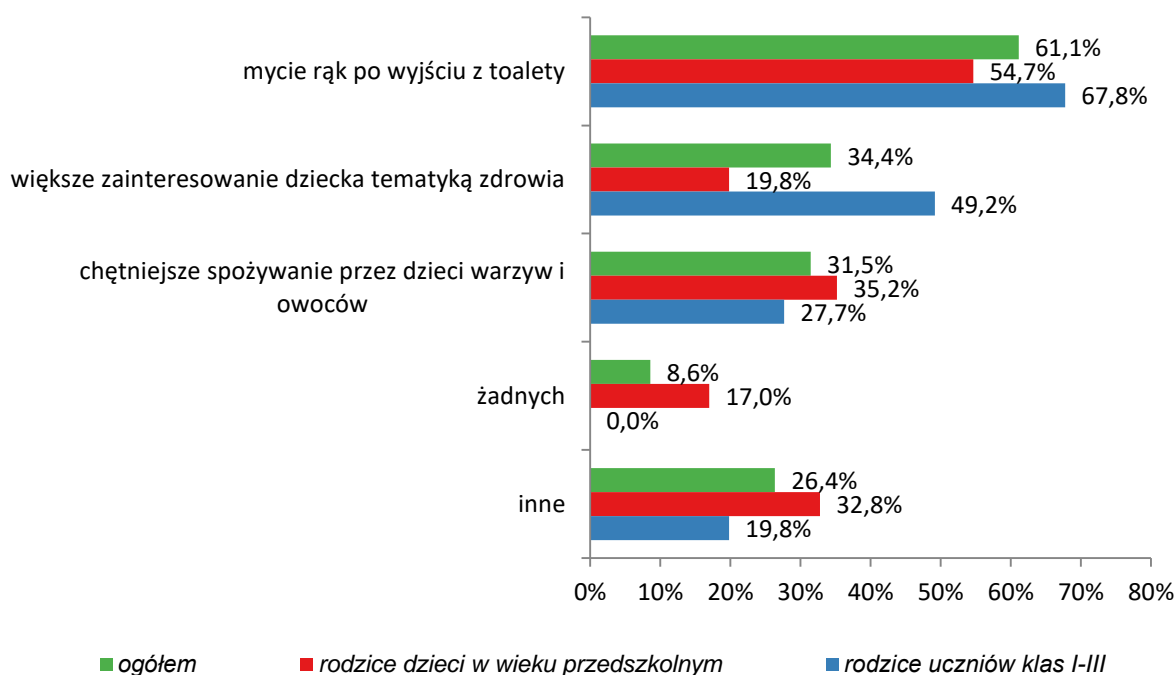
Warto podkreślić, że większe zainteresowanie dziecka tematyką zdrowia istotnie rzadziej zauważali rodzice o średnim statusie materialnym (25,1%), natomiast odsetek wskazań tej opcji przez rodziców o statusie materialnym niskim (41,7%), bardzo wysokim (42,4%) i wysokim (43,3%) był na podobnym poziomie (zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ )).

Żadnych zachowań prozdrowotnych istotnie częściej nie odnotowywali rodzice o średnim (13,0%) i bardzo wysokim statusie materialnym (9,1%) niż ci o statusie wysokim (5,7%). Tej odpowiedzi nie zaznaczył żaden rodzic określający swój status materialny jako niski. Zależność została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

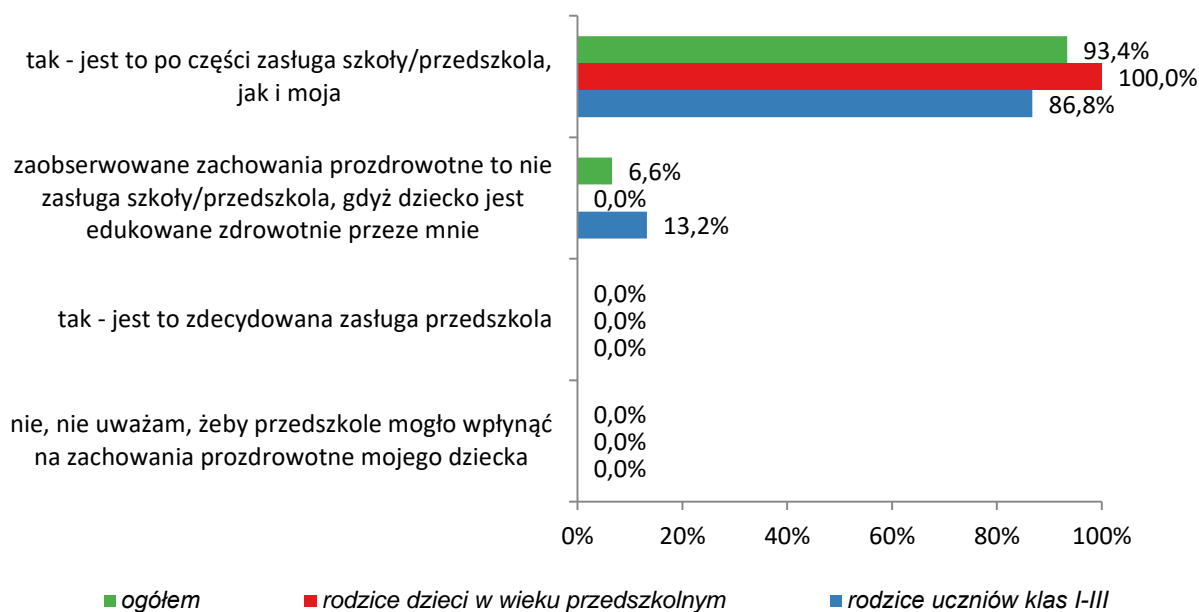
Dodatkowo zadano również pytanie, **czy zaobserwowane u dziecka zachowania prozdrowotne mogą wynikać z kształcenia zdrowotnego z ramienia placówek, do których uczęszczają dzieci** (aneks nr 11 pyt. 6, aneks nr 12 pyt. 6, wykres 57).

W opinii wszystkich ankietowanych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i niemal wszystkich rodziców uczniów klas I-III (86,8%) zaobserwowane u dzieci zachowania prozdrowotne po części są zasługą przedszkola/szkoły, jak i samych rodziców.

Wykres 56. Zachowania prozdrowotne, jakie w ostatnim czasie badani zaobserwowali u swoich dzieci – rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym



Wykres 57. Opinia rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i rodziców uczniów klas I-III na temat tego, czy zaobserwowane u ich dzieci zachowania prozdrowotne mogą wynikać z kształcenia zdrowotnego z ramienia przedszkola/szkoły



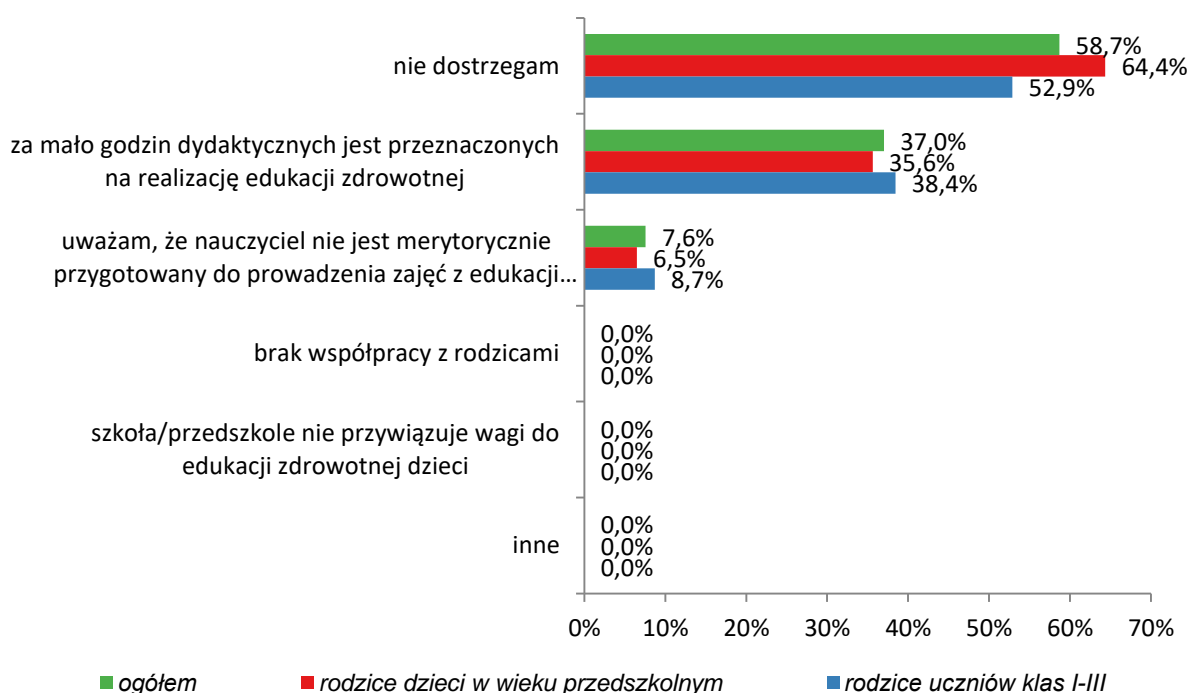
Jak wynika z badań własnych, rodzice dostrzegają znaczącą rolę przedszkola/szkoły w zaobserwowanych zachowaniach prozdrowotnych u swoich dzieci. Niemniej jednak te zasługi przypisują również sobie, co może świadczyć o dobrej współpracy szkoły i rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej.

Rodzice wskazali również, **czy dostrzegają jakieś trudności w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej w placówce, do której uczęszcza ich dziecko** (aneks nr 11 pyt. 7, aneks nr 12 pyt. 7, wykres 58).

Zauważane przez rodziców trudności dotyczące prowadzenia edukacji zdrowotnej w przedszkolach i szkołach, do których uczęszczają ich dzieci, to najczęściej za mało godzin dydaktycznych przeznaczonych na realizację edukacji zdrowotnej (przedszkola: 35,6%; szkoły: 38,4%).

Większość badanych, przy czym istotnie częściej byli to rodzice dzieci w wieku przedszkolnym niż uczniów klas I-III, nie dostrzegała żadnych trudności (odpowiednio: 64,4%; 52,9%) – zależność została potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ). Warto zwrócić uwagę, że niewielki procent rodziców wskazał na złe przygotowanie merytoryczne nauczyciela do prowadzenia zajęć, co może świadczyć o postrzeganiu nauczycieli jako przygotowanych i kompetentnych do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej.

Wykres 58. Trudności w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu/szkole, które zauważają rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III

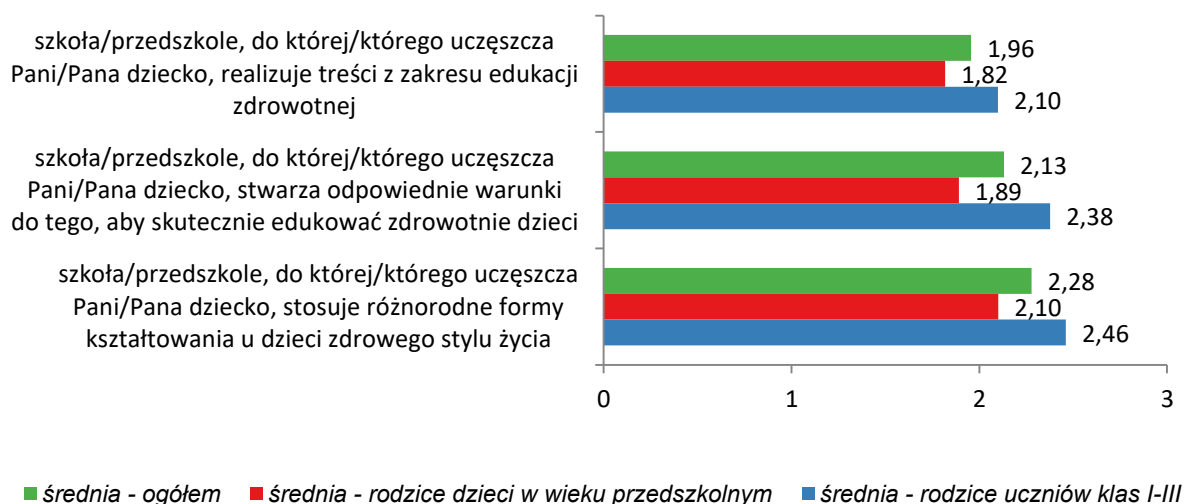


Rodziców uczestniczących w badaniu poproszono również, by przy użyciu skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie tak”, 2 – „raczej tak”, 3 – „nie mam zdania”, 4 – „raczej nie” i 5 – „zdecydowanie nie”, **ocenili stwierdzenia dotyczące stwarzania odpowiednich warunków do edukacji zdrowotnej dzieci w placówkach** (aneks nr 11 pyt. 14, aneks nr 12 pyt. 14, wykres 59).

Wszystkie zaproponowane zdania uzyskały gorsze średnie ocen wśród rodziców uczniów z klas I-III (zależności potwierdzone testem U Manna-Whitney’a,  $p < 0,001$ ).

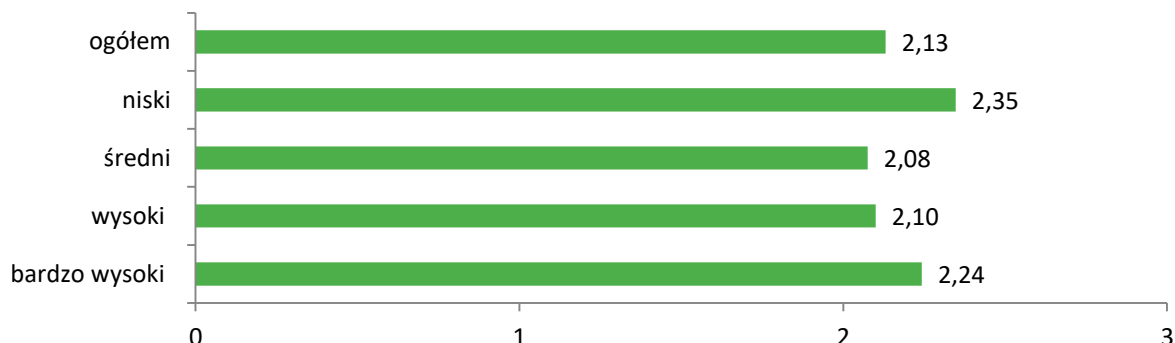
Najlepszą średnią w obu grupach uzyskało stwierdzenie „Przedszkole/szkoła, do którego/której uczęszcza Pana/Pani dziecko, realizuje treści z zakresu edukacji zdrowotnej” (rodzice dzieci w wieku przedszkolnym: 1,82; rodzice uczniów: 2,10), a najgorszą – „Placówka, do której uczęszcza dziecko, stosuje różnorodne metody kształtowania u podopiecznych zdrowego stylu życia” (odpowiednio: 2,10; 2,46).

Wykres 59. Średnia ocen trzech stwierdzeń dotyczących edukacji zdrowotnej dzieci – rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III (skala od 1 – „zdecydowanie tak”, do 5 – „zdecydowanie nie”)



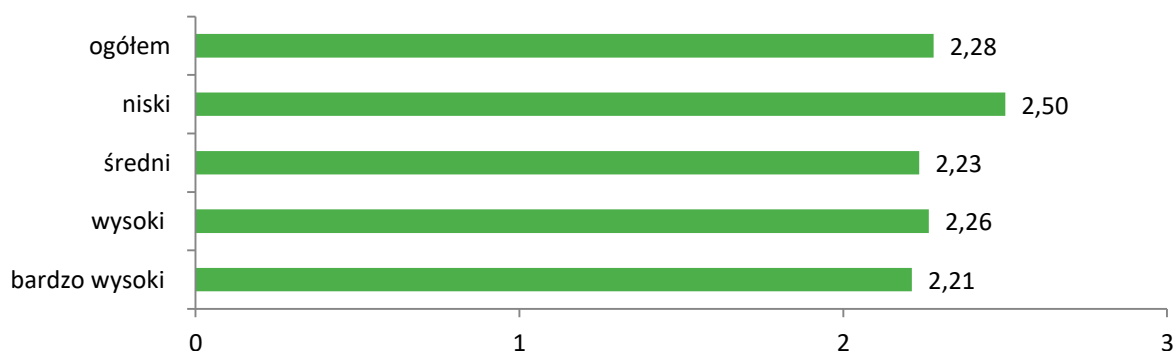
Średnie ocen stwierdzenia „Przedszkole/szkoła, do którego/której uczęszcza Pana/Pani dziecko, stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie dzieci” były najlepsze wśród rodziców o średnim i wysokim statusie materialnym, natomiast najgorsze – o niskim (zależność potwierdzona testem U Manna-Whitney’a,  $p < 0,05$ ) – wykres 60.

Wykres 60. Średnia ocen stwierdzenia „Przedszkole/szkoła, do którego/której uczęszcza Pana/Pani dziecko, stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie dzieci” dokonanych przez rodziców dzieci a status materialny rodziców



Średnie ocen stwierdzenia „Przedszkole/szkoła, do którego/której uczęszcza Pana/Pani dziecko, stosuje różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia” były najlepsze wśród rodziców o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym, natomiast najgorsze – o niskim (zależność potwierdzona testem U Manna-Whitney’a,  $p < 0,05$ ) – wykres 61.

Wykres 61. Średnia ocen stwierdzenia „Przedszkole/szkoła, do którego/której uczęszcza Pana/Pani dziecko, stosuje różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia” dokonanych przez rodziców dzieci a status materialny rodziców



### Wnioski

Poznanie opinii rodziców na temat organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w placówkach, do których uczęszczają ich dzieci, jest niezwykle ważne, choćby ze względu na fakt, że w żadnych opracowaniach jak dotąd nie zbadano tego obszaru. Ponadto każdy

rodzic chce, aby przedszkole czy szkoła zapewniały jak najlepsze warunki ogólnego rozwoju dziecka oraz jak najwyższy poziom realizacji jego potrzeb edukacyjnych. Niemal wszyscy rodzice dzieci w wieku przedszkolnym jako cel w zakresie kształcenia zdrowotnego założony i realizowany w placówce, do której uczęszcza ich dziecko, wskazują kształtowanie umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań (istotnie częściej rodzice o średnim statusie materialnym) oraz uwrażliwienie dzieci na konieczność dbania o higienę osobistą. Rodzice uczniów klas I-III w tym kontekście zwracają uwagę na kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych i umiejętność unikania zachowań potencjalnie szkodliwych dla zdrowia i bezpieczeństwa (istotnie częściej – rodzice o niskim statusie materialnym). Prawie wszyscy rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym uważają, że placówki, do których uczęszczają ich dzieci, kształtują zdrowy styl życia. Wśród metod kształtowania rodzice dzieci w wieku przedszkolnym najczęściej wymieniają malowanie rysunków (istotnie częściej zwracały na to uwagę matki), śpiewanie piosenek i zajęcia wychowawczo-praktyczne. W opinii rodziców uczniów klas I-III metodami tymi w ich placówce są: spotkania z gośćmi specjalnymi, grupowe gry i zabawy dydaktyczne, projekcje filmów animowanych / programów dydaktyczno-wychowawczych. Malowanie rysunków, zajęcia wychowawczo-praktyczne i śpiewanie piosenek były istotnie częściej wymieniane przez rodziców o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym, natomiast grupowe gry i zabawy oraz spotkania dzieci z gośćmi specjalnymi – przez rodziców o niskim i wysokim statusie materialnym. Warunki, jakie dla maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci stworzyły placówki przedszkolne, to najczęściej zdaniem rodziców odpowiednie dostosowanie sal i innych pomieszczeń, a także dbanie o prawidłowe odżywianie.

Placówki szkolne najczęściej w opinii rodziców przeszkoliły nauczycieli w zakresie edukowania zdrowotnego, dostosowały sale oraz kładą także nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia. Wskazanie na nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci było istotnie popularniejsze wśród rodziców o bardzo wysokim i średnim statusie materialnym. Mniej niż połowa rodziców przyznaje, że ich dzieci nie angażowano w żadne działania z zakresu edukacji zdrowotnej. Pozostali w większości wymienili występy o tematyce zdrowotnej. Zdecydowana większość rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wszyscy – dzieci w wieku wczesnoszkolnym zauważają u swoich dzieci przejawy zachowań prozdrowotnych. Najczęściej jest to mycie rąk po wyjściu z toalety (istotnie częściej wskazują na to rodzice uczniów). W mniejszym stopniu natomiast dostrzegano chętniejsze spożywanie warzyw i owoców (przedszkola) i większe zainteresowanie tematyką zdrowia (szkoły). Większe zainteresowanie dziecka tematyką



zdrowia istotnie rzadziej zauważali rodzice o średnim statusie materialnym, a żadnych zachowań istotnie częściej nie odnotowują rodzice o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym. Niestety rodzice nie zauważają u swoich dzieci zachowań prozdrowotnych związanych ze zdrowiem psychicznym. Niewskazanie przez rodziców na ten właśnie aspekt może wynikać z ich tradycyjnego podejścia do edukacji zdrowotnej, polegającego na utożsamianiu jej tylko z wiedzą o higienie i zdrowiu somatycznym człowieka. W opinii wszystkich rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i niemal wszystkich rodziców uczniów klas I-III zaobserwowane u dzieci zachowania prozdrowotne po części są zasługą przedszkola/szkoły, jak i samych rodziców. Uzyskany wynik badań wskazuje na podjęcie wspólnych działań szkoły i rodziców mających na celu przekazywanie dzieciom odpowiedniej wiedzy oraz kształtowanie ich nawyków zdrowotnych. Ponadto większość rodziców (istotnie częściej dzieci w wieku przedszkolnym) nie zauważa żadnych trudności w zakresie realizowania edukacji zdrowotnej w placówkach. Najczęściej dostrzeganym przez rodziców problemem jest za mała liczba godzin dydaktycznych przeznaczonych na realizację edukacji zdrowotnej.

## **5.2. Opinia rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na temat ich współpracy z placówką w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej oraz ich aktywne uczestnictwo w tych działaniach**

Aktywne włączenie rodziców do współpracy ze szkołą oraz nauczycielami jest bardzo ważne, ponieważ to rodzice powinni wspierać działania stymulujące wszechstronny rozwój dziecka oraz brać współodpowiedzialność za jego wychowanie i kształtowanie. Rolę rodziców wyraźnie podkreśla D. Bałoń, twierdząc, że:

Nie można nauczać i wychowywać dzieci, pomijając rodziców. Rodzice to najważniejsi wychowawcy i nauczyciele dziecka. Każdej szkole powinno zależeć na tym, aby chcieli się konstruktywnie włączyć w jej życie. Współpraca szkoły z rodzicami daje szansę większego i bardziej ugruntowanego wpływu dorosłych na kształtowanie się kolejnych pokoleń<sup>486</sup>.

W związku z powyższym – zadaniem rodziców powinno być świadome włączenie się w proces wychowawczy szkoły, szczególnie związany z edukacją zdrowotną w celu kształtowania świadomości zdrowotnej młodego pokolenia.

---

<sup>486</sup> D. Bałoń, *Rodzice w edukacji*, „Nowe w Szkole” 2003, nr 2, s. 23.

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie, czy rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III są włączani w działania z zakresu edukacji zdrowotnej oraz jaka jest ich opinia na temat współpracy z placówką w tym zakresie, poproszono ich o wypełnienie anonimowego kwestionariusza ankiety (aneks nr 11, aneks nr 12).

Ankietowanych poproszono o wskazanie, **w jaki sposób placówka zapoznała ich z podstawą programową oraz z realizowanymi programami z zakresu edukacji zdrowotnej** (pyt. 8, wykres 62). W myśl zapisów podstawy programowej zapoznanie rodziców z treścią tego dokumentu jest obowiązkiem każdej placówki. Ponadto przedszkole/szkoła mają obowiązek zapoznania rodziców z programami realizowanymi na terenie placówki.

Jak wynika z badań własnych, znaczący procent rodziców deklaruje, że nie zostali zapoznani z podstawą programową oraz realizowanymi programami z zakresu edukacji zdrowotnej. Opinię taką wyraziło aż 41,7% rodziców uczniów klas I-III oraz 6,5% rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. Pozostali ankietowani z podstawą programową oraz realizowanymi w placówkach programami profilaktyki z zakresu edukacji zdrowotnej zapoznali się na zebraniu z rodzicami (odpowiednio: 93,5%; 40,5%; różnica statystycznie istotna, co potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Dużo rzadziej mówiono o przekazie zamieszczonym na tablicy informacyjnej (27,9% i 32,2%) oraz na stronie internetowej placówki (26,3% i 14,5%; różnica statystycznie istotna, test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

Rodzice uczniów klas I-III istotnie częściej niż ankietowani mający dzieci w przedszkolach udzielali odpowiedzi „nie zostałem(-am) zapoznany(-a)” (odpowiednio: 41,7%; 6,5%) – zależność została potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Warto odnotować, że o informacjach na stronie internetowej istotnie częściej wspominali mężczyźni (43,8%) niż kobiety (18,8%) – test chi-kwadrat ( $p < 0,01$ ).

Zebrania z rodzicami jako źródło wiedzy o treści podstawy programowej najczęściej zaznaczali rodzice z wykształceniem policealnym/pomaturalnym (75,5%), następnie zawodowym (69,0%), wyższym (66,5%), średnim (61,0%) i żaden z podstawowym (różnice statystycznie istotne; zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,05$ ).

Tej ostatniej odpowiedzi istotnie częściej udzielali rodzice o średnim statusie materialnym (82,8%) niż o statusie bardzo wysokim (63,6%), wysokim (57,4%) i niskim (34,7%). O tym, że nie zostali zapoznani z podstawą programową i programami profilaktyki, najczęściej informowali rodzice o niskim statusie materialnym (44,4%), następnie bardzo

wysokim (33,3%), wysokim (30,5%) i średnim (13,0%). W obu przypadkach różnice były statystycznie istotne, a zależności potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Wykres 62. Sposób, w jaki przedszkole/szkola zapoznały badanych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z podstawą programową oraz z realizowanymi programami profilaktyki z zakresu edukacji zdrowotnej



Następnie poproszono rodziców o **wskazanie, w jaki sposób placówki włączają ich w kształtowanie świadomości zdrowotnej ich dzieci** (aneks nr 11 pyt. 9, aneks nr 11 pyt. 9, wykres 63).

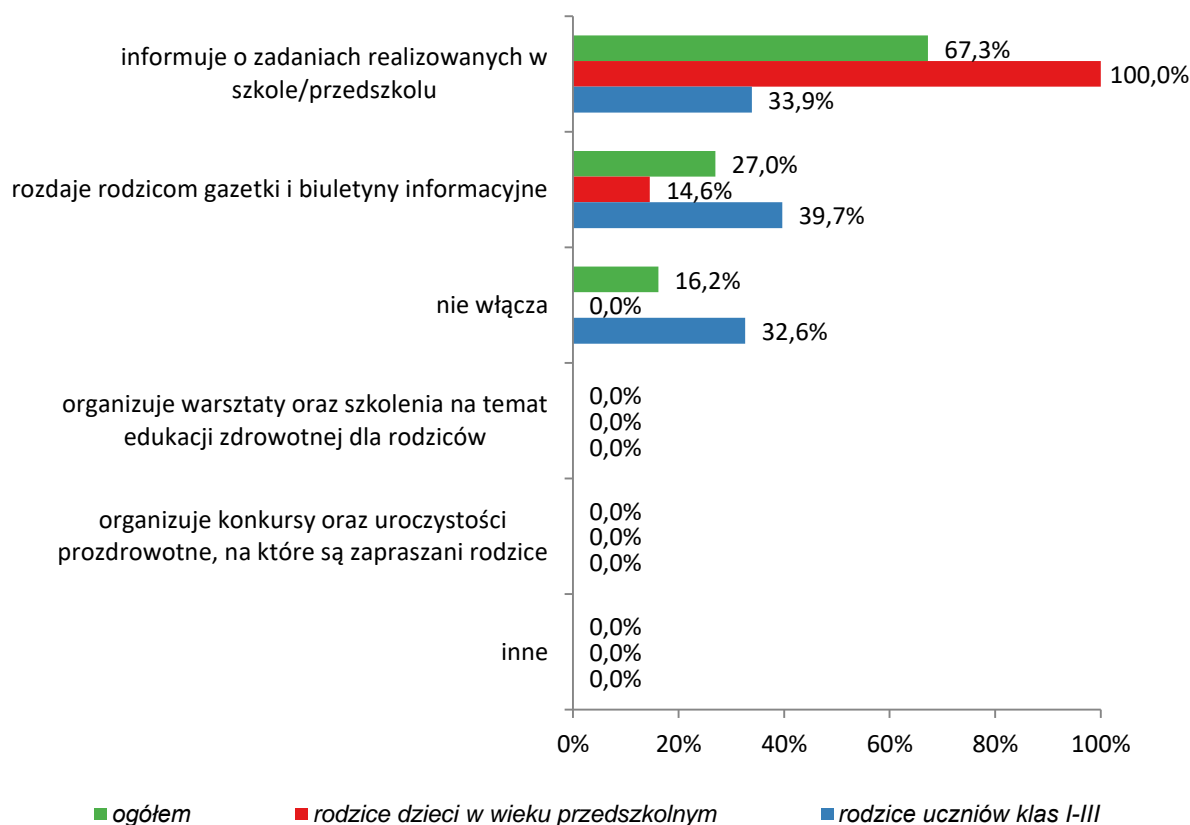
Wszyscy badani rodzice dzieci w wieku przedszkolnym wskazali, że placówka, do której uczęszcza ich dziecko, włącza ich w kształtowanie świadomości zdrowotnej podopiecznych poprzez informowanie o realizowanych zadaniach. Takiej odpowiedzi udzielił zdecydowanie niższy odsetek badanych rodziców, których dzieci uczęszczają do klas I-III (33,9%) – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,001$ ). Opcję „rozdaje rodzicom gazetki i biuletyny informacyjne” zaznaczyło 14,6% rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. Istotnie częściej opcję tę wybierali ankietowani rodzice uczniów (39,7%) – test chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

W przypadku rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym najczęstszymi odpowiedziami były: rozdawanie gazetek i biuletynów informacyjnych (39,7%) oraz informowanie o realizowanych zadaniach (33,9%). W tej grupie niemal 1/3 ankietowanych przyznała, że placówka nie włącza ich w kształtowanie świadomości zdrowotnej dzieci

(32,6%). Takiej odpowiedzi nie udzielił natomiast żaden z rodziców dzieci w wieku przedszkolnym (zależność potwierdzono testem Fishera,  $p < 0,001$ ).

Należy zaznaczyć, że o tym, iż szkoła nie włącza ich w omawiany proces, częściej mówili rodzice z wykształceniem podstawowym (25,0%) i wyższym (21,1%), następnie zawodowym (17,2%), średnim (14,3%) i policealnym (8,5%) – zależność ta została potwierdzona testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykres 63. Sposób, w jaki przedszkole/szkoła włącza rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym w kształtowanie świadomości zdrowotnej podopiecznych

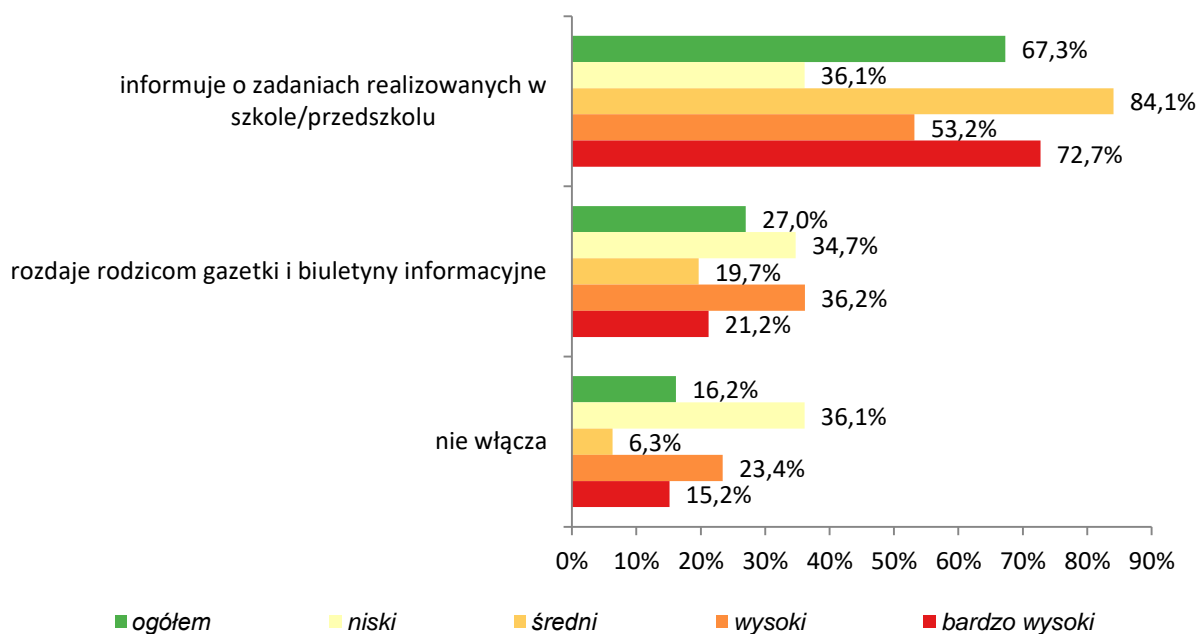


Informowanie o zadaniach realizowanych w placówce najczęściej było wskazywane przez rodziców o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym, a najrzadziej przez tych o statusie niskim (różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) – wykres 64.

Opcja rozdawania gazetek i biuletynów była istotnie częściej zaznaczana przez rodziców o statusie wysokim i niskim niż przez pozostałych (zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

Niewłącznie w kształtowanie świadomości zdrowotnej dzieci było istotnie częściej wymieniane przez rodziców o niskim statusie materialnym – zależność potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,001$ ).

Wykres 64. Sposób, w jaki placówka włącza ankietowanych rodziców dzieci w kształtowanie świadomości zdrowotnej podopiecznych, a ich status materialny



Rodzice odpowiedzieli również na pytanie, w jakiej formie placówki informują ich o prowadzonych zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej (aneks nr 11 pyt. 10, aneks nr 12 pyt. 10, wykres 65).

Placówki najczęściej informują rodziców o prowadzonych zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej w formie zebrań, przy czym opcję tę preferował wyższy odsetek rodziców dzieci w wieku przedszkolnym niż wczesnoszkolnym (odpowiednio: 76,9%; 50,0%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

W przypadku rodziców dzieci w wieku przedszkolnym dużo rzadziej wskazywano na wykorzystywanie do tego celu tablicy informacyjnej dla rodziców (44,9%; szkoły: 15,3%; zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) i strony internetowej (31,2%; szkoły: 40,5%; test chi-kwadrat,  $p < 0,05$ ).

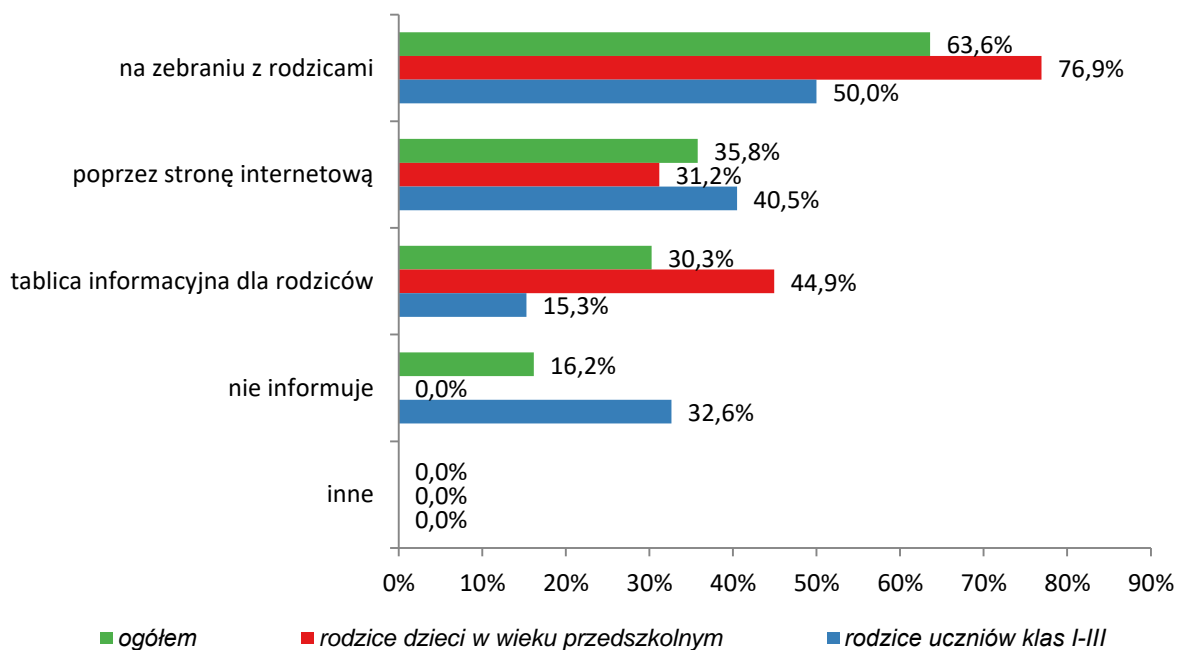
Wśród rodziców uczniów klas I-III na drugim miejscu znalazła się strona internetowa (40,5%). Niemal 1/3 respondentów z tej grupy stwierdziła, że placówka nie informuje ich

o prowadzonych działaniach (32,6%). Takiej odpowiedzi nie udzielił natomiast żaden z badanych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym (zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,001$ ).

Warto odnotować, że o tablicy informacyjnej dla rodziców istotnie częściej wspominały kobiety (31,5%) niż mężczyźni (12,5%), co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

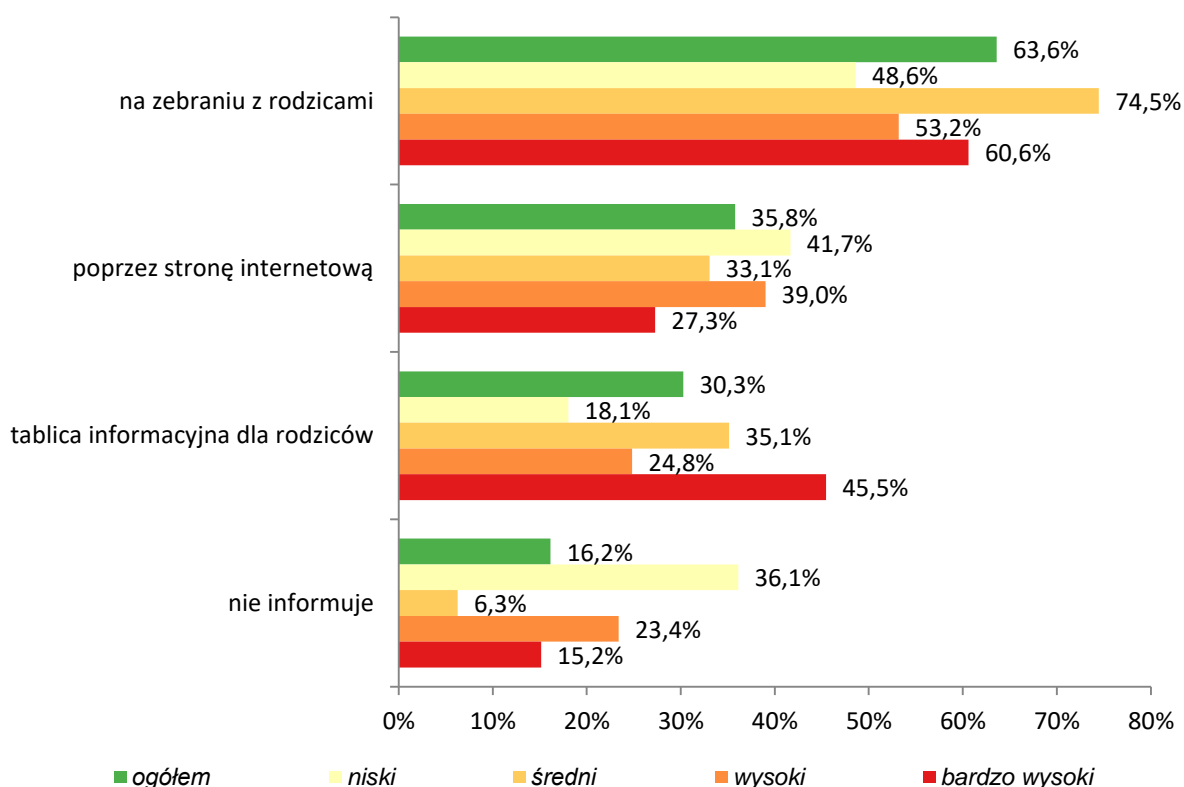
Rodzice z wykształceniem podstawowym (25,0%) i wyższym (21,1%) istotnie częściej niż ci z wykształceniem zawodowym (17,2%), średnim (14,3%) i policealnym/pomaturalnym (8,5%) mówili o braku informacji ze strony szkoły (zależność potwierdzono testem Fishera,  $p < 0,05$ ).

Wykres 65. Forma, w jakiej przedszkole/szkoła informuje rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym o prowadzonych zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej



O zebraniu z rodzicami istotnie częściej mówili rodzice o średnim statusie materialnym – zależność potwierdzona testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ). Wykorzystanie w tym celu tablicy informacyjnej było istotnie częściej wymieniane przez rodziców o bardzo wysokim statusie (test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ) – wykres 66. Brak informacji najczęściej był deklarowany przez badanych o niskim statusie materialnym (test Fishera,  $p < 0,001$ ).

Wykres 66. Forma, w jakiej placówka informuje ankietowanych rodziców dzieci o prowadzonych zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej, a status materialny tych rodziców



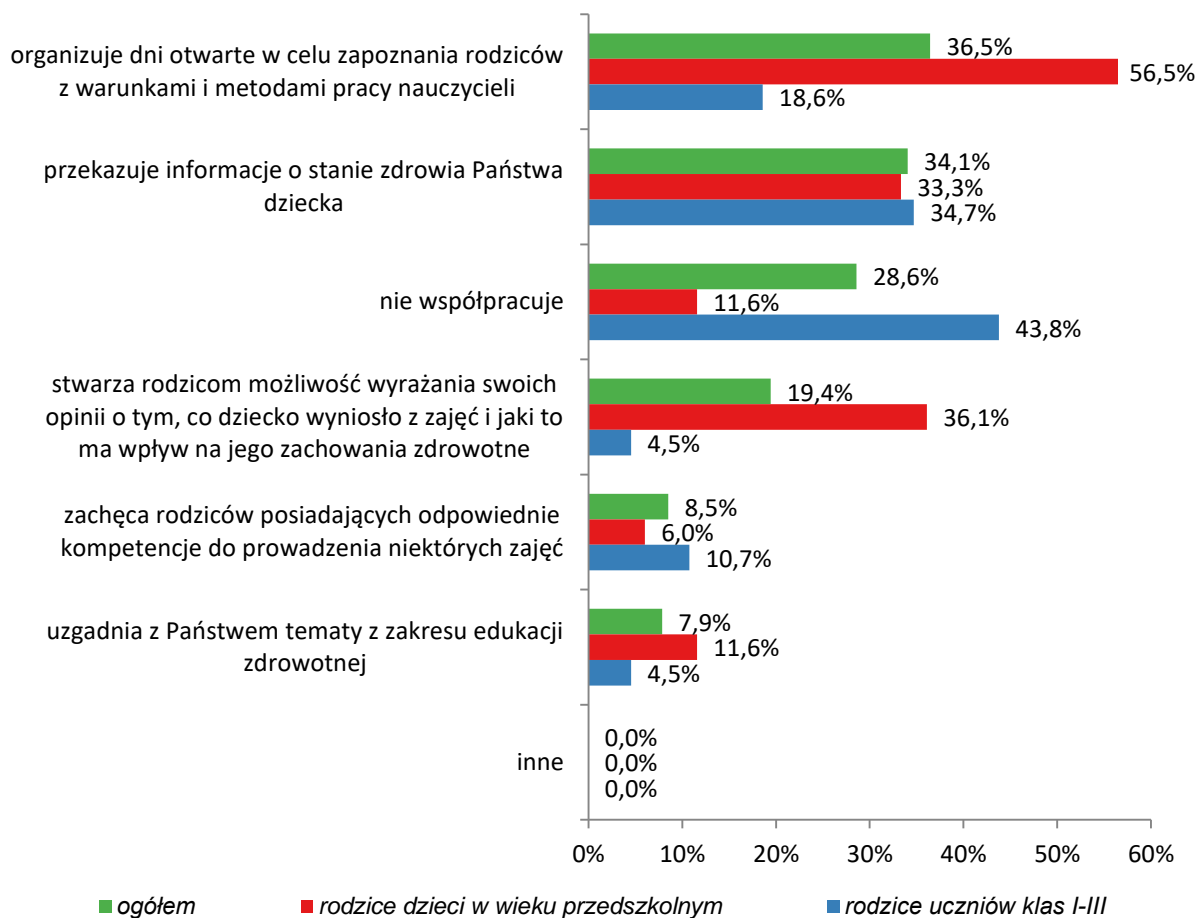
Ankietowani wskazali również, w jaki sposób placówka współpracuje z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej (aneks nr 11 pyt. 11, aneks nr 12 pyt. 11, wykres 67).

Przedszkola najczęściej współpracują z rodzicami w omawianym obszarze poprzez organizację dni otwartych w celu zapoznania ich z warunkami i metodami pracy nauczycieli (56,5%; rodzice uczniów klas I-III: 18,6%; różnica statystycznie istotna; zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ). Dużo rzadziej wśród rodziców dzieci w wieku przedszkolnym wskazywano stwarzanie możliwości wyrażania swoich opinii o tym, co dziecko wyniosło z zajęć i jaki to ma wpływ na jego zachowania zdrowotne (36,1%; szkoły: 4,5%; różnica statystycznie istotna; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), oraz przekazywanie informacji o stanie zdrowia dziecka (33,3%).

Odpowiedzi rodziców uczniów w wieku wczesnoszkolnym przedstawiały się inaczej. W ponad 4 na 10 przypadków stwierdzono, że placówka nie współpracuje z rodzicami (43,8%; rodzice dzieci z przedszkoli: 11,6%; test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), a w ponad 1/3 – że przekazuje informacje o stanie zdrowia dziecka (34,7%). Pozostałe opcje miały znacznie mniej wskazań.

Należy odnotować, że o przekazywaniu informacji o stanie zdrowia dziecka wspominali istotnie częściej mężczyźni (55,2%) niż kobiety (32,6%) – zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ).

Wykres 67. Sposób, w jaki przedszkole/szkoła współpracuje z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej



Opcja „organizuje dni otwarte w celu zapoznania rodziców z warunkami i metodami pracy nauczycieli” była zaznaczana istotnie częściej przez rodziców o średnim statusie materialnym (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) – tabela 24.

Na brak współpracy najczęściej zwracali uwagę rodzice o niskim statusie materialnym (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ), a o stwarzaniu możliwości wyrażania swoich opinii najczęściej mówili rodzice o bardzo wysokim statusie (test Fishera,  $p < 0,001$ ).



Tabela 24. Sposób, w jaki placówka współpracuje z ankietowanymi rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej, a ich status materialny

	N	Ogółem	Niski	Średni	Wysoki	Bardzo wysoki
Organizuje dni otwarte w celu zapoznania rodziców z warunkami i metodami pracy nauczycieli	167	36,5%	18,1%	47,9%	28,1%	33,3%
Nie współpracuje	131	28,6%	47,2%	20,7%	33,3%	20,0%
Stwarza rodzicom możliwość wyrażania swoich opinii o tym, co dziecko wyniosło z zajęć i jaki to ma wpływ na jego zachowania zdrowotne	89	19,4%	2,8%	26,3%	14,1%	33,3%

Rodzice wskazali również, w jakie działania z zakresu edukacji zdrowotnej chcieliby być zaangażowani (aneks nr 11 pyt. 12, aneks nr 12 pyt. 12, wykres 68). Włączenie rodziców w proces zdobywania przez dzieci wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej oraz wspieranie tych działań jest wręcz obowiązkiem przedszkola/szkoły. Współdziałanie to powinno polegać na zachęcaniu rodziców posiadających odpowiednie kompetencje do prowadzenia niektórych zajęć z edukacji zdrowotnej oraz na wspólnym organizowaniu imprez i kampanii o tematyce zdrowotnej<sup>487</sup>.

Rodzice dzieci w wieku przedszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu, chcieliby być zaangażowani w takie działania z zakresu edukacji zdrowotnej jak: czytanie dzieciom bajek o tematyce zdrowotnej (42,7%; szkoły: 0,0%; różnica statystycznie istotna; potwierdzono testem Fishera,  $p < 0,001$ ), organizacja dni otwartych / imprez o tematyce zdrowotnej (42,7%; szkoły: 0,0%; zależność potwierdzona testem Fishera,  $p < 0,001$ ).

Rodzice uczniów klas I-III w zdecydowanej większości chcieliby być zaangażowani do pomocy w przeprowadzaniu zajęć (80,8%). Opcja ta była istotnie rzadziej wymieniana przez rodziców dzieci uczęszczających do przedszkoli (20,1%), co potwierdzono testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

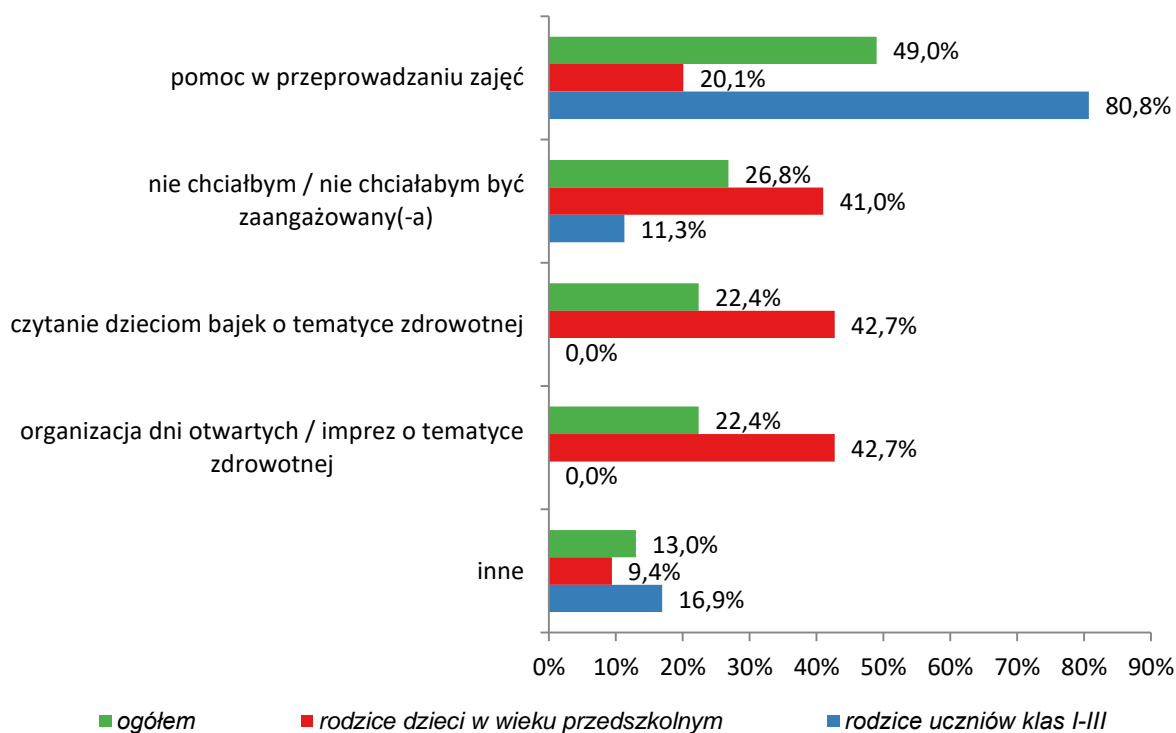
Czterech na dziesięciu rodziców dzieci w wieku przedszkolnym (41,0%) i 11,3% w wieku wczesnoszkolnym nie chciałoby być zaangażowanych w żadne tego typu inicjatywy (różnica statystycznie istotna; zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ).

Warto podkreślić, że o pomocy w przeprowadzaniu zajęć istotnie częściej mówili mężczyźni (67,7%) niż kobiety (47,6%) – zależność potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,05$ ). Tę opcję zaznaczyli wszyscy rodzice z wykształceniem podstawowym, około

<sup>487</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja...*, 2011, op. cit., s. 73.

połowa z wykształceniem wyższym (53,2%), średnim i zawodowym (po 50,0%) i ponad 1/3 z wykształceniem policealnym/pomaturalnym (36,7%) – różnice te były statystycznie istotne, co potwierdzono testem Fishera ( $p < 0,05$ ).

Wykres 68. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej, w jakie chcieliby być zaangażowani rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym



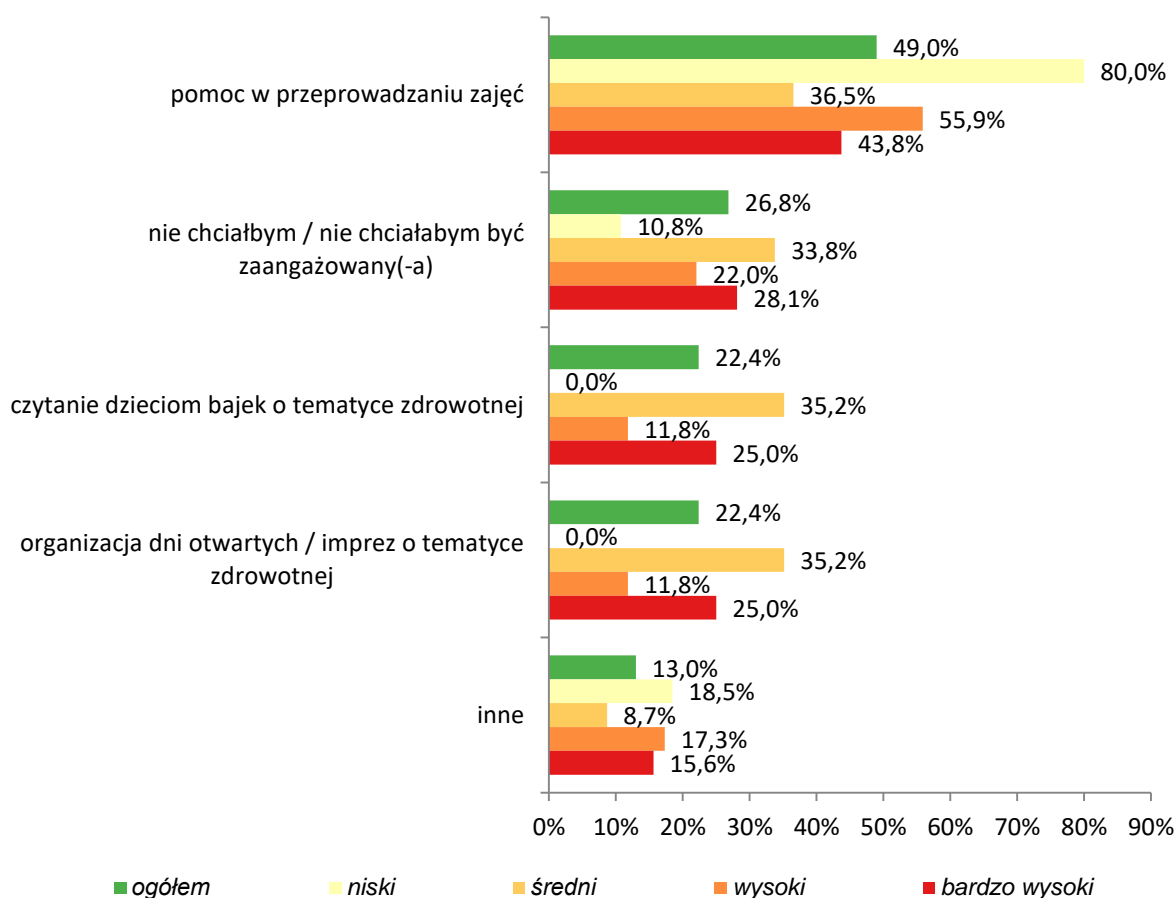
Pomoc w przeprowadzaniu zajęć najczęściej wymieniali rodzice o niskim statusie materialnym, a najrzadziej – o statusie średnim (test chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ) – wykres 69.

O czytaniu dzieciom bajek o tematyce zdrowotnej, a także organizacji imprez o takiej tematyce najczęściej mówili rodzice o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym, natomiast żaden deklarujący niski status (test Fishera,  $p < 0,001$ ).

Na inne, niewymienione w kafeterii możliwości zwracali najczęściej uwagę rodzice charakteryzujący się niskim, wysokim i bardzo wysokim statusem materialnym (test Fishera,  $p < 0,05$ ).

Najrzadziej nie chcieliby być zaangażowani rodzice o niskim statusie materialnym (test chi-kwadrat,  $p < 0,01$ ).

Wykres 69. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej, w jakie chcieliby być zaangażowani ankietowani rodzice dzieci, a status materialny rodziców



Rodziców zapytano również, w **organizowaniu jakich imprez dotyczących edukacji zdrowotnej brali udział** (aneks nr 11 pyt. 13, aneks nr 12 pyt. 13, wykres 70).

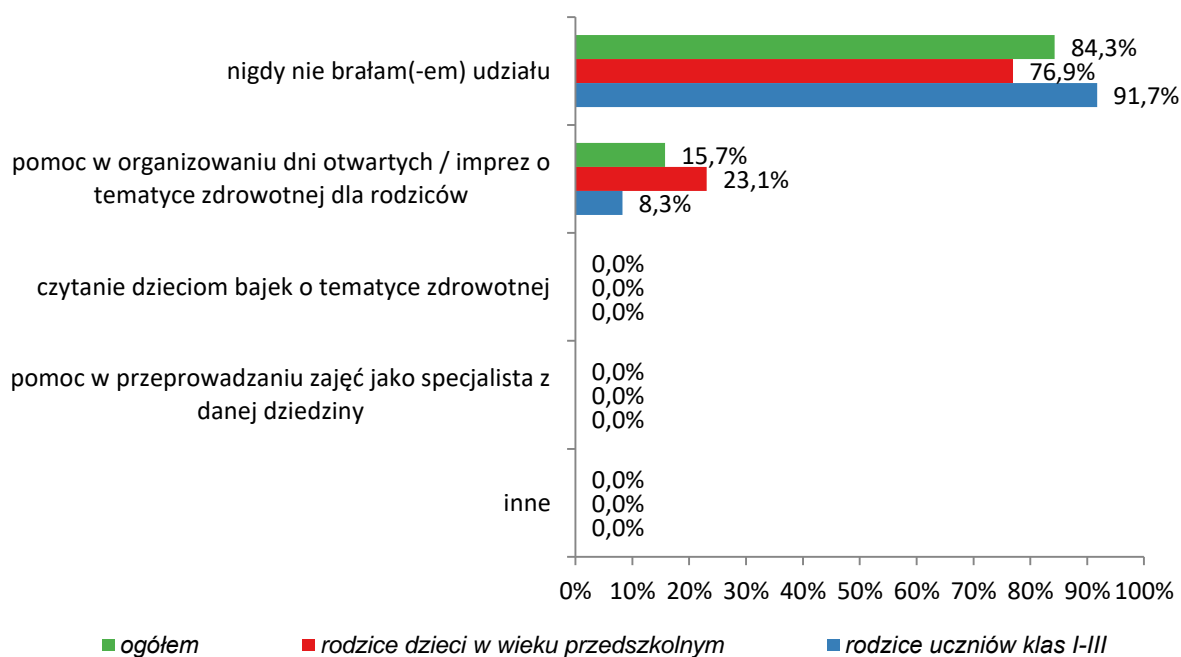
Ponad 3/4 rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i niemal wszyscy rodzice uczniów klas I-III nigdy nie brali udziału w żadnych imprezach dotyczących edukacji zdrowotnej (odpowiednio: 76,9%; 91,7%; różnica statystycznie istotna; zależność potwierdzona testem chi-kwadrat,  $p < 0,001$ ). Niestety wynik ten nie napawa optymizmem. Pomimo wyrażenia przez rodziców chęci uczestnictwa w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej zdecydowana większość ankietowanych nie brała w nich udziału. Niezależnie od tego, czy brak zaangażowania rodziców w realizację przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej leży po stronie placówki, czy też wynika z niechęci rodziców do udziału w takich działaniach, wynik ten wskazuje na brak wzajemnej współpracy.

W organizowaniu dni otwartych / imprez o tematyce zdrowotnej dla rodziców pomagał istotnie wyższy odsetek ankietowanych z pierwszej (23,1%) niż z drugiej grupy (8,3%), co potwierdzono testem chi-kwadrat ( $p < 0,001$ ).

Należy odnotować, że o braku swojego udziału w organizowaniu imprez dotyczących edukacji zdrowotnej mówili wszyscy mężczyźni biorący udział w badaniu. Kobiety również najczęściej wybierały tę opcję (83,2%), lecz ponadto zadeklarowały fakt udzielenia pomocy w organizowaniu imprez o tematyce zdrowotnej dla rodziców (16,8%) – zależności potwierdzone zostały testem Fishera ( $p < 0,01$ ).

Pomoc w organizowaniu imprez najczęściej wymieniali rodzice o bardzo wysokim statusie materialnym (27,3%), rzadziej o średnim (19,2%), wysokim (12,1%), a najrzadziej – o niskim (6,9%). Opcję niebraniu udziału najczęściej zaznaczali rodzice o niskim (93,1%) i wysokim (87,9%) statusie materialnym, rzadziej o średnim (80,8%), najrzadziej natomiast – o bardzo wysokim (72,7%). Obie zależności zostały potwierdzone testem Fishera,  $p < 0,01$ .

Wykres 70. Imprezy dotyczące edukacji zdrowotnej, w których organizowaniu brali udział rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym



## Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań można stwierdzić, że rodzice są partnerami przedszkola/szkoły, do których uczęszczają ich dzieci, i podejmują działania na rzecz

współpracy z placówką. Gorzej została oceniona współpraca przedszkola/szkoły z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej. W tym miejscu warto wskazać na dwa główne aspekty współpracy, które jak wynika z badań własnych, wymagają dopracowania. Pierwszy dotyczy istotnej kwestii zapoznania rodziców z podstawą programową oraz realizowanymi na terenie placówki programami z zakresu edukacji. Znaczny procent ankietowanych rodziców dzieci klas I-III deklaruje, że nie zostało zapoznanych z wyżej wymienionymi dokumentami. Wynik ten może wskazywać na zaniechanie tego obowiązku przez nauczycieli bądź na często stosowaną praktykę odsyłania rodziców do zapoznania się z treściami dokumentów na stronę internetową lub poprzez wgląd do dokumentu w sekretariacie przedszkola/szkoły. Rodzice, którzy zostali zapoznani z podstawą programową oraz realizowanymi programami z zakresu edukacji zdrowotnej, najczęściej jako formę przekazania tych informacji wskazują zebranie z rodzicami. Drugi aspekt, który wymaga dopracowania, dotyczy włączania rodziców w różnego rodzaju przedszkolne/szkolne imprezy z zakresu edukacji zdrowotnej. Zdecydowana większość rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i niemal wszyscy rodzice uczniów klas I-III nigdy nie brali udziału w organizacji żadnych imprez dotyczących edukacji zdrowotnej (istotnie niższy odsetek osób o bardzo wysokim statusie materialnym). Włączanie rodziców w prace na rzecz placówki oraz pozyskiwanie ich pomocy w organizowaniu różnego rodzaju imprez pomaga w realizacji wspólnego celu, jakim jest wszechstronny rozwój dziecka. W związku z tym współpraca ta, polegająca na współuczestniczeniu w organizowaniu imprez o tematyce zdrowotnej, nie może zostać pominięta w przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej.

Ponadto przedszkola włączają rodziców w kształtowanie świadomości zdrowotnej najczęściej poprzez informowanie o realizowanych zadaniach. W szkołach popularniejsze jest rozdawanie gazetek i biuletynów informacyjnych, a na drugim miejscu – informowanie o zadaniach. Co trzeci rodzic dziecka szkolnego nie czuje się jednak włączany w ten proces (istotnie częściej rodzice z wykształceniem podstawowym i wyższym, a także o niskim statusie materialnym). Informowanie o zadaniach realizowanych w placówce istotnie częściej było wskazywane przez rodziców o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym, a rozdawanie gazetek i biuletynów – przez osoby o statusie wysokim i niskim. Placówki także informują rodziców o zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej, najczęściej korzystając z formy zebrania (istotnie częściej w przypadku rodziców dzieci w wieku przedszkolnym niż wczesnoszkolnym). Opcja ta była istotnie częściej zaznaczana przez rodziców o średnim statusie materialnym. O braku informacji wspominał co trzeci rodzic ucznia (istotnie częściej – o niskim statusie materialnym). W zakresie edukacji zdrowotnej przedszkola współpracują

z rodzicami najczęściej poprzez organizację dni otwartych, na których wyjaśniane są warunki i metody pracy nauczycieli (istotnie częściej wskazywali na to rodzice o średnim statusie materialnym). W szkołach następuje to zwykle poprzez przekazywanie informacji o stanie zdrowia dziecka (istotnie częściej opiekę tę zaznaczali mężczyźni), przy czym 1/3 rodziców nie odczuwa, by placówka szkolna współpracowała z nimi w obszarze edukacji zdrowotnej (istotnie częściej – rodzice o niskim statusie materialnym). Rodzice dzieci w wieku przedszkolnym w zdecydowanej większości chcieliby być zaangażowani w takie działania edukacji zdrowotnej jak czytanie bajek, organizacja imprez (obie możliwości istotnie częściej wskazywane przez osoby o średnim i bardzo wysokim statusie materialnym). Rodzice uczniów z klas I-III z kolei chcieliby pomóc w przeprowadzaniu zajęć (istotnie częściej mężczyźni, osoby z wykształceniem podstawowym, a także o niskim statusie materialnym). Aktywne uczestnictwo rodziców w życiu przedszkola/szkoły oraz ich zaangażowanie przynosi wiele wymiernych korzyści, takich jak tworzenie spójnego systemu oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych oraz wzajemne wsparcie w kształtowaniu postaw zdrowotnych dzieci.

## **Podsumowanie i główne wnioski wynikające z przeprowadzonej diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych z zakresu edukacji zdrowotnej oraz rekomendacje dla praktyki pedagogicznej**

Niewątpliwie edukacja zdrowotna to praktyka wychowawcza wymagająca pogłębionych interdyscyplinarnych poszukiwań naukowo-badawczych oraz wprowadzenia uregulowań formalno-prawnych w celu zwiększenia jej efektywności w placówkach oświatowych<sup>488</sup>. Ponadto analiza literatury przedmiotu wykazuje, że problematyka edukacji zdrowotnej w przedszkolu oraz szkole rzadko bywa ujmowana całościowo, a badania dotyczą najczęściej pojedynczych jej aspektów. Zdaniem B. Woynarowskiej edukacja zdrowotna może być skutecznie realizowana tylko wówczas, gdy wprowadzone zostaną systemowe działania<sup>489</sup>. W związku z tym koncentracja tylko na wybranych aspektach tej edukacji, bez uwzględnienia innych, nie gwarantuje jej efektywności. Jak twierdzi C. Lewicki, istnieje zatem potrzeba podejmowania prób całościowego, systemowego ujęcia problematyki zdrowotnej<sup>490</sup>, czego dokonano w niniejszym opracowaniu. Bardzo przydatne z punktu widzenia skuteczności edukacji zdrowotnej było przeprowadzenie diagnozy oraz ewaluacji rozwiązań systemowych w tym zakresie. Uzyskanie materiału empirycznego pozwoliło na ocenę efektywności realizacji celów i zadań edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, a analiza praktycznej realizacji tych zagadnień na terenie województwa śląskiego umożliwiła wyodrębnienie najlepszych praktyk w obszarze edukacji zdrowotnej oraz przedstawienie propozycji zmian i rozszerzeń dotyczących wdrażania jej zaleceń. Ponadto całościowa analiza rozwiązań systemowych pozwoliła na zbudowanie teoretycznego modelu skutecznych oddziaływań w zakresie edukacji zdrowotnej na przedszkolnym i wczesnoszkolnym etapie kształcenia.

W prowadzonych analizach problemów badawczych starano się odwoływać do dotychczasowych badań pedagogicznych z zakresu edukacji zdrowotnej, których niestety w literaturze przedmiotu oraz badaniach innych autorów nie odnaleziono zbyt wiele lub które w ogóle nie występowały. Z kolei rezultaty uzyskane w ramach przeprowadzonej diagnozy i ewaluacji w zakresie edukacji zdrowotnej wskazały na interesujące rozwiązania, które powinny zostać wykorzystane w przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej i które również

---

<sup>488</sup> A. Buczak, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 241.

<sup>489</sup> B. Woynarowska, *Planowanie programów...*, op. cit., s. 226-231.

<sup>490</sup> C. Lewicki, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 14.

obnażyły braki wymagające uzupełnienia. Poniżej przedstawiono ogólne wnioski wynikające z przeprowadzonej diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych z zakresu edukacji zdrowotnej oraz rekomendacje dla praktyki pedagogicznej. Szczegółowe wnioski z przeprowadzonych badań zostały zawarte na końcu analizy każdego pytania badawczego szczegółowego (patrz rozdziały 1-5, część trzecia niniejszej rozprawy). Zgodnie z przyjętym założeniem problematykę edukacji zdrowotnej w niniejszej rozprawie ujęto w sposób całościowy, wskazując na wszystkie jej wymiary. Warto również zaznaczyć, że nieliczne dostępne badania z zakresu edukacji zdrowotnej realizowanej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej mają charakter wycinkowy i ukazują tylko wybrane aspekty interesujących zagadnień. Należy zatem zauważyć, że stan wiedzy dotyczący wybranego tematu rozprawy nie został dotychczas dokładnie zbadany w żadnej publikacji, w związku z czym można uznać, że realizacja tego tematu stanowi swoisty wkład naukowy w dziedzinę pedagogiki, zarówno w ujęciu teoretycznym, jak i pedagogiczno-społecznym i praktycznym.

W ramach przeprowadzonej analizy dokumentacji wewnętrznej placówek objętych badaniem dokonano zestawienia dokumentów strategicznych oraz aktów prawnych regulujących zakres kształcenia w zakresie edukacji zdrowotnej. Analiza ta wykazała, że podstawowym dokumentem zarówno w przedszkolach, jak i szkołach jest podstawa programowa, w której to treści z zakresu edukacji zdrowotnej są najbardziej wyeksponowane. W przypadku szkół podstawowych treści zdrowotne zawarte były również w programach profilaktycznym i wychowawczym, do tworzenia których szkoły zostały zobligowane po przyjęciu przez Ministerstwo Edukacji Narodowej rozwiązań systemowych, włączających profilaktykę do stałych zadań szkoły i każdego nauczyciela. Niewątpliwie szkolny program profilaktyczny jest dokumentem, który powinien obejmować wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym oraz dającym znaczne możliwości zawarcia w nim dodatkowych tematów dotyczących edukacji zdrowotnej. Zważywszy na powyższe zapisy prawa oświatowego, należy również na przedszkola nakładać obowiązek opracowania i realizowania programu profilaktycznego. Analiza dokumentacji wewnętrznej w badanych placówkach oświatowych wykazała również, że poza powszechnie obowiązującymi aktami prawnymi (ustawy, rozporządzenia) oraz wewnętrznymi aktami prawnymi (statuty, program profilaktyczny, program wychowawczy) placówki nie tworzą (wyjątek stanowi jedna z nich) własnych programów zdrowotnych. Wydaje się, że konstruowanie przedszkolnych/szkolnych programów zdrowotnych jest kluczowym narzędziem w zakresie realizacji założeń edukacji zdrowotnej i nie może zostać pominięte w podstawowych dokumentach wewnętrznych żadnej



placówki. W związku z tym istnieje potrzeba opracowania przez każdą placówkę wewnętrznego dokumentu, jakim jest program zdrowotny, który zawierałby treści dotyczące nie tylko higieny i zdrowia somatycznego człowieka, ale również – w myśl nowego podejścia do edukacji zdrowotnej – tematy z zakresu zdrowia fizycznego, psychicznego oraz rozwijające umiejętności życiowe. Ponadto programy te powinny być konstruowane przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje w tymże zakresie i muszą wynikać ze specyficznych potrzeb uczniów w danej placówce. Niewątpliwie do określenia praktycznej przydatności programów profilaktycznych oraz programów zdrowotnych konieczny staje się również systemowy monitoring działań nauczycieli z zakresu realizacji zagadnień zdrowotnych zawartych w wymienionych dokumentach przez dyrekcję lub koordynatora do spraw promocji zdrowia. Analiza wewnętrznych programów profilaktycznych, programów wychowawczych, statutów oraz innych dokumentów opracowanych przez przedszkola i szkoły podstawowe w woj. śląskim pod względem zawartości treści z zakresu edukacji zdrowotnej wykazała, że szkolny program profilaktyczny to dokument, w którym niewątpliwie można odnaleźć najwięcej treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Należy jednak pamiętać, że profesjonalne przygotowanie i wdrożenie programu wymaga od zespołu wychowawczego, nauczycieli oraz innych pracowników niezbędnej wiedzy teoretycznej oraz praktycznych sposobów jego wdrożenia. W tym miejscu warto raz jeszcze podkreślić wagę posiadania przez szkoły dobrze skonstruowanych programów profilaktycznych oraz podjąć działania mające na celu tworzenie obowiązkowych programów również w przedszkolach.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, tylko w niektórych dokumentach w badanych placówkach odnaleziono treści dotyczące promocji zdrowia psychicznego. Pomimo zauważalnej potrzeby realizacji zagadnień związanych ze zdrowiem psychospołecznym dzieci treści te w dokumentach są słabo zaznaczone. Edukacja dla zdrowia psychicznego obejmuje bardzo szeroki zakres tematyczny, który z powodzeniem powinien zostać włączony do wewnętrznych dokumentów placówek. Warto jednak zwrócić uwagę, że do holistycznych programów szkolnych należy przyjmować jedynie komponenty opartej na dowodach naukowych promocji zdrowia psychicznego. Aby edukacja zdrowotna była skuteczna i przyniosła oczekiwany rezultat, trzeba jak najczęściej włączać aspekty zdrowotne do programów szkolnych, a zdrowie postrzegać jako przyjazny czynnik w realizacji całego programu wychowawczego i dydaktycznego.

Na podstawie analizy dokumentacji placówek oraz wywiadów z osobami pełniącymi w nich funkcje kierownicze stwierdzono, że przedszkola oraz szkoły korzystają z podstawowych, ogólnopolskich oraz organizowanych przez sanepid programów

edukacyjnych związanych z tematyką zdrowotną, wybierając najczęściej zagadnienia związane ze zdrowym odżywianiem oraz bezpieczeństwem. Programy te są proponowane placówkom przez różne firmy i zazwyczaj są programami komercyjnymi, zawierającymi tzw. lokowanie produktu. Ponadto to raczej jednorazowe akcje, w których nie zakłada się ewaluacji wyników, a co za tym idzie – zdecydowanie obniża się ich jakość. Placówki bardzo rzadko korzystają z programów rekomendowanych przez ORE oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Programy te koncentrują się na zagadnieniach zdrowia psychospołecznego dzieci oraz kształtowania umiejętności życiowych i nie powinny zostać pominięte w szkolnej edukacji zdrowotnej. Większość spośród rekomendowanych programów to przykłady dobrej praktyki o udowodnionej skuteczności, które opierają się na wiedzy naukowej. Zważywszy na powyższe placówki, przed realizacją profesjonalnego programu profilaktycznego powinny określić jego praktyczną przydatność, ponieważ ich wybór winien wynikać ze specyficznych potrzeb uczniów w danej jednostce. Ponadto programy edukacyjne powinny być powiązane ze szkolnym programem wychowawczym oraz profilaktycznym, a przy ich wyborze należy kierować się wysoką jakością programu ocenianą z punktu widzenia jego skuteczności i możliwości realizacji<sup>491</sup>. Placówki trzeba zachęcać do wyboru programów rekomendowanych i korzystać z nich jak najczęściej. Dostęp do programów powinien być ułatwiony ze względu na fakt, że większość nauczycieli nie posiada odpowiednich kompetencji ani czasu niezbędnego do oceny ich jakości. Niestety, w wyborze programów rekomendowanych jest bardzo mało tych skierowanych do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Doceniając ważność edukacji zdrowotnej na początkowych etapach kształcenia, idealnym rozwiązaniem byłoby podjęcie działań na rzecz opracowania skutecznych programów skierowanych właśnie do tej grupy odbiorców, jak również stworzenie bazy programów rekomendowanych dotyczących innych zagadnień związanych z edukacją zdrowotną. Również placówki we własnym zakresie powinny opracowywać materiały zawierające elementy oparte na dowodach naukowych edukacji dla zdrowia psychicznego.

Literatura przedmiotu wskazuje, że Polska należy do krajów z najdłuższym w Europie doświadczeniem w zakresie tworzenia szkoły promującej zdrowie, a liczba szkół uczestniczących w programie wzrasta z roku na rok<sup>492</sup>. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, większość badanych placówek przystąpiła do programu, a jedna z nich posiada certyfikat Śląskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Warto podkreślić, że szkoła promująca

---

<sup>491</sup> B. Woynarowska (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, op. cit., s. 167.

<sup>492</sup> Ibidem, s. 225.

zdrowie uwzględnia całościowe podejście do zdrowia, a edukacja zdrowotna jest w niej czymś więcej niż realizacją programu. W związku z tym wyrażenie chęci przystąpienia do projektu powinno być naturalnym działaniem na rzecz zdrowia wszystkich członków społeczności szkolnej. Okazuje się również, że dużym wyzwaniem dla dyrektorów jest wybór programu wysokiej jakości ocenianej z punktu widzenia jego skuteczności, wydajności i możliwości realizacji. Dlatego istotnie ważne jest posiadanie wysokich kompetencji zdrowotnych przez osobę pełniącą funkcje kierownicze lub podjęcie przez nią współpracy z koordynatorem do spraw promocji zdrowia, który będzie go wspierał przy podejmowaniu decyzji odnośnie do wyboru programów zdrowotnych.

Warto nadmienić, że w dobie zreformowanej oświaty dyrektor szkoły to bardzo ważna postać, która przez pryzmat swojej wiedzy i doświadczenia musi sprostać szerokim oraz niekiedy trudnym zadaniom. Jest on również kluczową postacią w przedszkolnej oraz szkolnej edukacji zdrowotnej, ponieważ realizacja jej treści i celów zależy od znajomości przez dyrektora założeń wynikających z podstawy programowej oraz innych dokumentów strategicznych. W związku z tym poznanie opinii dyrektorów na temat skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej przyczyni się niewątpliwie do wyodrębnienia najlepszych praktyk w tymże zakresie oraz pozwoli na wprowadzenie ewentualnych propozycji rozszerzeń.

Z badań własnych wynika niestety, że dyrektorzy placówek nie są dobrze zorientowani w zapisach podstawy programowej dotyczących kwestii edukacji zdrowotnej ani nie są w pełni przekonani o ważności realizacji tematów zdrowotnych na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej. Dyrektorzy uważają, że podstawa programowa stwarza szanse na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia, oraz trafnie wskazują na potrzebę rozszerzenia niektórych zagadnień. Ponadto dyrektorzy w większości wyrażają przekonanie, że skuteczność edukacji zdrowotnej zależy w dużym stopniu od kompetencji i zaangażowania nauczycieli, jak również od diagnozy potrzeb zdrowotnych dzieci poprzedzającej tworzenie podstawy programowej. Warto zaznaczyć, że podczas wywiadów swobodnych można było odnieść wrażenie, że respondenci wypowiadali się jakby całościowo o podstawie programowej, a nie tylko o jej zapisach związanych z edukacją zdrowotną. Dyrektorzy, do których zadań należy również dbanie o wysoki poziom dydaktyczny i wychowawczy placówek oraz ich nienaganny wizerunek, wyrazili przekonanie, że placówki, w których pełnią funkcje kierownicze, stwarzają idealne warunki do edukacji zdrowotnej uczęszczających do nich dzieci. Tworzenie odpowiednich warunków na terenie placówki jest ponadto konieczne do osiągnięcia sukcesu edukacyjnego z zakresie edukacji zdrowotnej.

Warto zauważyć, że dyrektorzy oceniając przedszkolną/szkolną edukację zdrowotną, powinni skupiać się na jej efektywności, a nie tylko na liczbie i rodzaju podjętych działań. Należy pamiętać, że rzeczywiste efekty kształcenia w sferze edukacji zdrowotnej są zazwyczaj odroczone w czasie i możliwe do zaobserwowania dopiero w codziennych sytuacjach życiowych. Wyniki badań własnych wykazują, że nie każda placówka podejmuje współpracę z koordynatorem do spraw promocji zdrowia oraz higienistką szkolną. Wydaje się, że stała współpraca z wyżej wymienionymi osobami jest jednym z głównych czynników warunkujących skuteczność realizacji edukacji zdrowotnej. W związku z tym w gestii każdego dyrektora powinno być pozyskanie tychże pracowników, którzy – jak już wcześniej wspomniano – będą wspierać go poprzez pełnienie funkcji konsultanta w zakresie zdrowia oraz czuwać nad prawidłowym wdrażaniem, realizacją oraz ewaluacją edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej. Ponadto idealnym rozwiązaniem byłoby, aby każdy dyrektor obowiązkowo odbył szkolenie z zakresu edukacji zdrowotnej lub zapoznał się z dostępnym poradnikiem dla dyrektorów szkół odnośnie do organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w szkole autorstwa prof. Barbary Woynarowskiej. Jest to istotne ze względu na fakt, że to właśnie dyrektor – tak jak wcześniej wspomniano – zatwierdza i dopuszcza do realizacji wszystkie programy z zakresu edukacji zdrowotnej na terenie placówki, a bez odpowiedniego przygotowania bądź wsparcia ze strony osób zawodowo zajmujących się edukacją zdrowotną może podejmować decyzje, które nie zawsze będą trafne. W opinii badanych dyrektorów placówek również poziom przygotowania kadry dydaktycznej w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej pozostaje na wysokim poziomie. Nauczyciele są odpowiednio przeszkoleni w zakresie edukowania zdrowotnego i mają odpowiednie kwalifikacje. Ponadto również monitoring jakości realizowanej edukacji zdrowotnej przez nauczycieli w opinii dyrektorów nie budzi zastrzeżeń, a zajęcia z edukacji zdrowotnej podlegają systematycznemu nadzorowi. Niewątpliwie dyrektorzy placówek powinni znać kompetencje nauczycieli z zakresu edukacji zdrowotnej, a podczas monitoringu jakości realizowanych przez nich zajęć sprawdzać, czy zajęcia przeprowadzane są na podstawie przeprowadzonej wcześniej diagnozy oraz czy zostały zakończone ewaluacją. Istotnie ważne jest również, aby dyrektorzy wraz z nowym podejściem do edukacji zdrowotnej mieli świadomość, że edukacja ta to nie tylko podstawowe bloki tematyczne, takie jak: zdrowe odżywianie, higiena czy też aktywność fizyczna, ale również zdrowie psychiczne oraz rozwijanie umiejętności życiowych. Dlatego też powinni zwracać na to szczególną uwagę podczas monitoringu pracy kadry dydaktycznej. Treści edukacji zdrowotnej, zapisane w programach nauczania, muszą znaleźć

odzwierciedlenie w tematach lekcji wpisywanych do dziennika, będących potwierdzeniem podjętych działań edukacyjnych. Jeżeli dyrektor zauważy, że realizacja któregoś z obszarów jest zagrożona, powinien zlecić nauczycielowi dodatkowe uszczegółowienie planowania realizacji tych zagadnień. Ponadto w procesie monitorowania realizacji podstawy programowej powinien zwrócić uwagę na uzyskane efekty, a także na warunki realizowania zajęć oraz stosowanie przez nauczycieli metody nowoczesnej dydaktyki przedszkolnej i wczesnoszkolnej. W związku z tym raz jeszcze należy podkreślić szczególną, decydującą rolę dyrektora w kształtowaniu polityki edukacji zdrowotnej w placówce oraz wagę posiadania przez niego odpowiednich kompetencji w zakresie zdrowia.

Całościowe ujmowanie tematyki edukacji zdrowotnej bezsprzecznie wymaga również poznania sposobów oraz oceny skuteczności realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w odniesieniu do dzieci uczęszczających do przedszkoli i uczniów klas I-III. Nie ma badań, które dostarczyłyby obiektywnych danych na temat poziomu rozumienia przez dzieci pojęć związanych ze zdrowiem, jego postrzeganiem oraz indywidualnym stosunkiem do zdrowia, ale obserwacje i badania własne wskazują, że poziom ten można uznać za wysoki. Niewątpliwie uzyskanie informacji zwrotnej na temat rozumienia przez dzieci podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem pomoże w stworzeniu idealnych warunków do realizacji edukacji zdrowotnej w placówkach oraz możliwości praktykowania tychże zachowań w życiu codziennym. Ponadto informacja ta może stać się pomocna dla nauczycieli w lepszym doborze metod kształtowania zachowań zdrowotnych u swoich podopiecznych, wprowadzenia ewentualnych zmian lub rozszerzeń. Poza tym dobrze przekazana wiedza z pewnością przyczyni się do rozwijania u dzieci poczucia odpowiedzialności za zdrowie, lepszego zrozumienia, czym jest zdrowie, oraz przygotowania się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu oraz szkole. Przeprowadzone badania własne i ich analiza upoważniają ponadto do sformułowania wniosku, że dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym są edukowane zdrowotnie podczas zajęć przez swoich nauczycieli. Warto zaznaczyć, że uczniowie klas I-III częściej przywołują nauczycieli jako źródła informacji na temat zdrowia aniżeli dzieci w wieku przedszkolnym, które z kolei wskazują rodziców jako osoby przekazujące im treści zdrowotne. Wydaje się, że rola rodziców w procesie edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym jest nie do przecenienia. Zadaniem rodziców w tym okresie jest m.in. tworzenie pozytywnych wzorców, rozbudzanie zainteresowania sprawami dotyczącymi zdrowia oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych dzieci we współdziałaniu z nauczycielem. Ponadto obserwacje uczestniczące wykazały, że podczas zajęć z zakresu

edukacji zdrowotnej nauczyciele stosują zdywersyfikowane metody oraz środki dydaktyczne, a dzieci wykazują zainteresowanie prezentowanymi treściami. Stosowane na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej metody prowadzenia zajęć odnoszą się do sposobów pracy nauczyciela z dziećmi i służą realizacji wyznaczonych celów zajęć. Dobór metod zależy poza tym od indywidualnych możliwości dziecka. W edukacji zdrowotnej najlepszymi metodami są te, które aktywizują i motywują dziecko oraz umożliwiają praktyczne zastosowanie zdobytej wiedzy. Opierając się na podstawie programowej oraz wybranym bądź skonstruowanym przez siebie programie zdrowotnym, nauczyciel powinien zaplanować metody nauczania oraz wybrać odpowiednie środki dydaktyczne, czyli zaplanować strategię działania. Niestety, jak wykazały badania, nauczyciele rzadko nawiązują do treści związanych ze zdrowiem psychicznym oraz nie włączają rozwoju umiejętności życiowych w edukację zdrowotną. W związku z tym trafne wydaje się wdrożenie do szkół holistycznego podejścia, które polegać będzie na promocji zdrowia psychicznego poprzez strategię budowania umiejętności oraz zmiany w środowisku szkolnym. Podejście to powinno zwiększyć dobrostan psychiczny oraz wpłynąć na zmniejszenie zaburzeń psychicznych wśród dzieci. Działanie to wymaga również odpowiedniego przygotowania nauczycieli do pełnienia roli „edukatorów zdrowia”, którzy w sposób efektywny będą w stanie przekazać ową wiedzę zdrowotną swoim wychowankom. Podczas przeprowadzania badań własnych dokonano również oceny stopnia zainteresowania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym problematyką zdrowotną. Zebrany materiał badawczy pozwolił również na sformułowanie wniosku, że dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym przejawiają zainteresowanie problematyką zdrowotną na zajęciach. Dzieci w tejże grupie wiekowej są bardzo spontaniczne oraz zaciekawione prezentowanymi treściami oraz zadają dużo pytań, oczekując uzyskania rzetelnych odpowiedzi. Ponadto warto zauważyć, że w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym wątki zdrowotne należy umiejętnie wplatać w program zajęć, tak aby zainteresować treściami odbiorców i zrobić to w zrozumiały sposób. Po raz kolejny należy podkreślić rolę nauczyciela, który podczas zajęć powinien stosować różnorodne formy przekazu oraz wykorzystywać atrakcyjne środki dydaktyczne w celu lepszego zrozumienia prezentowanych treści przez tę grupę wiekową. Jak wynika z badań własnych dzieci nie potrafią zbyt długo skupić uwagi i stają się szybko znudzone prezentowanymi treściami. Szczególnie dzieci w wieku przedszkolnym podatne są na rozproszenie uwagi, a w ich aktywności można zaobserwować nagłą zmianę kierunku zainteresowania danym tematem. W związku z tym w pracy z dziećmi na początkowych etapach kształcenia należy zwrócić

uwagę, żeby zajęcia z edukacji zdrowotnej były krótsze i obejmowały tylko jedno zagadnienie tematyczne. Niewątpliwie w przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej ważnymi kreatorami zmian są nauczyciele, dla których nowym wyzwaniem jest przyjęcie funkcji edukatora zdrowia. Realizacją treści i celów edukacji zdrowotnej powinni jednakże zająć się kompetentni nauczyciele, którzy ponadto mają odgrywać rolę przewodników w sprawach zdrowia zarówno dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, jak i dla ich rodziców. Z punktu widzenia przyjętej problematyki badawczej istotne jest poznanie opinii nauczycieli odnośnie do skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej. Uzyskanie informacji zwrotnej na temat metodyki pracy nauczycieli, ewentualnych napotkanych trudności w realizowaniu zagadnień związanych z tematyką zdrowotną pozwoliło na wyodrębnienie najlepszych praktyk w tymże zakresie. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ po zapoznaniu się z fachową literaturą dotyczącą danego tematu, jak i badań innych autorów, można stwierdzić, że jak dotąd nikt nie podjął się badań w tymże zakresie. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na fakt, że zaprezentowane wnioski wynikające z przeprowadzonej diagnozy i ewaluacji mogą zostać częściowo zakwestionowane ze względu na to, że treści z zakresu edukacji zdrowotnej zawarte w aktualnie obowiązującej podstawie programowej<sup>493</sup> uległy nieco zmianie w stosunku do treści podstawy programowej<sup>494</sup>, która obowiązywała w trakcie przeprowadzania badań własnych.

Jak wynika z badań własnych, niewątpliwie edukacja zdrowotna na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii nauczycieli jest niezwykle ważna i zajmuje doniosłe miejsce w całokształcie oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych każdej placówki. Działania edukacyjne niewątpliwie należy rozpocząć w możliwie najmłodszym wieku, a szeroko rozumiana edukacja zdrowotna powinna stanowić integralną część wychowania opartego na popularyzowaniu wiedzy o zdrowiu. Nauczyciele ponadto deklarują bardzo dobrą znajomość treści zdrowotnych zawartych w podstawie programowej, jednakże zdarzają się i tacy, którzy twierdzą, że treści te są niewystarczające i zdecydowanie wymagają poszerzenia. Przeprowadzona analiza wykazała, że żaden z nauczycieli nie wymienił przykładów tychże rozszerzeń, co może budzić wątpliwości, czy zadeklarowana znajomość treści zdrowotnych pozostaje w rzeczywistości na tak wysokim poziomie. Istotnie ważne jest, aby nauczyciele, którzy uważają, że poziom trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na danym etapie kształcenia jest niewystarczający, powinni

---

<sup>493</sup> Podstawa programowa z 14 lutego 2017 r.

<sup>494</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

poinformować o tym dyrektora placówki, wskazać na ewentualne braki i zaproponować uzupełnienia lub rozszerzenia. Nauczyciel winien mieć pewność, że każdy temat został przez niego dokładnie omówiony i że wyczerpał zakres wiedzy oraz umiejętności, jakie dziecko/uczeń ma nabyć po danym bloku tematycznym. Tym samym nie można doprowadzić do sytuacji, że w jego odczuciu coś zostało pominięte lub niedopowiedziane. Nauczyciel, na bazie podstawy programowej oraz wybranego lub skonstruowanego przez siebie programu nauczania, powinien zaplanować metody uczenia się, wybrać odpowiednie środki dydaktyczne oraz treści programowe, dzięki czemu będzie miał możliwość ustalenia pewnej strategii działania i uzupełnienia ewentualnych braków. Ponadto wyniki badań ukazują, że niewielki procent nauczycieli zarówno wychowania przedszkolnego, jak i edukacji wczesnoszkolnej dostrzega potrzebę utworzenia nowego obszaru „zdrowie”. Pomimo tego, że wprowadzenie nowego przedmiotu stwarza szansę na systemowy rozwój określonej dziedziny, nauczyciele w tejże kwestii mają raczej negatywne odczucia. Uzyskanie takiego wyniku może być spowodowane brakiem przygotowania pod względem form, treści i metod do realizacji edukacji zdrowotnej w ich odczuciu lub wynikać z upatrywania w zmianach dodatkowych obowiązków. Ponadto wydaje się, że nauczyciele nie tylko nie chcą zmian, ale również nie mają pomysłów na stałe umiejscowienie edukacji zdrowotnej w szkole<sup>495</sup>. W związku z tym, aby nauczyciele w pełni utożsamiali się z nowymi rozwiązaniami, niezbędne są np. konsultacje środowiskowe wsparte odpowiednim systemem szkoleń<sup>496</sup>. Również w tym aspekcie należy po raz kolejny podkreślić kluczową rolę dyrekcji szkoły i wskazać na wagę jej idealnej współpracy z nauczycielami. Dyrekcja placówki powinna wyjaśnić nauczycielom niechętnym wobec zmian oraz tym, którzy w utworzeniu nowego przedmiotu dopatrują się dodatkowych obowiązków, że będzie ich wspierać oraz odpowiednio przygotuje ich do pełnienia nowych zadań. Z kolei nauczyciele winni wspierać każdą inicjatywę mającą na celu wprowadzenie nowego przedmiotu, a co za tym idzie – wykorzystać każdą szansę na lepszy rozwój zdrowotny swoich podopiecznych. Jak wynika z badań własnych, nauczyciele przeznaczają na tematy związane z edukacją zdrowotną zbyt mało godzin i nie nawiązują do treści zdrowotnych na każdym przedmiocie czy w każdym obszarze kształcenia. Zważywszy na powyższe, należy zachęcić nauczycieli do przeznaczania maksymalnej liczby godzin na realizację treści zdrowotnych oraz wplatania wątków zdrowotnych przy każdej nadarzającej się okazji i na każdym przedmiocie. Nieoceniona staje

---

<sup>495</sup> J. Pośpiech, *O reformowaniu wychowania fizycznego – refleksje zamiast polemiki*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 4, s. 159-163.

<sup>496</sup> P.F. Nowak, *Model edukacji...*, op. cit.



się w tym przypadku również rola dyrekcji, która powinna zwrócić szczególną uwagę na faktycznie przepracowaną liczbę godzin z edukacji zdrowotnej przez nauczycieli. Nauczycieli należy zachęcić do tego, aby w swojej pracy wychowawczo-dydaktycznej sięgali nie tylko po programy zdrowotne oferowane placówkom przez różne instytucje, ale nie zawsze o udowodnionej skuteczności, lecz po programy rekomendowane i sprawdzone. Wykaz programów rekomendowanych, o potwierdzonej skuteczności, powinien być ponadto doskonale znany każdemu nauczycielowi i ogólnodostępny.

Przedszkole czy szkoła jako miejsca, w których odbywa się proces edukacji zdrowotnej, powinny stworzyć ku temu odpowiednie warunki. Jak wynika z badań własnych, niemal we wszystkich placówkach w opinii nauczycieli stworzono warunki w celu maksymalizacji edukacji zdrowotnej uczniów/dzieci. Wydaje się, że poza zapewnieniem podstawowych warunków, które tworzą placówki, jak: odpowiednie dostosowanie sal, ścisła współpraca z rodzicami czy też dbanie o prawidłowe odżywianie się dzieci, placówki powinny podjąć działania mające na celu pozyskanie dofinansowań lokalnych, unijnych w zakresie poprawy jakości działań, zatrudnienie edukatora zdrowia, który wspierałby nauczycieli w realizacji treści edukacji zdrowotnej, oraz specjalistyczne przeszkolenie nauczycieli w zakresie edukowania zdrowotnego. Szczególnie priorytetowe jest wprowadzenie odpowiedniego systemu szkoleń dla nauczycieli, co jak dotąd zostaje niestety pomijane. Nauczyciele podczas zajęć z edukacji zdrowotnej powinni zwrócić szczególną uwagę na intensyfikację stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania zachowań zdrowotnych swoich podopiecznych, jak również podejmować tematy traktujące o zdrowiu nie tylko fizycznym, ale i psychicznym oraz te pomagające w rozwijaniu umiejętności życiowych. Jak wynika z badań własnych, w opinii badanych nauczycieli wychowywania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej dyrektorzy doceniają problematykę edukacji zdrowotnej, uznają ją za ważną oraz podejmują rzeczywiste działania na rzecz zdrowia uczniów. Poprzez podejmowanie odpowiednich czynności związanych z monitorowaniem pracy nauczycieli dyrektor może pozyskać wiele informacji przydatnych w obszarze podnoszenia jakości pracy placówki. Ponadto obecność dyrektora podczas zajęć daje możliwość zaobserwowania stosowanych przez nauczyciela metod pracy oraz jego warsztatu dydaktycznego. Również nie do przecenienia jest rola dyrektora w motywowaniu nauczycieli do realizacji rozwoju zawodowego i wspieraniu ich w uzyskiwaniu nowych kompetencji z zakresu edukacji zdrowotnej. Nauczyciele wskazali również, że dyrekcja wspomaga różne akcje oraz programy promocji zdrowia. W tym aspekcie po raz kolejny należy wskazać, że skuteczność programu edukacji zdrowotnej zależy od jego jakości,

w związku z czym przy ich wyborze dyrektorzy powinni kierować się skutecznością oraz wydajnością programu bądź korzystać z programów rekomendowanych. Kompleksowe podejście dyrekcji do edukacji zdrowotnej, jej zaangażowanie i wspieranie nauczycieli stwarzają szansę na osiągnięcie sukcesu w sferze zdrowia oraz podniesienie jakości pracy placówki w zakresie edukacji zdrowotnej uczęszczających do niej dzieci.

Przeprowadzona analiza dostarcza również informacji dotyczących tego, że właściwie wszystkie cele kształcenia zdrowotnego na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w opinii nauczycieli są zakładane i realizowane przez przedszkola oraz szkoły podstawowe. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że nauczyciele wskazywali jedynie na podstawowe cele w zakresie edukacji zdrowotnej, jakby całkowicie pomijając te wynikające z nowego podejścia do edukacji zdrowotnej, takie jak: zwiększenie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego, upodmiotowienie, zwiększenie zasobów dla zdrowia oraz rozwijanie zdolności do pełnienia roli rzecznika na rzecz zdrowia. Wydaje się, że zastany stan rzeczy może być wynikiem niskiej wiedzy na ten temat wśród osób realizujących edukację zdrowotną, czyli wśród nauczycieli, lub wynikać z braku identyfikacji z problematyką zdrowotną. W związku z tym raz jeszcze należy wskazać na konieczność kształcenia nauczycieli w ramach studiów pedagogicznych lub innych form szkoleń, tak aby stali się świadomymi i w pełni przygotowanymi edukatorami zdrowia, potrafiącymi w rzetelny sposób przekazywać wiedzę oraz rozwijać kompetencje zdrowotne u swoich podopiecznych. Ponadto istnieje prawdopodobieństwo, że cele kształcenia związane z nowym podejściem do edukacji zdrowotnej nie są faktycznie zakładane i realizowane w placówkach.

Bogaty materiał badawczy pozwolił również na sformułowanie wniosku, że nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej znają potrzeby zdrowotne swoich podopiecznych i stosują różnorodną oraz trafnie dobraną metodykę pracy w zakresie edukacji zdrowotnej. Jak wynika z badań, dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym w najmniejszym stopniu wykazują zainteresowanie tematami dotyczącymi właściwego zachowania w chorobie. Należy pamiętać, że szczególnie na etapie wychowania przedszkolnego podstawową formą działalności każdego dziecka jest zabawa. Aby zajęcia z edukacji zdrowotnej na ten temat okazały się dla nich interesujące, należy zastanowić się, czy dotychczas stosowane metody były trafnie dobrane. Bazując na formie zabawy, należy tak organizować system edukacji, aby sprzyjał wzbudzaniu i rozwijaniu dziecięcych zainteresowań i zdolności. Ponadto zarówno w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym, jak i wczesnoszkolnym nauczyciele mogą skorzystać z gotowych scenariuszy zajęć, które pomogą im w realizacji danego bloku tematycznego. W wyborze należy zwrócić

uwagę na takie scenariusze, które spełniają założenia podstawy programowej oraz wpisują się w przedszkolny/szkolny program edukacji zdrowotnej. Ponadto trzeba wybierać te, które zostały opracowane przez metodyków, zawierają odpowiedni komentarz metodyczny oraz zakładają ewaluację wyników. W opracowaniu każdego problematycznego tematu warto zwrócić się również o pomoc do przedstawicieli służby zdrowia, np. lekarzy, pielęgniarek, którzy kompetentnie wspomogą nauczyciela w realizacji danego tematu i w ciekawy sposób oraz profesjonalnie przełożą treści. Mając na uwadze wagę tematu, jakim jest właściwe zachowanie w chorobie, za cel należy również stawiać sobie zwiększenie świadomości rodziców na dany temat oraz w kwestii niezbędnych działań profilaktycznych. Jak wynika z badań własnych, wykorzystanie metod aktywizujących w edukacji zdrowotnej jest powszechnie doceniane przez nauczycieli. Pamiętać jednak należy, że metod tych nie powinno się wykorzystywać jako swego rodzaju urozmaicenia procesu nauczania. Metody aktywizujące, aby odpowiednio spełniały swoje role, powinny stanowić część cyklu uczenia się przez doświadczenie i powinny kończyć się podsumowaniem oraz koniecznie refleksją uczestników.

Badania wykazują, że znaczna część nauczycieli uważa, iż trudności w edukacji zdrowotnej dzieci/uczniów mogą wynikać z braku predyspozycji psychologicznych. Są to np.: brak motywacji, rozkojarzenie, niedostosowanie społeczne. Uzyskanie tak niepokojącego wyniku badań powinno stanowić punkt wyjścia do rozważań na temat szerszego włączenia edukacji dotyczącej zdrowia psychicznego do programów nauczania. Nauczyciele ponadto powinni kłaść szczególny nacisk na rozwijanie u swoich podopiecznych umiejętności życiowych, aby potrafili oni radzić sobie w sytuacjach kryzysowych, jak również zadbać o ich zdrowie psychiczne poprzez np. ćwiczenia relaksacyjne, pozytywne myślenia i optymistyczne nastawienie. Jednakże, jak wskazali nauczyciele, zauważają oni u swoich podopiecznych zachowania prozdrowotne będące efektem nie tylko edukacji zdrowotnej dla zdrowia fizycznego, lecz również psychicznego, co świadczy o tym, że podczas zajęć faktycznie rozwijane są psychologiczne zasoby zdrowotne i umiejętności życiowe. Ponadto nie można pominąć faktu, że za przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci przedstawiciele przedszkoli uznają również brak zaangażowania dyrekcji. Ten wynik badań powoduje pewien dysonans poznawczy, ponieważ na wcześniejszym etapie nauczyciele wychowania przedszkolnego w zdecydowanej większości wskazali właśnie dyrektora placówki jako osobę udzielającą im wsparcia w zakresie prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej. Uzyskanie takiego wyniku badań skłania do refleksji na temat faktycznego udziału dyrekcji w przedszkolnej edukacji zdrowotnej. Wydaje się, że samo zadeklarowanie zaangażowania

i wsparcia ze strony dyrekcji nie wystarczy do stworzenia idealnych warunków do edukacji zdrowotnej. Z racji wielu innych obowiązków spoczywających na osobie pełniącej w placówce funkcje kierownicze nie jest ona w stanie w pełni włączyć się w działania zdrowotne. W związku z tym istnieje potrzeba powołania w każdej placówce stanowiska przedszkolnego/szkolnego promotora zdrowia, którego podstawowym celem pracy byłoby wspieranie nauczycieli w realizacji treści zdrowotnych, jak również opracowywanie i przekazywanie dyrekcji sprawozdań dotyczących zrealizowanych i planowanych programów zdrowotnych. Przeprowadzone badania i ich analiza upoważniają również do sformułowania wniosków, że nauczyciele dokonują diagnozy potrzeb uczestników edukacji zdrowotnej poprzez zastosowanie różnych metod diagnozowania oraz dokonują ewaluacji po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej, najczęściej poprzez obserwację pracy i osiągnięć dzieci/uczniów. Ponadto w procesie edukacyjnym w przedszkolu oraz podczas zajęć z uczniami klas I-III stosują metody aktywizujące w celu wyzwolenia wielostronnej aktywności osób uczących się oraz zwiększenia zaangażowania uczniów w proces uczenia się. Nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej uważają, że znają podstawowe pojęcia związane ze zdrowiem, swoją wiedzę w tym temacie oceniają wysoko oraz w większości czują się przygotowani merytorycznie do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej. Ponadto połowa nauczycieli wychowania przedszkolnego nie napotyka żadnych problemów w realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej zapisanych w podstawie programowej. Jednakże, jak pokazują badania własne, zdarzają się i tacy, którzy twierdzą, że mogliby być lepiej przygotowani do przekazywania owej wiedzy dzieciom/uczniom podczas zajęć z edukacji zdrowotnej, oraz tacy, którym realizacja niektórych tematów sprawia trudności. Warto zaznaczyć, że inwestowanie w rozwój kompetencji nauczycieli do realizowania edukacji zdrowotnej oraz doskonalenie ich umiejętności osobistych i społecznych stanowi warunek jej skuteczności. Poza tym istotne jest, aby nauczyciele znali dokładnie obowiązującą podstawę programową oraz potrafili interpretować jej zapisy. W związku z tym nauczyciele, którzy podali w wątpliwość poziom swojego przygotowania do prowadzenia zajęć o tematyce zdrowotnej, powinni pomyśleć o uzupełnieniu swojej wiedzy poprzez np. konsultacje ze specjalistami z danej tematyki, zagłębienie się w literaturę przedmiotu lub udział w dodatkowych kursach oraz szkoleniach z zakresu edukacji zdrowotnej. Nauczyciele ci powinni również powiadomić o tym fakcie dyrektora szkoły i spróbować znaleźć wspólne rozwiązanie oraz uzyskać ewentualne wsparcie. Niewątpliwie nauczyciele powinni stale wzbogacać swoją wiedzę oraz doskonalić swoje umiejętności metodyczne i psychospołeczne, aby mieć poczucie kompetencji do

podejmowania tematów z zakresu edukacji zdrowotnej. W celu określenia praktycznej przydatności obecnego modelu edukacji zdrowotnej w placówkach konieczny jest również systemowe monitorowanie działań nauczycieli przez dyrekcję. Aby nauczyciele w pełni czuli się przygotowani do pełnienia roli „edukatorów zdrowia” i czuli się pewnie w danej tematyce, dyrekcja powinna również zapewnić pracownikom możliwość skorzystania ze specjalistycznych kursów organizowanych na terenie placówki. Właśnie taką formę doszkalającą – jak wynika z badań własnych – preferowaliby nauczyciele. Idealnym rozwiązaniem byłoby również, aby wśród wykazu podręczników dopuszczonych do użytku szkolnego, zgodnie z podstawą programową, znalazły się i te zawierające tematy związane ze zdrowiem w przystępnej i zrozumiałej dla dzieci formie. Co prawda na rynku pojawiają się propozycje poradników dla nauczycieli oraz dyrektorów w zakresie realizowania edukacji zdrowotnej w szkole, ale ich liczba nadal jest niewystarczająca. Uświadomienie nauczycielom znaczenia edukacji zdrowotnej oraz wskazanie, jak wiele jej treści znajduje się w podstawie programowej, powinno być zadaniem nie tylko dyrekcji placówek, ale również powołanego przedszkolnego/szkolnego promotora zdrowia. Wskazać trzeba w tym miejscu ponownie na istotność utworzenia owego stanowiska pracy.

Zważywszy na przyjętą problematykę badawczą oraz całościowe podejście do problematyki edukacji zdrowotnej, istotnie ważne było włączenie do badań rodziców dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym i poznanie ich opinii na temat skuteczności oraz sposobu realizacji treści i celów edukacji zdrowotnej w przedszkolach oraz klasach I-III szkół podstawowych. Nauczyciele oraz rodzice powinni kolektywnie tworzyć spójny system oddziaływań wychowawczo-dydaktycznych oraz wzajemnie wspierać się w kształtowaniu zdrowego stylu życia oraz postaw zdrowotnych dzieci. Ponadto oczekiwania rodziców powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w organizowaniu procesu dydaktycznego oraz programach z zakresu edukacji zdrowotnej. Analiza wykazała, że rodzice raczej pozytywnie oceniają organizację i realizację edukacji zdrowotnej w placówkach. Przedszkola oraz szkoły, do których uczęszczają ich dzieci, w opinii rodziców stwarzają odpowiednie warunki w celu maksymalizacji edukacji zdrowotnej, zwracając ponadto uwagę na wystarczające przeszkolenie nauczycieli w zakresie edukowania zdrowotnego oraz kładzenia nacisku na zróżnicowane i ciekawe zajęcia. Rodzice zauważają u swoich dzieci podstawowe zachowania zdrowotne związane z czynnościami higienicznymi oraz zdrowiem somatycznym, jednakże nie wymieniają tych związanych ze zdrowiem psychicznym. Zaobserwowane u dzieci zachowania prozdrowotne są po części zasługą zarówno przedszkola/szkoły, jak i samych rodziców. Uzyskany wynik badań wskazuje na podjęcie wspólnych działań szkoły i rodziców,

mających na celu przekazywanie dziecku odpowiedniej wiedzy oraz kształtowanie ich nawyków zdrowotnych. Wyniki badań własnych wykazały również, że rodzice są partnerami przedszkola/szkoły, do których uczęszczają ich dzieci, i podejmują działania na rzecz współpracy z placówką. Zdecydowanie gorzej oceniono współpracę placówek z rodzicami. Pomimo deklarowanej chęci ze strony rodziców przedszkole/szkoła nie włączają ich w działania na rzecz edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia. Podjęcie współpracy i partnerstwa w obrębie edukacji zdrowotnej jest szczególnie ważne z punktu widzenia społecznego, a przede wszystkim zdrowotnego. Placówki powinny uświadamiać rodzicom, że mają prawo, a nawet obowiązek brania współodpowiedzialności za sprawy przedszkola/szkoły, jak również współdecydowania w sprawach związanych ze zdrowiem. Rodzice powinni być ponadto poinformowani o korzyściach zdrowotnych dla ich dzieci, wynikających z podjęcia współpracy, która właściwie nie może zostać pominięta w przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej. Aktywne uczestnictwo rodziców oraz ich zaangażowanie w życie placówek, do których uczęszczają ich dzieci, przynosi wiele wymiernych korzyści, takich jak: tworzenie spójnego systemu oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych oraz wzajemne wsparcie w kształtowaniu postaw zdrowotnych dzieci. Niestety, jak wynika z badań własnych, owej współpracy nie można uznać za w pełni efektywną i zadowalającą. W związku z tym należy podjąć działania mające na celu zintensyfikowanie owej współpracy poprzez wskazanie obszarów, w które rodzice mogą zostać włączeni oraz w zakresie których mają możliwość współdecydowania. Warto zaznaczyć, że działanie to wymaga zaangażowania ze strony nauczyciela, który powinien skierować do rodziców (np. w formie ankiety) odpowiednie pytania, by móc dokonać diagnozy w zakresie ich możliwości pomocy oraz ewentualnych oczekiwań z obszaru przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej. Aby pozyskiwanie rodziców do współdziałania było owocne, należy również jasno i zwięźle przekazać oczekiwania szkoły wobec nich, zobrazować ich osobiste korzyści, pytać rodziców o zdanie oraz włączać ich w nurt życia szkoły w ten sposób, aby poczuli się oni pełnoprawnymi członkami środowiska szkolnego<sup>497</sup>.

Nie ulega wątpliwości, że systemowe ujęcie edukacji zdrowotnej wdrażane na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej jest przedsięwzięciem innowacyjnym oraz niezbędnym dla oceny jej skuteczności oraz poznania sposobów realizacji jej treści i celów. Dzięki wykorzystaniu bogatej literatury przedmiotu oraz, zakrojonych na szeroką skalę, badaniom własnym możliwe stało się dokładne przeanalizowanie tego wycinka

---

<sup>497</sup> E. Obodyńska, *Działalność szkoły...*, op. cit., s. 10-12.

rzeczywistości poprzez poznanie opinii osób stanowiących element struktury systemu edukacji zdrowotnej, pozostających we wzajemnych relacjach i uwarunkowaniach. Rezultaty uzyskane w ramach diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej są w większości pozytywne oraz dają interesujące rozwiązania. Z kolei ukazane wnioski i rekomendacje dla praktyki pedagogicznej z pewnością okażą się przydatne i przyczynią się do podniesienia skuteczności edukacji zdrowotnej na początkowych etapach kształcenia. Zaprezentowane powyżej postulaty są możliwe do zrealizowania, jeśli celowość działań z zakresu edukacji zdrowotnej zostanie zrozumiana oraz uznana za niezwykle ważną przez wszystkich uczestników przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej.

## Zakończenie i refleksje końcowe

Wychodząc od pojęcia edukacji zdrowotnej, przedstawienia jej założeń oraz wyjaśnienia celów, w niniejszym opracowaniu starano się przedstawić możliwości jej optymalizacji na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej, jak również zwrócić uwagę na trudności w jej realizacji. Podjęta w tym opracowaniu próba całościowego ujęcia problematyki edukacji zdrowotnej oraz dokonanie wnikliwej diagnozy oraz ewaluacji rozwiązań systemowych gwarantują wysoką użyteczność praktyczną opracowania oraz z pewnością okażą się przydatne zarówno dla teoretyków, jak i praktyków edukacji zdrowotnej.

Niewątpliwie o wartości zarówno przedszkolnej, jak i szkolnej edukacji zdrowotnej decyduje jej skuteczność, czyli wpływ na wiedzę, postawy oraz zachowania osób edukowanych, dlatego – jak uważa M. Sokołowska – nie można zadowalać się jedynie faktem, że jest realizowana w placówkach, ponieważ stanowi jedno z zadań obowiązkowych. Ważna jest przede wszystkim w tym przypadku jakość wykonania<sup>498</sup>. Wydaje się, że przedszkole oraz szkoła zajmują najistotniejsze miejsca w procesie edukacji zdrowotnej dzieci, a jej skuteczność jest najwyższa przy całościowym podejściu do zdrowia w szkole (ang. *whole school approach to health*). W spojrzeniu tym zdrowie uznawane jest za wartość indywidualną i społeczną oraz stanowi filar ogólnej polityki szkoły, zapisanej w misji szkoły, programie jej rozwoju i programie dydaktycznym, wychowawczym i profilaktycznym. Ważna jest spójność między zapisaną polityką (programem) szkoły a codziennym jej funkcjonowaniem i organizacją, gdy uczniowie mogą praktykować to, czego nauczyli się w szkole<sup>499</sup>. Należy zwrócić również uwagę na fakt, że w podstawie programowej znajduje się wiele zapisów dotyczących przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej, które stwarzają szansę na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia. Zapisy podstawy programowej<sup>500</sup> w istotny sposób zmieniły realizację edukacji zdrowotnej w szkole, nadając jej wysoką rangę wśród zadań szkoły oraz czyniąc ją ważną składową szkolnego programu dydaktycznego, wychowawczego i profilaktyki. W obecnie obowiązującej podstawie programowej<sup>501</sup> ważność edukacji zdrowotnej została

---

<sup>498</sup> M. Sokołowska, *Czynniki warunkujące skuteczność edukacji zdrowotnej*, „Remedium” 2004, nr 7-8, s. 16.

<sup>499</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja...*, 2011, op. cit., s. 49; B. Woynarowska, A. Oblacińska, M. Jodkowska, W. Ostręga, *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej opieki zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2003.

<sup>500</sup> Podstawa programowa z 27 sierpnia 2012 r.

<sup>501</sup> Podstawa programowa z 14 lutego 2017 r.



podtrzymana, a właściwa realizacja jej zagadnień włączonych w program nauczania wielu przedmiotów może okazać się skutecznym przedsięwzięciem promującym zdrowie, jak również pozwoli na stopniową poprawę edukacji zdrowotnej dzieci i uczniów. Istotne znaczenie dla praktyki edukacyjnej ma też jakość działań z zakresu edukacji zdrowotnej (zarówno tych ujętych w podstawie programowej, jak i wszelkich innych podejmowanych przez szkoły). Otóż działania te powinny mieć zawsze charakter wielokierunkowy. Pierwszym (ale nie jedynym) elementem jest przekazywanie wiedzy. Kolejne kierunki działań to: kształtowanie prozdrowotnych nawyków (pojmowanych jako zautomatyzowane czynności sprzyjające zdrowiu), przekonań (czyli względnie stałych składników świadomości człowieka, określanych mianem zinternalizowanej wiedzy) oraz umiejętności (sprawności w wykonywaniu czegoś, co służy utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia). Ponadto w toku edukacji zdrowotnej dąży się do kształtowania prozdrowotnych postaw, czyli względnie trwałych predyspozycji do reagowania lub zachowywania się w sposób sprzyjający zdrowiu. Na postawy wobec zdrowia składają się na ogół trzy komponenty: poznawczy (przekonania, myśli, wiedza o zdrowiu i chorobie), emocjonalny (reakcje, emocje związane z różnymi aspektami zdrowia), behawioralny (zachowania zdrowotne)<sup>502</sup>. Liczne badania dotyczące skuteczności edukacji zdrowotnej potwierdzają, że wszystkie wymienione wyżej elementy są równie ważne.

Zatem dzieci i młodzież w szkole powinny mieć możliwość nie tylko zdobywania określonej wiedzy dotyczącej zdrowia, ale także kształtowania nawyków, umiejętności i postaw. Ponadto szkoła powinna stwarzać możliwości i odpowiednią infrastrukturę do ich praktykowania. Dopiero takie działania, połączone z realizacją wymagań określonych w podstawie programowej na wysokim poziomie, dają szansę na sukces szkolnej edukacji zdrowotnej i stanowią dalekosiężną inwestycję w zdrowie młodego pokolenia będącego przyszłym bogactwem społeczeństwa. Warunkiem skuteczności prowadzonych zajęć z edukacji zdrowotnej jest prowadzenie ich z wykorzystaniem różnorodnych metod i technik aktywizujących oraz interaktywnych, dokonywanie ewaluacji przebiegu zajęć poprzez włączenie dzieci i ich rodziców oraz wprowadzanie na tej podstawie modyfikacji treści i organizacji zajęć<sup>503</sup>.

Na skuteczność edukacji zdrowotnej wpływ mają również różnorodne czynniki w środowisku nie tylko szkolnym, ale również lokalnym, globalnym oraz na poziomie klasy. Wśród nich można wymienić:

---

<sup>502</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, 2013, op. cit., s. 102-107.

<sup>503</sup> B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Poradnik...*, op. cit., s. 20.

- sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne szkoły
- inwestowanie w rozwój osobisty, społeczny i zawodowy nauczycieli
- tworzenie w szkole środowiska wspierającego edukację zdrowotną poprzez poprawę warunków sanitarnych i bezpieczeństwa oraz tworzenie klimatu społecznego sprzyjającego dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników w celu umożliwienia im praktykowania zachowań sprzyjających zdrowiu
- pozyskanie pracowników szkoły niebędących nauczycielami
- współdziałanie z pielęgniarką lub higienistką szkolną
- współdziałanie z rodzicami uczniów
- współdziałanie ze społecznością lokalną<sup>504</sup>.

W nowym podejściu do edukacji zdrowotnej, stanowiącej istotne narzędzie do promowania zdrowia, niezwykle ważna jest również idea tworzenia szkół promujących zdrowie.

Tworzenie sieci szkół promujących zdrowie niewątpliwie zwiększa skuteczność oddziaływań w zakresie zdrowia. Taka szkoła stanowi szczególne miejsce realizacji zadań z zakresu wieloaspektowej edukacji zdrowotnej, bowiem edukacja zdrowotna jest tam z założenia prowadzona na wysokim poziomie, z zaangażowaniem wielu osób i środowisk, w tym pracowników szkół, rodzin uczniów, społeczności lokalnych, ale i decydentów odpowiedzialnych za wprowadzanie istotnych rozwiązań legislacyjnych.

Niestety istnieje jeszcze wiele barier w realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej. Otrzymane wyniki badań wskazują na obszary niedociągnięć w zakresie edukacji zdrowotnej i wskazują na potrzebę dalszych działań na rzecz zdrowia dzieci oraz doskonalenia przedszkolnego/szkolnego systemu edukacji zdrowotnej.

Wśród barier zestawionych przez B. Woynarowską i potwierdzonych badaniami własnymi można wymienić:

- brak wydzielonego czasu na jej realizację w rozkładzie zajęć
- niedocenywanie jej znaczenia przez dyrekcje szkół i nauczycieli
- niedostateczne przygotowanie ogółu nauczycieli do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej
- brak systemu wsparcia metodycznego dla nauczycieli
- tradycyjne rozumienie edukacji zdrowotnej jako przekazywania informacji o zdrowiu
- dominacja działań akcyjnych, imprez, festynów, konkursów

---

<sup>504</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja...*, 2011, op. cit., s. 48.

- oferowanie szkołom ogromnej liczby programów edukacyjnych o tematyce zdrowotnej, opracowanych przez różne organizacje i instytucje, z których większość ma charakter jednorazowy i nie ma związku z treścią podstawy programowej
- nieuwzględnienie oceny realizacji edukacji zdrowotnej w ramach nadzoru pedagogicznego<sup>505</sup>.

Reasumując, można stwierdzić, że dopiero kompleksowo realizowana edukacja zdrowotna stanowi nadzieję na lepsze jutro dla młodych ludzi, będących przyszłym bogactwem społeczeństwa, oraz stwarza szanse na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia. Aby przedszkola i szkoły były w stanie w pełni realizować zadania nowoczesnej edukacji zdrowotnej, wymagany jest prawidłowy przebieg procesu wychowania zdrowotnego, oraz wdrożenie nowoczesnych rozwiązań systemowych, w tym korzystanie przez placówki z rekomendowanych programów profilaktycznych o udowodnionej skuteczności. Warunkiem skuteczności edukacji zdrowotnej jest udział w jej realizacji również wszystkich pracowników szkoły oraz współpraca z pielęgniarką szkolną, rodzicami i społecznością lokalną<sup>506</sup>.

Ważną kwestią dla realizacji oraz przede wszystkim dla podniesienia skuteczności szkolnej edukacji zdrowotnej jest traktowanie jej przez dyrektorów placówek jako ważnego zadania szkoły. Istotne jest również przygotowanie samych nauczycieli i ich gotowość do działania w tym zakresie, a także zrozumienie znaczenia edukacji zdrowotnej oraz własnej roli w realizacji tego zadania i uzyskanie odpowiednich kompetencji do podejmowania właściwych działań. Szkoły i nauczyciele nie mogą pozostać osamotnieni w obliczu nowych zadań. W celu ich zrealizowania niezbędne jest zaangażowanie wielu ośrodków i opracowanie długofalowej strategii wdrażania nowych zadań z wykorzystaniem dotychczasowych doświadczeń (w odniesieniu do edukacji zdrowotnej, zwłaszcza szkół promujących zdrowie) oraz rozwiązań i przykładów dobrej praktyki w innych krajach<sup>507</sup>.

W nowoczesnej szkole, wzorem programu „Szkoła promująca zdrowie”, powinien pracować również lider, edukator, promotor zachowań zdrowotnych, jako osoba zajmująca się koordynowaniem wszystkich akcji oraz programów promocji zdrowia. Idealnym rozwiązaniem byłoby, gdyby każdy pedagog, bez względu na specjalność, przypisywał sobie rolę nauczyciela zdrowego stylu życia<sup>508</sup>.

---

<sup>505</sup> B. Woynarowska, *Dlaczego edukacja zdrowotna...*, op. cit. s. 6-11.

<sup>506</sup> B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja...*, 2011, op. cit., s. 59.

<sup>507</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce...*, op. cit.

<sup>508</sup> P.F. Nowak, *Realizacja edukacji...*, op. cit.

Niezwykle ważne jest również, aby planowanie zajęć dydaktycznych dotyczących edukacji zdrowotnej zostało poprzedzone diagnozą potrzeb i oczekiwań uczniów w tym zakresie.

Niewątpliwie zbadanie wycinka rzeczywistości, jakim jest edukacja zdrowotna na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, stanowiło doskonały pretekst do zgłębienia wiedzy w tej dziedzinie oraz poszerzenia horyzontów. Temat ten dotyczy bardzo istotnych kwestii z dziedziny nauk pedagogiki zdrowotnej, a opisana w niniejszej rozprawie problematyka jest ważna za względu na fakt, że zawiera kontekst przyczynowości związany z diagnostyką i ewaluacją rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym. Dlatego też niezwykle istotna była ich obiektywna oraz zgodna ze stanem faktycznym ocena. Uzyskane w niniejszym opracowaniu wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosków oraz sformułowanie rekomendacji, które z całą pewnością przyczynią się do podniesienia jakości przedszkolnej/szkolnej edukacji zdrowotnej, jak również zostaną skutecznie wykorzystane w procesie realizacji jej treści i celów.

# Bibliografia

## Wydawnictwa zwarte

- Appelt K., *Wiek szkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, [w:] Brzezińska A.I. (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa 2006.
- Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, PWN, Warszawa 2008.
- Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, PWN, Warszawa 2013.
- Barbour R., *Badania fokusowe*, PWN, Warszawa 2011.
- Baryła-Matejczuk M., *Konstruowanie szkolnego programu profilaktyki aktualnym zadaniem szkoły*, Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Bik B., *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] Czupryna A., Paździoch S., Rys A., Włodarczyk W.C. (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 2, Vesalius, Kraków 2011.
- Birch A., Malim T., *Psychologia rozwojowa w zarysie – od niemowlęstwa do dorosłości*, PWN, Warszawa 1995.
- Bonner M., Finney J., *A Psychosocial Model of Children's Health Status*, [w:] Ollendick T.H., Prinz R.J. (eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 18, Plenum Press, New York 1996.
- Borek A., Tędziągolska M. (red.), *Ewaluacja w szkole i przedszkolu. Materiały edukacyjne i narzędzia badawcze dla nauczycielek i nauczycieli*, [b.r.].
- Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Impuls, Kraków 2006.
- Bralczyk J., *Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów*, PWN, Warszawa 2005.
- Charońska E., *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
- Chmaj Z., *Prądy i kierunki w pedagogice XX wieku*, Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1963.
- Chobocka E., *Rozwój sprawności ruchowej*, [w:] Al-Khamisy D. (red. prow.), *Obserwacja dziecka w przedszkolu*, Raabe, Warszawa 2005.
- Chrzanowska D., *Dziecko w wieku przedszkolnym*, Warszawa 1978.
- Ciwis E., Kordos E., Masny S., Niechoj U., Poręba E., Staniek S., Staniczek B., Stebel M., Szymczyk L., Tarnowska M., Wagner E., Zapp H., *Odkrywam siebie i świat. Program wychowania przedszkolnego, pod kierunkiem U. Strzelczyk*, Regionalny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli WOM, Warszawa 2010.
- Cudak H., *Znaczenie rodziny w rozwoju i wychowaniu małego dziecka*, Warszawa 1999.
- Czub M., *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.
- Dadaczyński K., Paulus P., de N. Vries i in., *Katalog i narzędzie HEPS*, wersja w języku polskim, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
- Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute of Futures Studies, Stockholm 1991.
- Danel-Bobrzyk H., Winiarska A., *Rozwój dziecka i jego stymulacja w instytucjach wychowania przedszkolnego: wybrane zagadnienia z teorii i metodyki wychowania przedszkolnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2005.
- Demel M., *O wychowaniu zdrowotnym*, PZWS, Warszawa 1968.
- Demel M., *Pedagogika zdrowia*, WSiP, Warszawa 1980.
- Denek K., *Wartości i cele edukacji szkolnej*, Wyd. Edytor, Poznań–Toruń 1994.
- Denzin N.K., *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1986.
- Dignan M.B., Carr P.A., *Program planning for health*, Lee & Febiger, Malvern 1992.
- Downie R.S., Fyfe C., Tannahill A., *Health promotion: models and values*, Oxford University Press, New York 1990.
- Dutkiewicz W., *Podstawy metodologii badań: do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2001.
- Dzierżgowska I., *Jak uczyć metodami aktywnymi*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2014.
- Ewles L., Simnett I., *Promoting health. A practical guide*, Baillière Tindall, Edinburgh 2003.
- Frątczak J., *Aleksander Kamiński o kulturze i promocji zdrowia*, [w:] Lepalczyk I., Ciszkowski W. (red.), *Bogactwo życia i twórczości Aleksandra Kamińskiego*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001.
- Frątczakowie E. i J., *Edukacja zdrowotna dzieci przedszkolnych*, Turpress, Toruń 1996.
- Froster D., Pilke S., *Promocja zdrowia*, KUL, Lublin 1998.

- Gaś Z.B., *Pomoc psychologiczna młodzieży*, WSiP, Warszawa 1995.
- Gaś Z.B., *Profilaktyka w szkole*, [w:] Kamińska-Buśko B., Szymańska J. (red.), *Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczycieli*, CMPPP, Warszawa 2005.
- Gaś Z.B., *Profilaktyka w szkole*, [w:] Kamińska-Buśko B., *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, Warszawa 1997.
- Gaś Z.B., *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*, MENiS, Warszawa 2003.
- Gaś Z.B., *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*, MENiS, Warszawa 2004.
- Gawel A., *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
- Gierczyk M., *Diagnoza i ewaluacja rozwiązań systemowych w zakresie kształcenia uczniów zdolnych na przykładzie Polski i Anglii. Studium komparatystyczne*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 2016.
- Grabowska G., Wysocka A., *Wybrane zagadnienia z metodyki nauczania początkowego i wychowania początkowego oraz praktyki pedagogicznej*, Słupsk 1987.
- Green L., Kreuter M., *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, Mayfield Publishing, Palo Alto, California 1991.
- Greń J., *Statystyka matematyczna. Modele i zadania*, [w:] Brzeziński J. (red.), *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 1997.
- Gudkova S., *Wywiad w badaniach jakościowych*, [w:] Jemielniak D. (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, PWN, Warszawa 2012.
- Hammer H., *Klucz do efektywności nauczania. Poradnik dla nauczycieli*, Wydawnictwo „Veda”, Warszawa 1994.
- Hammersley M., Atkinson P., *Metody badań terenowych*, przeł. Dymczyk S., Zysk i S-ka, Poznań 2000.
- Hantmann I., Crosse C., *Progress in Prevention: Report on the National Study of Local Education Agency Activities under the Safe and Drug Free Schools and Communities Act*. US Department of Education, Office of the Under Secretary, Planning and Evaluation Service, Washington, DC, 2000.
- Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, PWN, Warszawa 2005.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Hurlock E.B., *Rozwój dziecka*, Difin, Warszawa 2008.
- Ignar-Golinowska B., *Warunki higieniczno-sanitarne*, [w:] Woynarowska B. (red.), *Zdrowie i szkoła*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- Izdebska J., *Rodzina – podstawowe środowisko życia dziecka*, [w:] eadem (red.), *Dziecko w rodzinie i w środowisku rówieśniczym*, Trans Humana, Białystok 2003.
- Jarosz E., *Wybrane obszary diagnozowania pedagogicznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006.
- Jaworski Z., *Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965-2004)*, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam”, Warszawa 2005.
- John-Borys M., *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002.
- Juszczak S., *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, Wyd. Śląskiej Wyższej Szkoły Zarządzania im. gen. Jerzego Ziętka w Katowicach, Katowice 2005.
- Juszczak S., *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*. Wyd. UŚ, Katowice 2013.
- Kamberelis G., Dimitriadis G., *Wywiady zogniskowane. Strategiczne artykulacje pedagogiki, polityki i badań*, [w:] Denzin N.K., Lincoln Y.S. (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 2, PWN, Warszawa 2014.
- Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej*, PWN, Warszawa 1982.
- Kamiński A., *Wstęp: Zakres i podstawowe pojęcia pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej*, [w:] Radlińska H., *Pedagogika społeczna*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1961.
- Kamiński A., *Zakres i podstawowe pojęcia pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej*, [w:] Radlińska H., *Pedagogika społeczna*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1961.
- Kannas L., *„Zdrowie” – nowy przedmiot szkolny w Finlandii: budowanie programu i metodologii jego nauczania i kształcenia nauczycieli*, [w:] Woynarowska B. (red.), *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2005.
- Kapuścińska A., *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej dla klas I-III*, [w:] Woynarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.
- Karbowniczek J., *Zintegrowana edukacja wczesnoszkolna z językiem angielskim*, Instytut Wydawniczy Erica, Warszawa 2012.
- Kawecki I., *Etnografia i szkoła*, Impuls, Kraków 1996.

- Kawula S., *Rodzina społecznego i indywidualnego ryzyka*, [w:] idem (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania, aktualność, perspektywy*, Toruń 2002.
- Kawula S., *Współczesne zagrożenia rozwoju dzieci i młodzieży*, [w:] idem (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania, aktualność, perspektywy*, Toruń 2002.
- Kawula S., Bragieli J., Janke A.W. (red.), *Pedagogika rodziny*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001.
- Kędra M., *Włączenie rodziców w edukację dzieci*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, [b.r.].
- Kielar-Turska M., *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*, [w:] Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, PWN, Warszawa 2005.
- Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, PWN, Warszawa 2000.
- Korczak C., Leowski J., *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, WSiP, Warszawa 1977.
- Korporowicz L., *Ewaluacja w edukacji*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1997.
- Korporowicz V., *Promocja zdrowia. Kształtowanie przyszłości*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2008.
- Kościńska E., *Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych*, Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2010.
- Kowalczywska-Grabowska K., *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.
- Kowalczywska-Grabowska K., Borzucka-Sitkiewicz K., *Założenia i perspektywy rozwoju sieci Szkół Promujących Zdrowie (w kontekście systemowych zmian w obszarze edukacji zdrowotnej)*, [w:] Bilski D. (red.), *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź 2010.
- Kowalski M., Gawel A., *Zdrowie – wartość – edukacja*, Impuls, Kraków 2006.
- Krawański A., *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej a kultura fizyczna*, [w:] Woynarowska B., Kapica M. (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. Materiały z konferencji naukowej, Kamień Śląski, 25-26 września 2010 r.*, KOWEZ, Warszawa 2001.
- Krawański A., *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*, AWF, Poznań 2003.
- Kubiczek B., *Metody aktywizujące. Jak nauczać uczniów uczenia się*, Wydawnictwo Nowik, Opole 2009.
- Kupisiewicz C., Kupisiewicz M., *Słownik pedagogiczny*, PWN, Warszawa 2009.
- Kwiatkowska M., *Podstawy pedagogiki przedszkolnej*, Warszawa 1988.
- Kwiatkowski S., Sepkowska Z. (red.), *Budowa standardów kwalifikacji zawodowych w Polsce*, Wydawnictwo Instytutu Badań Edukacyjnych – Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Warszawa–Radom 2000.
- Lamczyk D., Gawlik D., *Rola środowiska szkolnego w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży oraz realizacji nowego podejścia do edukacji zdrowotnej*, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu, Racibórz 2014.
- Lewicki C., *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006.
- Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych*, Impuls, Warszawa 1978.
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2001.
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 1999.
- Maison D., *Zogniskowane wywiady grupowe. Jakościowa metoda badań marketingowych*, PWN, Warszawa 2001.
- Maszczyk D., Radziejewicz-Winnicki A., *Metody badań w naukach społecznych*, Uniwersytet Śląski, Katowice 1979.
- Maszke A.W., *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2004.
- Mazur J., Małkowska A., Woynarowska-Sołdan M., *Związki między środowiskiem psychospołecznym i przystosowaniem szkolnym a zdrowiem, zadowoleniem z życia i zachowaniami ryzykownymi uczniów gimnazjum*, [w:] Woynarowska B. (red.), *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 2003.
- Mazurkiewicz E., *Diagnostyka w pedagogice społecznej*, [w:] Lepalczyk I., Pilch T. (red.), *Pedagogika społeczna*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1995.
- Mazurkiewicz E.A., *Pożytki z osiągnięć pedagogiki społecznej dla edukacji zdrowotnej*, [w:] Woynarowska B., Kapica M. (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania. Materiały z konferencji naukowej, Kamień Śląski, 25-26 września 2010 r.*, KOWEZ, Warszawa 2001.
- Mazurkiewicz E.A., *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1983.

- Ministerstwo Oświaty i Wychowania, *Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*, Wyd. Ministerstwo Oświaty i Wychowania, Instytut Badań nad Młodzieżą, WSP, Warszawa 1982.
- Moynihan S., Hennessy J., Mannix P. McNamara, *Health Education in the context of performance driver education. Challenges and opportunities*, [w:] Simovska V., Mannix P. McNamara (eds.), *Schools for health and sustainability. Theory, research and practice*, Springer, Dordrecht 2015.
- Nadziakiewicz E., *Współpraca z rodzicami. Rodzice partnerami w tworzeniu i realizacji strategii rozwoju szkoły*, ORE [b.r.].
- Niemierko B., *Plan jako wytyczna działania*, [w:] idem, *Kształcenie szkolne. Podręcznik skutecznej dydaktyki*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Wrocław 1974.
- Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985.
- Nowak S., *Metody badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1965.
- Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2001.
- Ostaszewski K., *Związki między edukacją zdrowotną a szkolnym programem profilaktyki*, [w:] Woynarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
- Paluchowski W.J., *Diagnoza psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. Tabin M., PWN, Warszawa 1969.
- Petty G., *Nowoczesne nauczanie. Praktyczne wskazówki i techniki dla nauczycieli, wykładowców i szkoleniowców*, przeł. Bartosik J., GWP, Sopot 2015.
- Piaget J., *Mowa i myślenie dziecka*, przeł. Kałużka J., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Piaget J., *Studia z psychologii dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1962.
- Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2010.
- Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Żak, Warszawa 1995.
- Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 2001.
- Prus R., Grills S., *The Deviant Mystique: Involvements, Realities and Regulation*, Preager, USA, Westport 2003.
- Przetacznikowa M., *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1997.
- Przetacznikowa M., *Wiek przedszkolny*, [w:] Żebrowska M. (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1980.
- Przetacznikowa M., Makiełło-Jarża G., *Psychologia rozwojowa*, Warszawa 1980.
- Przetacznikowa M., Makiełło-Jarża G., *Psychologia rozwojowa*, WSiP, Warszawa 1974.
- Przybyła E., *Edukacja zdrowotna. Przewodnik do studiów*, Wyd. AWF, Katowice 2008.
- Pytka L., *Wybrane zagadnienia diagnozy i postępowania resocjalizacyjnego*, WSPS, Warszawa 1986.
- Radnor H., *Ewaluacja*, Hennock Road, Warszawa 1990.
- Radziewicz-Winnicki A., *Pedagogika społeczna*, Warszawa 2008.
- Reber A.S., Reber E.S., *Słownik psychologii*, PWN, Warszawa 2005.
- Richmond M., *Social Diagnosis*, Russell Sage, Londyn 1917.
- Roszkiewicz I., *Młodszy wiek szkolny*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1983.
- Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- Shurcke M., de Paz Nieves C., *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2011.
- Sigerist H.E., *Medicine and human welfare*, Yale University Press, New Haven 1941.
- Sikorska I., *Rozwój dziecka w przedszkolu: stymulujące wartości wybranych systemów edukacyjnych*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Sillamy N., *Słownik psychologii*, PWN, Warszawa 1999.
- Sitarczyk M., *Działalność informacyjno-edukacyjna przedszkola w kształtowaniu postaw wychowawczych rodziców*, [w:] Guz S. (red.), *Edukacja przedszkolna na przełomie tysiącleci. Wybrane zagadnienia*, PWN, Warszawa 2001.
- Skulicz D., *Badania opisowe i badania diagnostyczne*, [w:] Palka S. (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, GWP, Gdańsk 2010.
- Słońska Z., *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, [w:] Karski J.B. (red.): *Promocja zdrowia*, Wyd. Ignis, Warszawa 1999.
- Słońska Z., *Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych*, [w:] Szymborski J. (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, t. 2, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.



- Stefańska-Klar R., *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, [w:] Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa 2000.
- Strelau J., *Psychologia. Podręcznik akademicki. Podstawy psychologii*, Gdańsk 2003, t. 1 i 2.
- Syrek E., *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
- Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
- Szatur-Jaworska B., *Diagnozowanie w polityce społecznej. Materiały do studiowania*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2005.
- Szczęsny W.W., *Zarys resocjalizacji z elementami patologii społecznej i profilaktyki*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.
- Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Śląsk, Katowice 1995.
- Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
- Szymańska J., *Szkoła jako miejsce realizacji działań profilaktycznych*, [w:] Świątkiewicz G. (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałaniu Narkomanii, Warszawa 2002.
- Szymczak M., *Słownik języka polskiego*, t. 1, PWN, Warszawa 1978.
- Świątkiewicz G., *Profilaktyka w społecznościach lokalnych*, [w:] eadem, *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałaniu Narkomanii, Warszawa 2002.
- Tabak I., *Edukacja do zdrowia psychicznego*, [w:] Woynarowska B. (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wyd. PWN, Warszawa 2017.
- Theiss W., *Radlińska*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1984.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.
- Todorovska-Sokołowska V., *Kryteria wyboru programu edukacyjnego z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa [b.r.].
- Tomaszewski T., *Wstęp do psychologii*, PWN, Warszawa 1963.
- Tones K., Green J., *Health promotion. Planning and strategies*, SAGE Publication, London 2004.
- Trempała E., *Panorama pedagogiki społecznej*, Wyd. WSP, Bydgoszcz 1997.
- Wierzejska E., Laudańska-Krzemińska I. (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna w szkole. Podręcznik dla nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjalnych i średnich*, Poznań 2015.
- Wolny-Wilk W., *Nauczyciel wychowania fizycznego w roli wychowawcy zdrowotnego*, [w:] Kaźmierczak A., Makarczuk A., Maszorek-Szymala A. (red.), *Kultura fizyczna i zdrowotna w życiu współczesnego człowieka*, Łódź 2007.
- Wołoszynowa L., *Młodszy wiek szkolny*, [w:] Żebrowska M. (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1977.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2007.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2013.
- Woynarowska B. (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wyd. PWN, Warszawa 2017.
- Woynarowska B. (red.), *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej kształcenia ogólnego jako fundament dla szkolnego programu profilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, [b.r.].
- Woynarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
- Woynarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.
- Woynarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Ośrodek Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2011.
- Woynarowska B., *Szkoła promująca zdrowie*, [w:] eadem (red.), *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania: podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2010.
- Woynarowska B., *Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, ORE, Warszawa 2016.
- Woynarowska B. (red.), *Zdrowie i szkoła*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- Woynarowska B., Małkowska A., *Środowisko fizyczne i społeczne szkoły oraz działania w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia w ocenie dyrektorów szkół*, [w:] Woynarowska B. (red.), *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 2003.

- Woynarowska B., Oblacińska A., Jodkowska M., *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003.
- Woynarowska B., Oblacińska A., Jodkowska M., Ostrega W., *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej opieki zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, Instytut Matki i Dziecka. Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2003.
- Woynarowska B., Sokołowska M., *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*, KOWEziU, Warszawa 2000.
- Woynarowska B., Sokołowska M., *Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, KOWEZ, Warszawa 2001.
- Woynarowska B., Sokołowska M., Szymańska M., *Edukacja zdrowotna w szkole. Strategia pracy szkoły, treści, metody realizacji*, MEN, Zespół Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 1997.
- Woynarowska-Soldan M., *Metody kształcenia w edukacji zdrowotnej*, [w:] Woynarowska B. (red. nauk.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wyd. PWN, Warszawa 2017.
- Woźniakowa Y., *Rozumienie choroby przez dzieci w wieku szkolnym – badania pilotażowe*, [w:] Dołęga Z., John-Borys M. (red.), *Zdrowie psychiczne uczniów – różne konteksty i odniesienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2009.
- Wroczyński R., *Powszechne dzieje wychowania fizycznego i sportu*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1985.
- Wygotski L.S., *Zabawa i jej rola w rozwoju psychicznym dziecka*, [w:] Brzezińska A., Marchow M. (red.), *Lew Wygotski S. Wybrane prace psychologiczne II. Dzieciństwo i dorastanie*, Zysk i S-ka, Poznań 2002.
- Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, WSiP, Warszawa 1995.
- Zajączkowski K., *Promocja zdrowia w klasach IV–VI*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2003.
- Zaręba E., *Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice*, [w:] Palka S. (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.
- Ziemski S., *Problemy dobrej diagnozy*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973.
- Żuchelkowska K., *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2013.

## Czasopisma

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association, *Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs*, „Journal of the American Medical Association”, vol. 281, no. 6.
- Aira T., Valimaa R., Paakkari L., Villberg J., Kannas L., *Finish pupils' perception of health education as a school subject*, „Global Health Promotion” 2014, vol. 21, no. 3.
- Antonovsky A., *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, „Health Promotion International” 1996, vol. 11, no. 1.
- Antoszczyk G., *Promocja zdrowia w przedszkolnej edukacji zdrowotnej*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2005, nr 2.
- Bałań D., *Rodzice w edukacji*, „Nowe w Szkole” 2003, nr 2.
- Bogusz R., Charzyńska-Gula M., Grzesiak A., Gałęziowska E., *Współpraca pielęgniarek szkolnych z nauczycielami wychowania fizycznego w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 19, nr 4.
- Borzucka-Sitkiewicz K., Kowalczywska-Grabowska K., *The New Perspectives of Health Promoting Schools Development – Current Situation in Europe and Poland*, „The New Educational Review” 2010, vol. 21.
- Buczak A., *Edukacja zdrowotna w kształceniu językowym w świetle analizy podstawy programowej i podręczników do nauki języków obcych*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, 2016, t. 35, z. 3.
- Cendrowski Z., *Nigdy jeszcze sprawy edukacji zdrowotnej nie były tak wyrażone i obszernie zapisane w podstawie programowej wychowania fizycznego*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 3.
- Charońska E., Janus B., *Modele edukacji zdrowotnej*, [w:] *Wychowanie zdrowotne – osiągnięcia i perspektywy wdrażane do szkół*, Zeszyty Naukowe nr 74, cz. 1, Kraków 1998.
- Charzyńska-Gula M., Jaworska M., Bogusz R., Bartoszek A., *Rodzina i szkoła jako źródła informacji zdrowotnej – opinie uczniów*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19, nr 3.
- Demel M., *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna*, „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1965, nr 3.
- Domaradzki J., *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*, „Hygeia Public Health” 2013, vol. 48, no. 4.

- Dooris M., *Healthy settings: Challenges to generation evidence of effectiveness*, Health Promotion International 2006, vol. 21, no. 1.
- Eriksson M., Lindström B., *Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review*, „Journal of Epidemiology & Community Health” 2006, vol. 60, no. 5.
- Filipczak K., Czernicki J., *Problemy medycyny społecznej w ujęciu Heleny Radlińskiej – polskiego prekursora pedagogiki społecznej*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2005, z. 1.
- Flatow E., Durda A., *Rozwiązania praktyczne w zakresie edukacji zdrowotnej w przedszkolu na przykładzie programu „Zdrowy Przedszkolak”*, „Lider” 2009, nr 2.
- Hancock T., *Health, human development and the community ecosystem: three ecological models*, „Health Promotion International” 1993, vol. 8, no. 1.
- Hancock T., Perkins F., *The Mandala of health: a conceptual model and teaching tool*, „Health Promotion International” 1985, vol. 24, no. 1.
- Hoffmann B., *On the triad disease, illness and sickness*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2002, vol. 27, no. 6.
- Iwanicka M., *Rodzinne uwarunkowania rozwoju emocjonalnego i społecznego dziecka*, „Wychowanie w Przedszkolu” 1995, nr 10.
- Jaworski Z., *O krzewieniu kultury zdrowotnej w polskiej szkole – blaski i cienie*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 3.
- Kalnins I., Jutras S., Normandeau S., Morin P., *Children's health actions within the context of daily living*, „American Journal of Health Behaviour” 1998, vol. 22, no. 6.
- Kalnins I., Love R., *Children's concept of health and illness – and implications for health education: an overview*, „Health Education Quarterly” 1982, vol. 9, no. 2-3.
- Kamiński M., Syczewska-Weber K., Szpak A., Witana K., Wdowiak L., Szymańska J., *Ewolucja opieki medycznej nad uczniem w środowisku nauczania w Polsce po 1999 r.*, „Zdrowie Publiczne” 2003, t. 114, nr 2.
- Karwat I.D., Jędrych M., Skawiński D., Pieciewicz-Szczęśna H., Sobieszkański J., Żukow W., Fronczek M., Borzęcki P., *Zdrowie i niepełnosprawność – problemy w definiowaniu, Cz. 1. Cechy wykorzystywane w ocenie stanu zdrowia*, „Journal of Health Sciences” 2012, vol. 2, no. 5.
- Kawula S., *Współczesne wyzwania i zadania pedagogiki społecznej*, „Auxilium Sociale” 2004, nr 2.
- Kickbusch I., *Approaches to an ecological base for public health*, „Health Promotion” 1989, vol. 4, no. 4.
- Kickbusch I., Nutbeam D., *Health promotion glossary*, World Health Organization, Geneva 1998.
- Koelen M., van den Ban A.W., *Health Education and Health Promotion*, Wageningen Academic Publishers, Wageningen 2004.
- Kuras B., *Zachowania zdrowotne rodziców*, „Edukacja i Dialog” 2003, nr 4.
- Lamboy B., Fortin J., Azorin J.Ch., Nekka M., *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes*, „La Santé en action” 2015, n. 431.
- Leńczuk-Gruba A., Kobos E., Wrońska I., *Przyczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w opinii pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007, t. 15, nr 4.
- Lizak D., *Szkola jako środowisko wspierające kształtowanie prozdrowotnych postaw – kontekst pedagogiczno-zdrowotny*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” („Polish Review of Health Sciences”) 2014, nr 1 (38).
- Madejski E., *Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym i rodzinnym*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 3.
- Nakaijama H., *Wprowadzenie w szkołach wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider” 1993, nr 5.
- Niebrój L.T., *Defining health/illness: societal and/or clinical medicine?*, „Journal of Physiology and Pharmacology” 2006, vol. 57, no. 4.
- Nordenfelt L., *Concepts of health and their consequences for health care*, „Theoretical Medicine” 1993, vol. 14, no. 4.
- Normandeau S., Wins I., Jutras S., Hanigan D., *A description of 5- to 12-year old children's conceptions of health within the context of their daily life*, „Psychology and Health” 1998, vol. 13, no. 5.
- Nowak P.F., *Model edukacji zdrowotnej w polskich szkołach w opinii nauczycieli*, „Hygeia Public Health” 2012, t. 47, nr 2.
- Nowak P.F., *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 3.
- Nutbeam D., *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, „Health Promotion International” 2000, vol. 15, no. 3.
- Obodyńska E., *Działalność szkoły promującej zdrowie na rzecz współpracy ze środowiskiem lokalnym*, „Lider” 2005, nr 9.

- Olejniczak D., *Praktyczne wykorzystanie health literacy – alfabetyzmu zdrowotnego, jako narzędzia osiągnięcia celów zdrowotnych = Practical use of health-literacy as a tool for achieving health goals*, „Journal of Education, Health and Sport” 2016, vol. 6, no. 2.
- Ordon U., *Wykorzystanie metod aktywizujących przez nauczycieli przedszkoli i klas I– raport z badań*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce” 2015, no. 37/3.
- Ostaszewski K., *Ewaluacja programu w budowie*, „Remedium” 2002, nr 12.
- Palka S., *Triangulacja w badaniach procesu dydaktyczno-wychowawczego*, „Przegląd Pedagogiczny” 2010, nr 1.
- Parker R.M., Baker D.W., Williams M.V., Nurss J.R., *The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient’s literacy skills*, „Journal of General Internal Medicine” 1995, vol. 10, no. 10.
- Posłuszna M., *Edukacja zdrowotna we współczesnej szkole - program prozdrowotny*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010, t. 18, nr 2.
- Pośpiech J., *O reformowaniu wychowania fizycznego – refleksje zamiast polemiki*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 4.
- Puchalski K., *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, R. 1, nr 1-2.
- Pułtorak M., Woynarowska B., Murzyńska I., *Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież szkolną w Polsce*, „Lider” 1996, nr 3.
- Sallis J.F., Prochaska J.J., Taylor W.C., *A review of correlates of physical activity of children and adolescents*, „Medicine & Science in Sports & Exercise” 2000, vol. 32, no. 5.
- Schmidt L.R., Lehmkühl G., *Krankheits-Konzepte bei Kindern. Literaturübersicht*, „Fortschritte – der Neurologie – Psychiatrie” 1994, Februar, vol. 62, no. 2.
- Słońska Z., *Modele edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*, „Lider” 1992, nr 7-8.
- Słońska Z., *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1-2.
- Sokołowska M., *Czynniki warunkujące skuteczność edukacji zdrowotnej*, „Remedium” 2004, nr 7-8.
- Sokołowska M., *Edukacja zdrowotna i szkolny program profilaktyki – szanse i ograniczenia*, „Remedium” 2004, nr 4.
- Sokołowska M., *Umiejętności życiowe uczniów*, „Remedium” 2002, nr 9.
- Strykowski W., *Kompetencje współczesnego nauczyciela*, „Neodidagmata” 27/28, Poznań 2005.
- Stucki E., *Warsztat pracy nauczyciela klas I-III*, „Życie Szkoły” 1980, nr 10.
- Szydziak D., Woynarowska-Sołdan M., *Postrzeganie przez dzieci człowieka o dobrym i złym samopoczuciu oraz czynników warunkujących to samopoczucie*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2013, t. 7, nr 2.
- Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D., *Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmacie zdrowia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, t. 94, nr 4.
- Tannahill A., *Health education and health promotion planning for the 1990s*, „Health Education Journal” 1990, vol. 49, no. 4.
- Tarka M., *Jak dobrze zacząć współpracę z rodzicami*, „Dyrektor Szkoły” 2013, nr 9.
- Uchmanowicz E., *Dojrzałość emocjonalna a dojrzałość szkolna*, „Wychowawca” 2012, nr 1.
- Wagner S., Banaszkiewicz M., Andruszkiewicz A., Strahl A., Miler A., Kubica A., *Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015, t. 21, nr 3.
- Williams T., *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 7-8.
- Wiśniewska-Śliwińska H., Marcinkowski J.T., Wiśniewski S.A., *Opinie nauczycieli wychowania fizycznego względem propozycji ustanowienia ich głównymi edukatorami zdrowotnymi w szkołach*, „Hygeia Public Health” 2010, t. 45, nr 2.
- Wojciechowska K., *Nauczyciel przewodnikiem w procesie promowania zdrowia w szkole*, „Roczniki Pedagogiczne” 2014, t. 6(42), nr 2, 2014.
- Woynarowska B., *Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom, szkole i społeczeństwu?*, „Meritum, Mazowiecki Kwartalnik Edukacyjny” 2012, nr 3.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, t. 89, nr 4.
- Woynarowska B., *Historia edukacji zdrowotnej w podstawach programowych kształcenia ogólnego 1997-2009*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna” 2009, t. 3.
- Woynarowska B., *Kształtowanie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży: wyzwanie dla szkoły*, „Chowanna” 2002, nr 1.
- Woynarowska B., *Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2009, t. 90, nr 3.

- Woynarowska B., Kapuścińska A., *Przedszkole promujące zdrowie. Propozycja koncepcji i standardów*, „Wychowanie w Przedszkolu” 2012, nr 8.
- Woynarowska B., Woynarowska-Soldan M., *Szkola promująca zdrowie w Europie i Polsce: rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991-2015*, „Pedagogika Społeczna” 2015, nr 3 (57).
- Zadarko-Domaradzka M., *Realizacja edukacji zdrowotnej w podkarpackich szkołach po reformie programowej w opinii nauczycieli wychowania fizycznego*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” 2015, t. 48.
- Zadarko-Domaradzka M., Matłós P., Warchoń K., *Edukacja zdrowotna w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2014, t. 95, nr 3.

## Źródła prawa

- Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319).
- Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526, Dz.U. z 2000 r. Nr 2, poz. 11).
- Rezolucja 89/C3/01 Rady Wspólnoty Europejskiej, przyjęta przez ministrów edukacji Wspólnoty w 1989 roku.
- Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz.U. z 2003 r. Nr 6, poz. 69).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenie ogólne w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z 2002 r. Nr 51, poz. 458).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół (Dz.U. z 2002 r. Nr 10, poz. 96).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 356).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. z 1999 r. Nr 14, poz. 129).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 grudnia 2010 r. w sprawie podstawowych warunków niezbędnych do realizacji przez szkoły i nauczycieli zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych oraz programów nauczania (Dz.U. z 2011 r. Nr 6, poz. 23).
- 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. z 2009 r. Nr 4, poz. 17).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wraz z Załącznikiem nr 1: Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych oraz innych form wychowania przedszkolnego (Dz.U. z 2012 r. poz. 977).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1133).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 1991 r. Nr 95, poz. 425 z późn. zm.).

## Źródła internetowe

- Bank Programów Profilaktycznych*, strona internetowa Ośrodka Rozwoju Edukacji, <http://www.ore.edu.pl/programy-profilaktyczne/bank-programow-profilaktycznych/bank-programow-profilaktycznych-22811> [dostęp: 01.09.2016].
- Baza przedszkoli*, [Przedszkolowo.pl](http://Przedszkolowo.pl), <http://Przedszkolowo.pl/baza-przedszkoli> [dostęp: 20.09.2016].
- Kryteria przynależności do Sieci Szkół Promujących Zdrowie*, strona internetowa Regionalnego Ośrodka Metodyczno-Edukacyjnego Metis w Katowicach, <https://www.metis.pl/content/view/86/42/> [dostęp: 01.09.2016].

*Personal, social, health and economic (PSHE) education*, strona internetowa brytyjskiego rządu, 11.09.2013, <https://www.gov.uk/government/publications/personal-social-health-and-economic-education-pshe/personal-social-health-and-economic-pshe-education> [dostęp: 01.05.2018].

*Przyjaciele Zippięgo – o programie*, strona internetowa Centrum Pozytywnej Edukacji, <http://www.pozytywnaeducacja.pl/programy/przyjaciele-zippięgo/o-programie> [dostęp: 01.09.2016].

*Rekomendowane programy profilaktyczne i promocji zdrowia psychicznego*, serwis internetowy PROFNET, <http://www.profnet.org.pl/rekomendowane-programy-profilaktyczne-i-promocji-zdrowia-psychicznego/> [dostęp: 01.09.2016].

*Spis szkół*, SpisSzkół.eu, <http://www.spisszkol.eu/> [dostęp: 20.09.2016].

Strona internetowa agencji PARPA, <http://www.parpa.pl/> [dostęp: 01.09.2016].

Strona internetowa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, [www.kbnp.gov.pl](http://www.kbnp.gov.pl) [dostęp: 01.09.2016].

Strona internetowa Ośrodka Rozwoju Edukacji, <http://www.ore.edu.pl> [dostęp: 01.09.2016].

Strona internetowa programu „Spójrz inaczej”, <http://www.spojrzinaczej.pl/> [dostęp: 01.09.2016].

Strona internetowa sieci EURYDICE, [www.eurydice.org.pl](http://www.eurydice.org.pl).

*System Informacji Oświatowej. Dane statystyczne*, strona internetowa Centrum Informatycznego Edukacji, <http://www.cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne.html> [dostęp: 20.09.2016].

*Szkola Promująca Zdrowie*, strona internetowa Ośrodka Rozwoju Edukacji, <https://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-19445/szkola-promujaca-zdrowie/szkola-promujaca-zdrowie> [dostęp: 01.02.2018].

*Szkola Promująca Zdrowie*, strona internetowa Ośrodka Rozwoju Edukacji, <https://www.ore.edu.pl/2010/06/szkoa-promujca-zdrowie/> [dostęp: 18.03.2018].

*Śląska Sieć Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie. Szkoły i placówki z certyfikatem*, strona internetowa Regionalnego Ośrodka Metodyczno-Edukacyjnego Metis w Katowicach, <https://www.metis.pl/szpz/Itemid,41/> [dostęp: 01.02.2018].

*Wykaz identyfikatorów (kodów) województw i nazw jednostek podziału terytorialnego kraju*, eGospodarka.pl, <http://www.firma.egospodarka.pl/niezbednik-firmowy/wykaz-identyfikatorow#slaskie> [dostęp: 20.09.2016].

## Inne źródła (raporty, referaty, pisma...)

Celejowska I., *O edukację zdrowotną w szkołach*, Referat wygłoszony podczas V Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Żywność – Ruch – Zdrowie”, Poznań 2015.

GUS, *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2014/2015*, Warszawa 2015.

Komisja Europejska/EACEA/Eurydice, *Physical Education and Sport at School in Europe [Wychowanie fizyczne i sport w szkołach w Europie]*, Raport Eurydice, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2013.

Krzemińska A., *Opinia prawna dotycząca zasad organizacji udzielenia świadczeń przez pielęgniarki szkolne*, Opole, 20.09.2013, [http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/opinia\\_prawna\\_pielegniarki\\_szkolne.pdf](http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/opinia_prawna_pielegniarki_szkolne.pdf) [dostęp: 01.09.2016].

Lalonde M., *A new perspective on the health of Canadians. A Working Document*, Government of Canada, Ottawa 1978.

Mazur J. (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.

Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.

Pismo z dnia 25.09.1996 r. skierowane do Ministra Edukacji Narodowej prof. dr. hab. Jerzego Wiatra.

Polskie Biuro Eurydice, *Posilki w szkołach w Europie. Raport Polskiego Biura Eurydice*, Warszawa 2016.

Schools for Health in Europe, *Plan strategiczny SHE na lata 2013-2016*, strona internetowa Regionalnego Ośrodka Metodyczno-Edukacyjnego Metis w Katowicach, <https://www.metis.pl/content/view/1824/43/> [dostęp: 04.05.2016].

Woynarowska B., *Przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej. Opinie nauczycieli akademickich*, 2008, maszynopis.

## Spis wykresów

Wykres 1. Staż pracy nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, którzy wzięli udział w badaniu.....	139
Wykres 2. Stopień awansu zawodowego nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, którzy wzięli udział w badaniu.....	140
Wykres 3. Liczba kursów/szkoleń ukończonych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, którzy wzięli udział w badaniu.....	141
Wykres 4. Płeć rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu.....	141
Wykres 5. Średnia wieku rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu.....	142
Wykres 6. Wykształcenie rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu.....	142
Wykres 7. Stan cywilny rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu.....	143
Wykres 8. Status materialny rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, którzy wzięli udział w badaniu.....	144
Wykres 9. Ocena przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej przydatności edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.....	220
Wykres 10. Ocena poziomu trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej wynikających z podstawy programowej – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.....	221
Wykres 11. Ocena poziomu trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego wynikających z podstawy programowej a staż pracy ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego.....	221
Wykres 12. Ocena poziomu trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego wynikających z podstawy programowej a stopień awansu zawodowego ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego.....	222
Wykres 13. Średnia ocen czterech stwierdzeń dotyczących edukacji zdrowotnej dzieci dokonanych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej (skala od 1 – zdecydowanie tak, do 5 – zdecydowanie nie).....	223
Wykres 14. Obszary kształcenia, w ramach których zdaniem nauczycieli wychowania przedszkolnego powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego.....	225
Wykres 15. Obszary kształcenia, w ramach których zdaniem nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej.....	227
Wykres 16. Realizacja przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej treści edukacji zdrowotnej zgodnie z podstawą programową wychowania przedszkolnego / kształcenia ogólnego dla klas I-III.....	228
Wykres 17. Realizacja przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego treści edukacji zdrowotnej zgodnie z nową podstawą programową wychowania przedszkolnego a ich stopień awansu zawodowego.....	229
Wykres 18. Programy pracy z zakresu edukacji zdrowotnej, z jakich korzystają nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego podczas realizacji zajęć z dziećmi/uczniami.....	231
Wykres 19. Programy pracy z zakresu edukacji zdrowotnej, z jakich korzystają ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego podczas realizacji zajęć z dziećmi/uczniami, a ich stopień awansu zawodowego.....	232
Wykres 20. Częstotliwość nawiązywania przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej do treści z zakresu edukacji zdrowotnej podczas zajęć.....	234
Wykres 21. Warunki, jakie stworzyły przedszkole/szkoła celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.....	238

Wykres 22. Warunki, jakie stworzyło przedszkole celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci a stopień awansu zawodowego ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego .....	240
Wykres 23. Udzielanie wsparcia/pomocy w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej – nauczyciele wychowania przedszkolnego .....	241
Wykres 24. Udzielanie wsparcia/pomocy w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej – nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej .....	242
Wykres 25. Sposób, w jaki dyrekcja wspiera edukację zdrowotną w przedszkolu/szkole – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej .....	244
Wykres 26. Sposób, w jaki dyrekcja wspiera edukację zdrowotną w przedszkolu – odpowiedzi ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego a ich stopień awansu zawodowego .....	245
Wykres 27. Średnia ocen stwierdzeń dotyczących edukacji zdrowotnej dzieci dokonanych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej (skala od 1 – zdecydowanie tak, do 5 – zdecydowanie nie) .....	246
Wykres 28. Średnia ocen stwierdzenia „W przedszkolu, w którym Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia” dokonanych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego (skala od 1 – zdecydowanie tak, do 5 – zdecydowanie nie) a staż pracy ankietowanych.....	247
Wykres 29. Średnia ocen stwierdzenia „W przedszkolu, w którym Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia” dokonanych przez nauczycieli wychowania przedszkolnego (skala od 1 – zdecydowanie tak, do 5 – zdecydowanie nie) a stopień awansu zawodowego ankietowanych .....	247
Wykres 30. Cele w zakresie kształcenia zdrowotnego, które w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej zakłada i realizuje przedszkole/szkoła .....	251
Wykres 31. Cele w zakresie kształcenia zdrowotnego, które w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego zakłada i realizuje przedszkole, a stopień awansu zawodowego ankietowanych .....	255
Wykres 32. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej, którymi w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego zainteresowane są dzieci.....	257
Wykres 33. Treści z zakresu edukacji zdrowotnej, którymi w opinii nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej zainteresowani są uczniowie .....	258
Wykres 34. Zachowania prozdrowotne, jakie nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego zaobserwowali w ostatnim czasie u swoich podopiecznych.....	259
Wykres 35. Przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolach/szkołach, w których pracują ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego .....	262
Wykres 36. Przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolach, w których pracują ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego, a stopień awansu zawodowego tych nauczycieli.....	264
Wykres 37. Metody kształcenia zdrowego stylu życia, jakie nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego realizują na zajęciach z edukacji zdrowotnej.....	267
Wykres 38. Przeprowadzanie diagnozy potrzeb i oczekiwań dzieci z zakresu edukacji zdrowotnej – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej.....	270
Wykres 39. Sposób dokonywania ewaluacji przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej .....	272
Wykres 40. Sposób dokonywania ewaluacji przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej a ich staż pracy .....	272
Wykres 41. Stosowanie metod aktywizujących podczas zajęć z edukacji zdrowotnej – nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego .....	274
Wykres 42. Ocena własnego poziomu wiedzy o zdrowiu i przygotowania do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej przez nauczycieli wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego .....	277
Wykres 43. Ocena własnego poziomu wiedzy o zdrowiu i przygotowania do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego a staż ich pracy .....	278



Wykres 44. Ocena własnego poziomu wiedzy o zdrowiu i przygotowania do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego a stopień ich awansu zawodowego .....	278
Wykres 45. Treści edukacji zdrowotnej zapisane w nowej podstawie programowej wychowania przedszkolnego, które sprawiają nauczycielom wychowania przedszkolnego największą trudność .....	280
Wykres 46. Treści edukacji zdrowotnej zapisane w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla klas I-III, które sprawiają nauczycielom edukacji wczesnoszkolnej największą trudność .....	280
Wykres 47. Działania, jakie należałoby podjąć w celu pomocy nauczycielom w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną – nauczyciele wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej .....	281
Wykres 48. Działania, jakie należałoby podjąć w celu pomocy nauczycielom w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną – ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego a staż ich pracy .....	282
Wykres 49. Formy podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej, jakie byliby skłonni podjąć nauczyciele wychowania przedszkolnego i wczesnoszkolnego .....	284
Wykres 50. Formy podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej, jakie byliby skłonni podjąć nauczyciele wychowania przedszkolnego, a staż pracy tych nauczycieli .....	284
Wykres 51. Formy podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej, jakie byliby skłonni podjąć nauczyciele wychowania przedszkolnego, a stopień ich awansu zawodowego .....	285
Wykres 52. Cele, jakie w zakresie kształcenia zdrowotnego zakłada i realizuje przedszkole/szkoła, do którego/której uczęszcza dziecko – rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym .....	289
Wykres 53. Metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci stosowane przez przedszkole/szkołę, do którego/której uczęszcza dziecko – rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III .....	292
Wykres 54. Warunki, jakie celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej stworzyły przedszkole/szkoła, do których uczęszcza potomstwo badanych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III .....	295
Wykres 55. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej, w jakie były zaangażowane dzieci badanych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III .....	297
Wykres 56. Zachowania prozdrowotne, jakie w ostatnim czasie badani zaobserwowali u swoich dzieci – rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym .....	299
Wykres 57. Opinia rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i rodziców uczniów klas I-III na temat tego, czy zaobserwowane u ich dzieci zachowania prozdrowotne mogą wynikać z kształcenia zdrowotnego z ramienia przedszkola/szkoły .....	299
Wykres 58. Trudności w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu/szkole, które zauważają rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III .....	300
Wykres 59. Średnia ocen trzech stwierdzeń dotyczących edukacji zdrowotnej dzieci – rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów klas I-III (skala od 1 – „zdecydowanie tak”, do 5 – „zdecydowanie nie”) .....	301
Wykres 60. Średnia ocen stwierdzenia „Przedszkole/szkoła, do którego/której uczęszcza Pana/Pani dziecko, stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie dzieci” dokonanych przez rodziców dzieci a status materialny rodziców .....	302
Wykres 61. Średnia ocen stwierdzenia „Przedszkole/szkoła, do którego/której uczęszcza Pana/Pani dziecko, stosuje różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia” dokonanych przez rodziców dzieci a status materialny rodziców .....	302
Wykres 62. Sposób, w jaki przedszkole/szkoła zapoznały badanych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z podstawą programową oraz z realizowanymi programami profilaktyki z zakresu edukacji zdrowotnej .....	306
Wykres 63. Sposób, w jaki przedszkole/szkoła włącza rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym w kształtowanie świadomości zdrowotnej podopiecznych .....	307
Wykres 64. Sposób, w jaki placówka włącza ankietowanych rodziców dzieci w kształtowanie świadomości zdrowotnej podopiecznych, a ich status materialny .....	308
Wykres 65. Forma, w jakiej przedszkole/szkoła informuje rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym o prowadzonych zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej .....	309

Wykres 66. Forma, w jakiej placówka informuje ankietowanych rodziców dzieci o prowadzonych zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej, a status materialny tych rodziców .....	310
Wykres 67. Sposób, w jaki przedszkole/szkoła współpracuje z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej.....	311
Wykres 68. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej, w jakie chcieliby być zaangażowani rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.....	313
Wykres 69. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej, w jakie chcieliby być zaangażowani ankietowani rodzice dzieci, a status materialny rodziców .....	314
Wykres 70. Imprezy dotyczące edukacji zdrowotnej, w których organizowaniu brali udział rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.....	315

## Spis rysunków

Rys. 1. Mandala zdrowia – model ekosystemu człowieka .....	16
Rys. 2. Model determinantów zdrowia – „tęcza czynników (polityki) zdrowia” Dahlgrena i Whiteheada .....	18
Rys. 3. Model ilustrujący związki między zdrowiem i edukacją .....	21
Rys. 4. Schemat zmiany statusu edukacji zdrowotnej w polskiej szkole .....	99
Rys. 5. Metody, techniki i narzędzia badawcze .....	134

## Spis tabel

Tabela 1. Modele edukacji zdrowotnej .....	31
Tabela 2. Modele edukacji zdrowotnej .....	32
Tabela 3. Zmienne i wskaźniki .....	128
Tabela 4. Podział administracyjny województwa śląskiego z uwzględnieniem liczby szkół podstawowych i przedszkoli w każdej z gmin .....	138
Tabela 5. Dokumenty / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej wymienione przez dyrektorów przedszkoli .....	151
Tabela 6. Dokumenty / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej wymieniane przez dyrektorów szkół podstawowych.....	153
Tabela 7. Dokumenty / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej zidentyfikowane na podstawie analizy dokumentacji przedszkoli .....	154
Tabela 8. Dokumenty / akty prawne dotyczące edukacji zdrowotnej zidentyfikowane na podstawie analizy dokumentacji szkół podstawowych .....	155
Tabela 9. Wykaz programów profilaktycznych realizowanych w badanych przedszkolach .....	166
Tabela 10. Wykaz programów profilaktycznych realizowanych w badanych szkołach podstawowych .....	168
Tabela 11. Obszary kształcenia, w ramach których zdaniem nauczycieli wychowania przedszkolnego powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego, a staż pracy ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego.....	225
Tabela 12. Obszary kształcenia, w ramach których zdaniem nauczycieli wychowania przedszkolnego powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego, a stopień awansu zawodowego ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego.....	226
Tabela 13. Programy pracy z zakresu edukacji zdrowotnej, z jakich korzystają ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego podczas realizacji zajęć z dziećmi/uczniemi, a ich staż pracy.....	231
Tabela 14. Warunki, jakie stworzyło przedszkole celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci a staż pracy ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego .....	239

Tabela 15. Cele w zakresie kształcenia zdrowotnego, które w opinii nauczycieli wychowania przedszkolnego zakłada i realizuje przedszkole, a staż pracy ankietowanych .....	252
Tabela 16. Przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolach, w których pracują ankietowani nauczyciele wychowania przedszkolnego, a staż pracy tych nauczycieli .....	263
Tabela 17. Przyczyny trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w szkołach, w których pracują ankietowani nauczyciele wychowania wczesnoszkolnego, a staż pracy tych nauczycieli.....	265
Tabela 18. Metody kształcenia zdrowego stylu życia, jakie nauczyciele wychowania przedszkolnego realizują na zajęciach z edukacji zdrowotnej, a staż pracy tych nauczycieli .....	268
Tabela 19. Metody kształcenia zdrowego stylu życia, jakie nauczyciele wychowania przedszkolnego realizują na zajęciach z edukacji zdrowotnej, a stopień awansu zawodowego tych nauczycieli.....	269
Tabela 20. Sposób dokonywania ewaluacji przez ankietowanych nauczycieli wychowania przedszkolnego po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej, a ich stopień awansu zawodowego.....	273
Tabela 21. Cele, jakie w zakresie kształcenia zdrowotnego zakłada i realizuje placówka, do której uczęszcza dziecko – odpowiedzi ankietowanych rodziców dzieci a ich status materialny .....	290
Tabela 22. Metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci stosowane przez placówkę, do której uczęszcza dziecko – odpowiedzi ankietowanych rodziców dzieci a ich status materialny .....	293
Tabela 23. Warunki, jakie celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej stworzyła placówka, do której uczęszcza potomstwo badanych rodziców, a status materialny rodziców.....	296
Tabela 24. Sposób, w jaki placówka współpracuje z ankietowanymi rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej, a ich status materialny .....	312

# Aneksy

## ANEKS NR 1

(źródło: opracowanie własne)

### Analiza dokumentów – przewodnik dla przedszkoli

<b>Data analizy</b>	
<b>Osoba analizująca</b>	
<b>Przedmiot analizy</b>	Ocena systemowych rozwiązań w zakresie edukacji zdrowotnej wdrażanych na etapie wychowania przedszkolnego w województwie śląskim.
<b>Miejsce analizy</b>	Przedszkole ..... w .....

<b>Rodzaje dokumentów wewnętrznych analizowanych w toku badań</b>	1. Akty prawne / dokumenty strategiczne..... 2. Programy edukacyjne dot. edukacji zdrowotnej..... 3. Inne / wewnętrzne programy profilaktyki, regulaminy / .....
<b>Notatka z analizy</b>	
<b>Wnioski wynikające z analizy</b>	
<b>Podpis osoby analizującej</b>	

## ANEKS NR 2

(źródło: opracowanie własne)

### Analiza dokumentów – przewodnik dla szkół podstawowych

<b>Data analizy</b>	
<b>Osoba analizująca</b>	
<b>Przedmiot analizy</b>	Ocena systemowych rozwiązań w zakresie edukacji zdrowotnej wdrażanych na etapie edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim.
<b>Miejsce analizy</b>	Szkoła Podstawowa ..... w .....

<b>Rodzaje dokumentów wewnętrznych analizowanych w toku badań</b>	1. Akty prawne / dokumenty strategiczne..... 2. Programy edukacyjne dot. edukacji zdrowotnej..... 3. Inne (wewnętrzne programy profilaktyki, regulaminy) ..... .....
<b>Notatka z analizy</b>	
<b>Wnioski wynikające z analizy</b>	
<b>Podpis osoby analizującej</b>	

## ANEKS NR 3

(źródło: opracowanie własne)

### Dyspozycja do wywiadu z dyrektorami przedszkoli

Imię i nazwisko dyrektora uczestniczącego w badaniu:

.....

Nazwa i adres przedszkola:

.....

#### Metryczka:

1. Płeć:
  - a) kobieta
  - b) mężczyzna
2. Wiek:
  - a) 18-25
  - b) 26-35
  - c) 36-45
  - d) 46-55
  - e) powyżej 55
3. Wykształcenie:
  - a) średnie/technikum
  - b) policealne
  - c) wyższe
4. Stan cywilny:
  - a) panna/kawaler
  - b) mężatka/żonaty
  - c) rozwiedziona/rozwiedziony
  - d) wdowa/wdowiec



5. Staż pracy:

- a) do 1 roku
- b) od 1 roku do 5 lat
- c) od 5 lat do 10 lat
- d) od 10 do 20 lat
- e) powyżej 20 lat

1. Jakie dokumenty strategiczne i akty prawne regulują zakres edukacji zdrowotnej w Pana/Pani przedszkolu?
2. Czy Pana/Pani zdaniem podstawa programowa stwarza szansę na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia?
3. Czy zapisy znajdujące w podstawie programowej dotyczące edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego są odzwierciedleniem właściwej diagnozy potrzeb zdrowotnych dzieci w wieku przedszkolnym?
4. Jakie obszary kształcenia zdrowotnego dzieci w wieku przedszkolnym uważa Pan/Pani za najistotniejsze z punktu widzenia rozwoju zdrowotnego tych dzieci? Proszę uzasadnić.
5. Czy znany jest Panu/Pani warsztat dydaktyczny w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym?
6. Czy Pana/Pani przedszkole stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie uczęszczające do niego dzieci? Proszę uzasadnić.
7. Jaka w Pana/Pani opinii jest celowość edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym? Proszę uzasadnić.
8. Czy w Pana/Pani opinii, aby skutecznie kształtować zdrowy styl życia u dzieci w wieku przedszkolnym, należy stworzyć ku temu odpowiednie warunki? Czy stanowią one gwarancję powodzenia edukacji zdrowotnej? Proszę uzasadnić.
9. Jakie programy profilaktyczne oferowane przedszkolom przez różne instytucje i organizacje są wdrażane w Pana/Pani przedszkolu?
10. Czy w Pana/Pani przedszkolu realizowany jest program „Przedszkole promujące zdrowie”? (Jeżeli nie, proszę przejść do pytania nr 12).
11. Czy placówka należy do sieci przedszkoli promujących zdrowie?  
Jeżeli tak, to czy zamierza ubiegać się o Wojewódzki lub Krajowy Certyfikat Przedszkola Promującego Zdrowie?
12. Jakie programy profilaktyczne z zakresu edukacji zdrowotnej zostały włączone do programu wychowania przedszkolnego?

13. Czy w przedszkolu powołany został koordynator do spraw edukacji zdrowotnej, który nadzorowałby tworzenie odpowiednich programów profilaktycznych?
14. Czy przedszkole podejmuje współpracę z higienistką lub pielęgniarką?
15. Jakie są według Pana/Pani cechy dobrego programu profilaktycznego i jakie są według Pana/Pani warunki jego skuteczności?
16. Czy nauczyciele przedszkolni zostali odpowiednio przeszkoleni/poinstruowani w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci uczęszczających do Pana/Pani przedszkola? Jak Pan/Pani sądzi, jak często nauczyciele przedszkolni nawiązują do edukacji zdrowotnej w trakcie prowadzenia swoich zajęć dla dzieci?
17. Czy nauczyciele wychowania przedszkolnego pracujący w przedszkolu prowadzą zajęcia dotyczące edukacji zdrowotnej zgodnie z zaleceniami podstawy programowej? Czy wykraczają oni w tym zakresie ponad to, co zawarte jest w tym dokumencie?
18. Czy w Pana/Pani opinii stosowane przez nauczycieli wychowania przedszkolnego metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci są zróżnicowane i na tyle interesujące dla podopiecznych, że chętnie aktywnie w nich uczestniczą?
19. Czy monitoruje Pan/Pani na bieżąco jakość realizowanej edukacji zdrowotnej przez nauczycieli wychowania przedszkolnego? Czy w Pana/Pani ocenie stosowane przez nich metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci są wystarczające w tym zakresie?
20. Czy w Pana/Pani opinii zakres kształcenia zdrowotnego dzieci w wieku przedszkolnym jest wystarczający w Pana/Pani przedszkolu?
21. Jak Pan/Pani sądzi, czy w Pana/Pani przedszkolu edukacja zdrowotna realizowana jest w sposób efektywny? Proszę uzasadnić.
22. Jaki w Pana/Pani odczuciu jest poziom trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego?
23. Czy kuratorium oświaty sprawuje nadzór nad prawidłowym wdrażaniem treści z zakresu edukacji zdrowotnej w przedszkolu, w którym jest Pan/Pani dyrektorem?

## ANEKS NR 4

(źródło: opracowanie własne)

### Dyspozycja do wywiadu z dyrektorami szkół podstawowych

Imię i nazwisko dyrektora uczestniczącego w badaniu:

.....

Nazwa i adres szkoły podstawowej:

.....

#### Metryczka:

1. Płeć:
  - a) kobieta
  - b) mężczyzna
2. Wiek:
  - a) 18-25
  - b) 26-35
  - c) 36-45
  - d) 46-55
  - e) powyżej 55
3. Wykształcenie:
  - a) średnie/technikum
  - b) policealne
  - c) wyższe
4. Stan cywilny:
  - a) panna/kawaler
  - b) mężatka/żonaty
  - c) rozwiedziona/rozwiedziony
  - d) wdowa/wdowiec

5. Staż pracy:
- a) do 1 roku
  - b) od 1 roku do 5 lat
  - c) od 5 lat do 10 lat
  - d) od 10 do 20 lat
  - e) powyżej 20 lat
1. Jakie dokumenty strategiczne i akty prawne regulują zakres edukacji zdrowotnej w Pana/Pani szkole?
2. Czy Pana/Pani zdaniem podstawa programowa stwarza szansę na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia?
3. Czy zapisy znajdujące w podstawie programowej dotyczące edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej są odzwierciedleniem właściwej diagnozy potrzeb zdrowotnych uczniów klas I-III?
4. Jakie obszary kształcenia zdrowotnego dzieci w wieku wczesnoszkolnym uważa Pan/Pani za najistotniejsze z punktu widzenia rozwoju zdrowotnego tych dzieci? Proszę uzasadnić.
5. Czy znany jest Panu/Pani warsztat dydaktyczny w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci w wieku wczesnoszkolnym?
6. Czy Pana/Pani szkoła stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie uczęszczające do niego dzieci? Proszę uzasadnić.
7. Jaka w Pana/Pani opinii jest celowość edukacji zdrowotnej dzieci w wieku wczesnoszkolnym? Proszę uzasadnić.
8. Czy w Pana/Pani opinii, aby skutecznie kształtować zdrowy styl życia u dzieci w wieku wczesnoszkolnym, należy stworzyć ku temu odpowiednie warunki? Czy stanowią one gwarancję powodzenia edukacji zdrowotnej? Proszę uzasadnić.
9. Jakie programy profilaktyczne oferowane szkołom przez różne instytucje i organizacje są wdrażane w Pana/Pani szkole?
10. Czy w Pana/Pani szkole realizowany jest program „Szkoła promująca zdrowie”? (Jeżeli nie, proszę przejść do pytania 12).
11. Czy placówka należy do sieci szkół promujących zdrowie?  
Jeżeli tak, to czy zamierza ubiegać się o Wojewódzki lub Krajowy Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie?

12. Jakie programy profilaktyczne z zakresu edukacji zdrowotnej zostały włączone do programu dydaktyczno-wychowawczego szkoły?
13. Czy w szkole powołany został koordynator do spraw edukacji zdrowotnej, który nadzorowałby tworzenie odpowiednich programów profilaktycznych?
14. Czy szkoła podejmuje współpracę z higienistką lub pielęgniarką?
15. Jakie są według Pana/Pani cechy dobrego programu profilaktycznego i jakie są według Pana/Pani warunki jego skuteczności?
16. Czy nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej zostali odpowiednio przeszkoleni/poinstruowani w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci uczęszczających do Pana/Pani szkoły? Jak Pan/Pani sądzi, jak często nauczyciele nawiązują do edukacji zdrowotnej w trakcie prowadzenia swoich zajęć dla dzieci?
17. Czy nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej pracujący w szkole prowadzą zajęcia dotyczące edukacji zdrowotnej zgodnie z zaleceniami podstawy programowej? Czy wykraczają oni w tym zakresie ponad to, co zawarte jest w tym dokumencie?
18. Czy w Pana/Pani opinii stosowane przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci są zróżnicowane i na tyle interesujące dla podopiecznych, że chętnie aktywnie w nich uczestniczą?
19. Czy monitoruje Pan/Pani na bieżąco jakość realizowanej edukacji zdrowotnej przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej? Czy w Pana/Pani ocenie stosowane przez nich metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci są wystarczające w tym zakresie?
20. Czy w Pana/Pani opinii zakres kształcenia zdrowotnego dzieci w wieku wczesnoszkolnym jest wystarczający w Pana/Pani szkole?
21. Jak Pan/Pani sądzi, czy w Pana/Pani szkole edukacja zdrowotna realizowana jest w sposób efektywny? Proszę uzasadnić.
22. Jaki w Pana/Pani odczuciu jest poziom trafności doboru rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej?
23. Czy kuratorium oświaty sprawuje nadzór nad prawidłowym wdrażaniem treści z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole, w której jest Pan/Pani dyrektorem?

## ANEKS NR 5

(źródło: opracowanie własne)

### Scenariusz do wywiadu fokusowego z dziećmi w wieku przedszkolnym

Nazwa grupy przedszkolnej uczestniczącej w badaniu:

.....

Nazwa i adres przedszkola:

.....

.....

.....

.....

**Dzień dobry,**

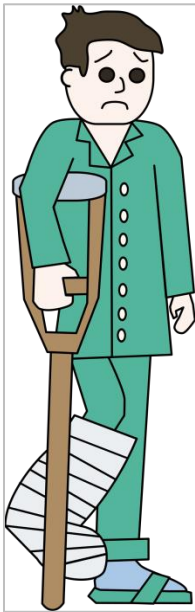
mam na imię ..... Zaprosiliśmy Was dzisiaj na krótkie spotkanie, bo chcemy z Wami porozmawiać o zdrowiu.

1. Na początek proszę Was, żebyście mi powiedzieli, jak macie na imię.
2. Pokażę Wam teraz kilka zdjęć. Powiedzcie mi: czy osoba, która jest na zdjęciu, jest według Was zdrowa?

**Opis zadania 1:**

Audytor pokazuje dzieciom kilka zdjęć ludzi. Zadaniem dzieci jest określenie, czy człowiek na zdjęciu jest zdrowy.

Na zdjęciach przedstawieni są (mogą to być postacie animowane): człowiek otyły, człowiek przeziębiony, człowiek ze złamaną nogą, człowiek z obolałymi oczami, człowiek z bolącym zębem – a między tym znajduje się kilka zdjęć ze zdrowymi ludźmi.



Podczas ekspozycji każdego ze zdjęć dzieci powinny określić, czy uważają, że przedstawiony człowiek jest zdrowy. Dzieci będą proszone o uzasadnienie.

Pytania pomocnicze:

- Człowiek otyły – co mógł jeść ten człowiek, że jest taki otyły (dzieci wymieniają).
  - Człowiek przeziębiony – co mógł zrobić lub czego nie robił ten człowiek (np. nie ubierał czapki).
  - Człowiek ze złamaną nogą – można dodatkowo zasugerować, że wpadł pod samochód i zapytać, na jakim świetle powinien przechodzić, żeby się tak nie stało.
  - Człowiek z obolałymi oczami – co może być powodem takich dolegliwości (długotrwałe siedzenie przed komputerem).
  - Człowiek z bolącym zębem – co może być powodem, że człowieka boli ząb (niemycie zębów).
3. Czy zdrowie jest dla nas ważne? Dlaczego?
4. Teraz proszę Was, żebyście wstali. Salę podzielimy sobie na dwie części. Będę odczytywać zdania i w zależności od tego, czy Wasza odpowiedź brzmi „tak”, czy „nie”, proszę Was żebyście stanęli po odpowiedniej stronie.

### **Opis zadania 2:**

Sala zostanie podzielona na pół sznurkiem lub taśmą. Audytor będzie czytał stwierdzenia, a dzieci powinny ustawić się po stronie TAK albo NIE w zależności od tego, czy się z nim zgadzają, czy nie.

Pytania:

- Aby być zdrowym, należy jeść owoce.
- Aby być zdrowym, powinno się jeść dużo słodczy.
- Aby być zdrowym, należy uprawiać sport.
- Aby być zdrowym, powinno się myć ręce, zwłaszcza przed jedzeniem.
- Aby być zdrowym, nie powinno się jeść warzyw.
- Aby być zdrowym, powinno się nie jadać śniadań.
- Aby być zdrowym, nie powinno się myć zębów.
- Aby być zdrowym, powinno się pić wodę z kranu.
- Aby być zdrowym, powinno się ubierać odpowiednio do pogody.
- Aby być zdrowym, trzeba biegać po kałużach w sandałach.
- Aby być zdrowym, nie powinno się pić mleka ani jeść przetworów mlecznych.

### **Opis zadania 3:**

5. Kto to jest człowiek szczęśliwy?

Przeczytam Wam kilka zdań i powiedzcie mi, proszę, czy to, co przeczytam, opisuje szczęśliwego przedszkolaka:

- Umie się bawić z innymi dziećmi.



- Smuci się przez cały dzień.
  - Wysypia się.
  - Boi się chodzić do przedszkola.
  - Czuje się kochany i potrzebny.
  - Wie, że może liczyć na pomoc innych.
6. Skąd to wszystko wiecie? Czy to rodzice Was tego nauczyli, czy Wasza wychowawczyni? W jaki sposób w przedszkolu uczycie się o zdrowiu?
  7. Pamiętacie może, czy mieliście jakieś zajęcia o zdrowiu? Co to były za zajęcia? Czy były one ciekawe?
  8. Czy dostajecie jakieś zdrowe produkty w przedszkolu do jedzenia?
  9. Podziękowanie za spotkanie i aktywny udział.

## ANEKS NR 6

(źródło: opracowanie własne)

### Scenariusz do wywiadu fokusowego z dziećmi w wieku wczesnoszkolnym

Klasa uczestnicząca w badaniu:

.....

Nazwa i adres szkoły podstawowej:

.....  
.....  
.....  
.....

**Dzień dobry,**

mam na imię..... Zaprosiliśmy Was dzisiaj na krótkie spotkanie, bo chcemy z Wami porozmawiać o zdrowiu.

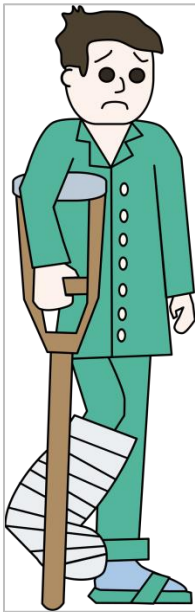
1. Na początek proszę Was, żebyście mi powiedzieli, jak macie na imię.
2. Pokażę Wam teraz kilka zdjęć. Powiedzcie mi: czy osoba, która jest na zdjęciu, jest według Was zdrowa?

**Opis zadania 1:**

Audytor pokazuje dzieciom kilka zdjęć ludzi. Zadaniem dzieci jest określenie, czy człowiek na zdjęciu jest zdrowy.

Na zdjęciach przedstawieni są (mogą to być postacie animowane): człowiek otyły, człowiek przeziębiony, człowiek ze złamaną nogą, człowiek z obolałymi oczami, człowiek z bolącym zębem – a między tym znajduje się kilka zdjęć ze zdrowymi ludźmi.

Podczas ekspozycji każdego ze zdjęć dzieci powinny określić, czy uważają, że przedstawiony człowiek jest zdrowy. Dzieci będą proszone o uzasadnienie.



Pytania pomocnicze:

- Człowiek otyły – co mógł jeść ten człowiek, że jest taki otyły (dzieci wymieniają).
  - Człowiek przeziębiony – co mógł zrobić lub czego nie robił ten człowiek (np. nie ubierał czapki).
  - Człowiek ze złamaną nogą – można dodatkowo zasugerować, że wpadł pod samochód i zapytać, na jakim świetle powinien przechodzić, żeby się tak nie stało.
  - Człowiek z obolałymi oczami – co może być powodem takich dolegliwości (długotrwałe siedzenie przed komputerem).
  - Człowiek z bolącym zębem – co może być powodem, że człowieka boli ząb (niemycie zębów).
3. Czy zdrowie jest dla nas ważne? Dlaczego?
  4. Co należy robić, żeby być zdrowym i nie chorować?

### **Opis zadania 2:**

5. Kto to jest człowiek szczęśliwy?

Przeczytam Wam kilka zdań i powiedzcie mi, proszę, czy to, co przeczytam, opisuje szczęśliwego ucznia:

- Umie się bawić z innymi dziećmi.
  - Smuci się przez cały dzień.
  - Wysypia się.
  - Boi się chodzić do przedszkola.
  - Czuje się kochany i potrzebny.
  - Wie, że może liczyć na pomoc innych.
6. Skąd to wszystko wiecie? Czy to rodzice Was tego nauczyli, czy uczycie się tego w szkole? Jeżeli w szkole, to w jaki sposób w szkole uczycie się o zdrowiu?
  7. Pamiętacie może, czy mieliście jakieś zajęcia o zdrowiu? Co to były za zajęcia? Czy były one ciekawe?
  8. Czy dostajecie jakieś zdrowe produkty w szkole do jedzenia?
  9. Podziękowanie za spotkanie i aktywny udział.

ANEKS NR 7

(źródło: opracowanie własne)

Arkusz obserwacji uczestniczącej – przedszkole

<b><u>ARKUSZ OBSERWACJI UCZESTNICZĄCEJ ODBYWAJĄCEJ SIĘ W PRZEDSZKOLACH</u></b>		
<b>IMIĘ I NAZWISKO OBSERWATORA:</b> .....		
<b>DANE ADRESOWE PLACÓWKI, W KTÓREJ ODBYŁO SIĘ BADANIE:</b> ..... ..... .....		
<b>ZJAWISKO</b>	<b>WYSTĘPUJE/UWAGI</b>	<b>NIE WYSTĘPUJE/ UWAGI</b>
<b>Występujące ze strony nauczyciela wychowania przedszkolnego:</b>		
1. W trakcie prowadzonych zajęć przedszkolnych nauczyciel na bieżąco wplata w nie treści związane z edukacją zdrowotną (w zgodzie z podstawą programową).		

<p>2. Nauczyciel wychowania przedszkolnego korzysta z każdej okazji, aby zwrócić swoim podopiecznym szczególną uwagę na kształtowanie zdrowego stylu życia.</p>		
<p>3. Nauczyciel wykorzystuje zróżnicowane metody i środki dydaktyczne celem kształtowania zdrowego stylu życia u swoich podopiecznych.</p>		
<p>4. Nauczyciel próbuje w ciekawy sposób zainteresować podopiecznych treściami związanymi z dbaniem o własne zdrowie.</p>		
<p>5. Warsztat pracy nauczyciela oparty jest na zróżnicowanych metodach, technikach i narzędziach, środkach dydaktycznych wzmagających oddziaływanie w zakresie kształtowania zainteresowania własnym zdrowiem u dzieci.</p>		

<p>6. Nauczyciel stara się rozwiązywać na bieżąco zaobserwowane przez siebie trudności w pracy z dziećmi w odniesieniu do kształtowania u nich zdrowego stylu życia.</p>		
<p>7. Nauczyciel jest w pełni przygotowany do przeprowadzenia zajęć zarówno w zakresie merytorycznym, jak też w zakresie pomocy dydaktycznych.</p>		
<p>8. Nauczyciel stara się osiągnąć maksymalną efektywność w zakresie kształtowania zdrowego stylu życia u swoich podopiecznych.</p>		
<p><b>Występujące ze strony dzieci w wieku przedszkolnym:</b></p>		
<p>9. Dzieci sprawiają wrażenie zainteresowanych treściami związanymi z edukacją zdrowotną i treściami kształtującymi zdrowy styl życia.</p>		

10. Dzieci chętnie wykonują polecenia nauczyciela związane z kształtowaniem zdrowego stylu życia.		
11. Dzieci z własnej inicjatywy wykonują czynności związane z dbaniem o zdrowie.		
12. Dzieci mają odpowiednie warunki do edukacji zdrowotnej.		
13. Dzieci sprawiają wrażenie znudzonych lub rozkojarzonych, kiedy nauczyciel prezentuje im treści zachęcające je do zdrowego stylu życia.		
14. Dzieci chętnie uczestniczą w zabawach grupowych związanych z kształtowaniem zdrowego stylu życia.		
15. Dzieci same dopytują nauczyciela o kwestie związane ze zdrowiem.		
16. Dzieci przejawiają pewne trudności w zakresie zrozumienia prezentowanych im treści zdrowotnych.		



ANEKS NR 8

(źródło: opracowanie własne)

**Arkusze obserwacji uczestniczącej – szkoła podstawowa**

<b><u>ARKUSZ OBSERWACJI UCZESTNICZĄCEJ ODBYWAJĄCEJ SIĘ W SZKOLE PODSTAWOWEJ</u></b>		
<b>IMIĘ I NAZWISKO OBSERWATORA:</b> .....		
<b>DANE ADRESOWE PLACÓWKI, W KTÓREJ ODBYŁO SIĘ BADANIE:</b> ..... ..... .....		
<b>ZJAWISKO</b>	<b>WYSTĘPUJE/UWAGI</b>	<b>NIE WYSTĘPUJE/ UWAGI</b>
<b>Występujące ze strony nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej:</b>		
1. W trakcie prowadzonych zajęć nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej na bieżąco wplata w nie treści związane z edukacją zdrowotną (w zgodzie z podstawą programową).		

<p>2. Nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej korzysta z każdej okazji, aby zwrócić swoim podopiecznym szczególną uwagę na kształtowanie zdrowego stylu życia.</p>		
<p>3. Nauczyciel wykorzystuje zróżnicowane formy i środki dydaktyczne celem kształtowania zdrowego stylu życia u swoich podopiecznych.</p>		
<p>4. Nauczyciel próbuje w ciekawy sposób zainteresować podopiecznych treściami związanymi z dbaniem o własne zdrowie.</p>		
<p>5. Warsztat pracy nauczyciela oparty jest na zróżnicowanych metodach, technikach i narzędziach, środkach dydaktycznych wzmagających oddziaływanie w zakresie kształtowania zainteresowania własnym zdrowiem u dzieci.</p>		

<p>6. Nauczyciel stara się rozwiązywać na bieżąco zaobserwowane przez siebie trudności w pracy z dziećmi w odniesieniu do kształtowania u nich zdrowego stylu życia.</p>		
<p>7. Nauczyciel jest w pełni przygotowany do przeprowadzenia zajęć zarówno w zakresie merytorycznym, jak też w zakresie pomocy dydaktycznych.</p>		
<p>8. Nauczyciel stara się osiągnąć maksymalną efektywność w zakresie kształtowania zdrowego stylu życia u swoich podopiecznych.</p>		
<p><b>Występujące ze strony dzieci w wieku wczesnoszkolnym:</b></p>		
<p>9. Dzieci sprawiają wrażenie zainteresowanych treściami związanymi z edukacją zdrowotną i treściami kształtującymi zdrowy styl życia.</p>		

10. Dzieci chętnie wykonują polecenia nauczyciela związane z kształtowaniem zdrowego stylu życia.		
11. Dzieci z własnej inicjatywy wykonują czynności związane z dbaniem o zdrowie.		
12. Dzieci mają odpowiednie warunki do edukacji zdrowotnej.		
13. Dzieci sprawiają wrażenie znudzonych lub rozkojarzonych, kiedy nauczyciel prezentuje im treści zachęcające je do zdrowego stylu życia.		
14. Dzieci chętnie uczestniczą w zabawach grupowych związanych z kształtowaniem zdrowego stylu życia.		
15. Dzieci same dopytują nauczyciela o kwestie związane ze zdrowiem.		
16. Dzieci przejawiają pewne trudności w zakresie zrozumienia prezentowanych im treści zdrowotnych.		

## ANEKS NR 9

(źródło: opracowanie własne)

### Kwestionariusz ankiety dla nauczycieli wychowania przedszkolnego

Uprzejmie proszę o rzetelne wypełnienie kwestionariusza ankiety. Niniejszy kwestionariusz ankiety jest anonimowy, a jedynym jego celem jest poszerzenie spektrum badawczego dotyczącego diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej w województwie śląskim na etapie wychowania przedszkolnego w ramach realizowanej rozprawy doktorskiej.

**Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź przy każdym pytaniu, chyba że wskazano inaczej.**

1. **Jak ocenia Pani/Pan przydatność edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego?**
  - a) nie ma znaczenia, ponieważ dzieci powinny być edukowane zdrowotnie dopiero w szkole
  - b) jest niezwykle ważna, ponieważ dziecko już od najmłodszych lat powinno być edukowane zdrowotnie
  - c) nie mam zdania
  - d) inne .....
  
2. **Jak ocenia Pani/Pan poziom trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego wynikający z podstawy programowej?**
  - a) treści te nie są mi znane
  - b) treści nauczania są niewystarczające i powinny zostać poszerzone o dodatkowe zagadnienia (jakie?)  
.....
  - c) treści nauczania są trafnie dobrane i w pełni wyczerpują zakres wiedzy, jaką powinny posiadać dzieci
  - d) nie mam zdania
  
3. **W ramach jakich obszarów kształcenia Pani/Pana zdaniem powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie wychowania przedszkolnego? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
  - a) kształtowanie umiejętności społecznych dzieci
  - b) kształtowanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i kulturalnych
  - c) pomaganie dzieciom w rozumieniu istoty zjawisk atmosferycznych i w unikaniu zagrożeń
  - d) wychowanie zdrowotne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci
  - e) wdrażanie dzieci do dbałości o bezpieczeństwo własne i innych
  - f) w nowo utworzonym obszarze, np. „zdrowie”
  - g) w każdym obszarze
  - h) nie mam zdania
  
4. **Czy realizuje Pani/Pan w pełni treści edukacji zdrowotnej zgodnie z podstawą programową wychowania przedszkolnego?**
  - a) treści z zakresu edukacji zdrowotnej nie są mi znane
  - b) treści te są mi znane, ale nie realizuję ich na zajęciach
  - c) treści realizuję tylko częściowo, ponieważ nie czuję się w pełni przygotowana(-y) do ich przekazywania (które treści są realizowane?)  
.....
  - d) realizuję tylko te treści, które według mnie są najważniejsze (jakie?)  
.....
  - e) realizuję w pełni treści edukacji zdrowotnej i uważam je za niezwykle ważne

**5. Z jakich programów pracy z zakresu edukacji zdrowotnej korzysta Pani/Pan podczas realizacji zajęć z dziećmi? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie korzystam z żadnych programów
  - b) opieram się na podstawie programowej
  - c) korzystam z wewnątrzprzedszkolnych programów profilaktycznych
  - d) korzystam z programu profilaktycznego ułożonego przez siebie samą / siebie samego
  - e) korzystam z programów profilaktycznych oferowanych przedszkolom przez różne instytucje (jakich?)
- .....

**6. Którą z poniższych metod kształtowania zdrowego stylu życia realizuje Pani/Pan na zajęciach z edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) projekcja filmów animowanych / programów dydaktyczno-wychowawczych związanych z tematyką zdrowotną
  - b) malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną
  - c) śpiewanie piosenek o zdrowiu, o higienie, o bezpieczeństwie
  - d) grupowe prozdrowotne gry/zabawy dydaktyczne
  - e) ćwiczenia/zagadki/rebusy dydaktyczne podkreślające wagę zdrowia w życiu każdego człowieka
  - f) udział w grupowych konkursach zdrowotnych
  - g) spotkania dzieci z gośćmi specjalnymi w przedszkolu, np. lekarzem, pielęgniarką, policjantem itp.
  - h) czytanie dzieciom książek z morałem dotyczącym tematyki kształtującej higienę, bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia
  - i) przeprowadzanie z dziećmi prostych doświadczeń/eksperymentów związanych z tematyką zdrowotną
  - j) wycieczki przedszkolne, np. do gabinetu stomatologicznego, do przychodni lekarskiej itp.
  - k) zajęcia wychowawczo-praktyczne, np. pokazywanie dzieciom, w jaki sposób szczotkować zęby, myć ręce, dbać o porządek, przechodzić przez ulicę, jakie potrawy są dla nich zdrowe, a jakie szkodliwe, w którym miejscu znajduje się dany narząd itp.
  - l) pokazywanie dzieciom rekwizytów/plansz/tablic/prezentacji multimedialnych związanych z tematyką zdrowotną, np. umiejscowienia poszczególnych części ciała człowieka
  - ł) przedszkole nie kształtuje w żaden sposób zdrowego stylu życia u dzieci
  - m) inne (jakie?)
- .....

**7. Jak przeprowadza Pani/Pan diagnozę potrzeb i oczekiwań dzieci z zakresu edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie przeprowadzam diagnozy potrzeb i oczekiwań dzieci
  - b) obserwacja pedagogiczna
  - c) analiza wytworów dzieci (rysunki, wypowiedzi dzieci)
  - d) dyskusje, rozmowy z dziećmi
  - e) rozmowy z rodzicami dzieci
  - f) inne (jakie?)
- .....

**8. W jaki sposób dokonuje Pani/Pan ewaluacji po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie dokonuję ewaluacji
  - b) poprzez obserwację pracy i osiągnięć dzieci
  - c) poprzez rozmowy z dziećmi i ich rodzicami
  - d) inne (jakie?)
- .....

**9. Jak często nawiązuje Pani/Pan do treści z zakresu edukacji zdrowotnej podczas zajęć?**

- a) wcale nie nawiązuję
- b) na zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej poświęcam 1-2 godziny tygodniowo
- c) na zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej poświęcam 2-3 godziny tygodniowo
- d) na zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej poświęcam 4 i więcej godzin tygodniowo
- e) praktycznie na każdym zajęciach nawiązuję do treści związanych z edukacją zdrowotną

**10. Jakie stosuje Pani/Pan metody aktywizujące podczas zajęć z edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) dyskusja
  - b) wchodzenie w rolę, np. odgrywanie scenek
  - c) analizowanie i rozwiązywanie problemów, np. analiza przypadku
  - d) wizualizacja (mapa myśli, sporządzanie plakatów, układanie rebusów)
  - e) inne (jakie?)
- .....

**11. Jakie warunki stworzyło przedszkole celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej
  - b) czuwanie (monitoring) dyrekcji przedszkola nad prawidłową realizacją programu edukacji zdrowotnej
  - c) odpowiednie dostosowanie sal przedszkolnych i innych pomieszczeń, np. łazienek, do swobodnej edukacji zdrowotnej dzieci
  - d) wyposażenie sal przedszkolnych w odpowiedni sprzęt/materiały dydaktyczne
  - e) dbanie o prawidłowe odżywianie się dzieci, np. jadłospis ułożony w konsultacji z dietetykiem
  - f) przeszkolenie nauczycieli przedszkolnych w zakresie edukowania zdrowotnego
  - g) udostępnienie nauczycielom odpowiednich materiałów/środków dydaktyczno-wychowawczych
  - h) intensyfikacja stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania u dzieci rozumienia wagi zdrowia, higieny i bezpieczeństwa
  - i) nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci
  - j) korzystanie przez przedszkole z dofinansowań lokalnych, publicznych oraz unijnych w zakresie poprawy jakości działań przedszkola w odniesieniu do kształcenia zdrowotnego dzieci
  - k) ścisła współpraca z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci
  - l) przedszkole nie posiada odpowiednich warunków do skutecznej edukacji zdrowotnej
  - ł) inne (jakie?)
- .....

**12. Kto udziela Pani/Panu wsparcia/pomocy w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nikt nie udziela wsparcia
  - b) dyrektor przedszkola
  - c) doradca metodyczny
  - d) pracownik służby zdrowia, np. pielęgniarka, higienistka
  - e) inna osoba (jaka?)
- .....

**13. W jaki sposób dyrekcja wspiera edukację zdrowotną w przedszkolu? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie wspiera
  - b) w przedszkolu prowadzone są różne akcje oraz programy promocji zdrowia, które wspiera dyrekcja
  - c) dyrekcja sprawuje stałą kontrolę nad pracą nauczycieli
  - d) dyrekcja motywuje nauczycieli do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych w obszarze edukacji zdrowotnej
  - e) inny (jaki?)
- .....

**14. Jakie cele w zakresie kształcenia zdrowotnego w Pani/Pana opinii zakłada i realizuje przedszkole, w którym Pani/Pan pracuje? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o własne zdrowie
- b) uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o higienę osobistą
- c) kształtowanie u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych
- d) kształtowanie u dzieci umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań, np. mycie zębów, mycie rąk po wyjściu z toalety itp.
- e) umiejętność unikania przez dzieci zachowań potencjalnie szkodliwych dla ich zdrowia i bezpieczeństwa, np. przechodzenie na zielonym świetle, nierozmawianie z nieznajomymi itp.
- f) rozbudzanie zainteresowań prozdrowotnych u dzieci
- g) kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci
- h) kształtowanie motywacji u dzieci w zakresie dbania o własne zdrowie, higienę, bezpieczeństwo
- i) propagowanie wychowania dzieci w nawiązaniu do zasad dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo
- j) wytwarzanie u dzieci nawyku dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo
- k) wyrabianie szacunku u dzieci dla zdrowia i jego wartości w życiu każdego człowieka
- l) przedszkole nie realizuje żadnych treści/celów zdrowotnych
- ł) inne (jakie?)

.....

**15. Jakie zachowania prozdrowotne zaobserwował(a) Pani/Pan w ostatnim czasie u swoich podopiecznych? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) żadnych
- b) mycie rąk po wyjściu z toalety
- c) bardziej chętnie spożywanie przez dzieci warzyw i owoców
- d) zwiększenie aktywności ruchowej
- e) lepsza komunikacja z rówieśnikami
- f) inne (jakie?)

.....

**16. Proszę ustosunkować się do poniższych stwierdzeń na skali: 1 – zdecydowanie tak, 2 – raczej tak, 3 – nie mam zdania, 4 – raczej nie, 5 – zdecydowanie nie.**

Edukacja zdrowotna dzieci jest ważna na etapie wychowania przedszkolnego.	1	2	3	4	5
Treści nauczania wynikające z podstawy programowej są wystarczające i stwarzają szansę na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia.	1	2	3	4	5
Przedszkole, w którym Pani/Pan pracuje, stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie dzieci.	1	2	3	4	5
W przedszkolu, w którym Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia.	1	2	3	4	5

**17. Jakimi treściami z zakresu edukacji zdrowotnej w Pani/Pana opinii są zainteresowane dzieci? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) dzieci wykazują brak zainteresowania
- b) czynności samoobsługowe
- c) nawyki kulturalne i higieniczne
- d) porządek i ład w otoczeniu
- e) żywność i żywienie
- f) służba zdrowia
- g) aktywność ruchowa
- h) kultura czasu wolnego
- i) zagrożenia
- j) bezpieczeństwo na drodze i na placu zabaw



**18. Które z treści edukacji zdrowotnej zapisane w podstawie programowej wychowania przedszkolnego sprawiają Pani/Panu najwięcej trudności? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) żadne treści nie sprawiają mi trudności
- b) czynności samoobsługowe
- c) nawyki kulturalne i higieniczne
- d) porządek i ład w otoczeniu
- e) żywność i żywienie
- f) służba zdrowia
- g) aktywność ruchowa
- h) kultura czasu wolnego
- i) zagrożenia
- j) bezpieczeństwo na drodze i placu zabaw

**19. Jak Pani/Pan sądzi, z czego mogą wynikać trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolu, w którym Pani/Pan pracuje? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) z braku predyspozycji u dziecka wynikającego z uwarunkowań fizycznych
- b) z braku predyspozycji u dziecka wynikającego z uwarunkowań psychologicznych, np. brak motywacji/chęci do posiadania takiej wiedzy, rozkojarzenie, niedostosowanie społeczne itp.
- c) z braku stymulowania rozwoju zdrowotnego w domu rodzinnym dziecka
- d) z braku zaangażowania nauczyciela wychowania przedszkolnego
- e) z braku kompetencji nauczyciela wychowania przedszkolnego
- f) z braku zaangażowania dyrekcji przedszkola
- g) z braku środków finansowych na realizację niektórych przedsięwzięć prozdrowotnych w przedszkolu
- h) z braku współpracy pomiędzy rodzicami i nauczycielami wychowania przedszkolnego
- i) z braku odpowiedniego nadzoru kuratorium oświaty nad realizacją edukacji zdrowotnej w przedszkolu
- j) inne (jakie?)

.....

**20. Jak ocenia Pani/Pan swój poziom wiedzy o zdrowiu i swoje przygotowanie do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej?**

- a) bardzo nisko, zupełnie nie czuję się przygotowana(-y) merytorycznie do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej
- b) znam podstawowe pojęcia związane ze zdrowiem, ale uważam że mogłabym/mógłbym być lepiej przygotowana(-y) do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej
- c) moja wiedza o zdrowiu jest wysoka i czuję się w pełni przygotowana(-y) do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej
- d) nie mam zdania

**21. Co należałoby Pani/Pana zdaniem zrobić, aby pomóc nauczycielom w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) umożliwić nauczycielom uczestnictwo w specjalistycznych kursach
- b) przygotować specjalne podręczniki dla nauczycieli
- c) przygotować specjalne książeczki dla dzieci
- d) inne formy pomocy (jakie?)

.....

**22. Jaka formę podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej byłaby/byłby Pani/Pan skłonna(-y) podjąć?**

- a) żadnej
- b) studia licencjackie
- c) studia podyplomowe
- d) kurs w wymiarze 30 godzin
- e) kurs w wymiarze 100 godzin
- f) szkolenie na terenie przedszkola

**Metryczka:**

1. Płeć:
  - a) kobieta
  - b) mężczyzna
2. Wiek: .....
3. Staż pracy: .....
4. Stopień awansu zawodowego
  - a) nauczyciel stażysta
  - b) nauczyciel kontraktowy
  - c) nauczyciel mianowany
  - d) nauczyciel dyplomowany
5. Ukończone dodatkowe kursy/szkolenia: .....

Serdecznie dziękuję za wypełnienie ankiety!

(źródło: opracowanie własne)

**Kwestionariusz ankiety dla nauczycieli edukacji  
wczesnoszkolnej**

Uprzejmie proszę o rzetelne wypełnienie kwestionariusza ankiety. Niniejszy kwestionariusz ankiety jest anonimowy, a jedynym jego celem jest poszerzenie spektrum badawczego dotyczącego diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej w województwie śląskim na etapie edukacji wczesnoszkolnej w ramach realizowanej rozprawy doktorskiej.

**Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź przy każdym pytaniu, chyba że wskazano inaczej.**

- 1. Jak ocenia Pani/Pan przydatność edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej?**
  - a) nie ma znaczenia, ponieważ dzieci powinny być edukowane zdrowotnie dopiero na drugim etapie edukacyjnym
  - b) jest niezwykle ważna, ponieważ dziecko już od najmłodszych lat powinno być edukowane zdrowotnie
  - c) nie mam zdania
  - d) inne  
.....
  
- 2. Jak ocenia Pani/Pan poziom trafności doboru treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej wynikający z podstawy programowej?**
  - a) treści te nie są mi znane
  - b) treści nauczania są niewystarczające i powinny zostać poszerzone o dodatkowe zagadnienia (jakie?)  
.....
  - c) treści nauczania są trafnie dobrane i w pełni wyczerpują zakres wiedzy, jaką powinni posiadać uczniowie
  - d) nie mam zdania
  
- 3. W ramach jakich obszarów kształcenia Pani/Pana zdaniem powinna być realizowana tematyka edukacji zdrowotnej na etapie edukacji wczesnoszkolnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
  - a) edukacja społeczna
  - b) edukacja przyrodnicza
  - c) edukacja polonistyczna
  - d) wychowanie fizyczne
  - e) na każdym przedmiocie
  - f) na nowo utworzonym przedmiocie, np. „zdrowie”
  - g) nie mam zdania
  
- 4. Czy realizuje Pani/Pan w pełni treści edukacji zdrowotnej zgodnie z podstawą programową kształcenia ogólnego dla klas I-III?**
  - a) treści z zakresu edukacji zdrowotnej nie są mi znane
  - b) treści te są mi znane, ale nie realizuję ich na zajęciach
  - c) treści realizuję tylko częściowo, ponieważ nie czuję się w pełni przygotowana(-y) do ich przekazywania (które treści są realizowane?)  
.....
  - d) realizuję tylko te treści, które uważam za najważniejsze (jakie?)  
.....
  - e) realizuję w pełni treści edukacji zdrowotnej i uważam je za niezwykle ważne

**5. Z jakich programów pracy z zakresu edukacji zdrowotnej korzysta Pani/Pan podczas realizacji zajęć z uczniami? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie korzystam z żadnych programów
  - b) opieram się na podstawie programowej
  - c) korzystam z wewnątrzszkolnego programu profilaktycznego
  - d) korzystam z programu profilaktycznego ułożonego przez siebie samą/samego
  - e) korzystam z programów profilaktycznych oferowanych szkołom przez różne instytucje (jakich?)
- .....

**6. Którą z poniższych metod kształtowania zdrowego stylu życia realizuje Pani/Pan na zajęciach z edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) projekcja filmów animowanych / programów dydaktyczno-wychowawczych związanych z tematyką zdrowotną
  - b) malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną
  - c) śpiewanie piosenek o zdrowiu, o higienie, o bezpieczeństwie
  - d) grupowe prozdrowotne gry/zabawy dydaktyczne
  - e) ćwiczenia/zagadki/rebusy dydaktyczne podkreślające wagę zdrowia w życiu każdego człowieka
  - f) udział w grupowych konkursach zdrowotnych
  - g) spotkania dzieci z gośćmi specjalnymi w szkole, np. lekarzem, pielęgniarką, policjantem itp.
  - h) czytanie dzieciom książek z morałem dotyczącym tematyki kształtującej higienę, bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia
  - i) przeprowadzanie z dziećmi prostych doświadczeń/eksperymentów związanych z tematyką zdrowotną
  - j) wycieczki szkolne, np. do gabinetu stomatologicznego, do przychodni lekarskiej itp.
  - k) zajęcia wychowawczo-praktyczne, np. pokazywanie dzieciom, w jaki sposób szczotkować zęby, myć ręce, dbać o porządek, przechodzić przez ulicę, jakie potrawy są dla nich zdrowe, a jakie szkodliwe, w którym miejscu znajduje się dany narząd itp.
  - l) pokazywanie dzieciom rekwizytów/plansz/tablic/prezentacji multimedialnych związanych z tematyką zdrowotną, np. umiejscowienia poszczególnych części ciała człowieka
  - ł) szkoła nie kształtuje w żaden sposób zdrowego stylu życia u dzieci
  - m) inne (jakie?)
- .....

**7. Jak przeprowadza Pani/Pan diagnozę potrzeb i oczekiwań uczniów? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie przeprowadzam diagnozy potrzeb i oczekiwań uczniów
  - b) obserwacja pedagogiczna
  - c) analiza wytworów uczniów (rysunki, wypowiedzi uczniów)
  - d) dyskusje, rozmowy z uczniami
  - e) rozmowy z rodzicami uczniów
  - f) inne (jakie?)
- .....

**8. W jaki sposób dokonuje Pani/Pan ewaluacji po zakończonych zajęciach / bloku tematycznym z edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie dokonuję ewaluacji
  - b) poprzez obserwację pracy i osiągnięć uczniów
  - c) poprzez rozmowy z uczniami i ich rodzicami
  - d) inne (jakie?)
- .....

**9. Jak często nawiązuje Pani/Pan do treści z zakresu edukacji zdrowotnej podczas zajęć?**

- a) wcale nie nawiązuje
- b) na zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej poświęcam 1-2 godziny tygodniowo
- c) na zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej poświęcam 2-3 godziny tygodniowo
- d) na zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej poświęcam 4 i więcej godzin tygodniowo
- e) praktycznie na każdym zajęciach nawiązuję do treści związanych z edukacją zdrowotną

**10. Jakie stosuje Pani/Pan metody aktywizujące podczas zajęć z edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć większą liczbę odpowiedzi)**

- a) dyskusja
  - b) wchodzenie w rolę, np. odgrywanie scenek
  - c) analizowanie i rozwiązywanie problemów, np. analiza przypadku
  - d) wizualizacja (mapa myśli, sporządzanie plakatów, układanie rebusów)
  - e) inne (jakie?)
- .....

**11. Jakie warunki stworzyła szkoła celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej
  - b) czuwanie (monitoring) dyrekcji szkoły nad prawidłową realizacją programu edukacji zdrowotnej
  - c) odpowiednie dostosowanie sal szkolnych i innych pomieszczeń, np. łazienek do swobodnej edukacji zdrowotnej dzieci
  - d) wyposażenie sal szkolnych w odpowiedni sprzęt/materiały dydaktyczne
  - e) dbanie o prawidłowe odżywianie się dzieci, np. jadłospis ułożony w konsultacji z dietetykiem
  - f) przeszkolenie nauczycieli wczesnoszkolnych w zakresie edukowania zdrowotnego
  - g) udostępnienie nauczycielom odpowiednich materiałów/środków dydaktyczno-wychowawczych
  - h) intensyfikacja stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania u dzieci rozumienia wagi zdrowia, higieny i bezpieczeństwa
  - i) nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci
  - j) korzystanie przez szkołę z dofinansowań lokalnych, publicznych oraz unijnych w zakresie poprawy jakości działań szkoły w odniesieniu do kształcenia zdrowotnego dzieci
  - k) ścisła współpraca z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci
  - l) szkoła nie posiada odpowiednich warunków do skutecznej edukacji zdrowotnej
  - ł) inne (jakie?)
- .....

**12. Kto udziela Pani/Panu wsparcia/pomocy w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nikt nie udziela wsparcia
  - b) dyrektor szkoły
  - c) doradca metodyczny
  - d) nauczyciel wf-u
  - e) pracownik służby zdrowia, np. pielęgniarka, higienistka
  - f) inna osoba (jaka?)
- .....

**13. W jaki sposób dyrekcja wspiera edukację zdrowotną w szkole? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie wspiera
  - b) w szkole prowadzone są różne akcje oraz programy promocji zdrowia, które wspiera dyrekcja
  - c) dyrekcja sprawuje stałą kontrolę nad pracą nauczycieli
  - d) dyrekcja motywuje nauczycieli do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych w obszarze edukacji zdrowotnej
  - e) inny (jaki?)
- .....

**14. Jakie cele w zakresie kształcenia zdrowotnego w Pani/Pana opinii zakłada i realizuje szkoła, w której Pani/Pan pracuje? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o własne zdrowie
  - b) uwrażliwienie dzieci na potrzebę dbania o higienę osobistą
  - c) kształtowanie u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych
  - d) kształtowanie u dzieci umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań, np. mycie zębów, mycie rąk po wyjściu z toalety itp.
  - e) umiejętność unikania przez dzieci zachowań potencjalnie szkodliwych dla ich zdrowia i bezpieczeństwa, np. przechodzenie na zielonym świetle, nierozmawianie z nieznanymi itp.
  - f) rozbudzanie zainteresowań prozdrowotnych u dzieci
  - g) kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci
  - h) kształtowanie motywacji u dzieci w zakresie dbania o własne zdrowie, higienę, bezpieczeństwo
  - i) propagowanie wychowania dzieci w nawiązaniu do zasad dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo
  - j) wytwarzanie u dzieci nawyku dbania o zdrowie, higienę, bezpieczeństwo
  - k) wyrabianie szacunku u dzieci dla zdrowia i jego wartości w życiu każdego człowieka
  - l) szkoła nie realizuje żadnych treści/celów zdrowotnych
  - ł.) inne (jakie?)
- .....

**15. Jakie zachowania prozdrowotne zaobserwował(a) Pani/Pan w ostatnim czasie u swoich podopiecznych? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) żadnych
  - b) mycie rąk po wyjściu z toalety
  - c) bardziej chętnie spożywanie przez dzieci warzyw i owoców
  - d) zwiększenie aktywności ruchowej
  - e) lepsza komunikacja z rówieśnikami
  - f) inne (jakie?)
- .....

**16. Proszę ustosunkować się do poniższych stwierdzeń na skali: 1 – zdecydowanie tak, 2 – raczej tak, 3 – nie mam zdania, 4 – raczej nie, 5 – zdecydowanie nie.**

Edukacja zdrowotna uczniów jest ważna na etapie edukacji wczesnoszkolnej.	1	2	3	4	5
Treści nauczania wynikające z podstawy programowej są wystarczające i stwarzają szansę na osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w sferze zdrowia.	1	2	3	4	5
Szkoła, w której Pani/Pan pracuje, stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie dzieci.	1	2	3	4	5
W szkole, w której Pani/Pan pracuje, stosowane są różnorodne metody kształtowania u uczniów zdrowego stylu życia.	1	2	3	4	5

**17. Jakimi treściami z zakresu edukacji zdrowotnej w Pani/Pana opinii są zainteresowani uczniowie? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) dzieci wykazują brak zainteresowania
  - b) troska o ciało (higiena osobista, dbałość o postawę ciała)
  - c) zachowania sprzyjające zdrowiu (właściwe żywienie, aktywność fizyczna)
  - d) zachowanie bezpieczeństwa i szukanie pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia
  - e) właściwe zachowanie w chorobie
  - f) inne (jakie?)
- .....

**18. Które z treści edukacji zdrowotnej zapisane w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla klas I-III sprawiają Pani/Panu największą trudność? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) żadne treści nie sprawiają mi trudności
  - b) troska o ciało (higiena osobista, dbałość o postawę ciała)
  - c) zachowania sprzyjające zdrowiu (właściwe żywienie, aktywność fizyczna)
  - d) zachowanie bezpieczeństwa i szukanie pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia
  - e) właściwe zachowanie w chorobie
  - f) inne (jakie?)
- .....

**19. Jak Pani/Pan sądzi, z czego mogą wynikać trudności w edukacji zdrowotnej dzieci w szkole, w której Pani/Pan pracuje? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) z braku predyspozycji u dziecka wynikającego z uwarunkowań fizycznych
  - b) z braku predyspozycji u dzieci wynikającego z uwarunkowań psychologicznych, np. brak motywacji/chęci do posiadania takiej wiedzy, rozkojarzenie, niedostosowanie społeczne itp.
  - c) z braku stymulowania rozwoju zdrowotnego w domu rodzinnym dziecka
  - d) z braku zaangażowania nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej
  - e) z braku kompetencji nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej
  - f) z braku zaangażowania dyrekcji szkoły
  - g) z braku środków finansowych na realizację niektórych przedsięwzięć prozdrowotnych w szkole
  - h) z braku współpracy pomiędzy rodzicami i nauczycielami edukacji wczesnoszkolnej
  - i) z braku odpowiedniego nadzoru kuratorium oświaty nad realizacją edukacji zdrowotnej w szkole
  - j) inne (jakie?)
- .....

**20. Jak ocenia Pani/Pan swój poziom wiedzy o zdrowiu i swoje przygotowanie do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej?**

- a) bardzo nisko, zupełnie nie czuję się przygotowany merytorycznie do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej
- b) znam podstawowe pojęcia związane ze zdrowiem, ale uważam że mogłabym/mógłbym być lepiej przygotowana(-y) do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej
- c) moja wiedza o zdrowiu jest wysoka i czuję się w pełni przygotowana(-y) do realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej
- d) nie mam zdania

**21. Co należałoby Pani/Pana zdaniem zrobić, aby pomóc nauczycielom w lepszej realizacji zagadnień związanych z edukacją zdrowotną? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) umożliwić nauczycielom uczestnictwo w specjalistycznych kursach
  - b) przygotować specjalne podręczniki dla nauczycieli
  - c) przygotować specjalne podręczniki dla uczniów
  - d) inne formy pomocy (jakie?)
- .....

**22. Jaka formę podnoszenia kwalifikacji z zakresu edukacji zdrowotnej byłaby/byłby Pani/Pan skłonna(-y) podjąć?**

- a) żadnej
- b) studia licencjackie
- c) studia podyplomowe
- d) kurs w wymiarze 30 godzin
- e) kurs w wymiarze 100 godzin
- f) szkolenie na terenie szkoły

**Metryczka:**

1. Płeć:
  - a) kobieta
  - b) mężczyzna
  
2. Wiek: .....
  
3. Staż pracy
  - a) do 1 roku
  - b) od 1 roku do 5 lat
  - c) od 5 lat do 10 lat
  - d) od 10 do 20 lat
  - e) powyżej 20 lat
  
4. Stopień awansu zawodowego
  - a) nauczyciel stażysta
  - b) nauczyciel kontraktowy
  - c) nauczyciel mianowany
  - d) nauczyciel dyplomowany
  
5. Ukończone kursy/szkolenia: .....

Serdecznie dziękuję za wypełnienie ankiety!



(źródło: opracowanie własne)

**Kwestionariusz ankiety dla rodziców dzieci w wieku  
przedszkolnym**

Uprzejmie proszę o rzetelne wypełnienie kwestionariusza ankiety. Niniejszy kwestionariusz ankiety jest anonimowy, a jedynym jego celem jest poszerzenie spektrum badawczego dotyczącego diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej w województwie śląskim na etapie wychowania przedszkolnego w ramach realizowanej rozprawy doktorskiej.

**Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź przy każdym pytaniu, chyba że wskazano inaczej.**

- 1. Jakie cele w zakresie kształcenia zdrowotnego w Pani/Pana opinii zakłada i realizuje przedszkole, do którego uczęszcza Pani/Pana dziecko? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
  - a) uwrażliwienie dzieci na konieczność dbania o własne zdrowie
  - b) uwrażliwienie dzieci na konieczność dbania o higienę osobistą
  - c) kształtowanie u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych
  - d) kształtowanie u dzieci umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań, np. mycie zębów, mycie rąk po wyjściu z toalety itp.
  - e) umiejętność unikania przez dzieci zachowań potencjalnie szkodliwych dla ich zdrowia i bezpieczeństwa, np. przechodzenie na zielonym świetle, nierozmawianie z nieznajomymi itp.
  - f) rozbudzanie zainteresowań prozdrowotnych u dzieci
  - g) inne (jakie?) .....
  
- 2. Proszę wskazać metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci stosowane w Pani/Pana opinii przez przedszkole, do którego uczęszcza Pani/Pana dziecko (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi).**
  - a) projekcja filmów animowanych / programów dydaktyczno-wychowawczych związanych z tematyką zdrowotną
  - b) malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną
  - c) śpiewanie piosenek o zdrowiu, o higienie, o bezpieczeństwie
  - d) grupowe prozdrowotne gry/zabawy dydaktyczne
  - e) ćwiczenia/zagadki/rebusy dydaktyczne podkreślające wagę zdrowia w życiu każdego człowieka
  - f) udział w grupowych konkursach zdrowotnych
  - g) spotkania dzieci z gośćmi specjalnymi w szkole, np. lekarzem, pielęgniarką, policjantem itp.
  - h) czytanie dzieciom książek z morałem dotyczącym tematyki kształtującej higienę, bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia
  - i) przeprowadzanie z dziećmi prostych doświadczeń/eksperymentów związanych z tematyką zdrowotną
  - j) wycieczki szkolne, np. do gabinetu stomatologicznego, do przychodni lekarskiej itp.
  - k) zajęcia wychowawczo-praktyczne, np. pokazywanie dzieciom, w jaki sposób szczotkować zęby, myć ręce, dbać o porządek, przechodzić przez ulicę, jakie potrawy są dla nich zdrowe, a jakie szkodliwe, w którym miejscu znajduje się dany narząd itp.
  - l) pokazywanie dzieciom rekwizytów/plansz/tablic/prezentacji multimedialnych związanych z tematyką zdrowotną, np. umiejscowienia poszczególnych części ciała człowieka
  - ł) szkoła nie kształtuje w żaden sposób zdrowego stylu życia u dzieci
  - m) inne (jakie?) .....
  
- 3. Jakie warunki Pani/Pana zdaniem stworzyło przedszkole, do którego uczęszcza Pani/Pana dziecko, celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
  - a) zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej
  - b) czuwanie (monitoring) dyrekcji przedszkola nad prawidłową realizacją programu edukacji zdrowotnej

- c) odpowiednie dostosowanie sal przedszkolnych i innych pomieszczeń, np. łazienek, do swobodnej edukacji zdrowotnej dzieci
  - d) wyposażenie sal przedszkolnych w odpowiedni sprzęt/materiały dydaktyczne
  - e) dbanie o prawidłowe odżywianie się dzieci, np. jadłospis ułożony w konsultacji z dietetykiem
  - f) przeszkolenie nauczycieli wychowania przedszkolnego w zakresie edukowania zdrowotnego
  - g) udostępnienie nauczycielom odpowiednich materiałów/środków dydaktyczno-wychowawczych
  - h) intensyfikacja stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania u dzieci rozumienia wagi zdrowia, higieny i bezpieczeństwa
  - i) nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci
  - j) korzystanie przez przedszkole z dofinansowań lokalnych, publicznych oraz unijnych w zakresie poprawy jakości działań przedszkola w odniesieniu do kształcenia zdrowotnego dzieci
  - k) ścisła współpraca z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci
  - l) przedszkole nie posiada odpowiednich warunków do skutecznej edukacji zdrowotnej
  - l) inne (jakie?) .....
- 4. W jakie działania z zakresu edukacji zdrowotnej było zaangażowane Pani/Pana dziecko? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
- a) nie było zaangażowane
  - b) występy o tematyce zdrowotnej
  - c) konkursy o tematyce zdrowotnej
  - d) inne (jakie?).....
- 5. Jakie zachowania prozdrowotne zaobserwował(a) Pani/Pan w ostatnim czasie u swojego dziecka? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
- a) żadnych (proszę przejść do pytania nr 7)
  - b) mycie rąk po wyjściu z toalety
  - c) chętniejsze spożywanie przez dzieci warzyw i owoców
  - d) większe zainteresowanie dziecka tematyką zdrowia
  - e) inne (jakie?) .....
- 6. Czy zaobserwowane u Pani/Pana dziecka zachowania prozdrowotne mogą wynikać z kształcenia zdrowotnego z ramienia przedszkola, do którego uczęszcza dziecko?**
- a) tak – jest to zdecydowana zasługa przedszkola
  - b) tak – jest to po części zasługa przedszkola, jak i moja
  - c) zaobserwowane zachowania prozdrowotne to nie zasługa przedszkola, gdyż dziecko jest edukowane zdrowotnie przeze mnie
  - d) nie, nie uważam, żeby przedszkole mogło wpłynąć na zachowania prozdrowotne mojego dziecka
- 7. Czy dostrzega Pani/Pan jakieś trudności w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu, do którego uczęszcza Pani/Pana dziecko? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
- a) nie dostrzegam
  - b) za mało godzin dydaktycznych jest przeznaczonych na realizację edukacji zdrowotnej
  - c) uważam, że nauczyciel nie jest merytorycznie przygotowany do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej
  - d) brak współpracy z rodzicami
  - e) przedszkole nie przywiązuje wagi do edukacji zdrowotnej dzieci
  - f) inne (jakie?) .....
- 8. W jaki sposób przedszkole, do którego uczęszcza Pani/Pana dziecko, zapoznało Państwa z podstawą programową oraz z realizowanymi programami profilaktyki z zakresu edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
- a) nie zostałem(-am) zapoznany(-a)
  - b) na zebraniu z rodzicami
  - c) informacje te są dostępne na stronie internetowej przedszkola
  - d) informacje te są dostępne na tablicy informacyjnej w przedszkolu
  - e) przekazano kserokopię z podstawą programową oraz programem profilaktyki

**9. W jaki sposób przedszkole włącza Panią/Pana w kształtowanie świadomości zdrowotnej Państwa dzieci? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie włącza
- b) informuje o zadaniach realizowanych w przedszkolu
- c) organizuje warsztaty oraz szkolenia na temat edukacji zdrowotnej dla rodziców
- d) rozdaje rodzicom gazetki i biuletyny informacyjne
- e) organizuje konkursy oraz uroczystości prozdrowotne, na które są zapraszani rodzice
- f) inne /jakie?/ .....

**10. W jakiej formie przedszkole informuje rodziców o prowadzonych zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie informuje
- b) tablica informacyjna dla rodziców
- c) na zebraniu z rodzicami
- d) poprzez stronę internetową
- e) inne (jakie?) .....

**11. W jaki sposób przedszkole współpracuje z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie współpracuje
- b) przekazuje informacje o stanie zdrowia Państwa dziecka
- c) uzgadnia z Państwem tematy z zakresu edukacji zdrowotnej
- d) zachęca rodziców posiadających odpowiednie kompetencje do prowadzenia niektórych zajęć
- e) stwarza rodzicom możliwość wyrażania swoich opinii o tym, co dziecko wyniosło z zajęć i jaki to ma wpływ na jego zachowania zdrowotne
- f) organizuje dni otwarte w celu zapoznania rodziców z warunkami i metodami pracy nauczycieli
- g) inne (jakie?) .....

**12. W jakie działania z zakresu edukacji zdrowotnej chciałaby/chciałby Pani/Pan być zaangażowana(-y)? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie chciałabym / nie chciałbym być zaangażowana(-y)
- b) czytanie dzieciom bajek o tematyce zdrowotnej
- c) organizacja dni otwartych / imprez o tematyce zdrowotnej
- d) pomoc w przeprowadzaniu zajęć
- e) inne (jakie?) .....

**13. W organizowaniu jakich imprez dotyczących edukacji zdrowotnej brał(a) Pani/Pan udział? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nigdy nie brałam(-em) udziału
- b) czytanie dzieciom bajek o tematyce zdrowotnej
- c) pomoc w organizowaniu dni otwartych / imprez o tematyce zdrowotnej dla rodziców
- d) pomoc w przeprowadzaniu zajęć jako specjalista z danej dziedziny
- e) inne (jakie?) .....

**14. Proszę ustosunkować się do poniższych stwierdzeń na skali: 1 – zdecydowanie tak, 2 – raczej tak, 3 – nie mam zdania, 4 – raczej nie, 5 – zdecydowanie nie.**

Przedszkole, do którego uczęszcza Pani/Pana dziecko, realizuje treści z zakresu edukacji zdrowotnej.	1	2	3	4	5
Przedszkole, do którego uczęszcza Pani/Pana dziecko, stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie dzieci.	1	2	3	4	5
Przedszkole, do którego uczęszcza Pani/Pana dziecko, stosuje różnorodne formy kształtowania u dzieci zdrowego stylu życia.	1	2	3	4	5

**Metryczka:**

1. Płeć:
  - a) kobieta
  - b) mężczyzna
  
2. Wiek: .....
  
3. Wykształcenie:
  - a) podstawowe/gimnazjalne
  - b) zawodowe
  - c) średnie/technikum
  - d) policealne/pomaturalne
  - e) wyższe
  
4. Stan cywilny:
  - a) panna/kawaler
  - b) mężatka/żonaty
  - c) rozwiedziona/rozwiedziony
  - d) wdowa/wdowiec
  
5. Status materialny:
  - a) bardzo niski
  - b) niski
  - c) średni
  - d) wysoki
  - e) bardzo wysoki

Serdecznie dziękuję za wypełnienie ankiety!

## ANEKS NR 12

(źródło: opracowanie własne)

### Kwestionariusz ankiety dla rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym

Uprzejmie proszę o rzetelne wypełnienie kwestionariusza ankiety. Niniejszy kwestionariusz ankiety jest anonimowy, a jedynym jego celem jest poszerzenie spektrum badawczego dotyczącego diagnozy i ewaluacji rozwiązań systemowych w zakresie edukacji zdrowotnej w województwie śląskim na etapie edukacji wczesnoszkolnej w ramach realizowanej rozprawy doktorskiej.

**Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź przy każdym pytaniu, chyba że wskazano inaczej.**

1. **Jakie cele w zakresie kształcenia zdrowotnego w Pani/Pana opinii zakłada i realizuje szkoła, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
  - a) uwrażliwienie dzieci na konieczność dbania o własne zdrowie
  - b) uwrażliwienie dzieci na konieczność dbania o higienę osobistą
  - c) kształtowanie u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych
  - d) kształtowanie u dzieci umiejętności stosowania prozdrowotnych zachowań, np. mycie zębów, mycie rąk po wyjściu z toalety itp.
  - e) umiejętność unikania przez dzieci zachowań potencjalnie szkodliwych dla ich zdrowia i bezpieczeństwa, np. przechodzenie na zielonym świetle, nierozmawianie z nieznajomymi itp.
  - f) rozbudzanie zainteresowań prozdrowotnych u dzieci
  - g) inne (jakie?) .....
  
2. **Proszę wskazać metody kształtowania zdrowego stylu życia u dzieci stosowane w Pani/Pana opinii przez szkołę, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi).**
  - a) projekcja filmów animowanych / programów dydaktyczno-wychowawczych związanych z tematyką zdrowotną
  - b) malowanie rysunków związanych z tematyką zdrowotną
  - c) śpiewanie piosenek o zdrowiu, o higienie, o bezpieczeństwie
  - d) grupowe prozdrowotne gry/zabawy dydaktyczne
  - e) ćwiczenia/zagadki/rebusy dydaktyczne podkreślające wagę zdrowia w życiu każdego człowieka
  - f) udział w grupowych konkursach zdrowotnych
  - g) spotkania dzieci z gośćmi specjalnymi w szkole, np. lekarzem, pielęgniarką, policjantem itp.
  - h) czytanie dzieciom książek z morałem dotyczącym tematyki kształtującej higienę, bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia
  - i) przeprowadzanie z dziećmi prostych doświadczeń/eksperymentów związanych z tematyką zdrowotną
  - j) wycieczki szkolne, np. do gabinetu stomatologicznego, do przychodni lekarskiej itp.
  - k) zajęcia wychowawczo-praktyczne, np. pokazywanie dzieciom, w jaki sposób szczotkować zęby, myć ręce, dbać o porządek, przechodzić przez ulicę, jakie potrawy są dla nich zdrowe, a jakie szkodliwe, w którym miejscu znajduje się dany narząd itp.
  - l) pokazywanie dzieciom rekwizytów/plansz/tablic/prezentacji multimedialnych związanych z tematyką zdrowotną, np. umiejscowienia poszczególnych części ciała człowieka
  - ł) szkoła nie kształtuje w żaden sposób zdrowego stylu życia u dzieci
  - m) inne (jakie?) .....
  
3. **Jakie warunki Pani/Pana zdaniem stworzyła szkoła, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko, celem maksymalizacji edukacji zdrowotnej dzieci? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**
  - a) zatrudnianie jedynie wykwalifikowanej i kompetentnej kadry pedagogicznej
  - b) czuwanie (monitoring) dyrekcji szkoły nad prawidłową realizacją programu edukacji zdrowotnej
  - c) odpowiednie dostosowanie sal szkolnych i innych pomieszczeń, np. łazienek, do swobodnej edukacji zdrowotnej dzieci

- d) wyposażenie sal szkolnych w odpowiedni sprzęt/materiały dydaktyczne
- e) dbanie o prawidłowe odżywianie się dzieci, np. jadłospis ułożony w konsultacji z dietetykiem
- f) przeszkolenie nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w zakresie edukowania zdrowotnego
- g) udostępnienie nauczycielom odpowiednich materiałów/środków dydaktyczno-wychowawczych
- h) intensyfikacja stymulacji procesów poznawczo-socjalizacyjnych w zakresie kształtowania u dzieci rozumienia wagi zdrowia, higieny i bezpieczeństwa
- i) nacisk na zróżnicowane i ciekawe zajęcia mające na celu kształtowanie zdrowego stylu życia u dzieci
- j) korzystanie przez szkołę z dofinansowań lokalnych, publicznych oraz unijnych w zakresie poprawy jakości działań szkoły w odniesieniu do kształcenia zdrowotnego dzieci
- k) ścisła współpraca z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci
- l) szkoła nie posiada odpowiednich warunków do skutecznej edukacji zdrowotnej
- ł) inne (jakie?) .....

**4. W jakie działania z zakresu edukacji zdrowotnej było zaangażowane Pani/Pana dziecko? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie było zaangażowane
- b) występy o tematyce zdrowotnej
- c) konkursy o tematyce zdrowotnej
- d) inne (jakie?) .....

**5. Jakie zachowania prozdrowotne zaobserwował(a) Pani/Pan w ostatnim czasie u swojego dziecka? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) żadnych (proszę przejść do pytania nr 7)
- b) mycie rąk po wyjściu z toalety
- c) chętniejsze spożywanie przez dzieci warzyw i owoców
- d) większe zainteresowanie dziecka tematyką zdrowia
- e) inne (jakie?) .....

**6. Czy zaobserwowane u Pani/Pana dziecka zachowania prozdrowotne mogą wynikać z kształcenia zdrowotnego z ramienia szkoły, do której uczęszcza dziecko?**

- a) tak – jest to zdecydowana zasługa szkoły
- b) tak – jest to po części zasługa szkoły, jak i moja
- c) zaobserwowane zachowania prozdrowotne to nie zasługa szkoły, gdyż dziecko jest edukowane zdrowotnie przeze mnie
- d) nie, nie uważam, żeby szkoła mogła wpłynąć na zachowania prozdrowotne mojego dziecka

**7. Czy dostrzega Pani/Pan jakieś trudności w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej w szkole, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie dostrzegam
- b) za mało godzin dydaktycznych jest przeznaczonych na realizację edukacji zdrowotnej
- c) uważam, że nauczyciel nie jest merytorycznie przygotowany do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej
- d) brak współpracy z rodzicami
- e) szkoła nie przywiązuje wagi do edukacji zdrowotnej dzieci
- f) inne (jakie?) .....

**8. W jaki sposób szkoła, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko, zapoznało Państwa z podstawą programową oraz z realizowanymi programami profilaktyki z zakresu edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie zostałam(-em) zapoznana(-y)
- b) na zebraniu z rodzicami
- c) informacje te są dostępne na stronie internetowej szkoły
- d) informacje te są dostępne na tablicy informacyjnej w szkole
- e) przekazano kserokopię z podstawą programową oraz programem profilaktyki

**9. W jaki sposób szkoła włącza Panią/Pana w kształtowanie świadomości zdrowotnej Państwa dzieci? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie włącza
- b) informuje o zadaniach realizowanych w szkole
- c) organizuje warsztaty oraz szkolenia na temat edukacji zdrowotnej dla rodziców
- d) rozdaje rodzicom gazetki i biuletyny informacyjne
- e) organizuje konkursy oraz uroczystości prozdrowotne, na które są zapraszani rodzice
- f) inne (jakie?) .....

**10. W jakiej formie szkoła informuje rodziców o prowadzonych zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie informuje
- b) tablica informacyjna dla rodziców
- c) na zebraniu z rodzicami
- d) poprzez stronę internetową
- e) inne (jakie?) .....

**11. W jaki sposób szkoła współpracuje z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie współpracuje
- b) przekazuje informacje o stanie zdrowia Państwa dziecka
- c) uzgadnia z Państwem tematy z zakresu edukacji zdrowotnej
- d) zachęca rodziców posiadających odpowiednie kompetencje do prowadzenia niektórych zajęć
- e) stwarza rodzicom możliwość wyrażania swoich opinii o tym, co dziecko wyniosło z zajęć i jaki to ma wpływ na jego zachowania zdrowotne
- f) organizuje dni otwarte w celu zapoznania rodziców z warunkami i metodami pracy nauczycieli
- g) inne (jakie?) .....

**12. W jakie działania z zakresu edukacji zdrowotnej chciałaby/chciałby Pani/Pan być zaangażowana(-y)? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nie chciałabym / nie chciałbym być zaangażowana(-y)
- b) czytanie dzieciom bajek o tematyce zdrowotnej
- c) organizacja dni otwartych / imprez o tematyce zdrowotnej
- d) pomoc w przeprowadzaniu zajęć
- e) inne (jakie?) .....

**13. W organizowaniu jakich imprez dotyczących edukacji zdrowotnej brał(a) Pani/Pan udział? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)**

- a) nigdy nie brałam(-em) udziału
- b) czytanie dzieciom bajek o tematyce zdrowotnej
- c) pomoc w organizowaniu dni otwartych / imprez o tematyce zdrowotnej dla rodziców
- d) pomoc w przeprowadzaniu zajęć jako specjalista z danej dziedziny
- e) inne (jakie?) .....

**14. Proszę ustosunkować się do poniższych stwierdzeń na skali: 1 – zdecydowanie tak, 2 – raczej tak, 3 – nie mam zdania, 4 – raczej nie, 5 – zdecydowanie nie.**

Szkoła, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko, realizuje treści z zakresu edukacji zdrowotnej.	1	2	3	4	5
Szkoła, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko, stwarza odpowiednie warunki do tego, aby skutecznie edukować zdrowotnie uczniów.	1	2	3	4	5
Szkoła, do której uczęszcza Pani/Pana dziecko, stosuje różnorodne formy kształtowania u uczniów zdrowego stylu życia.	1	2	3	4	5

**Metryczka:**

1. Płeć:
  - a) kobieta
  - b) mężczyzna
  
2. Wiek: .....
  
3. Wykształcenie:
  - a) podstawowe/gimnazjalne
  - b) zawodowe
  - c) średnie/technikum
  - d) policealne/pomaturalne
  - e) wyższe
  
4. Stan cywilny:
  - a) panna/kawaler
  - b) mężatka/żonaty
  - c) rozwiedziona/rozwiedziony
  - d) wdowa/wdowiec
  
5. Status materialny:
  - a) bardzo niski
  - b) niski
  - c) średni
  - d) wysoki
  - e) bardzo wysoki

Serdecznie dziękuję za wypełnienie ankiety!



## ANEKS NR 13

### ZGODA RODZICÓW NA UDZIAŁ DZIECKA W BADANIU (WYWIAD FOKUSOWY) REALIZOWANYM NA POTRZEBY PRACY DOKTORSKIEJ

#### Przedmiot badania

Głównym przedmiotem badania jest edukacja zdrowotna oraz jej funkcje, treści i cele na etapie wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej, a także ich praktyczna realizacja na obszarze województwa śląskiego. Badanie skierowane jest do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (klasy I-III szkół podstawowych). Projekt realizowany jest przez firmę Biostat na zlecenie pani mgr Doroty Lamczyk, doktorantki Wydziału Psychologii i Pedagogiki na Uniwersytecie Śląskim.

#### Cel badania

Badanie ma charakter jakościowy i jest realizowane za pomocą grupowego wywiadu zogniskowanego (fokusowego) według przygotowanego wcześniej scenariusza. Spotkanie będzie miało charakter „pogadanki” z uczestnikami. Głównym celem prowadzonych działań jest **diagnoza i ewaluacja rozwiązań systemowych na etapie wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w województwie śląskim**. Badanie jest całkowicie anonimowe i dobrowolne, zaś uzyskane wyniki stanowiąc będą podstawę do ukończenia projektu naukowego, tj. pracy doktorskiej.

#### Informacje o badaniu

Jeśli zdecydują się Państwo pozwolić dziecku na uczestniczenie w badaniu, macie swobodę, aby wycofać swoje dziecko w dowolnym momencie. Co więcej, dziecko może także zaprzestać udziału w badaniu w każdej chwili. Przebieg spotkania będzie rejestrowany za pomocą dyktafonu. W spotkaniu weźmie udział od 6 do 10 dzieci. Realizacja badania zajmuje przeciętnie około 30-40 minut. Uczniowie biorący udział w badaniu odpowiadać będą na pytania w obecności nauczyciela wychowawcy.

#### Szczegółowe informacje na temat projektu naukowego:

- mgr Dorota Lamczyk, nr tel. 603 867 655, e-mail: [dorota\\_lamczyk@op.pl](mailto:dorota_lamczyk@op.pl) (Uniwersytet Śląski),
- dr Monika Kurpanik, tel. 666 068 671, e-mail: [mkurpanik@biostat.com.pl](mailto:mkurpanik@biostat.com.pl) (Biostat).

#### Dane dziecka:

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Nazwa szkoły/przedszkola	

#### Dane rodzica / opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko	
Adres	
Telefon kontaktowy	

.....

podpis rodzica/ opiekuna prawnego