



PL ISSN 0239-4839

**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO  
IM. BRONISŁAWA CZECHA W KRAKOWIE**

---

**ZESZYTY NAUKOWE NR 74**

**WYCHOWANIE ZDROWOTNE –  
OSIĄGNIĘCIA I PERSPEKTYWY  
WDRAŻANIA DO SZKÓŁ**

*Ogólnopolska Konferencja Naukowa  
Kraków 14—15 czerwca 1996*

**CZĘŚĆ II**

**KRAKÓW 1998**

Biblioteka Główna AWF w Krakowie



1800009553

7260

PL ISSN 0239-4839

**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO  
IM. BRONISŁAWA CZECHA W KRAKOWIE**

---

**ZESZYTY NAUKOWE NR 74**

**WYCHOWANIE ZDROWOTNE –  
OSIĄGNIĘCIA I PERSPEKTYWY  
WDRAŻANIA DO SZKÓŁ**

*Ogólnopolska Konferencja Naukowa  
Kraków 14—15 czerwca 1996*

**CZĘŚĆ II**



**KRAKÓW 1998**

## Komitet Organizacyjny

Przewodnicząca: **dr Weronika Wrona-Wolny**

Członkowie: **dr Bożena Makowska, mgr Krystyna Duśko,  
lek. med. Bożena Jawień, mgr Marta Wdowik**

## Kolegium Redakcyjne

Przewodniczący: **Janusz Zdebski**

Członkowie: **Marian Bukowiec, Henryk Grabowski,  
Anna Nowakowska, Krzysztof Spodaryk,  
Jan Szopa, Janusz Żarek**

Recenzent: **Prof. dr hab. med. Czesław Szmigił**

Redakcja naukowa: **Dr Weronika Wrona-Wolny  
Dr Bożena Makowska**



Korekta autorska

56846

Adres Redakcji: **Al. Jana Pawła II 78, 31-571 Kraków**

© Copyright by  
Academy of Physical Education  
in Cracow

Opracowanie DTP i druk: **Dział Poligrafii AWF  
Kraków, ul. Śniadeckich 12 B  
Zam. 185/98, nakład 200 egz.**

Atc. Nr 102 / D / 99 / 1.

616-058 (438) (061.3)



## WPROWADZENIE

SESJA NA TEMATY

Niniejsza publikacja zawiera referaty, które zostały wygłoszone podczas dwóch sesji tematycznych na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. „Wychowanie zdrowotne — osiągnięcia i perspektywy wdrażania do szkół”, zorganizowanej w dniach 14—15 czerwca 1996 roku w Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie.

Obrady odbywały się w czterech sesjach, przy czym wystąpienia uczestników sesji nt. „Podstawy teoretyczne i dorobek naukowy wychowania zdrowotnego” oraz „Edukacja zdrowotna w zakresie zapobiegania uzależnieniom dzieci i młodzieży” zamieszczono w odrębnych Zeszytach Naukowych AWF w Krakowie (część I).

W tym opracowaniu znajdują się wystąpienia przedstawione w trakcie sesji nt. „Przegląd programów nauczania wychowania zdrowotnego w placówkach oświatowo-wychowawczych” oraz „Metody pracy z dziećmi i młodzieżą w procesie wychowania zdrowotnego”. Ta część artykułów będzie szczególnie przydatna osobom, które zajmują się prowadzeniem edukacji zdrowotnej w przedszkolach, szkołach, internatach itd., ze względu na możliwość praktycznego wykorzystania doświadczeń Autorów prezentowanych wystąpień.

Mamy nadzieję, iż wypowiedzi specjalistów z różnych środowisk pozwolą na głębszą refleksję nad dalszymi badaniami w zakresie edukacji zdrowotnej.

*Weronika Wrona-Wolny  
Bożena Makowska*

# National Organization

1000 Pennsylvania Avenue, N.W.  
Washington, D.C. 20004  
Tel. (202) 462-1000

## MEMBERSHIP

Membership in the National Organization is open to all persons who are interested in the work of the organization. There are four classes of membership: Life, Sustaining, Regular, and Student. The dues for each class are as follows: Life, \$10,000; Sustaining, \$1,000; Regular, \$50; Student, \$25. All members receive the National Organization Bulletin and are eligible to vote in the election of the National Board of Directors.

If you are interested in becoming a member, please contact the National Office at the address above. If you are a student, please contact the National Office at the address above. If you are a life member, please contact the National Office at the address above. If you are a sustaining member, please contact the National Office at the address above. If you are a regular member, please contact the National Office at the address above. If you are a student member, please contact the National Office at the address above.

Write to:

National Office  
1000 Pennsylvania Avenue, N.W.  
Washington, D.C. 20004

Copyright © 1975 by National Organization  
All rights reserved. Printed in the U.S.A.  
ISBN 0-88480-100-0

1000 Pennsylvania Avenue, N.W.  
Washington, D.C. 20004

Wzrost i dojrzałość

Wzrost i dojrzałość

Wzrost

Wzrost i dojrzałość, Młoda Młodość

Wzrost i dojrzałość

Wzrost

## SESJA NA TEMAT:

# PRZEGLĄD PROGRAMÓW NAUCZANIA WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO W PLACÓWKACH OŚWIATOWO-WYCHOWAWCZYCH

Konferencja merytoryczna - (zobacz załącznik)

Wzrost i dojrzałość - (zobacz załącznik)

Wzrost i dojrzałość - (zobacz załącznik)

Wzrost i dojrzałość - (zobacz załącznik)

Wzrost i dojrzałość - (zobacz załącznik)

Wzrost i dojrzałość - (zobacz załącznik)



## **Maria Sokołowska**

Ministerstwo Edukacji Narodowej  
Warszawa

## **Barbara Woynarowska, Maria Monika Szymańska**

Instytut Matki i Dziecka  
Warszawa

# KONCEPCJA I PRZEBIEG PRAC NAD PROGRAMEM WSZECHSTRONNEJ EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE

Edukacja zdrowotna w szkole jest podstawowym prawem każdego dziecka. Uważa się, że jest to najbardziej opłacalna długofalowa inwestycja w zdrowie społeczeństwa (Nakaijma 1993).

### **Koncepcja wszechstronnej edukacji zdrowotnej**

Według Światowej Organizacji Zdrowia, UNICEF i UNESCO<sup>1</sup>, wszechstronną edukację zdrowotną w szkole (comprehensive health education) cechuje:

- holistyczne podejście do zdrowia i czynników, które je warunkują;
- wykorzystywanie wszystkich okoliczności do edukacji zdrowotnej, tzn. zintegrowanie jej z różnymi przedmiotami nauczania, docenianie wzorców ukazywanych przez nauczycieli, kształtowanie w szkole środowiska, które wspiera to, czego dziecko się uczy w klasie, korzystanie z pomocy różnych osób w szkole i poza nią;
- dążenie do harmonizowania informacji, które uczeń otrzymuje z różnych źródeł (środki masowego przekazu, reklamy, rodzina, szkoła, rówieśnicy, służba zdrowia).

Edukacja zdrowotna jest częścią edukacji o sobie i świecie. Powinna być obecna na co dzień w życiu i doświadczeniach dziecka. Nie może być zatem realizowana w szkole w formie pogadanek lub sporadycznych akcji, a nawet odrębnego przedmiotu nauczania (Sokołowska i wsp. 1994).

---

<sup>1</sup> WHO, UNESCO, UNICEF — *Wszechstronna edukacja zdrowotna. Przewodnik do działania*. Linder 1993, 5, 4.



## **Aktualna sytuacja w zakresie edukacji zdrowotnej w Polsce**

W 1982 r. ukazały się „Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej”. Wydaniu ich nie towarzyszyły inne działania umożliwiające ich realizację, tzn. kształcenie i doskonalenie nauczycieli, doradztwo metodyczne, produkcja materiałów oraz pomocy dla uczniów i nauczycieli.

W ostatnich latach w wielu ośrodkach w kraju zaczęły powstawać różnorodne programy edukacyjne, głównie ukierunkowane na profilaktykę uzależnień. W ośrodku lubelskim opracowano wieloaspektowy program wychowania zdrowotnego, którego głównym realizatorem mają być pielęgniarki szkolne (Charzyńska-Gula 1993). Do szkół wprowadzane są programy edukacji ekologicznej, prorodzinnej, komunikacyjnej, antynikotynowej itd. Nasuwa się pytanie: czy szkoła sprosta realizacji tak wielu cząstkowych programów i zechce je na stałe „wbudować” w swój ogólny program.

### **Edukacja zdrowotna jako podstawowy element szkoły promującej zdrowie**

Koncepcja szkoły promującej zdrowie, której strategia jest obecnie sprawdzona prawie we wszystkich krajach Europy — zakłada, że jedną z trzech podstawowych cech takiej szkoły jest edukacja zdrowotna włączona do jej programu nauczania. Szkoła promująca zdrowie, wprowadzając wiele zmian w swojej praktyce, organizacji, stwarza warunki większej skuteczności edukacji zdrowotnej uczniów.

### **Prace nad programem wszechstronnej edukacji zdrowotnej w ramach projektu „Szkoła promująca zdrowie”**

Realizację projektu „Szkoła promująca zdrowie” (SzPZ) rozpoczęto w Polsce w końcu 1991 r. Już w pierwszych miesiącach okazało się, że nie możemy zaoferować szkołom, uczestniczącym w projekcie, programu edukacji zdrowotnej. Poszukując wzoru w innych krajach przyjęliśmy, że najbliższy naszym potrzebom jest model angielski, w którym edukacja zdrowotna jest obowiązującym programem międzyprzedmiotowym (cross curriculum). Przyjęto zatem koncepcję tzw. „ścieżki przedmiotowej”, która w przyszłości mogłaby połączyć się ze „ścieżką” edukacji ekologicznej i społecznej (Woynarowska 1995). Wykorzystano także jako wzór angielski program „Zdrowie dla życia”. Program ten jest spójny z koncepcją szkoły promującej zdrowie, gdyż jednym z jego autorów był T. Williams współtwórca koncepcji SzPZ (Williams i wsp. 1989).

Po przetłumaczeniu programu na język polski okazało się, że wymaga on istotnej adaptacji do warunków polskich. Prace nad tą adaptacją są kontynuowane w Instytucie Matki i Dziecka. Przygotowano wstępną wersję poradnika oraz przykładowe scenariusze dla nauczycieli klas O—VI (Szymańska i wsp. 1994).

## Założenia i konstrukcja programu „Zdrowie dla życia”

Przyjęto, że program szkolnej edukacji zdrowotnej powinien być:

- międzyprzedmiotowy — realizowany przez wszystkich nauczycieli;
- ramowy i elastyczny — łatwość doboru treści i metod w zależności od potrzeb, warunków;
- spiralny — powracanie do określonych tematów na różnych poziomach nauczania;
- rozpoczynany od poznania dotychczasowej wiedzy, doświadczeń i przekonań uczniów.

Program edukacji zdrowotnej adresowany jest do jednostki („Ja”) i uwzględnia trzy ze sobą powiązane aspekty

1. **Ja i troska o mnie.** Kluczowym zadaniem edukacji zdrowotnej jest udzielenie młodemu człowiekowi pomocy w trosce o siebie, w rozwoju poczucia własnej wartości. Można to osiągnąć umożliwiając dziecku branie odpowiedzialności za własne decyzje i działania (z uwzględnieniem poziomu jego rozwoju, zdolności i warunków). Ważne jest wyjaśnienie dziecku w każdym wieku co oznaczają określenia „odpowiedzialność”, „podejmowanie decyzji” oraz stwarzanie mu możliwości osiągnięcia sukcesu.

2. **Ja i moje relacje z innymi ludźmi.** Jakość naszych kontaktów z innymi ludźmi wpływa na nasze zdrowie. Wzorce relacji międzyludzkich tworzą dla dziecka rodzice i nauczyciele. Nie zawsze są to dobre przykłady. Kontakty „jednostka—jednostka”, „jednostka—grupa”, emocje z nimi związane oraz sposoby radzenia sobie z nimi stanowią ważny, ale często zaniedbywany aspekt edukacji zdrowotnej. Ważne jest zbadanie jak uczniowie postrzegają swoje postawy i zachowania wywołane przez inne osoby i swój wpływ na innych. W kontekście relacji interpersonalnych należy również realizować tematy związane z seksualnością człowieka.

3. **Ja i moje środowisko.** Nie jest możliwe, aby każdy z nas lubił wszystkich ludzi, jednakże społeczność, w idealistycznym rozumieniu, powinna się rozwijać w kierunku respektowania i tolerancji wobec różnic między jej członkami. Ważne jest, aby dziecko rozumiało co to jest społeczność (jak funkcjonują jej różne służby, np. zdrowia, socjalne) oraz środowisko fizyczne, w którym żyje. Należy uświadomić dziecku w jaki sposób ono samo może wpływać na środowisko? Jak środowisko wpływa na niego? Należy także wzmacniać u uczniów poczucie odpowiedzialności za środowisko lokalne i globalne.

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione aspekty określono cele edukacji zdrowotnej, tzn. co uczeń kończący dany poziom nauczania powinien wiedzieć, rozumieć oraz umieć.

Wyodrębniono siedem obszarów tematycznych:

Higiena osobista i otoczenia

Bezpieczeństwo i pierwsza pomoc

Żywność i żywienie

Aktywność fizyczna (czas wolny, odpoczynek)

Edukacja do życia w rodzinie; psychologiczne i środowiskowe aspekty edukacji zdrowotnej

Edukacja seksualna

Profilaktyka uzależnień.

Realizacja tego programu wymaga odpowiedniego przygotowania nauczycieli, w tym szczególnie w zakresie stosowania metod aktywizujących, uczenia się przez doświadczanie. Niezbędne jest także, aby nauczyciele dostrzegli, że w edukacji zdrowotnej nie pełnią roli wszytkowiedzącego eksperta, lecz doradcy ucznia (Sokołowska i wsp. 1994).

## PIŚMIENNICTWO

- Charzyńska-Gula M. (red.). 1993. *Program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*. Komisja Główna ZG Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Lublin.
- Nakaijma H. 1993. *Wprowadzenie w szkołach wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*. Lider, 5, 3.
- Sokołowska M., Woynarowska B., Szymańska M. M. 1994. *Zdrowie dla życia. Program edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie. Koncepcja, program, metody*. Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie.
- Szymańska M. M., Sokołowska M., Kręcisz A., Woynarowska B. 1994. *Zdrowie dla życia. Program edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie. Materiały dla nauczycieli klas O—III*. Warszawa.
- Williams T., Wetton N., Moon A. 1989. *Health for life 1*, Health Education Authority. England.
- Woynarowska B. (red). 1995. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Warszawa.



***Jerzy Rzepka, Adrian Czok***

Akademia Wychowania Fizycznego  
Katowice

## PROGRAM WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO REALIZOWANY PRZEZ SAMODZIELNY ZAKŁAD PROMOWANIA ZDROWIA AKADEMII WYCHOWANIA FIZYCZNEGO W KATOWICACH

Wychowanie zdrowotne, jako integralny przedmiot nauczania prowadzony przez Samodzielny Zakład Promowania Zdrowia Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach (ówczesny Zakład Higieny i Ekologii Człowieka), pojawiło się po raz pierwszy w roku akademickim 1991/92, w ramach specjalizacji WYCHOWANIE ZDROWOTNE. Było ono realizowane w wymiarze 1 godz. wykładu tygodniowo podczas jednego semestru i 2 godz. ćwiczeń tygodniowo podczas trzech semestrów. Przedmiot kończył się egzaminem.

Po zakończeniu w roku 1993 studiów przez studentów realizujących specjalizację WYCHOWANIE ZDROWOTNE, wymienioną specjalizację zlikwidowano, a sam przedmiot postanowiono włączyć do programu V semestru studiów na kierunku nauczycielskim, w ramach minimum programowego, przy znacznej redukcji liczby godzin. Od tego momentu WYCHOWANIE ZDROWOTNE jest realizowane w wymiarze 2 godz. ćwiczeń tygodniowo przez I semestr, a zajęcia z tego przedmiotu kończą się zaliczeniem na prawach egzaminu.

### **Cel zajęć prowadzonych z WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO (z konieczności ograniczonych do przyznanego limitu godzin)**

I. Zdobyć przez studentów wiadomości z zakresu:

1. podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem, wychowaniem zdrowotnym oraz promocją zdrowego stylu życia (promocja zdrowia),
2. pozytywnych i negatywnych mierników stanu zdrowia ludności (badania epidemiologiczne),
3. czynników decydujących o zdrowiu człowieka (środowiskowe, genetyczne, medyczne oraz tryb życia),
4. roli higieny, medycyny szkolnej oraz nauczyciela wf. w realizacji wychowania zdrowotnego (promocji zdrowia),

5. roli wychowania seksualnego w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży,
6. dojrzewania seksualnego chłopców i dziewcząt,
7. najczęstszych problemów psychoseksualnych dzieci i młodzieży,
8. sytuacji demograficznej w świecie i w kraju, planowania rodziny,
9. profilaktyki AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową.

II. Wyrobienie u studentów postaw i systemu wartości traktującego zdrowie jako wartość nadrzędną, którą należy nie tylko pielęgnować, ale poprawiać i doskonalić.

III. Zaprezentowanie studentom szerokiej gamy praktycznych możliwości realizacji wychowania zdrowotnego, zmierzających do opanowania technik związanych z promocją własnego zdrowia.

Środki służące do realizacji zamierzonych celów

- prelekcje
- dyskusje — „burza mózgów”
- pisemne opracowywanie przez studentów aktualnych zagadnień dotyczących wychowania zdrowotnego, zdrowego stylu życia oraz promocji zdrowia.

Tematyka programu nauczania WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO podzielona jest na dwa bloki.

W pierwszym bloku tematycznym są zawarte ogólne zagadnienia dotyczące zdrowia, wychowania zdrowotnego, higieny i medycyny szkolnej oraz czynników decydujących o zdrowiu człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. stylu życia i promocji zdrowia.

Drugi blok zagadnień jest poświęcony wychowaniu seksualnemu. Wieloletnie unikanie tematyki związanej z seksualnością człowieka doprowadziło do ogromnych zaniedbań w tej dziedzinie. Również dokonujące się przemiany społeczno-obyczajowe, prowadzące do traktowania seksu w sposób permissywny — przy dużym zagrożeniu chorobą AIDS i nie tylko — sprawiają, że zajęcia realizowane w ramach przedmiotu wychowanie seksualne są działaniem w pełni uzasadnionym i niezbędnym.

Tematyka ćwiczeń z WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO

1. Definicje zdrowia i choroby; pozytywne i negatywne mierniki stanu zdrowia ludności.
2. Definicja, cele, etapy i metody realizacji wychowania zdrowotnego.
3. Czynniki decydujące o zdrowiu; czynniki genetyczne a zdrowie.
4. Środowisko przyrodnicze a zdrowie.
5. Styl życia a zdrowie (aktywność ruchowa, stres, nikotynizm, alkoholizm i narkomania).
6. Żywność a zdrowie.
7. Choroby cywilizacyjne.
8. Wychowanie zdrowotne w szkole, medycyna szkolna.
9. Podstawowe zagadnienia wychowania seksualnego (definicje, cele, metody).
10. Psychofizjologia dojrzewania płciowego dziewcząt i chłopców.



11. Aktualne problemy seksualne dorastającej młodzieży.
12. Antykoncepcja (metody).
13. Choroby przenoszone drogą płciową oraz AIDS.

### Wnioski

1. W aktualnej formie wychowanie zdrowotne jest realizowane przez Samodzielny Zakład Promowania Zdrowia trzeci rok, przy czym program nauczania na bieżąco ulega drobnym korektom, mającym na celu przekazywanie studentom wiedzy jak najbardziej utylitarnej i nowoczesnej, mogącej znaleźć zastosowanie w codziennym życiu i w pracy z młodzieżą.
2. Istotną sprawą jest uświadomienie studentom w procesie nauczania roli jaką mają spełniać w kształtowaniu postaw prozdrowotnych przyszłych pokoleń i jakimi metodami mogą to osiągnąć.
3. Na podstawie obserwacji własnych oraz opinii studentów można stwierdzić, że tematyka poruszana w ramach wychowania zdrowotnego, jak też jej zakres odpowiada oczekiwaniom studentów. Świadczyć o tym może również systematyczny wzrost zainteresowania studentów tematami prac magisterskich prowadzonych przez Samodzielny Zakład Promowania Zdrowia, a dotyczących problematyki wychowania zdrowotnego w szerokim tego znaczeniu.
4. Można mieć nadzieję, że dobór treści programowych, jak również sposób ich realizacji przez pracowników Samodzielnego Zakładu Promowania Zdrowia, przyczyni się do bardziej wszechstronnego przygotowania absolwentów AWF do wykonywania przyszłego zawodu, a w tym do lepszego wykorzystania przez nich wychowania zdrowotnego w szkołach (promocji zdrowia).
5. Nieustanne zmiany organizacyjne, prowadzące do systematycznego i tak znacznego zmniejszania liczby godzin wychowania zdrowotnego, niosą ze sobą konieczność znacznego zawężenia treści programowych, a co za tym idzie — nie gwarantują realizacji programu nauczania przedmiotu na dotychczasowym wysokim poziomie, satysfakcjonującym zarówno pracowników Zakładu, jak też studentów.
6. Czynione przez pracowników Samodzielnego Zakładu Promowania Zdrowia oraz studentów AWF u władz uczelni intensywne starania i petycje o przywrócenie istniejącego limitu godzin dydaktycznych z zakresu WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO, w celu zapewnienia możliwości realizacji pełnego programu WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO w AWF w Katowicach, nie przyniosły, jak dotychczas, żadnego efektu.

### PIŚMIENNICTWO OBOWIĄZKOWE

- Aleksandrowicz J., Gumowska I. 1990. *Kuchnia i medycyna*. Watra, Warszawa.
- Boczkowski K. 1990. *Zarys genetyki medycznej*. PZWL, Warszawa.

- Demel M. 1968. *O wychowaniu zdrowotnym*. PZWSz, Warszawa.
- Demel M. 1980. *Pedagogika Zdrowia*. WSiP, Warszawa.
- Imieliński K. (red.). 1985. *Seksuologia biologiczna*. PAN, Warszawa.
- Izdebski Z. 1992. *Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce*. Zielona Góra.
- Jaczewski A. 1990. *Wstęp do dorosłości*. WSiP, Warszawa.
- Jaczewski A., Woynarowska B. (red.). 1982. *Dojrzewanie*. WSiP, Warszawa.
- Jędrzychowski W. (red.). 1986. *Choroby cywilizacyjne*. Ossolineum, Wrocław.
- Juszczak J., Gładysz A. 1993. *AIDS*. Volumed, Wrocław.
- Kokot F. 1991. *Choroby wewnętrzne*. PZWL, Warszawa.
- Kozłowski K. 1986. *Granice przystosowania*. Warszawa.
- Starowicz Z., Szczerba K. 1995. *Nowoczesne wychowanie seksualne*. BGW, Warszawa.
- Stasiak J. 1983. *Problemy środowiska przyrodniczego*. PWN, Warszawa.
- Woynarowska B. (red.). 1995. *Jak stworzymy szkołę promującą zdrowie*. Polski Zespół ds. Projektu „Szkoła Promująca Zdrowie”. Warszawa.

#### PIŚMIENNICTWO ZALECANE

- Dwumiesięcznik „Promocja Zdrowia”
- Dwumiesięcznik „Problemy Rodziny”
- Dwumiesięcznik „Zdrowie Publiczne”
- Miesięcznik „Poradnik Domowy”
- Miesięcznik „Lider”

## ZADANIA I CELE ŻYWIENIA W PROMOCJI ZDROWIA W SZKOLE

### Cel

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie możliwości wykorzystania współczesnego żywienia w promocji zdrowia w szkole.

### Wprowadzenie

W programie promocji zdrowia we współczesnej szkole powinno się położyć nacisk na te sfery ludzkiego zachowania, które mają podstawowe znaczenie dla utrzymania lub poprawy zdrowia człowieka. Oprócz higieny osobistej, wychowania seksualnego, aktywności fizycznej, umiejętności życia w rodzinie i w społeczeństwie, należy do nich współczesne żywienie.

Żywienie powinno stanowić bardzo istotny element promocji zdrowia w szkole. Przemawia za tym wiele powodów. Do najważniejszych z nich należą: od lat utrzymujące się w Polsce bardzo wysokie współczynniki zgonów spowodowane metabolicznymi chorobami cywilizacyjnymi (Bejnarowicz 1994, Chalcarz 1991, Drabik 1995), obserwowany wzrost uzależnienia młodzieży od alkoholu, palenia papierosów, używek i narkotyków (Drabik 1995, Szyszka 1993). Trzeba również pamiętać, że tylko prawidłowo ustalona dieta umożliwi człowiekowi optymalne funkcjonowanie i działanie w różnych warunkach i stanach fizjologicznych.

Z przeglądu literatury światowej wynika jednoznacznie, że we współczesnym świecie dzieci i młodzież stykają się ze wspaniałe zorganizowaną kampanią reklamowania żywności, nie uwzględniającą ani potrzeb organizmu dziecka, ani też możliwości oceny przekazywanych treści (Altemeier 1995, Kersting i wsp. 1995, Taras i Gage 1995). Dzieci i młodzież stają się również głównymi ofiarami profesjonalnie prowadzonych promocji i reklam „zdrowych” papierosów (Hastings i wsp. 1994, Rimpela i wsp. 1994, Talley 1995). Z kolei reklamy alkoholu stwarzają miraż szczęścia i dobrobytu. Dzieci są szczególnie podatne i bezsilne wobec reklamy telewizyjnej i radiowej (Derksen i Strasburger 1995, Kotz i Story 1994, Taras i Gage 1995).



Bardzo dużo dzieci żyje w rodzinach alkoholików oraz narkomanów i przez to jest szczególnie narażonych na oba te uzależnienia (Christensen 1993, Petermann 1995, Wilens i wsp. 1995).

Przy wprowadzaniu do szkół nauczania współczesnego żywienia trzeba również uwzględnić znaczenie prawidłowego żywienia w sporcie i w rekreacji (Chalcarz 1996, Chalcarz i Waliczek 1994), wzrastające zainteresowanie, przede wszystkim młodzieży i kobiet, wegetarianizmem (Ritter i Richter 1995, Sanders i Reddy 1994) i koniecznością życia dużej części społeczeństwa na terenach ekologicznie zagrożonych (Sargent 1994).

#### Zakres nauczania żywienia w szkole

Nauczanie żywienia w szkole powinno obejmować:

- zasady żywienia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych,
- zasady ustalania zbilansowanej diety wegetariańskiej,
- zalecenia odnośnie żywienia na terenach ekologicznie zagrożonych,
- zasady żywienia podczas wysiłków fizycznych,
- zagrożenia wynikające z picia alkoholu i palenia papierosów oraz możliwości leczenia tych nałogów,
- wiadomości o niebezpieczeństwie dla zdrowia zagrażającym osobom stosującym narkotyki, o sposobach odmowy ich przyjmowania w przypadku oferowania przez kolegów i zorganizowanych dealerów oraz o trudnościach w wyleczeniu się z tego uzależnienia,
- rolę reklamy oraz umiejętność oceny reklamowanego towaru, a przede wszystkim żywności, lekarstw, alkoholi, używek i papierosów,
- znaczenie ruchu konsumenckiego i rolę organizacji pozarządowych w promocji zdrowia społeczeństw krajów postindustrialnych.

Celowe jest, aby edukację żywieniową rozpocząć w ramach programu wychowania przedszkolnego i kontynuować w szkole podstawowej oraz ponadpodstawowej. Przedstawiony program powinien być realizowany w ramach wielu przedmiotów lub bloków przedmiotów (Chalcarz 1991, Chalcarz i wsp. 1991/92, Chalcarz i wsp. 1992/93). Szczególną rolę powinno odgrywać wychowanie fizyczne, kształcenie nauczycieli oraz przedszkolna i szkolna służba zdrowia (Chalcarz 1996, Chalcarz i wsp. 1991/92, Oździński i Chalcarz 1994).

#### Wychowanie przedszkolne

W ramach wychowania przedszkolnego dzieci powinny być przede wszystkim żywione zgodnie z zasadami profilaktyki metabolicznych chorób cywilizacyjnych<sup>1</sup>. Warto również zwrócić uwagę na przestrzeganie zasad zachowania się przy stole.

#### Nauczanie początkowe

Wiedzę na temat żywienia uczniowie powinni zdobywać na lekcjach środowiska społeczno-przyrodniczego (Chalcarz 1991, Chalcarz i wsp. 1991/92) już od pierwszej

<sup>1</sup> Committee on Medical Aspects of Food Policy 1984, National Research Council 1989.

klasy. Przede wszystkim należy nauczyć dzieci przygotowania prawidłowych posiłków. Oprócz tego wypada przekazać ogólne informacje o:

- związku pomiędzy odżywianiem a zdrowiem,
- aktualnych zaleceniach żywieniowych w profilaktyce chorób cywilizacyjnych,
- żywieniu na terenach ekologicznie zagrożonych,
- szkodliwości picia alkoholu i palenia papierosów,
- niebezpieczeństwie stosowania narkotyków i sposobach odmowy ich przyjmowania,
- reklamie żywności, lekarstw, alkoholi, używek i papierosów,
- zasadach pakowania żywności podczas zakupów, jej przechowywania i obróbki,
- nakrywaniu do stołu i zachowaniu się przy stole.

#### Klasy IV—VIII

Przy układaniu programu dla tej grupy młodzieży należy pamiętać, że dla większości uczniów przekazywana wiedza nie będzie już rozszerzana w toku dalszego kształcenia. Podstawową wiedzę teoretyczną na temat zasad żywienia, szkodliwości picia alkoholu i palenia papierosów, niebezpieczeństw używania narkotyków oraz miejsca i roli reklamy w życiu współczesnego człowieka uczniowie powinni zdobyć na lekcjach biologii i chemii. Praktyczne zajęcia z zakresu podstaw technologii przygotowania potraw należy prowadzić na lekcjach pracy—techniki, natomiast na lekcjach religii, etyki, języków, historii, geografii i plastyki trzeba zwracać uwagę uczniów na pozostałe elementy wychowania zdrowotnego. Na zajęciach kultury fizycznej uczniowie powinni nauczyć się i wdrożyć do uprawiania ćwiczeń relaksacyjnych i ogólnorozwojowych przydatnych w prewencji chorób cywilizacyjnych. Jednocześnie nauczyciel wychowania fizycznego powinien zwrócić uwagę na ważność żywienia w osiągnięciu wyników zarówno w gimnastyce korekcyjnej, jak i w sporcie oraz rekreacji (Chalcarz 1991 i 1996).

Główne cele nauczania żywienia winny być realizowane w klasach IV i VIII. W klasie IV powinno nastąpić zebranie i uporządkowanie dotychczasowej wiedzy uczniów na ten temat, natomiast w klasie VIII, czyli w ostatniej klasie szkoły podstawowej, należałoby wyposażać młodzież w aktualną wiedzę o:

- zasadach żywienia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych,
- zbilansowanej diecie wegetariańskiej,
- żywieniu na terenach ekologicznie zagrożonych,
- żywieniu podczas wysiłków fizycznych,
- zagrożeniach wynikających z picia alkoholu, palenia papierosów, stosowania narkotyków, szczególnie przez kobiety w ciąży i karmiące oraz możliwościach leczenia tych nałogów,
- miejscu i roli reklamy w życiu współczesnego społeczeństwa oraz sposobach oceny reklamowanego towaru, a przede wszystkim żywności, lekarstw, używek takich jak alkohol i papierosy.





- ważności ruchu konsumenckiego i roli organizacji pozarządowych w promocji zdrowia społeczeństw krajów postindustrialnych.

Szkoła ponadpodstawowa

Programy nauczania żywienia i wiedzy o żywności powinien uwzględniać profil szkoły (Chalcarz 1991).

## PIŚMIENNICTWO

- Altemeier W. A. 1995. *Is the media friend or foe to our children?* (editorial) *Pediatr. Ann.*, 24(2), 68—9.
- Bejnarowicz J. 1994. *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia.* *Promocja Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna*, 1 (1—2), 9—36.
- Chalcarz W. 1991. *Koncepcja nauczania zasad żywienia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych.* *Nowa Szkoła*, 6, 330—332.
- Chalcarz W. 1996. *Żywienie dla zdrowia.* Materiały Konferencji Naukowej: Dziecko w skażonym środowisku — kształtowanie zachowań prozdrowotnych. Legnica, 1—5.
- Chalcarz W., Romańska I., Ziętkiewicz E. 1991/92. *Konieczność uwzględnienia zasad żywienia w profilaktyce metabolicznych chorób cywilizacyjnych.* *Nauczanie początkowe*, 15, 47—50.
- Chalcarz W., Struś M., Maciejewska B. 1992/93. *Nauczanie zasad żywienia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych po wycofaniu środowiska społeczno-przyrodniczego z klas I i II.* *Nauczanie początkowe*, (3), 72—76.
- Chalcarz W., Waliczek G. 1994. *Wozmożności primienienija wiegietarianskoj diety w sportie.* *Problemy sporta wysszich dostizenij.* Minsk.
- Christensen E. 1993. *Born i familier med alkohol — og stofproblemer.* *Ugeskr-Laeger*, Jul 26, 155(30), 2356—7.
- Derksen D. J., Strasburger V. C. 1995. *Children and the influence of the media.* *Prim.Care*, 21(4), 747—58.
- Drabik J. 1995. *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa.* Część I. AWF, Gdańsk.
- Hastings G. B., Ryan H., Teer P., MacKintosh A. M. 1994. *Cigarette advertising and childrens's smoking: why Reg was withdrawn (see comments).* *BMJ*, 309(6959), 890—1.
- Kersting M., Hansen C., Schoch G. 1995. *Übersicht der derzeitigen Nährstoffanreicherung von Lebensmitteln in Deutschland.* *Z. Ernährungswiss*, 34(4), 253—60.
- Kotz K., Story M. 1994. *Food advertisements during children's Saturday morning television programming: are they consistent with dietary recommendations?* *J. Am. Diet. Assoc.*, 94(11), 1296—300.

- Ożdziński J., Chalcarz W. 1994. *Zdrowie przez wychowanie fizyczne i sport*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 41, 193—197.
- Petermann F. 1995. *Kinder aus Alkohol— und Drogenfamilien*. Entwicklungsrisiken und Pravektion. Z.Klin.Psychol.Psychopathol.Psychother., 43(1), 4—17.
- Rimpela M. K., Aaro L. E., Rimpela A. H. 1994. *The effects of tobacco sales promotion on initiation of smoking-experiences from Finland and Norway (see comments)*. Scand. J. Soc. Med., 22(3), 235—6.
- Ritter M. M., Richter W. O. 1995. *Gesundheitliche Auswirkungen einer vegetarischen Lebensweise*. Fortschr.Med., 113(16), 239—42.
- Sanders T. A., Reddy S. 1994. *Vegetarian diets and children*. Am. J. Clin. Nutr., 59(5 Suppl.), 1176S—1181S.
- Sargent J. D. 1994. *The role of nutrition in the prevention of lead poisoning in children*. Pediatr. Ann., 23(11), 636—42.
- Szyszkla K. 1993. *Palenie tytoniu, picie alkoholu i stosowanie środków odurzających przez młodzież szkół średnich*. Monografie, Podręczniki, Skrypty AWF, Poznań, 311.
- Talley C. R. 1995. *Tobacco: save the children, help the addicted* (editorial). Am. J. Health.Syst.Pharm., 52(3), 261.
- Taras H. L., Gage M. 1995. *Advertised foods on children's television*. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 149(6), 649—52.
- Wilens T. E., Biederman J., Kiely K., Bredin E., Spencer T. J. 1995. *Pilot study of behavioral and emotional disturbances in the high—risk children of parents with opioid dependence*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 34(6), 779—85.







Bloki tematyczne programu zostały rozdzielone na cały okres trwania działań edukacyjnych<sup>1</sup>. Głównymi cechami różniącymi nasz program od pozostałych tego typu programów proponowanych szkole obecnie, są:

- wydzielenie bloku tematycznego (jednego z ośmiu) „promocja zdrowia”, koncentrującego się na przybliżeniu odbiorcom programu istoty zdrowia, niezależnie od jego uwarunkowań,
- konstrukcja bloku „życie w rodzinie”, który mieści w sobie edukację seksualną (inne propozycje programowe traktują edukację seksualną jako odrębny fragment programu)<sup>2</sup>,
- zaproponowany szkołom sposób realizacji całego programu.



Ryc. 2. Lekcja wychowania zdrowotnego, centralna, ale nie najważniejsza część działań w zakresie szkolnej edukacji zdrowotnej

<sup>1</sup> Zob.: *Program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*. Pod red. M. Charzyńskiej-Guli.

Lublin 1992, *Założenia, cele, treści, sposób realizacji*

Lublin 1993, *Scenariusze zajęć w klasach I—III*

Lublin 1993, *Scenariusze zajęć w klasach IV—VIII*

Lublin 1994, *Scenariusze zajęć w klasach I—VI (szkoła ponadpodstawowa)*

<sup>2</sup> Por.: *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” w latach 1992—1995*. Pod red. B. Woynarowskiej. Warszawa 1995, 156—168.



Zawarta w programie propozycja jego realizacji opiera się na schemacie, w którym lekcja wychowania zdrowotnego to centralna, lecz nie najważniejsza część działań w zakresie szkolnej edukacji zdrowotnej. Jest ona **wzmacniana** zaplanowanymi w programie działaniami odnoszącymi się do środowisk wspierających lub ograniczających ucznia w jego wyborach na rzecz własnego zdrowia: 1. szkoła — nauczyciele/wychowawcy, 2. dom — członkowie rodziny, 3. grupa rówieśnicza — szkolna i pozaszkolna, 4. lokalni liderzy — eksperci.

Zaproponowana w programie częstotliwość systematycznych spotkań z uczniami (lekcja WZ jeden raz w miesiącu z realizacją wzmocnień łączących wszystkie zajęcia zaplanowane w danym roku szkolnym w tematyczną całość) była propozycją pewnego „minimum”, które każda szkoła — zgodnie ze swoimi potrzebami i możliwościami — może rozszerzyć. Taki wariant realizacji programu dawał szansę na zachowanie ciągłości, systematycznej i metodycznej jednorodności działań podejmowanych w ramach szkolnej edukacji zdrowotnej, a te z kolei na późniejszą ocenę efektywności tych działań i całego programu.

Promocja programu (jeżeli można takiego określenia użyć) to jedyna, ogólnopolska konferencja, która odbyła się w Lublinie w czerwcu 1993 r. z udziałem wszystkich kuratorów i lekarzy wojewódzkich w Polsce. Po tejże konferencji zainteresowane ośrodki zgłaszały się do autorów programu o pomoc w jego wprowadzaniu. Nie towarzyszyły tej promocji żadne pieniądze ani też zorganizowane wsparcie metodyczne dla szkół (nad czym wszyscy bardzo ubolewamy...). Od początku istnienia programu jest on wspierany przez członków Komisji Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Wystąpienie zawiera fragmenty wyników oceny realizacji naszego programu w szkołach na terenie całej Polski, dokonanej na przełomie maja i sierpnia 1995 r. Spośród 400 szkół, które przysłały do nas swoją ocenę, wybrano tylko te z nich, które realizowały program ponad rok. Ostatecznie prezentowana analiza dotyczy 144 szkół.

### Wyniki wstępnej oceny realizacji programu

Zdecydowaną większość szkół realizujących środowiskowy program wychowania zdrowotnego stanowiły szkoły podstawowe.

Tabela 1. Charakterystyka szkół realizujących środowiskowy program wychowania zdrowotnego (ponad rok).

Typ szkoły	N	%	
Szkoły podstawowe	115	78,8	
Szkoły ponadpodstawowe	29	19,9	19 — licea ogólnokształcące 10 — licea i technika zawodowe
Szkoły specjalne	2	1,3	
<b>Ogółem</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>	

W grupie szkół realizujących program dłużej niż jeden rok szkolny znalazły się także dwie szkoły specjalne, jednakże ze względu na specyfikę tych szkół i ich uczniów nie analizowano ich łącznie z pozostałymi<sup>3</sup>.



Ryc. 3. Rozmieszczenie szkół oceniających program

Program spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem, a szkoły biorące udział w jego pierwszej ocenie pochodziły z 22 województw.

Bardzo ciekawa okazała się analiza środowiska lokalnego, w którym funkcjonowały szkoły realizujące program i oceniające tę realizację.

<sup>3</sup> Realizacja omawianego programu w szkole specjalnej została dokładnie zaprezentowana w referacie mgr Hanny Kachaniuk (jednego ze współautorów programu), pod tytułem „Nauczanie wychowania zdrowotnego w szkole specjalnej”.

Tabela 2. Środowisko lokalne, w którym funkcjonowały szkoły realizujące środowiskowy program wychowania zdrowotnego

Środowisko	Szkoły podstawowe		Szkoły ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Duże miasto (województwie)	26	22,6	8	27,6
Małe miasto	12	10,4	20	69,0
Siedziba wiejskiej gminy lub mniejsza wieś	77	67,0	1	3,4
<b>Razem</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

ogółem: 41,334 uczniów w szkołach podstawowych

10,596 uczniów w szkołach ponadpodstawowych

Okazało się, że zdecydowaną większość szkół, które najwcześniej podjęły próbę wprowadzenia naszego programu, stanowiły wiejskie szkoły podstawowe. Poczujemy sobie ten fakt za spory sukces! Także szkoły ponadpodstawowe — realizujące nasz program — mieściły się głównie w małych miastach.

Ankieta będąca podstawą oceny programu była wysyłana pod adresem szkoły. Było zatem ciekawe kto udzielał informacji na temat programu? Komu dyrektor szkoły polecił wypełnienie ankiety traktując osobę tę jako „najlepiej zorientowaną”?

Tabela 3. Osoby udzielające informacji na temat realizacji programu (wypełniające ankietę)

Osoby	Szkoły podstawowe		Szkoły ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Dyrektor szkoły	28	24,3	4	13,8
Wicedyrektor szkoły	8	6,9	3	10,3
Nauczyciel przedmiotu (najczęściej biologii)	6	5,2	—	—
Nauczyciel nauczania początkowego	2	1,8	—	—
Wychowawca klasy	—	—	1	3,4
Pielegniarka szkolna	47	40,9	18	62,2
Inny członek społeczności szkolnej (np. bibliotekarz)	5	4,3	—	—
Pedagog szkolny	7	6,2	1	3,4
Zespół pracowników szkoły	12	10,4	2	6,9
<b>Razem</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>



Osobami „najlepiej zorientowanymi” okazały się: w obu typach szkół — pielęgniarka szkolna oraz dyrektor lub wicedyrektor i dodatkowo w szkole podstawowej zespół pracowników szkoły. Autorów programu interesował także zasięg programu w poszczególnych szkołach.

Tabela 4. Kto został objęty programem? (Jakie klasy?)

Grupa uczniów	Szkoły podstawowe		Szkoły ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Wszyscy uczniowie w szkole	82	71,3	23	79,4
Szkoła podstawowa kl. I—III	3	2,6	2	6,8
Szkoła ponadpodstawowa kl. I—II.				
Wybrane klasy („z problemem”)	30	26,1	4	13,8
<b>Razem</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Większość szkół — obu typów — zdecydowała się na wprowadzenie elementów programu do wszystkich klas jednocześnie, częściej taka sytuacja wystąpiła w szkole ponadpodstawowej.

W propozycjach realizacji programu zawarto dyspozycję dla szkół polegającą na wyodrębnieniu, na potrzeby programu, co najmniej jednej godziny miesięcznie w każdej klasie (ze wskazaniem na godziny wychowawcze).

Tabela 5. Czy szkoły przeznaczyły na realizację środowiskowego programu WZ specjalne godziny?

Czy wydzielono godziny?	Szkoły podstawowe		Szkoły ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Tak, na godzinie wychowawczej	35	30,4	11	37,9
Tak, z konkretnego przedmiotu	15	13,0	2	6,9
Tak, z godzin wychowawczych i z przedmiotów	59	51,2	15	51,8
Na innych zajęciach (godz. do dyspozycji dyrektora, zastępcy dyrektora)	2	1,6	—	—
Nie wydzielono godzin, program realizowano poza lekcjami	4	3,8	1	3,4
<b>Razem</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Z powyższego zestawienia wyraźnie widać, iż program najczęściej stanowił odrębną część zajęć wychowawczych (godziny wychowawcze), jednocześnie jednak był poszerzeniem lub uzupełnieniem innych przedmiotów. W dwóch szkołach podstawowych był on realizowany na zajęciach pozalekcyjnych.

Czy szkoły wykroczyły w realizacji programu poza „minimum”, czyli jedną lekcję w miesiącu? (niezależnie od innych działań związanych z edukacją zdrowotną).



Tabela 6. Ile godzin w miesiącu przeznaczają szkoły na realizację wychowania zdrowotnego w poszczególnych klasach?

Wymiar godzinowy wychowania zdrowotnego w miesiącu	Szkoly podstawowe		Szkoly ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
1 godz.	69	60,0	24	82,7
2 godz.	15	13,0	3	10,3
3 godz.	5	4,3	—	—
Więcej niż 3 godz.	20	17,4	1	3,4
Poza lekcjami lub przypadkowo, niesystematycznie (zastępstwa)	6	5,2	1	3,4
<b>Razem</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Większość szkół przeznaczała na odrębne zajęcia poświęcone programowi jedną jednostkę lekcyjną w miesiącu, pozostałe — więcej, nawet ponad trzy jednostki. Jak było jednak z systematycznością tych zajęć?

Tabela 7. Czy zajęcia (lekcje) realizowane w ramach wychowania zdrowotnego były prowadzone systematycznie, zgodnie z zaproponowanym programem? (nawet jeżeli były to zajęcia pozalekcyjne)

Sposób prowadzenia zajęć	Szkoly podstawowe		Szkoly ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Tak, systematycznie, 1 raz w miesiącu lub częściej niż 1 raz w miesiącu	53	46,1	11	37,9
Niesystematycznie	62	53,9	18	62,1
<b>Razem</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Niestety, także większość szkół prowadzi te zajęcia niesystematycznie. Ale nie można niedostrzegać również dużej grupy szkół, która jest w stanie sprostać wymaganiom programu traktującym o systematyczności podejmowanych działań.

W obliczu trwającej ciągle dyskusji nad najbardziej optymalnym sposobem realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej istotne było określenie głównego realizatora programu.

Tabela 8. Kto jest głównym realizatorem środowiskowego programu wychowania zdrowotnego?

Realizatorzy	Szkoly podstawowe		Szkoly ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Nauczyciele—wychowawcy w klasach I—III	22	11,8	—	—
Wszyscy wychowawcy	39	20,8	23	27,4
Nauczyciele konkretnych przedmiotów, w tym wychowawcy	34	18,2	17	20,2

cd. Tabeli 8

Realizatorzy	Szkoły podstawowe		Szkoły ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Szkolna służba zdrowia (pielęgniarka)	54	28,9	22	26,2
Pedagog szkolny	20	10,7	16	19,0
Specjalista z zakresu wychowania zdrowotnego	5	2,7	5	5,9
Ktoś inny (ekspert, uczniowie szkół medycznych, pozaszkolna służba zdrowia,	13	6,9	1	1,3
<b>Razem</b>	<b>187</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>

Powyższe zestawienie wskazuje na głównych realizatorów programu w obu typach szkół. Jest to właściwie troje przedstawicieli społeczności szkolnej — w nieco innym układzie kolejności w zależności od typu szkoły: 1. pielęgniarka szkolna, 2. wychowawca, 3. nauczyciel konkretnego przedmiotu — szkoła podstawowa; 1. wychowawca, 2. pielęgniarka szkolna, 3. nauczyciel przedmiotu — szkoła ponadpodstawowa. Wysoka jest także pozycja pedagoga szkolnego w szkole ponadpodstawowej (nie we wszystkich szkołach podstawowych na wsi był zatrudniony pedagog).

## Zestawienie 1

Jacy nauczyciele prowadzą najczęściej środowiskowy program wychowania zdrowotnego?

Szkoła podstawowa	Szkoła ponadpodstawowa
1. Nauczyciel biologii/środowiska (sam)	1. Nauczyciel biologii (sam)
2. Nauczyciel biologii i nauczyciel wf. jednocześnie	2. Nauczyciel biologii i nauczyciel wf. jednocześnie
3. Nauczyciel pozostałych przedmiotów (różne nasilenie)	
4. Nauczyciel wf. (sam)	

Okazuje się, że **samodzielny** w realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej jest częściej nauczyciel biologii (lub innego przedmiotu) niż nauczyciel wf. Oprócz nauczyciela biologii/środowiska, który w 82% został uznany za takiego właśnie samodzielnego i głównego realizatora wychowania zdrowotnego (poza szkolną służbą zdrowia), szkoły zgłaszały najczęściej nauczycieli historii, języka polskiego i plastyki. Nauczyciele wf. tylko w 7% szkołach zostali uznani za głównego, a zatem i samodzielnego realizatora programu.

Jednym z elementów różnych koncepcji realizacji szkolnego programu WZ jest istnienie w szkole zespołu promocji zdrowia, który koordynuje działania związane z edukacją zdrowotną. W szkołach oceniających program zarysowały się właśnie takie zespoły. Kto wchodzi w ich skład?

## Zestawienie 2

Zespoły głównych realizatorów środowiskowego programu wychowania zdrowotnego

Szkoła podstawowa	Szkoła ponadpodstawowa
1. Pielęgniarka szkolna — lider zespołu	1. Wychowawcy — liderzy zespołu
2. Wychowawcy	2. Pielęgniarka szkolna
3. Nauczyciel biologii/środowiska	3. Nauczyciel biologii i/lub pedagog szkolny

Ostatecznie w szkołach utworzyły się — w sposób naturalny i nieformalnie — zespoły, których skład jest zbliżony w obu typach szkół, chociaż inni są ich liderzy. W szkole podstawowej liderem jest pielęgniarka szkolna, w ponadpodstawowej — wychowawca klasy (zespoły wychowawców).

Dokonana ocena programu wiązała się także z określeniem przez szkoły takich cech programu, które zmieniają dotychczasową realizację różnych zadań szkoły, a głównie edukację zdrowotną.

Tabela 9. Pozytywne strony środowiskowego programu wychowania zdrowotnego — ocena szkół

Cechy programu	Szkoły podstawowe		Szkoły ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Ułatwia kontakt z uczniem	60	24,4	26	23,8
Ułatwia mobilizowanie rodziców do kontaktów ze szkołą	18	7,3	14	12,8
Zwiększa efektywność integracji międzyprzedmiotowej w edukacji zdrowotnej ucznia	35	14,2	3	2,3
Umożliwia lepszy dobór ekspertów współpracujących ze szkołą w realizacji programu WZ	9	3,7	15	13,8
Ułatwia wychowawcy realizację programu działań wychowawczych	62	25,2	24	22,0
Umożliwia szkolnej służbie zdrowia włączenie się do działań w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów, jego rodziców i dorosłych członków społeczności szkolnej	62	25,2	27	24,8
<b>Razem</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Określane przez szkoły „pozytywy programu” odpowiadają w znacznej mierze naszym oczekiwaniom w tym zakresie: program ułatwia realizację zadań wychowawczych szkoły i pomaga szkolnej służbie zdrowia w szerszych niż dotychczas kontak-



tach z pozostałymi członkami społeczności szkolnej. Są to kontakty o podłożu edukacyjnym i promocyjnym, a nie tylko profilaktycznym. Także inne ułatwienia dostrzegane przez szkołę, a możliwe dzięki programowi (integracja międzyprzedmiotowa, współpraca z rodziną ucznia, dobór ekspertów), są dla nas bardzo cenne, aczkolwiek już nie tak bardzo zadowalające (liczyliśmy na większą mobilizację rodziców poprzez program).

Tabela 10. Trudności w realizacji środowiskowego programu wychowania zdrowotnego — ocena szkół

Realizacja programu	Szkoły podstawowe		Szkoły ponadpodstawowe	
	N	%	N	%
Pociąga za sobą koszty finansowe	21	12,0	17	20,7
Zmusza do wyłonienia jednej osoby lub osób odpowiednio przygotowanych do jego realizacji i odpowiedzialnych za tę realizację	41	23,4	17	20,7
Zmusza nauczycieli do uzupełnienia swojego pedagogicznego przygotowania (głównie w zakresie wiedzy o zdrowiu i zasadach jego zachowania)	47	26,8	18	21,9
Jest możliwa tylko w pewnym zakresie (np. bez listów)	10	5,8	4	4,9
Jest możliwa tylko w niektórych częściach tematycznych	27	15,4	7	8,6
Wymaga kompleksowego przygotowania całego grona pedagogicznego do zadań związanych ze szkolną edukacją, a głównie dyrektora	29	16,6	19	23,2
<b>Razem</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Okazało się, iż podstawową trudnością w realizacji programu nie są pieniądze, chociaż dla szkół ponadpodstawowych to trzecia z kolei wymieniana trudność. Największy problem (a może wyzwanie?), to konieczność uzupełnienia pedagogicznego przygotowania nauczycieli. Jednocześnie szkoły oceniające program wyraźnie sygnalizowały potrzebę funkcjonowania w szkole specjalisty z zakresu wychowania zdrowotnego, który realizowałby znaczną część zajęć zaplanowanych dla poszczególnych klas.

### Wnioski

1. Szkoły realizujące nasz program opowiedziały się bardzo wyraźnie za pośrednim wariantem realizacyjnym szkolnej edukacji zdrowotnej, który oznacza: systematyczne spotkania z uczniami i przedstawicielami środowisk wspierających ucznia, pro-



wadzone głównie przez specjalistę z zakresu wychowania zdrowotnego. Różnymi działaniami będą one realizowane na poszczególnych przedmiotach (nie wystarczy ścieżka międzyprzedmiotowa, gdyż musi być oddzielny czas dla ucznia).

2. Pojawiły się wyraźnie trzy osoby traktowane jako główni realizatorzy programu (pielęgniarka szkolna, nauczyciel biologii? środowiska i/lub innego przedmiotu i nauczyciel wf.); jednocześnie jednak z dwóch członków społeczności szkolnej — nauczyciela wf. i pielęgniarki szkolnej, którym — z natury rzeczy — „najbliżej do zdrowia”, program zaktywizował pielęgniarkę, a nie nauczyciela wf.

3. Za największą korzyść programu szkoły uznały fakt, iż wspomaga on pracę wychowawczą szkoły oraz wprowadza na profesjonalny poziom realizowane w szkole treści z zakresu edukacji zdrowotnej.

4. Kolejna korzyść, będąca jednocześnie trudnością dla szkół, to uświadomienie sobie przez nauczycieli, że muszą odejść od biomedycznego modelu pracy z uczniem wówczas, gdy realizują wychowanie zdrowotne, i że wymagają wspierania w znacznej części tego programu przez specjalistę.

## PIŚMIENNICTWO

- Charzyńska-Gula (red). 1992, 1993, 1994. *Program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*. Lublin.
- Woynarowska B. (red.). 1995. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie” w latach 1992—1995*. Warszawa.



**Bożena Zawadzka**

Wyższa Szkoła Pedagogiczna  
Kielce

## EFEKTY EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE PROMUJĄCEJ ZDROWIE I TRADYCYJNEJ

### Założenia metodologiczne

Celem podjętych badań sondażowych było uzyskanie informacji o różnicach poziomu zachowań i wiedzy zdrowotnej uczniów szkół podstawowych, w których nauczyciele mający różne przygotowanie warsztatowe w zakresie edukacji zdrowotnej ucznia realizują odmienny program wychowania zdrowotnego.

Biorąc pod uwagę uwarunkowania programowe (choć nie wniano w stopień ich realizacji) i status szkół, spodziewano się uzyskać wyniki świadczące na korzyść szkoły promującej zdrowie (SzPZ) w stosunku do szkoły podstawowej tradycyjnej (SzP — tradycyjna). SzPZ ucznia i nauczyciela bardzo mocno akcentuje przygotowanie nauczycieli w zakresie aktywnych metod pracy z dziećmi i młodzieżą. Zajęcia prowadzone tymi metodami umożliwiają wszechstronne poznanie ucznia przez nauczyciela, a także wpływają relaksująco na dzieci i rozwijają ich możliwości twórcze, pozwalają się uczyć wzajemnie od siebie i przez doświadczenie. Nauczyciel nie narzuca tu działań, lecz proponuje, pozwala na własne rozwiązania.

W SzPZ ponad połowa nauczycieli ukończyła warsztaty w zakresie nowoczesnego programu edukacji zdrowotnej oraz rozwoju osobistego nauczyciela. SzP tradycyjna pracuje na podstawie wytycznych programowych do realizacji wychowania zdrowotnego<sup>1</sup>, a w drugiej są wdrażane i realizowane założenia programowe SzPZ (Wojnarowska, Sokołowska 1993).

### Material i metodyka badań

Ogółem w badaniach (maj/czerwiec 1995) wzięło udział 180 uczniów z kl. I, III, IV i VIII, w tym 92 uczniów ze SzPZ na terenie woj. kieleckiego i 88 uczniów ze SzP — tradycyjnej z Kielc. W obydwu typach szkół zastosowano do badań te same zasady oraz te same narzędzia, tj. ankiety zachowań zdrowotnych i test wiadomości o zdrowiu, dla każdej klasy osobno.

<sup>1</sup> Wytyczne do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. MOiW, Warszawa 1982.

Zakres tematyczny — obejmujący zarówno zachowania, jak i wiedzę — dotyczył tych samych problemów zdrowotnych, był odbiciem treści programów nauczania i podręczników dla poszczególnych klas (Zawadzka 1995) (tab. 1).

Tabela 1. Problemy zdrowotne ujęte do badań zachowań i wiedzy uczniów klas I, III i IV, VIII

Zakres tematyczny	Klasa			
	I	III	IV	VIII
1. Czystość ciała	+	+	+	+
2. Czystość otoczenia	+	+	+	+
3. Prawidłowe żywienie	+	+	+	+
4. Warunki pracy i nauki	+	+	+	+
5. Bezpieczeństwo	+	+	+	+
6. Profilaktyka chorób zakaźnych i społecznych	—	+	+	+
7. Samokontrola rozwoju i zdrowia	—	+	+	+
8. Pierwsza pomoc	—	—	+	+
9. Ochrona zdrowia psychicznego i walka z nałogami	—	+	+	+

Dane jakościowe o zachowaniach przetworzono na ilościowe i sklasyfikowano jako: pełne, niepełne i negatywne dla zdrowia.

### Wyniki badań

Porównanie uzyskanych wyników procentowych z wybranych klas obydwu szkół wskazuje na różnice zarówno w zakresie poprawności zachowań, jak i wiedzy zdrowotnej na korzyść uczniów ze SzPZ z tym, że różnice te są umiarkowane (tab. 2 i 3).

Tabela 2. Poziom zachowań zdrowotnych uczniów klas I, III, IV i VIII szkoły podstawowej promującej zdrowie i szkoły podstawowej tradycyjnej

Uczniowie klas	Zachowania zdrowotne (w %)					
	Pełne		Niepełne		Negatywne	
	SzPZ	Sz-tradycyjna	SzPZ	Sz-tradycyjna	SzPZ	Sz-tradycyjna
kl. I	82,5	59,5	13,0	24,2	4,5	16,3
kl. III	65,7	59,3	23,4	20,8	10,9	19,9
kl. IV	69,9	62,7	17,3	16,7	12,8	20,6
kl. VIII	64,1	58,9	13,0	17,0	22,9	24,1

Tabela 3. Poziom wiedzy uczniów klas I, III, IV i VIII ze szkoły podstawowej promującej zdrowie i szkoły podstawowej tradycyjnej

Uczniowie klas	Poziom wiedzy (w %)	
	SzPZ	SzP-tradycyjna
kl. I	67,5	64,2
kl. III	43,0	42,0
kl. IV	54,9	45,8
kl. VIII	46,6	37,0



Dla przykładu prześledźmy wyniki w wybranych klasach.

#### Klasa I

W klasie I w poziomie wiedzy o zdrowiu uczniów z obu badanych szkół różnice są niewielkie. Największe zróżnicowanie wystąpiło w zakresie dbałości o czystość osobistą uczniów, gdzie uczniowie SzPZ udzielili o 10,5% więcej poprawnych odpowiedzi.

Duże różnice stwierdzono w zachowaniach. Uczniowie SzPZ w dziale organizacji poprawnych warunków pracy i nauki deklarowali o 36,0% więcej zachowań **pełnych**, w zakresie żywienia — o 34,6%, dbałości o swoje otoczenie — o 22,0% i czystości osobistej — o 12,8%.

Z kolei uczniowie SzP—tradycyjnej wykazali się większym odsetkiem zachowań **negatywnych**, np. w zakresie czystości otoczenia — o 26,0%, dbałości o prawidłowe warunki pracy i nauki — o 24,0% oraz prawidłowego żywienia — o 9,3%.

#### Klasa III

W klasie III poziom wiedzy uczniów był ogólnie zbliżony, różnice występowały w zakresach tematycznych. Zróżnicowanie na rzecz uczniów SzPZ zaobserwowano w zakresach: bezpieczeństwo — o 13,4%, ochrona zdrowia psychicznego — o 13,1%, poprawne warunki pracy i nauki — o 9,5%; w pozostałych zagadnieniach poziom był zbliżony.

W poziomie zachowań **pełnych** uczniowie SzPZ wykazali się szczególnie w zakresie dbałości o czystość swojego otoczenia — o 22,9%, prawidłowego żywienia — o 11,7% i organizacji warunków pracy oraz nauki — o 5,3% w stosunku do swoich rówieśników ze szkoły tradycyjnej.

Niepokojące jest, że dzieci ze szkoły tradycyjnej nie potrafią dbać o swoje zdrowie psychiczne, gdyż uzyskano aż 65,9% zachowań **negatywnych** z tego zakresu.

#### Klasa IV

W klasie IV w badaniach zarówno poziomu wiedzy, jak i zachowań uwzględniono 9 zakresów tematycznych (wszystkie). Najwyższy poziom prezentowali uczniowie z ochrony najbliższego środowiska: w SzPZ — 73,6%, a w SzP—tradycyjnej 70,8% poprawnych odpowiedzi.

Zróżnicowanie w poziomie wiedzy na korzyść uczniów SzPZ zanotowano w zakresach:

- profilaktyka chorób zakaźnych i społecznych o 20,2%,
- dbałość o higienę osobistą i estetykę swojego wyglądu o 17,8%,
- warunki pracy i nauki o 14,1%,
- pierwsza pomoc i bezpieczeństwo o 13,2%,
- ochrona psychiczna i walka z nałogami o 12,8%.

Bardzo niską wiedzę w obu typach szkół prezentowali uczniowie w zakresie samokontroli rozwoju i zdrowia, udzielając w SzPZ — 25,8%, a w SzP—tradycyjnej — 34,4% poprawnych odpowiedzi.

W poziomie zachowań prozdrowotnych w badanych klasach IV w obu szkołach wystąpiła duża rozpiętość wyników. Zachowań pełnych na korzyść uczniów SzPZ zanotowano w zakresie samokontroli rozwoju i zdrowia o 14,3% więcej, prawidłowego żywienia o 12,7%, profilaktyki chorób zakaźnych i społecznych o 11,7%.

Najwyższy odsetek zachowań negatywnych w obu typach szkół wykazali uczniowie z ochrony zdrowia psychicznego — 31,0% i z organizacji warunków nauki: 42,9% w SzPZ i 36,8% w SzP—tradycyjnej.

Uczniowie klas IV przejawiali przewagę zachowań służących zdrowiu nad negatywnymi, przy czym odsetek zachowań pozytywnych był wyższy u uczniów ze SzPZ w stosunku do SzP—tradycyjnej.

### Klasa VIII

Dbałość o zdrowie uczniów klas VIII wyrażająca się w wiedzy i zachowaniach, jest stosunkowo słaba, jeżeli weźmie się pod uwagę, że młodzież ta „idzie w samodzielne” życie.

Lepsze wyniki z wiedzy uzyskali uczniowie SzPZ w zakresach: ochrona zdrowia psychicznego i walka z nałogami — o 18,6%, pierwsza pomoc — o 10,2%, profilaktyka chorób zakaźnych i społecznych — o 8,3% oraz z higieny osobistej — o 8,5%.

W pozostałych badanych zakresach wiedza uczniów w obu typach szkół pozostaje na zbliżonym poziomie.

Poziom zachowań **pełnych** ogólnie jest wyższy w SzPZ, ale jednak różnica ta jest niewielka — bo wynosi 5,2%. W poszczególnych zakresach jest ona znacznie zróżnicowana.

Wyższy poziom zachowań **pełnych** wykazali uczniowie SzPZ w zakresach: warunki pracy i nauki — o 22,8%, ochrona środowiska — o 9,1%, samokontrola rozwoju i zdrowia — o 7,2%; w pozostałych jest zbliżony.

Uczniowie klas VIII zarówno ze SzPZ i SzP—tradycyjnej najwyższy odsetek zachowań negatywnych wykazali w tych samych zakresach tematycznych:

- dbałość o własne środowisko — 42,4% SzPZ i 54,6% SzP—tradycyjna,
- bezpieczeństwo — odpowiednio: 43,9% i 30,3%,
- profilaktyka chorób społecznych i zakaźnych: 38,6% i 36,4%,
- pierwsza pomoc — 31,8% i 45,4%,
- ochrona zdrowia psychicznego i walka z nałogami — 31,8% i 37,1%.

### Podsumowanie

Na podstawie uzyskanych fragmentarycznych wyników i stosunkowo małej próby trudno wysnuć jednoznaczne wnioski. Raczej są to spostrzeżenia, które będą przedmiotem badań autorki.

1. Generalnie, w obu badanych szkołach dominują zachowania pozytywne, przy czym odsetek zachowań negatywnych jest wyższy w SzP—tradycyjnej niż SzPZ. Po-

dobnie kształtuje się poziom wiedzy w poszczególnych klasach; różnica na korzyść SzPZ wynosi od 11,0% do 3,3%. Ogólnie poziom wiedzy jest niski, mieści się w granicach 67,5% — 37,0%.

2. Biorąc pod uwagę zarysowujące się zjawisko narastania pozytywnych zachowań zdrowotnych u uczniów ze SzPZ i poziom ich wiedzy w stosunku do ich rówieśników ze szkoły tradycyjnej należy dążyć do rozszerzenia idei SzPZ na inne szkoły podstawowe i średnie naszego województwa. Proces ten już trwa.

## PIŚMIENNICTWO

- Wojnarowska B., Sokołowska M. 1993. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Polski Zespół d/s Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
- Zawadzka B. 1995. *Wychowanie zdrowotne w szkole podstawowej*. WSP, Kielce.





## WYCHOWANIE DO STAROŚCI JAKO WYZWANIE DLA WSPÓŁCZESNEGO CZŁOWIEKA

Wychowanie do starości to nade wszystko pomaganie ludziom w kształtowaniu zainteresowań i aspiracji oraz umiejętności i nawyków, które — gdy nadejdzie czas emerytury — pomogą prowadzić tryb życia sprzyjający wydłużaniu młodości i dający zadowolenie.

Wychowanie to należy rozumieć nie tylko jako instruowanie, przekonywanie czy zachęcanie, lecz przede wszystkim jako stwarzanie sytuacji sprzyjających określonemu postępowaniu i przyzwyczajaniu do różnorodnych form aktywności, w tym przede wszystkim do systematycznego ruchu. Na to składają się wszelkie zabiegi i działania będące efektem całego życia. Nikt nie staje się na starość innym człowiekiem, lecz takim, jakim był za młodu, stąd potrzebne i konieczne jest upowszechnianie zasad higieny życia i profilaktyki poczynszu od dzieciństwa, aż po samą starość, tak aby stały się one naszą własną koncepcją życia.

Należy zwrócić szczególną uwagę na kształtowanie konstruktywnych postaw w stosunku do czasu wolnego oraz wyzwać, a następnie podtrzymywać zachowania służące zdrowiu i urodzie. Bardzo ważne jest, aby działanie takie rozpocząć stosunkowo wcześniej, nawet już w dzieciństwie, kiedy obserwuje się największą chłonność i spontaniczność, oraz w myśl powiedzenia „...czyż skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”.

Wolańska (1996) na podstawie badań przeprowadzonych wśród osób starszych, a dotyczących biografii życia wskazuje, że zasadniczo dopiero w okresie szkoły średniej wzrasta u uczniów większe i głębsze zainteresowanie aktywnością ruchową. Ma to miejsce prawdopodobnie wówczas, kiedy znacznie wzrasta świadomość życia, chęć zdobycia sprawności fizycznej i nabycia umiejętności z tym związanych oraz wtedy, kiedy nauczyciel wychowania fizycznego potrafi wyzwolić w uczniach zainteresowania sportem i aktywnością ruchową jednocześnie sprawiając, że temu wszystkiemu towarzyszyć będą głębokie i pozytywne przeżycia.

Można wysnuć wniosek, że dopóki młodzież, u której wzrasta zainteresowanie życiem i tym co je kształtuje, nie zdobędzie wiedzy i umiejętności dotyczących racjonalnego wypoczynku, nie będzie świadomie tworzyć życia teraz i w przyszłości. Stan taki może się przyczynić m.in. do tego, że młodzież zachowania prozdrowotne będzie

prezentować w wieku dojrzałym, a później w starości. Wolańska (1996) stwierdza, że w biografii człowieka można zaobserwować trzy fazy mocniejszego zaangażowania w aktywność ruchową, tj.: okres szkoły średniej, wiek od ok. 35 r.ż. — kiedy wyraźniej dają się zaobserwować problemy zdrowotne, oraz po przejściu na emeryturę — kiedy to czas wolny staje się ważnym elementem życia i człowiek może być niezależny.

Badania wykazują, że ruch może stanowić najlepsze zabezpieczenie na starość. Osoby starsze, które systematycznie ćwiczyły, są biologicznie młodsze od swoich niećwiczących rówieśników od 30—40 lat (Kocemba i Kołomyjska 1989). Ponadto rozwój fizyczny odpowiednio wysoki, osiągnięty w młodości sprawia, że inwolucja następuje ze znacznie wyższego pułapu, co z punktu widzenia gerontologii jest bardzo korzystne. Badania także wskazują, że ćwiczenia fizyczne rozpoczęte nawet w późnym okresie życia dają pozytywne rezultaty (Kocemba i Kołomyjska 1989). Tak więc rozbudzanie zainteresowań ruchem w każdym okresie życia jest bardzo korzystne i wskazane. Im wcześniej ono nastąpi, tym większa szansa na to, że efekty będą większe i trwalsze. Często powtarzane przez gerontologów hasło „dodawać życia do lat, a nie lat do życia” znaczy, że człowiek, nawet bardzo stary, powinien mieć szansę wykorzystania wszelkich sprawności, jakie ma do dyspozycji, aby móc pozostać samodzielnym i niezależnym od otoczenia. Zadanie to staje się tym bardziej konieczne, że współczesne dobrze rozwinięte społeczeństwa demograficznie się starzeją, i że systematycznie wzrasta szansa wydłużenia życia. Obecnie tylko nieliczne regiony świata — Azja Południowa, Afryka, Ameryka Łacińska — pozostają jeszcze demograficznie młode (Klonowicz 1986).

To osiągnięcie jest niewątpliwie jednym z ważniejszych w XX wieku. Niemal na naszych oczach powstała nowa struktura demograficzna społeczeństw i będzie się ona nasilać także w XXI wieku. Co to oznacza — wzrost odsetka ludzi starych w społeczeństwie, wydłużenie życia, wzrost bezwzględnej liczby osób w wieku emerytalnym i osób niepełnosprawnych wskutek zaawansowanej starości. Stawia to zupełnie nowe zadania (Pędich 1992). Jeśli w wieku XIX problemem było dożycie starości (długość życia ludzkiego od 30—35 lat), a w wieku XX zabezpieczenie starości (długość życia od 40—75 lat), to w wieku XXI problemem będzie wypełnienie starości (długość życia 120 lat?). Miarą jakości naszego życia staje się zatem jego długość. Na przestrzeni kilkudziesięciu lat długość życia wzrosła o 31,3 lat (1894—1965), co niewątpliwie należy uznać za wielki sukces. Przeciętny Polak żyje 66,8 roku, a Polka 75,5. W licznych, dobrze rozwiniętych krajach zarówno kobiety, jak i mężczyźni żyją ponad 70 lat. Należy zwrócić tutaj uwagę na fakt, że w Polsce obecnie wartości te nie wzrastają, ale mają tendencję spadkową. W 1975 r. przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 67,2, po czym stopniowo spadała osiągając 66,1 lat, natomiast u kobiet w 1975 r. wynosiła ona 74,3 lat, do 1990 r. wykazywała tendencję wzrostową, a od 1991 r. ma miejsce spadek — 75,27<sup>1</sup>.

Powyższe dane mówią same za siebie. Aby ten stan poprawić, niezbędne są pewne działania m.in. idące w kierunku zabezpieczenia zdrowotnego i socjalnego. W tym przypadku dotyczyć ono powinno m.in. szeroko pojętej profilaktyki w zakresie przedwczesnego starzenia się. Cóż bowiem z długiego życia, jeżeli będzie mu towarzy-

<sup>1</sup> Ochrona środowiska. GUS, Warszawa 1992.

szyć wyraźne załamanie sprawności psychofizycznej. Ponadto, w tym konkretnym przypadku, bardzo ważne jest uświadomienie społeczeństwu, że każdy z nas powinien uczestniczyć w profilaktyce zdrowotnej angażując się w to ciałem i duchem.

Prześledźmy pokrótce jak wyglądają statystyki. Zła jakość naszego życia powoduje, że umieramy średnio od 6—7 lat wcześniej niż ludzie żyjący w krajach Europy Zachodniej.

Przyczyną śmierci Polaków, najczęściej są:

- choroby układu krążenia — 557 na 100 tys. ludności
- nowotwory złośliwe — 193 na 100 tys. ludności
- urazy i zatrucia — 83 na 100 tys. ludności
- choroby układu oddechowego — 40 na 100 tys. ludności
- choroby układu trawienia — 32 na 100 tys. ludności<sup>2</sup>.

Powodów tego stanu jest wiele, m.in. zła profilaktyka, a właściwie to jej brak.

W krajach dobrze rozwiniętych toczy się walka z niewłaściwym trybem życia. Propaguje się aktywny styl życia, walczy o czyste środowisko, popularyzuje się niepalenie tytoniu, lecznictwo jest nastawione na profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób, a nie tylko na leczenie i to wówczas, gdy stan choroby jest bardzo ciężki.

Według danych zawartych w „Ochronie Środowiska”<sup>3</sup>, zgony ludności z powodu chorób układu krążenia są w Polsce na I miejscu i to z przewagą zawałów ciężkich. Mozołowski (1993) podaje, że w Polsce powiększyła się liczba inwalidów. Jest ich obecnie 10%, a dwadzieścia parę lat temu było 3%.

W obliczu tych zagadnień wydłużenie życia ma sens wówczas, gdy nastąpi poprawa jego jakości. Cóż nam z liczby przeżytych lat, jeśli ma temu towarzyszyć choroba i niedołęstwo. Myślę, że każdy z nas powinien być zainteresowany tym, aby dożyć późnej starości, ale w pełnym zdrowiu i dobrej kondycji psychofizycznej.

Czas na emeryturze powinien być dobrze zorganizowany i wypełniony różnorodnymi formami aktywności. Ludzie w okresie emerytury chętnie powracają do tego co już kiedyś robili — tzn. do zainteresowań, hobby, które wcześniej zostały ukształtowane, a później z różnych powodów zaniechane, np. w okresie dojrzałości.

Ludzie starsi niechętnie uczą się rzeczy nowych, zwłaszcza w zakresie aktywności ruchowej, a tzw. zanik woli wyraźnie zmniejsza szansę zainteresowania tym, co wiąże się z wszelką aktywnością.

Wychowanie do starości, realizowane najpóźniej w okresie przedemerytalnym, staje się ważne także z uwagi na stan samotności, która częściej dotyka tę grupę wiekową niż pozostałe. Czas spędzony w samotności, bez jakiegokolwiek zaangażowania wydaje się być nieskończonością. Ponadto sprawia, że człowiek zanadto wsłuchuje się w siebie, wyszukuje dolegliwości, ponownie przeżywa przeszłość i bilansuje ją, dokonując najczęściej jej negatywnej samooceny. Różne „odczuwanie czasu”, jego ocena wynikają także z przeżytej przeszłości, w tym także dzieciństwa i młodości oraz wpływają na formowanie się oceny związanej z terażniejszością. Należy wspomnieć, że

<sup>2</sup> Tamże.

<sup>3</sup> Tamże.



nadmierne przywiązanie do czasu i do tego co się przeżyło, hamuje rozwój jednostki i możliwość porozumiewania się z własną, a także z innymi generacjami. Dlatego z punktu widzenia gerontologii i wychowania do starości w życiu zawsze powinniśmy się poświęcać pracy twórczej, mieć różnorodne przeżycia, bogate i trwałe kontakty towarzyskie, a tworząc pozytywny bilans na podstawie tego co się przeżyło, kształtować takie nawyki i umiejętności, zamiłowania i upodobania, które wypełnią nasz czas wolny w chwili obecnej, a później na emeryturze.

Ważne jest również to, abyśmy wspólnie i każdy osobno tworzyli właściwy klimat społeczny wokół starości nie zapominając o tym, że to jak nauczymy młode pokolenie postrzegać starość i ją wartościować, rzutować będzie na nasze samopoczucie na emeryturze.

Istotne jest również abyśmy kształtowali w społeczeństwie postawy tolerancji i obyczajowości, które pozwolą zgodnie współżyć ludziom różnych kultur, różnego wieku, różnych przyzwyczajzeń. Zależnie od tego, jak wysoko uda się nam ulokować w hierarchii wartości starość, jako równie ważny etap życia, zależeć także będzie nasze powodzenie jako społeczeństwa w pełni cywilizowanego i wchodzącego do Europy.

Wreszcie, ludzie będący już na emeryturze w pełni zaangażowani, życiowo zadowoleni, sprawni psychofizycznie — własnym przykładem — mogą sprawić, że starości nie będziemy utożsamiać z chorobą i niedołęstwem, i nie będziemy się jej bać.

Niezwykle ważne jest także wychowanie w rodzinie, w której dziadkowie mają swój znaczny udział. Dziadek czy babcia będący w dobrej kondycji psychofizycznej, uczestniczący w zabawie z wnukami, to najlepszy przykład jak być młodym duchem i ciałem. Tutaj nasuwa się takie powiedzenie „...przerzuć swoje serce przez drążek, a twoje ciało pójdzie za nim”.

I wreszcie najważniejsze — dzieci i młodzież, wychowane w duchu racjonalnego wypoczynku, dbającego o własne ciało, kreujące swoje życie zgodnie z zasadami higieny życia, będą tym samym właściwie przygotowane do przyszłości i starości, albowiem wychowanie do starości, to proces całego życia.

Każdy z nas sam świadomie kreuje swoje życie i odpowiada za nie pod warunkiem, że się tego wcześniej nauczył.

Podsumowując oprę się na konkluzji prof. Pędicha (1992), który jest niewątpliwym autorytetem w dziedzinie gerontologii i geriatrii. Otóż próbuje on w swoich rozważaniach odpowiedzieć na pytanie jaka będzie starość w XXI wieku: długie życie — niewątpliwie tak, zdrowe życie — zapewne tak, zamożne życie — być może tak, niezależne życie — dla większości tak, szczęśliwe życie — brak jeszcze odpowiedzi.

To jest przyszłość, na którą składają się nasze wyobrażenia i marzenia, możemy więc zakończyć ją słowami jak większość bajek „... a potem żyli długo i szczęśliwie...”.

## PIŚMIENNICTWO

Klonowicz S. 1986. *Starzenie się ludności*. (W:) *Encyklopedia Seniora*. Wiedza Powszechna, Warszawa.



- Kocemba J., Kołomyjska G. 1989. *Gerontologia*. Wyd. Skryptowe AWF, Kraków, 81.
- Mozołowski A. 1993. *Chory jak Polak*. (W:) *Polityka*, 25.
- Pędich W. 1992. *Miejsce człowieka starego w społeczeństwie XXI wieku*. (W:) *Refleksje nad starością — aspekty społeczne, edukacyjne i etyczne*. Praca zbiorowa. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne Oddział w Łodzi.
- Wolańska T. 1996. *Uczestnictwo w kulturze fizycznej przez całe życie*. (W:) *Aktywność ruchowa osób starszych*. Praca zbiorowa. WSP, Kielce.



**Bożena Zawadzka**

Wyższa Szkoła Pedagogiczna  
Kielce

## EDUKACJA ZDROWOTNA NAUCZYCIELI W UCZELNIACH PEDAGOGICZNYCH (NA PRZYKŁADZIE WYŻSZEJ SZKOŁY PEDAGOGICZNEJ W KIELCACH)

Uczelnie pedagogiczne są miejscem, gdzie przeszłość poprzez teraźniejszość łączy się z przyszłością, gdzie zderzają się różne nurty (trendy) w szkolnictwie. Przygotowując nauczycieli do realizacji zadań zarówno dydaktycznych, jak i wychowawczych współczesnej szkoły nie można pominąć dorobku w zakresie wychowania zdrowotnego.

To właśnie historia dostarcza przykładów, sytuacji, z których można wyciągnąć wiele praktycznych wniosków co do realizacji koncepcji wychowania zdrowotnego. W niedalekiej przeszłości podejmowane były już wielokrotnie próby powszechnego wdrożenia edukacji zdrowotnej do szkół.

Działania te miały różny charakter, epizodyczny czy też systemowy, a tym samym były bardziej lub mniej skuteczne. Dla przykładu warto wspomnieć o działaniach z historii zawierających w sobie wątki, które można obecnie odnaleźć również we wdrażanej Koncepcji Szkół Promujących Zdrowie (np. szerokie — wszechstronne ujęcie zdrowia, siedliskowe podejście, wielozawodowość osób uczestniczących, „uczenie przez przykład” — doświadczenie).

Do takich przedsięwzięć na początku naszego stulecia należało powołanie do życia w 1903 roku w Warszawie — praktycznej szkoły zdrowia — wzorcowego Instytutu Higieny Dziecięcej (Instytut Lenwala), który w pełni urealnił idee programowe pracy zdrowotno-higienicznej i wychowawczej z dziećmi i młodzieżą. Stosowano tu i harmonizowano różne formy oraz metody pracy: od przekazywania wiedzy dzieciom i rodzicom, poprzez wdrażanie nawyków higieniczno—zdrowotnych, aż do praktycznej nauki aktywności ruchowej. Prowadzono też prace teoretyczne medyczno-pedagogiczne oraz podejmowano działalność wydawniczą.

Wiodącą rolę odgrywał — „nauczyciel zdrowia” — Stanisław Kopczyński, który prowadził odpowiedzialny dział wychowawczy oraz publikował wiele prac (Demel 1972). On też podczas obrad Sejmu Nauczycielskiego (1919 r.) przedstawił założenia koncepcji: zdrowie ucznia a szkoła. Urealniał te założenia, gdyż jednoczył, inicjował, inspirował, podnosił poziom i skuteczność działania od szczebla centralnego (akty

normatywne) poczynając, poprzez wszystkie instytucje, aż do nowo powstających. St. Kopczyński dawał wyraz również temu, że poza niezbędną praktyką ważne jest równocześnie tworzenie podbudowy teoretycznej (Demel 1972, 1980).

Z okresu powojennego próbujemy realizować model (III) treści rozproszonych (autorstwa M. Demela i A. Jaczewskiego) oraz postulaty z Raportu o stanie wychowania zdrowotnego z dn. 15. 05. 1979 r.<sup>1</sup>. W tym czasie powstały ministerialne (MOiW oraz MZiOS) programy działania w zakresie poprawy zdrowia dzieci i młodzieży oraz warunków zdrowotnych w szkołach. W jednym z nich czytamy:

„Wychowanie zdrowotne integruje dla swoich potrzeb całą działalność szkoły, ukierunkowując ją i synchronizując tak, aby wychowanek otrzymał jednocześnie na temat tego samego zagadnienia informacje i bodźce z różnych źródeł. Treści wychowania zdrowotnego przekazuje cały personel przez całą działalność szkoły i jej środowisko fizyczne”<sup>2</sup>.

Jak historia uczy, nie wystarczy opracować bardzo dobre programy, ale należy koniecznie spełnić warunki ich realizacji, aby nawet te najlepsze (a jest wiele dziś takich) nie podzieliły losu „Wytycznych programowych do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole...” z roku 1982<sup>3</sup>, które oceniono, że przeszły przez życie szkoły niepostrzeżenie.

W ostatnich kilku latach zaproponowano polskiej szkole Koncepcję Szkoły Promującej Zdrowie (autorstwa T. Williamsa). Koncepcja ta ma szansę rozwoju i powszechności (jeśli nie pochłonie jej „polska bieda”). Szansę powodzenia daje fakt, że przed jej wdrożeniem przygotowuje się środowisko szkolne, jak i samych nauczycieli, poza tym jest do dowolnego wyboru przez szkoły (Woynarowska i Sokołowska 1993).

W praktyce służącej promocji zdrowia ucznia należy wykorzystać zbieżność tej koncepcji z rodzimym wychowaniem zdrowotnym. Zbieżność ta wyraża się między innymi w następujących przesłankach:

- Holistycznym ujęciu zdrowia. Każda płaszczyzna zdrowia jest częścią całości zdrowia człowieka.
- Cel i przedmiot działania — zdrowie dzieci i młodzieży oraz całego społeczeństwa.
- Treść działania — skupia się na zdrowiu pozytywnym, a nie na chorobie.
- Składowe procesy edukacji zdrowotnej i wychowania zdrowotnego obejmują:
  - wiedzę użyteczną (operacyjną),
  - umiejętności i sprawności,
  - postawy realizujące się w zachowaniach.

Jest oczywiście sprawą otwartą to do czego realizator przyłoży większą wagę.

<sup>1</sup> Raport nt. wychowania zdrowotnego z dn. 12. 05. 1979 r., opracowany przez Zespół Wychowania Zdrowotnego Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej (materiał nie publikowany).

<sup>2</sup> Program. Działania w zakresie poprawy warunków zdrowotnych w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych na lata 1973—1975 (MOiW) i kolejny na lata 1976—1980. Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna 1973, 8.

<sup>3</sup> Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. WSiP, Warszawa 1982.



● Warunki realizacji wychowania zdrowotnego:

- zainteresowanie, pozyskanie i przygotowanie kadry edukatorów zdrowia czy też nauczycieli zdrowia,
- środowisko fizyczne i społeczne szkoły ma sprzyjać zdrowiu,
- realizacja procesu EZ czy WZ — siłami całej szkoły,
- współpraca ze środowiskiem, szczególnie z rodzicami.

Problem poszukiwania skutecznych metodycznych rozwiązań jest aktualny nie tylko dla wychowania zdrowotnego, ale i dla całego szkolnictwa. I tu Koncepcja SzPZ wnosi metody, które pozwalają uczniowi przejść z pozycji odbiorcy na pozycję aktywnego uczestnika. Metody aktywizujące, interakcyjne, pozwalają uczniowi uczyć się na podstawie jego doświadczenia i uwarunkowań środowiskowych, natomiast zadaniem nauczyciela jest „pokierować” uczniem tak, aby miał on szansę odkryć prawdy i zdobyć motywację do wcielania ich w życie.

Ponieważ Polska Szkoła Wychowania Zdrowotnego, jak również Ruch Szkół Promujących Zdrowie zmierzają w tym samym kierunku — poprawy zdrowia dzieci i młodzieży, należy więc dążyć do uzupełniającego się partnerstwa, a nie antagonizowania. Rolę takiego mediatora mogą i powinny pełnić uczelnie pedagogiczne kształcące nauczycieli.

Odpowiadając na aktualne potrzeby szkoły, uwzględniając historię i biorąc pod uwagę sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży oraz założenia Narodowego Programu Zdrowia, a także korzystając z doświadczenia i opinii nauczycieli pracujących, a zarazem studiujących, wprowadzono osobne przedmioty do systematycznego kształcenia nauczycieli w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Kielcach (Zawadzka 1994).

Pierwsze doświadczenia z eksperymentalnej realizacji programu wychowania zdrowotnego otrzymano w roku akademickim 1992/93 na kierunku matematyki. Po kolejnych etapach ewaluacji, ostatecznie funkcjonują w wymiarze 30 godz. przedmioty: pedagogika zdrowia lub wychowanie zdrowotne na kierunkach pedagogicznych oraz o „tradycyjnej” nazwie higiena i ochrona zdrowia na kierunkach niepedagogicznych (programy u autorki).

Problematyka podejmowanych zajęć m.in. to:

- pedagogika zdrowia jako nauka z pogranicza natury i kultury;
- zdrowie i jego uwarunkowania;
- środowisko naturalne i jego prozdrowotna rola;
- kształtowanie zdrowego stylu życia i zachowań prozdrowotnych u dzieci i młodzieży;
- zdrowy styl życia profilaktyką chorób sercowo-naczyniowych;
- profilaktyka uzależnień;
- zdrowie psychiczne i społeczne ucznia jako problem pedagogiczny;
- wzmacnianie zdrowia fizycznego ucznia;
- funkcjonowanie ucznia niepełnosprawnego w szkole;
- szkoła promująca zdrowie ucznia i nauczyciela;
- ratowanie zdrowia w nagłych zachorowaniach i wypadkach;

- edukacja stomatologiczna;
- wychowanie seksualne;
- edukacja zdrowotna — możliwości badawcze.

Stosownie do każdego tematu, zajęcia mają charakter warsztatowy, stąd każdy student zarówno studiów dziennych, jak i zaocznych poza stroną merytoryczną ma możliwość zapoznania się z metodami aktywizującymi ucznia na rzecz promocji zdrowia. Ponadto na kierunkach pedagogicznych są prowadzone prace magisterskie z tego zakresu. Aktualnie ogłoszony jest nabór na Studia Podyplomowe Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej w Szkole w wymiarze 360 godzin.

## PIŚMIENNICTWO

- Demel M. 1980. *Pedagogika zdrowia*. WSiP, Warszawa.
- Demel M. 1972. *Nauczyciel zdrowia. Życie i dzieło doktora Stanisława Kopczyńskiego*. Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Demel M. 1990. *O własne drogi w wychowaniu zdrowotnym*. Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna, 7.
- Kwiatkowska H. 1991. *Jak kształcić nauczycieli do nowej rzeczywistości społecznej i odmiennych potrzeb edukacyjnych człowieka*. Kultura Fizyczna, 9—10.
- Wojnarowska B., Sokołowska M. 1993. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Polski Zespół d/s Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
- Zawadzka B. 1994. *Konieczność edukacji zdrowotnej nauczycieli*. (W:) *Problemy Higieny*. PTH, Łódź — Warszawa.

***Donata Woitas-Ślubowska***

Instytut Wychowania Fizycznego  
Gorzów Wielkopolski

## SKUTECZNOŚĆ SZKOLNEJ PROMOCJI ZDROWIA JAMY USTNEJ W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ ZACHOWAŃ I WIEDZY UCZNIÓW W ZAKRESIE PROFILAKTYKI PRÓCHNICY

### **Wprowadzenie**

Właściwe zachowania zdrowotne, dotyczące higieny jamy ustnej, są ściśle związane z kontrolą (likwidacją) płytki nazębnej, głównego czynnika etiologicznego próchnicy i chorób przyzębia. Wyuczone i utrwalone w okresie dzieciństwa mają bardzo istotny wpływ na zachowanie zdrowego uzębienia i przyzębia w późniejszym życiu (Weyna i wsp. 1994). Kształtowanie tych zachowań jest zasadniczym celem promocji zdrowia jamy ustnej<sup>1</sup>. Podstawowe zadania w tym zakresie mają realizować szkoły. Ich obowiązki dotyczące promocji zdrowia jamy ustnej zostały określone we wprowadzonych w 1982 roku „Wytycznych programowych do realizacji wychowania zdrowotnego w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych”, w których na każdym poziomie nauczania wyszczególniono wiadomości, umiejętności, zachowania i postawy w zakresie zdrowia jamy ustnej, które powinien opanować uczeń. Za realizację wytycznych odpowiedzialni są dyrektorzy szkół<sup>2</sup>.

Celem podjętych badań była ocena skuteczności działań szkół w zakresie promocji zdrowia jamy ustnej wśród uczniów.

### **Material i metoda**

Badaniami objęto 1800 osób w wieku 7,12 i 18 lat, zamieszkałych w dużych miastach (DM), małych miastach (MM) oraz we wsiach (W) województwa gorzowskiego: po 100 chłopców i 100 dziewcząt z każdej grupy wiekowej i z każdego środo-

<sup>1</sup> Kierunki i metody zapobiegania próchnicy i chorobom przyzębia. Program na lata 1990—95. Szczecin 1990.

<sup>2</sup> Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. WSzPiP, Warszawa 1982.



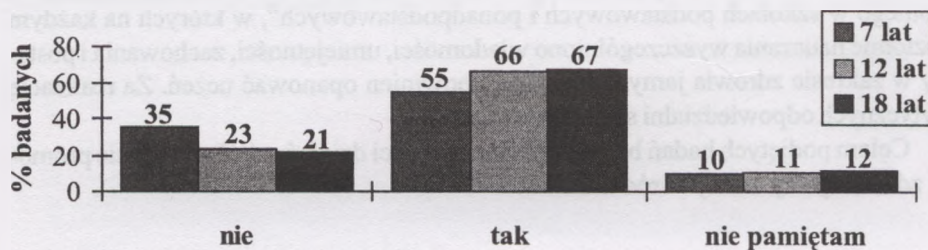
wiska. Zastosowano trzystopniowy dobór materiału: wylosowano miejscowości, w nich szkoły (zachowując proporcje między szkołami posiadającymi gabinet stomatologiczny lub nie mający takiego gabinetu, w szkołach wylosowano uczniów spełniających kryterium wieku. Metodę badań stanowił sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem technik:

- indywidualnego wywiadu z każdym z badanych, przeprowadzonego na podstawie kwestionariusza, którego pytania dotyczyły nawyków i wiedzy w zakresie zdrowia jamy ustnej,
- wywiadu z dyrekcjami szkół lub/i personelem szkolnych gabinetów stomatologicznych na temat działań szkoły w zakresie promocji zdrowia jamy ustnej.

W opracowaniu statystycznym wyników badań uwzględniono wartości procentowe oraz test niezależności chi kwadrat, gdzie zależność istotna wystąpiła przy  $p \leq 0,05$ .

### Wyniki i omówienie

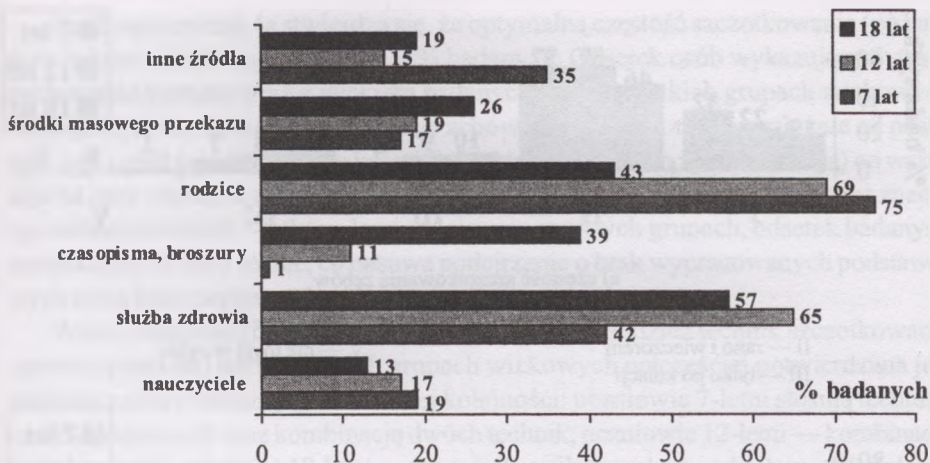
W roku szkolnym 1993/94 w poszczególnych grupach wiekowych od 80—88% badanych uczniów było objętych opieką szkolnych gabinetów stomatologicznych. Do szkół, w których planach dydaktyczno-wychowawczych umieszczono zagadnienia promocji zdrowia jamy ustnej uczęszczało 93—94% badanych 7 i 12-latków oraz 68% ankietowanych uczniów szkół średnich. Na rycinie 1 przedstawiono opinie uczniów na temat udziału szkół w przekazywaniu wiedzy o zdrowiu jamy ustnej. Udział ten potwierdza od 55 do 67% badanych, częściej 12— i 18-latków niż dzieci 7-letnich. Prawie połowa 7-latków nie potwierdziła lub nie pamiętała udziału szkoły w promocji zdrowia.



Ryc. 1. Odpowiedzi badanych na pytanie: Czy szkoła przekazała Ci wiedzę o higienie jamy ustnej?

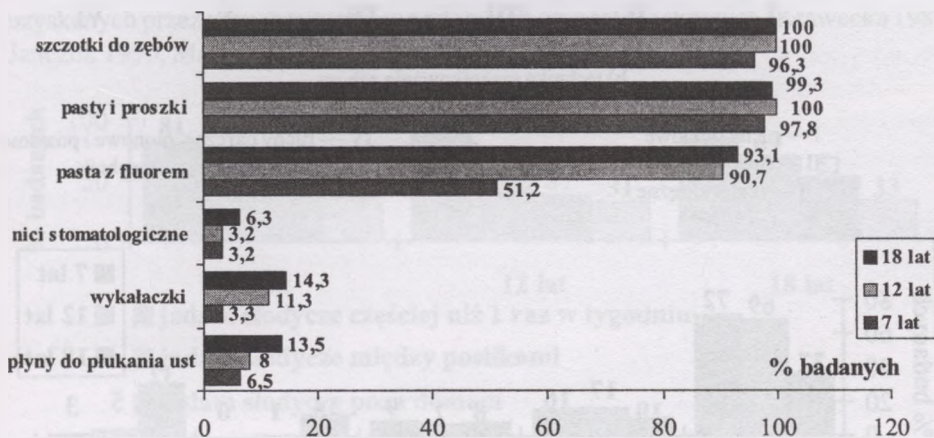
Analizując źródła wiedzy uczniów o zdrowiu jamy ustnej (ryc. 2) należy stwierdzić, że w grupie 7— i 12-latków najczęściej wymieniani są rodzice (których wiedza nie zawsze jest fachowa) oraz pracownicy służby zdrowia. Ankietowana młodzież 18-letnia wskazuje przede wszystkim na służbę zdrowia, następnie rodziców oraz źródła pisane i środki masowego przekazu, co ma związek z typowym dla okresu młodzieńczego procesem autoedukacji. Na udział nauczycieli w przekazywaniu wiedzy o zdrowiu jamy ustnej wskazuje tylko 13—19% badanych.





Ryc. 2. Źródła wiedzy uczniów o zdrowiu jamy ustnej

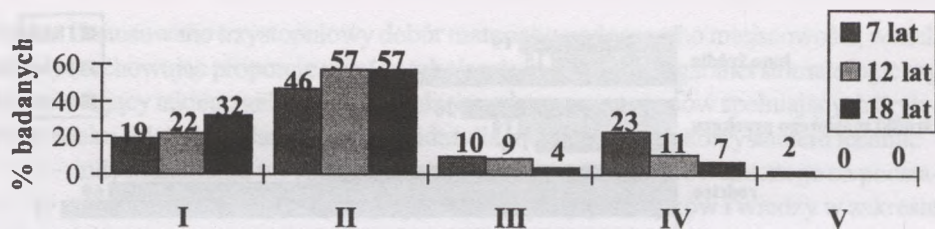
Jako miarę skuteczności szkolnej promocji zdrowia jamy ustnej przyjęto zachowania uczniów. Na rycinie 3 zestawiono wyniki badań nad stosowaniem przez uczniów różnych środków higieny jamy ustnej.



Ryc. 3. Środki higieny jamy ustnej, stosowane przez badanych

Jak wynika ze wspomnianej ryciny, we wszystkich badanych grupach wiekowych do oczyszczania zębów powszechnie używane są szczotki i pasty (najczęściej z fluorem), natomiast pozostałe środki stosuje bardzo niewielki, ale wzrastający wraz z wiekiem, odsetek badanych.

Rycina 4 a, b, c zawiera wyniki badań dotyczące zachowań ankietowanych związanych ze zdrowiem jamy ustnej.



a) częstość szczotkowania zębów

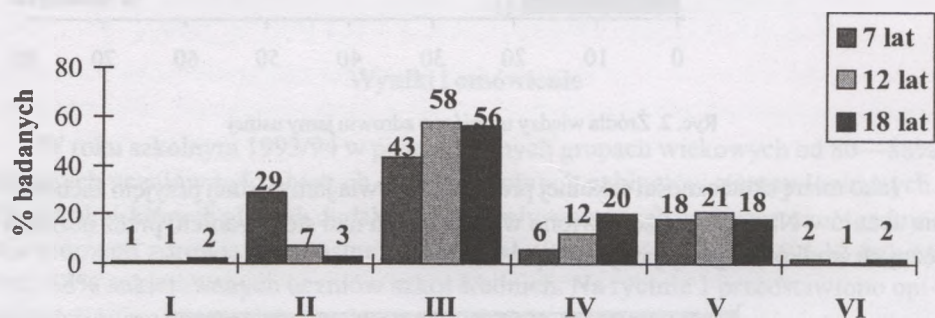
I — po posiłkach lub częściej

II — rano i wieczorem

III — tylko po kolacji

IV — różnie

V — nie myję w ogóle



b) technika szczotkowania zębów

I — ruchy pionowe

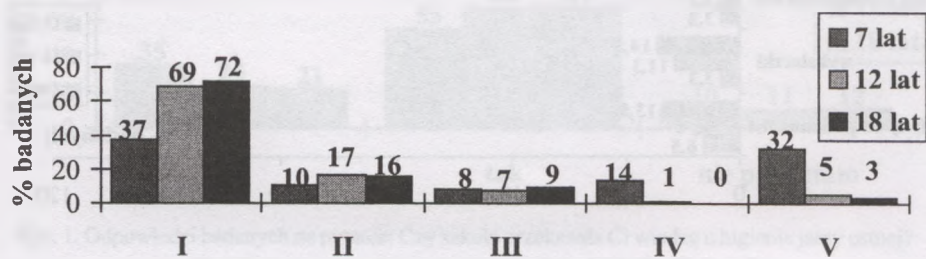
II — ruchy poziome

III — ruchy okrężne

IV — ruchy okrężne, pionowe i poziome

V — kombinacje dwóch technik

VI — nie wiem



c) termin ostatniej wizyty u stomatologa

I — w ostatnim półroczu

II — od 1/2 roku do 1 roku

III — dawniej

IV — nigdy

V — nie wiem

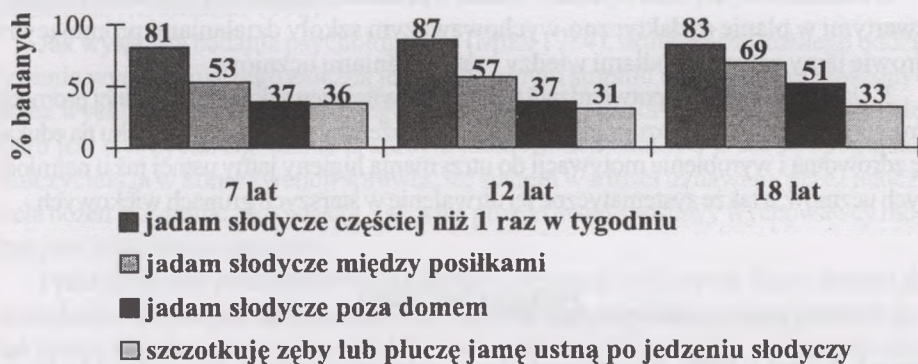
Ryc. 4. Nawyki badanych w zakresie zdrowia jamy ustnej

Analizując rycinę 4a stwierdza się, że optymalną częstość szczotkowania (po każdym jedzeniu) deklaruje od 19 do 32% badanych. Odsetek osób wykazujących takie zachowanie wzrasta wraz z wiekiem badanych. We wszystkich grupach wiekowych najczęściej stwierdzano szczotkowanie zębów rano i wieczorem niezależnie od posiłków (np. przed śniadaniem i po kolacji lub przed śniadaniem i przed kolacją) co wskazuje na brak wiedzy o celach czyszczenia zębów. Na uwagę zasługuje również znaczny, zwłaszcza wśród 7-latków, lecz malejący w starszych grupach, odsetek badanych szczotkujących zęby różnie, co nasuwa podejrzenie o brak wypracowanych podstawowych nawyków związanych z higieną jamy ustnej.

Wśród stosowanych przez ankietowane dzieci i młodzież technik szczotkowania zębów (rycina 4b) we wszystkich grupach wiekowych najczęściej potwierdzana jest technika ruchów okrężnych. W dalszej kolejności: uczniowie 7-letni stosują technikę ruchów poziomych oraz kombinację dwóch technik; uczniowie 12-letni — kombinację dwóch technik; młodzież 18-letnia zalecaną dla osób dorosłych technikę ruchów okrężnych, poziomych i pionowych (20% ankietowanych) oraz kombinację dwóch technik.

Rycina 4c obrazuje terminy ostatniej odbytej przez badanych wizyty u stomatologa. W optymalnym okresie (do pół roku) u stomatologa było od 37% (7-latki) do 72% ankietowanych. Na ogół były to badania kontrolne, przeprowadzane przez szkolnego stomatologa.

Wyniki badań przedstawione na rycinie 4 są podobne lub lepsze od rezultatów uzyskanych przez innych autorów w podobnych grupach wiekowych (Krawecka 1987, Jańczuk 1990, Marzec-Koronczewska 1991).



Ryc. 5. Nawyki badanych związane ze spożyciem słodczy

Zachowania badanych uczniów związane ze spożywaniem słodczy przedstawiono na rycinie 5. Jak wykazano na wspomnianej rycinie w ankietowanej grupie występuje znaczący odsetek (81—87%) osób spożywających słodczy częściej niż 1 raz w tygodniu (ale 7—8% jada je częściej niż raz dziennie), około 53—69% ankietowanych jada słodczy między posiłkami, a 37—51% poza domem (co w naszych warunkach na ogół uniemożliwia natychmiastowe oczyszczenie jamy ustnej). Nawyk szczotkowania zębów



lub płukania ust wodą po spożyciu słodczy potwierdziło od 31—36% badanych. Z analizy zachowań przedstawionych na rycinie 5 wynika, że w grupie 18-latków wzrasta — w stosunku do młodszych grup — odsetek osób jadających słodczy między posiłkami i poza domem, natomiast odsetek oczyszczających jamę ustną nie ulega podwyższeniu.

Analizie statystycznej poddano zależność między realizowanymi przez szkoły (wymienionymi w planach dydaktyczno-wychowawczych) działaniami promującymi zdrowie jamy ustnej a częstością i techniką szczotkowania zębów przez uczniów oraz źródłami wiedzy o higienie jamy ustnej. Przeprowadzony test chi kwadrat nie potwierdził zależności między żadnymi z analizowanych cech, co świadczy o braku jakiegokolwiek wpływu szkoły na zachowania zdrowotne uczniów, dotyczące jamy ustnej.

Badania źródeł wiedzy i zachowań uczniów oraz analiza treści dotyczących promocji zdrowia jamy ustnej, zawartych w planach dydaktyczno-wychowawczych szkół, pozwalają sądzić, że szkolna promocja zdrowia ma charakter epizodyczny, a jej najważniejszymi mankamentami są: brak określenia jego celów, przypadkowe metody i formy pracy oraz zaniechanie kontroli uzyskanych wyników.

### Wnioski

1. W badanej grupie uczniów wykazano szeroko rozpowszechnione negatywne zachowania dotyczące zdrowia jamy ustnej. Niektóre z tych zachowań ulegają w starszych grupach wiekowych korekcie, inne (związane ze spożywaniem słodczy) się nasilają.

2. Analiza statystyczna wyników badań wykazała brak istotnej zależności między zawartymi w planie dydaktyczno-wychowawczym szkoły działaniami promującymi zdrowie jamy ustnej a źródłami wiedzy i zachowaniami uczniów.

3. Uzyskane rezultaty potwierdzają tezę o całkowitej niewydolności szkolnej promocji zdrowia jamy ustnej i wskazują na konieczność położenia szczególnego nacisku na edukację zdrowotną i wyrobienie motywacji do utrzymania higieny jamy ustnej już u najmłodszych uczniów, a także systematyczne jej utrwalenie w starszych grupach wiekowych.

### PIŚMIENNICTWO

- Jańczuk Z. (red.). 1990. *Stan narządu żucia polskiej populacji*. Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin.
- Krawecka D. 1987. *Stan zdrowotny narządu żucia u dzieci szkolnych miasta Chorzowa*. Śląska Akademia Medyczna, Zabrze-Chorzów, (praca doktorska).
- Marzec-Koronczewska Z. 1991. *Wybrane czynniki etiologiczne próchnicy zębów 18-latków w Polsce w świetle wyników badań ankietowych i epidemiologicznych*. Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin, (praca doktorska).



***Donata Woitas-Ślubowska***

Instytut Wychowania Fizycznego  
Gorzów Wielkopolski

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE PRACOWNIKÓW KULTURY FIZYCZNEJ: STAN I WYBRANE UWARUNKOWANIA

### Wprowadzenie

Na kształtowanie zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży niebagatelny wpływ mają postawy nauczycieli, zwłaszcza kultury fizycznej, którzy powinni pełnić funkcję tzw. animatorów zdrowia, zmierzających do wytworzenia u uczniów nawyku dbałości o własne ciało oraz rozwoju ich umiejętności praktycznych związanych z profilaktyką zdrowotną (Krawański 1992).

Jak wykazują badania psychologiczne (Mika 1984), skuteczność każdego oddziaływania wychowawczego zależy w znacznym stopniu od zgodności głoszonych przez wychowawcę poglądów z jego zachowaniami i postawami, których wykładnikiem jest styl życia. Zgodność ta sprzyja identyfikacji uczniów z osobą i poglądami nauczyciela, a w konsekwencji sprawia, że system wartości uznawany przez nauczyciela uczeń przyjmuje jako własny. Tak więc prozdrowotne postawy wychowawcy mogą być powielane przez uczniów.

Praktykowanie przez pracownika kultury fizycznej stylu życia, który sprzyja doskonaleniu zdrowia jest także czynnikiem warunkującym podejmowanie przezeń działań promujących zachowania prozdrowotne wśród wychowanków, co zostało statystycznie udokumentowane (Woitas-Ślubowska i Szyszka 1995).

Przedstwicione fakty wskazują na doniosłą rolę pozytywnych zachowań zdrowotnych wychowawcy w procesie promocji zdrowia uczniów oraz potwierdzają konieczność kształtowania tych zachowań zarówno u kandydatów do zawodu, jak i osób już pracujących w różnych działach kultury fizycznej. Działania zmierzające do skutecznego korygowania zachowań niepożądanych z punktu widzenia zdrowia wymagają poznania ich uwarunkowań.

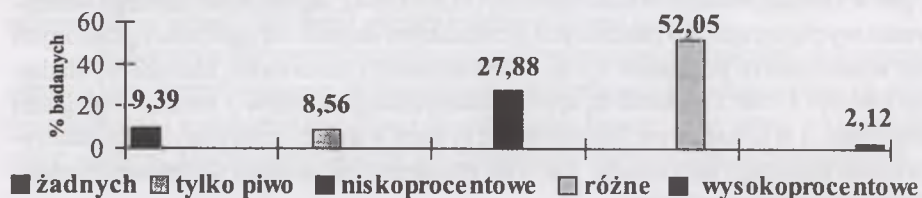
Celem niniejszej pracy była ocena związanych ze zdrowiem zachowań pracowników kultury fizycznej oraz określenie wybranych determinant tych zachowań.

## Materiał i metoda

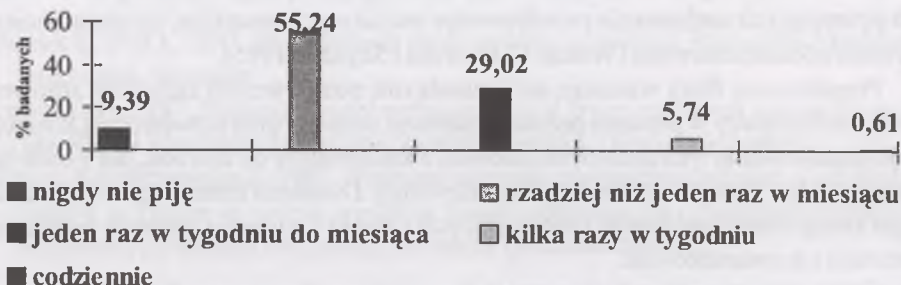
W roku 1994 objęto anonimowymi badaniami ankietowymi zdrowotne aspekty stylu życia 1320 osób (629 kobiet i 691 mężczyzn) zamieszkałych na terenie 10 województw i zatrudnionych w kulturze fizycznej: nauczycieli, trenerów, instruktorów i organizatorów sportu oraz rekreacji. Pytania ankiety dotyczyły cech socjalnych i samooceny stanu zdrowia badanych oraz ich zachowań związanych ze zdrowiem. Wyniki badań opracowano statystycznie uwzględniając frekwencję poszczególnych cech i zależność między nimi (test chi kwadrat). Analizy statystycznej dokonano na poziomach istotności: \* $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$  i \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

## Wyniki i omówienie

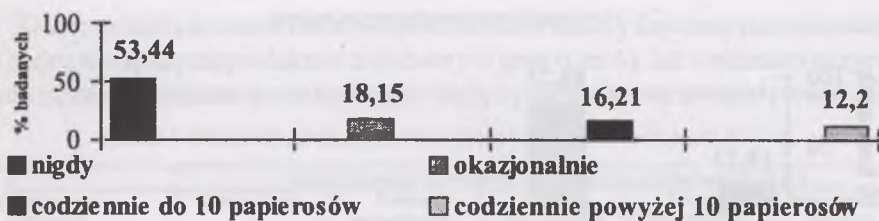
Na rycinach 1 i 2 przedstawiono rodzaj i częstość spożywania przez badanych napojów alkoholowych. Wśród ogółu respondentów frakcja osób nigdy nie pijących alkoholu przekracza 9%, natomiast napoje o różnej i tylko wysokiej zawartości alkoholu pije łącznie około 54% badanych. Analiza częstości spożywania alkoholu wykazuje, że większość ankietowanych pracowników kultury fizycznej pija go rzadziej niż raz w miesiącu (ryc. 2). Porównując uzyskane rezultaty z wynikami badań Sierosławskiego (1992) — przeprowadzonymi na 1000-osobowej próbie dorosłych mieszkańców całego kraju — stwierdza się, że wśród pracowników kultury fizycznej występuje podobny odsetek osób nie pijących alkoholu oraz zdecydowanie wyższy procent osób pijących napoje o małej jego zawartości.



Ryc. 1. Czy pije Pan (Pani) napoje alkoholowe?



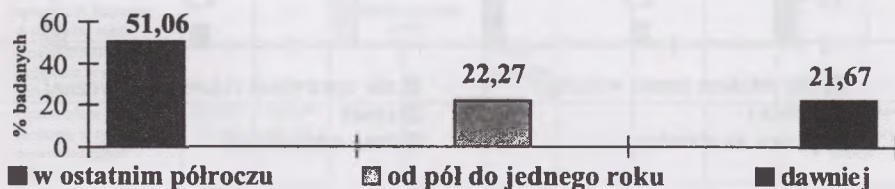
Ryc. 2. Częstość spożywania napojów alkoholowych



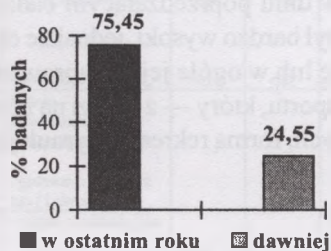
Ryc. 3. Czy pali Pan (Pani) tytoń?

Przedstawione na rycinie 3 wyniki badań nad paleniem tytoniu przez pracowników kultury fizycznej, analizowane na tle danych dla całego kraju (Zatoński i Przeżoźniak 1992), według których w Polsce pali około 48% osób powyżej 16 roku życia, świadczą o większym rozpowszechnieniu zachowań sprzyjających zdrowiu wśród pracowników kultury fizycznej. Odsetek osób palących codziennie jest również w badanej grupie mniejszy niż w populacji ogólnopolskiej.

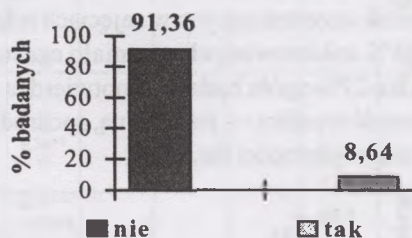
a) stan uzębienia



b) ogólnego stanu zdrowia



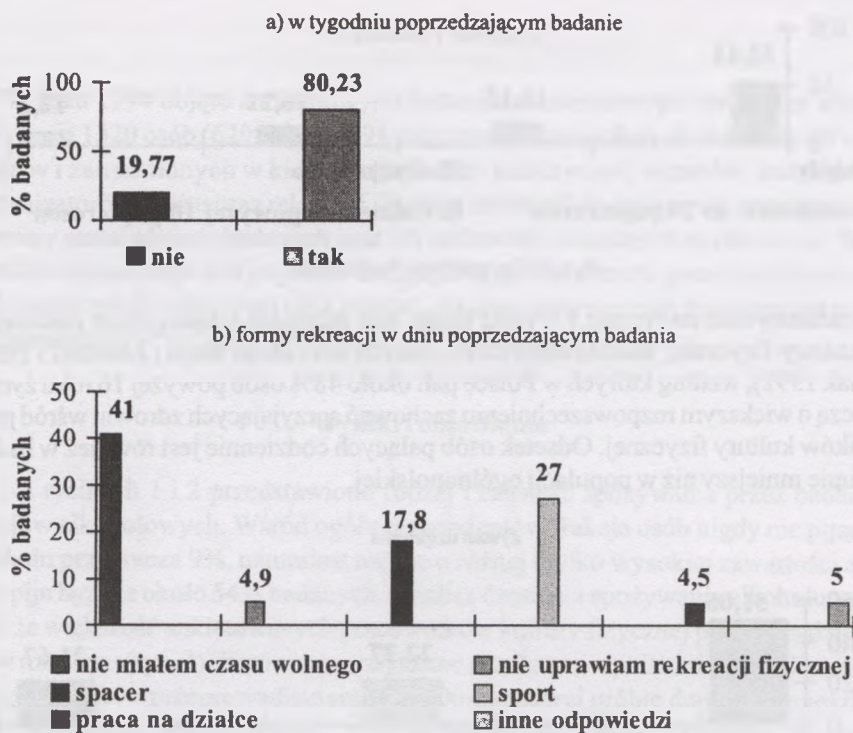
c) wydolności lub sprawności fizycznej



Ryc. 4. Udział w badaniach kontrolnych

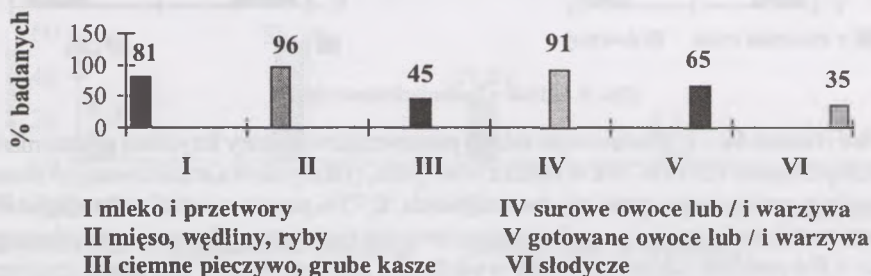
Na rycinach 4a—c zilustrowano udział pracowników kultury fizycznej w badaniach kontrolnych stanu zdrowia. Jak wynika z ww. rycin, tylko połowa ankietowanych skontrolowała w optymalnym terminie stan uzębienia, 0,75% przeprowadziło obowiązkowe dla pracowników oświaty i wychowania coroczne badania ogólnego stanu zdrowia, a tylko 8,6% poddało się testom oceny wydolności lub sprawności. Uzyskane rezultaty wskazują na niedostatecznie ukształtowaną u wielu badanych świadomość profilaktycznej roli badań okresowych w zapobieganiu chorobom i obniżaniu wydolności organizmu.





Ryc. 5. Udział badanych w rekreacji

Ryciny 5a i b zawierają informacje na temat udziału badanych w rekreacji ruchowej w czasie wolnym. Zarówno w tygodniu jak i w dniu poprzedzającym badania odsetek uczestniczących w zajęciach rekreacyjnych był bardzo wysoki, jednakże około 46% ankietowanych nie miało czasu na rekreację lub w ogóle jej nie uprawiało, a tylko 27% ogółu badanych potwierdza uprawianie sportu, który — z uwagi na intensywność wysiłku — jest jedyną, spośród wymienionych, formą rekreacji stymulującą rozwój wydolności fizycznej.



Ryc. 6. Spożycie przez badanych produktów z wybranych grup



Ocenę sposobu żywienia badanych pracowników kultury fizycznej przeprowadzono na podstawie spożycia produktów z wybranych grup (ryc. 6). Jak wykazano na rycinie 6 najczęściej popełniane przez badanych błędy żywieniowe, to: niespożywanie ciem-

Tabela 1. Zależność między zachowaniami a wybranymi cechami badanych

Lp.	Zachowania zdrowotne	Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a cechami badanych ( $\chi^2$ )									
		Wiek w latach		Poziom wykształcenia		Miejsce zamieszkania		Instytucja zatrudniająca		Samocena stanu zdrowia	
		M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
1.	Piją alkohol kilka razy w tygodniu		29,32** 41 – 50	61,63** mgr wf trener	49,32** trener instruktor			78,21 ** kluby sportowe zas. szk. zawod. szk. służba zdrowia			
2.	Piją napoje alkoholowe o wysokiej zawartości spirytusu	39,91** 31 – 60		64,98** wszyscy oprócz dr wf						36,59* dobry przeciętny zły bardzo zły	
3.	Pałę tytoń codziennie	32,35** 31–60	28,26* 41–60	48,85** instruktor inni, dr wf, SN	32,92** instruktor trener inni					50,69** zły	
4.	Kontrolowałem wydolność lub sprawność fizyczną w ostatnim roku			31,17** absolwent SN student zaoczny AWF	41,32**						
5.	Kontrolowałem stan uzębienia w ostatnim półroczu					14,34** DM,MM					
6.	Uprawiałem rekreację ruchową w tygodniu poprzedzającym badania	16,02** 21–50	18,14** do 40							33,94** bardzo dobry dobry	19,74**
7.	Formy rekreacji w dniu poprzedzającym badania:	40,60*	92,89**		67,52**	37,38**				43,19*	56,26**
	– brak czasu	41–50	30–60		student instruktor	DM,MM				zły	zły b.zły
	– sport rekreacyjny	<40	<30		student zaoczny AWF trener	DM,MM					bardzo dobry
	– uprawianie działki	<51	<61			W					zły
8.	W dniu poprzedzającym badania spożywałem:										
	– gotowane warzywa lub / i owoce		49,25* 51 i więcej			9,36** W					
	– mięso, wędliny, jaja			24,34 ** wszyscy oprócz dr wf		63,21*** DM,MM					
	– mleko i przetwory					14,31*** DM					
	– słodcze	29,42*** 30 lat i mniej		32,64** 46,28** studenci zaoczni AWF						11,93* bardzo dobry dobry	

Legenda: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; DM — duże miasto (> 100 tys. mieszkańców); MM — małe miasto (do 100 tys. mieszkańców); W — wieś

Uwaga: w tabeli pod wartością  $\chi^2$  podano grupy badanych, które najczęściej przejawiały dane zachowania zdrowotne

nego pieczywa i grubych kasz, gotowanych warzyw i/lub owoców oraz pomijanie mleka i jego przetworów, a ponadto jądanie słodczy. Podobne błędy w sposobie żywienia stwierdza się także w innych grupach ludności, jednakże ich rozpowszechnienie jest znacznie większe (Gulbicka i wsp. 1993).

W tabeli 1 przedstawiono zależności między zachowaniami zdrowotnymi pracowników kultury fizycznej a wybranymi uwarunkowaniami. Stwierdzono, że:

- istnieje zróżnicowanie tych uwarunkowań, wynikające z płci badanych,
- spośród analizowanych uwarunkowań największe znaczenie wykazują: wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania oraz samoocena stanu zdrowia,
- w starszych grupach wiekowych występuje więcej zachowań antyzdrowotnych,
- badani mieszkańcy miast wykazują częściej niż mieszkańcy wsi korzystne zdrowotnie zachowania,
- istnieje zależność między uczestnictwem w zajęciach rekreacyjnych w formie sportu a wysoką samooceną stanu zdrowia, a także między paleniem tytoniu i piciem napojów o wysokiej zawartości alkoholu a złym stanem zdrowia.

Poznanie uwarunkowań socjalnych zachowań związanych ze zdrowiem pozwala na celniejsze ukierunkowanie działań promujących zdrowie badanej grupy oraz wcześnie zapobieganie powstawaniu zachowań niepożądanych.

### Wnioski

1. Badani pracownicy kultury fizycznej wyróżniają się pozytywnie na tle polskiego społeczeństwa pod względem następujących zachowań zdrowotnych: niepalenia tytoniu, rzadszego spożywania alkoholu, lepszego sposobu żywienia, a przede wszystkim znacznego udziału w rekreacji fizycznej.
2. Zachowania zdrowotne badanych istotnie zależą od wieku, płci, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz samooceny stanu zdrowia. Znajomość tych uwarunkowań powinna się stać elementem sprzyjającym skutecznej korekcie zachowań niepożądanych.

### PIŚMIENNICTWO

- Gulbicka B., Michna W., Chmielewska B. 1993. *Raport o zmianach i stanie wyżywienia oraz bezpieczeństwie żywnościowym Polski: lata 1980—92*. Warszawa.
- Krawański A. 1992. *Wychowanie zdrowotne w ramach wychowania fizycznego — oczekiwania i możliwości*. Lider, 5, 4.
- Mika S. 1984. *Psychologia społeczna*. PWN, Warszawa.
- Sierosławski J. 1992. *Spożycie alkoholu i polityka wobec alkoholu w ocenie społecznej*. Raport z badań ankietowych. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Woitas-Ślubowska D., Szyszka K. 1995. *Life style of physical culture cadre as an exponent of health promotion attitudes*. (In:) *Physical education and sports of children and youth*. Bratysława (streszczenia), 174.
- Zatoński W., Przewoźniak K. 1992. *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*. Ariel, Warszawa.

**Bogdan Smyła**

Akademia Wychowania Fizycznego  
Katowice

## PRZEDMIOT „HIGIENA ŻYWIENIA SPORTOWCÓW” JAKO INTEGRALNY SKŁADNIK PROGRAMU WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO

Po zmianach programowych, przeprowadzonych w Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach w roku akademickim 1994/95, wprowadzono — realizowany przez Samodzielny Zakład Promowania Zdrowia dla specjalizacji trenersko-instruktorskiej kierunku nauczycielskiego — nowy przedmiot: „Higiena żywienia sportowców”.

Pracownicy Samodzielnego Zakładu Promowania Zdrowia przyjęli założenie, że w ramach tego przedmiotu można realizować treści związane z wychowaniem zdrowotnym (promocja zdrowia), tym bardziej że program jest adresowany do studentów mających mieć w przyszłości kontakt ze sportowcami, którzy z kolei są wzorcem dla sporej grupy dzieci i młodzieży.

Tak więc oprócz treści związanych bezpośrednio z anatomią i fizjologią, zwraca się też uwagę studentów na aspekty zdrowotne związane z odżywianiem, na rodzaj i wartość dla zdrowia dostępnej na rynku żywności, odżywek i używek oraz wpływ zdrowego żywienia na promowanie własnego zdrowia i kształtowanie wyniku sportowego.

Zajęcia odbywają się w wymiarze 22 godzin dydaktycznych (2 godziny ćwiczeń tygodniowo) w ciągu VII semestru i kończą się zaliczeniem.

Należy tu zaznaczyć, że pracownicy Samodzielnego Zakładu Promowania Zdrowia AWF w Katowicach realizują ogólne zasady higieny żywienia oraz zagadnienia związane z wpływem odżywiania i żywności na zdrowie w ramach zajęć z innych prowadzonych przedmiotów, ale w sposób ograniczony ze względu na liczbę godzin dydaktycznych pozostających do ich dyspozycji.

Ramowy program przedmiotu „Higiena żywienia sportowców” przedstawia się zatem następująco:

Ćwiczenie 1.

Trawienie i wchłanianie — budowa i funkcja układu pokarmowego, enzymy (repetitorium syntetyczne).

Ćwiczenie 2.

Przemiany energetyczne, zapotrzebowanie energetyczne organizmu człowieka, zmiany metabolizmu w ontogenezie (repetitorium syntetyczne).



**Ćwiczenie 3.**

Składniki pokarmowe (energetyczne, budulcowe, regulujące), ich rola. Cukrowce i ich znaczenie dla organizmu (repetitorium z uzupełnieniem).

**Ćwiczenie 4.**

Białka i ich znaczenie dla organizmu. Tłuszcze i ich znaczenie dla organizmu (repetitorium z uzupełnieniem); profilaktyka cholesterolowa.

**Ćwiczenie 5.**

Rola wody, soli mineralnych dla organizmu. Witaminy i ich kompleksowe działanie (repetitorium z uzupełnieniem).

**Ćwiczenie 6.**

Grupy produktów spożywczych, ich wartości odżywcze.

**Ćwiczenie 7.**

Skażenie żywności, warunki produkcji i przechowywania.

**Ćwiczenie 8.**

Rodzaje diet, metody układania jadłospisów dla różnych grup ludności, jak też o różnej aktywności ruchowej.

**Ćwiczenie 9.**

Odżywianie sportowców w różnych okresach treningowych.

**Ćwiczenie 10.**

Użytki, farmakologiczne środki dopingujące.

Uzupełnianie zajęć.

**Ćwiczenie 11.**

Zaliczenie ćwiczeń: ocena opracowanego jadłospisu, kolokwium zaliczeniowe.

## Wnioski

1. Wydaje się pożądane wyegzekwowanie od kandydatów na AWF wiadomości z zakresu chemii i biologii przez ponowne przywrócenie egzaminów wstępnych z tych przedmiotów.
2. Celowe wydaje się zwiększenie liczby godzin dydaktycznych w ramach przedmiotu na przykład przez wprowadzenie wykładów, co z kolei umożliwiłoby zwiększenie liczby praktycznych zajęć na ćwiczeniach.
3. Higiena żywienia sportowców jako przedmiot jest realizowana przez Samodzielny Zakład Promowania Zdrowia dopiero drugi rok, ale uzyskane doświadczenie oraz uwzględnienie potrzeb i oczekiwań studentów pozwoliło na wprowadzenie wielu zmian, chociaż nie można wyciągnąć jeszcze ostatecznych wniosków co do optymalnej realizacji założonych celów dydaktycznych.
4. Ze względu na charakter przyszłej pracy absolwenci specjalizacji trenersko-instruktorskiej muszą uświadomić sobie swoją bezpośrednią i pośrednią ważną rolę przy propagowaniu prozdrowotnych nawyków żywieniowych.



## Polecano studentom następujące piśmiennictwo:

- Aleksandrowicz J., Gumowska I. 1983. *Kuchnia i medycyna*. Watra, Warszawa.
- Bączyk S., Szczęśniak Ł. 1991. *Wybrane problemy żywienia w wysiłkach fizycznych*. AWF, Poznań.
- Celejowa I. 1983. *Teoria i praktyka żywienia sportowców*. AWF, Gdańsk.
- Celejowa I. 1990. *Rekord na talerzu*. Sport i Turystyka, Warszawa.
- Gawęcki J., Jeszka J. 1986. *Żywienie człowieka*. PWN, Warszawa.
- Górnicki B. 1971. *Żywienie dzieci zdrowych i chorych*. PZWL, Warszawa.
- Kosicki B. 1980. *Wybrane zagadnienia i ćwiczenia z higieny*. AWF, Poznań.
- Mindell E. 1993. *Biblia witamin*. Wiedza i Życie, Warszawa.
- Namysłowski L. 1973. *Racjonalne żywienie a sport wyczynowy w świetle współczesnych poglądów*. PZWL, Warszawa.
- Szczygieł A., Klimczak Z., Piekarska J., Muszkatowa B. 1972. *Tabele składu i wartości odżywczych produktów spożywczych*. PZWL, Warszawa.
- Wysokińska Z. 1969. *Produkty spożywcze i ich wartości odżywcze*. PZWL, Warszawa.
- Ziemlański Ś. 1985. *Fizjologiczne podstawy żywienia sportowców. Z zagadnień sportu*. Instytut Sportu, Warszawa, 6.
- Zubra T. (red.). 1990. *Żywienie w sporcie wyczynowym*. Praca zbiorowa. Biblioteka trenera. Resortowe Centrum Metodyczno-Szkoleniowe Kultury Fizycznej i Sportu, Warszawa.

Ponadto należy zaznaczyć, że w miarę ukazywania się nowości wydawniczych, zarówno na poziomie naukowym, jak też popularnym, są one uwzględniane i omawiane w trakcie prowadzonych ćwiczeń, a ich wykaz uzupełniany na bieżąco.

Ponieważ zajęcia prowadzone są w formie seminariów (referaty problemowe przygotowują studenci), przeto uczestniczący w nich studenci oprócz zdobywania wiedzy teoretycznej, przygotowując się samodzielnie do referatów, nabywają też krytycznego stosunku do obiegowych poglądów na jakość i wartość żywności oraz sposób odżywiania, szczególnie związanych z agresywną, a nie zawsze prawdziwą kampanią reklamową przeprowadzaną w mass mediach.

Okazuje się jednak, że część studentów wykazuje duże braki pod względem znajomości zagadnień wchodzących w zakres zarówno przedmiotów biologiczno-chemicznych obowiązkowych w szkole średniej, jak też i innych przedmiotów ujętych w programie AWF w Katowicach. Przepuszczalnym tego powodem jest przyjmowanie na studia w AWF bez egzaminu z przedmiotów teoretycznych stanowiących podstawę takich przedmiotów, jak np. biochemia lub fizjologia. Stosunkowo mała liczba godzin dydaktycznych nie gwarantuje osiągnięcia pożądanego i trwałego poziomu wiedzy, a szczególnie umiejętności kojarzenia wiadomości z różnych dziedzin mających wpływ na zdrowotne aspekty odżywiania się i jego znaczenie zarówno w ontogenezie, jak i w indywidualnym podejściu do problematyki wysiłku sportowego. Szczególnie w przypadku opracowywania jadłospisów część studentów wykazuje tendencję do korzystania z gotowych wzorów nie zawsze zresztą zgodnych z aktualną wiedzą żywieniową, jak i zaopatrzeniem rynku żywnościowego.



***Beata Fedyn***

Kolegium Nauczycielskie  
Racibórz

## WYCHOWANIE ZDROWOTNE JAKO PRZEDMIOT STUDIÓW W KOLEGIUM NAUCZYCIELSKIM

Stan zdrowia ludności Polski, podobnie jak w krajach Europy Centralnej i Wschodniej jest zły, zwłaszcza w porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi. Co więcej, nadal ulega pogorszeniu. W dalszym ciągu zwiększa się liczba pacjentów umierających na schorzenia układu krążenia, nowotwory, urazy i zatrucia. Wzrasta też zachorowalność na choroby zakaźne, głównie na gruźlicę i wirusowe zapalenie wątroby. Także zaburzenia zdrowia psychicznego, a głównie uzależnienia stanowią poważny i nadal nierozwiązany problem medyczny, psychologiczny, socjologiczny oraz pedagogiczny (Bejnarowicz 1994, Kirschner 1994, Maszczak 1995).

Ten niekorzystny obraz stanu zdrowotnego Polaków skłania do poszukiwań sposobów zmiany tej sytuacji. Jednym z nich jest szeroko prowadzona edukacja zdrowotna (Żukowska 1995). Społeczeństwo, które chce z jednej strony zapobiegać chorobom, a z drugiej aktywnie promować zdrowie jednostek i zbiorowości musi dołożyć wielu starań, aby wychować dobrze poinformowaną i wykształconą populację. Można stwierdzić, że edukację w zakresie promocji ochrony zdrowia należy rozpocząć jak najwcześniej, wykształcenie bowiem już od najmłodszych lat poszukującego i aktywnego sposobu postępowania wobec własnego zdrowia i aktywności ruchowej wpłynie na postawę człowieka w dorosłym życiu. Wiodącą rolę spełnia w tym zakresie szkoła pod warunkiem, że posiada program wychowania zdrowotnego. Należy się tylko zastanowić w jakie ramy organizacyjne program ten ująć i jaki będzie udział nauczycieli—specjalistów w jego realizacji, a także o to, jaką pozycję będzie miał „nauczyciel zdrowia” czy też koordynator szkolnego wychowania zdrowotnego.

Ostatnie lata przyniosły wiele opracowań na temat powiązań wychowania zdrowotnego z wychowaniem fizycznym (Umiastowska 1992, Krawański 1992, Żukowska 1992). Wielu autorów uważa, że do działalności edukacyjnej w zakresie zdrowia przygotowani są głównie nauczyciele wychowania fizycznego, ze względu na szerokie kompetencje zdobywane w toku studiów z zakresu nauk przyrodniczych, medycznych i humanistycznych, w tym pedagogicznych, a także ze względu na znajomość teorii i praktyki wychowania fizycznego, turystyki, rekreacji i sportu, uznawanych przez medycynę za nieodzowny atrybut zdrowia (Celejowa 1992, Jaworski 1995).



Podtrzymując powyższą myśl akademie wychowania fizycznego wprowadziły do programu studiów także wychowanie zdrowotne. Powstałe w 1992 roku Kolegium Nauczycielskie w Raciborzu realizuje jako specjalność wychowanie zdrowotne (Jaworski 1995) a przedmiot wychowanie zdrowotne trwa przez trzy semestry. Zakłada się, że poprzez zajęcia teoretyczne i praktyczne dojdzie do rozszerzenia kompetencji zawodowych nauczycieli wychowania fizycznego. Kompetencje te dotyczą wiadomości i umiejętności przydatnych w przyszłej pracy pedagogicznej, obejmujących ochronę i promocję zdrowia w trzech jego aspektach, a mianowicie biologicznym, psychicznym i społecznym. Poprzez realizację programu wychowania zdrowotnego dąży się do tego, aby nauczyciel kultury fizycznej był nie tylko przygotowany do przekazywania wiedzy jak dbać o zdrowie, ale przede wszystkim żeby jego umiejętności były związane z przygotowaniem ucznia do roli aktywnego uczestnika życia społecznego, który umie i chce przejąć kontrolę nad własnym zdrowiem, ma poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne, rodziny i społeczności, w której żyje. Nauczyciel wychowania fizycznego i zdrowotnego zachęca do stylu życia sprzyjającego zdrowiu. Umożliwia uczniowi zrealizowanie jego potencjalnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych. Uczy, jak radzić sobie ze stresem i sytuacjami konfliktowymi, jak podejmować decyzje mające znaczenie dla zdrowia (Woynarowska 1989).

Aby wykształcić nauczyciela wychowania zdrowotnego, który posiadałby te wymienione powyżej kompetencje, należy go gruntownie przygotować pod względem rzeczowym i metodycznym. Zakres treści programowych edukacji zdrowotnej, jako przedmiotu studiów w Kolegium Nauczycielskim, jest dość szeroki. Obejmuje między innymi następujące zagadnienia:

- Pedagogika zdrowia jako nauka o edukacji zdrowotnej, podstawy metodologiczne pedagogiki zdrowia.
- Podstawowe wiadomości z zakresu teorii zdrowia; koncepcje, poglądy, trójwarstwowa struktura zdrowia, pedagogiczny układ zależnościowy: człowiek—wychowanie—zdrowie.
- Cywilizacja współczesna a zagrożenia zdrowia i życia człowieka.
- Programy edukacji zdrowotnej w Polsce, Europie i na świecie.
- Idea szkoły promującej zdrowie.
- Uczeń w wieku szkolnym, jego charakterystyka psychopedagogiczna oraz społeczna i biologiczna. Diagnoza potrzeb zdrowotnych ucznia.
- Środowisko szkolne i jego warunki społeczno-materialne wpływające na zdrowie uczniów i nauczycieli.
- Edukacja zdrowotna w wybranych zagadnieniach tematycznych:
  - a) żywienie jako fizjologiczny i edukacyjny problem,
  - b) wychowanie uczniów do bezpieczeństwa,
  - c) pierwsza pomoc przedlekarska,
  - d) psychoprofilaktyka uzależnień,
  - e) choroby cywilizacyjne — etiologia, profilaktyka,
  - f) aktywność ruchowa i jej znaczenie dla rozwoju organizmu i zapobiegania chorobom,

- g) sposoby i metody radzenia sobie ze stresem,
- h) rola nauczyciela w kształtowaniu humanistycznych relacji międzyludzkich,
- i) edukacja stomatologiczna,
- j) elementy wychowania seksualnego — choroby weneryczne, zakażenie wirusem HIV.

Powyższe treści programowe są realizowane w ciągu 3 semestrów, w wymiarze 1 godzina wykładu, 2 godziny ćwiczeń. W trzecim semestrze dodatkowo 1 godzina zajęć warsztatowych. Na zajęcia z przedmiotu przeznaczają się w sumie 150 godzin.

W realizacji treści programowych współpracujemy ze Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, Punktem Konsultacyjnym przy Poradni Odwykowej w Raciborzu oraz Poradnią Pedagogiczno-Psychologiczną. Studenci mogą pogłębić swoje wiadomości i zdobyć nowe umiejętności z zakresu profilaktyki uzależnień na zajęciach warsztatowych<sup>1</sup>. W ramach realizacji przedmiotu praktyczne wykorzystanie podstaw edukacji studenci odbywają ćwiczenia w szkole podstawowej, które obejmują w szerokim zakresie treści wychowania zdrowotnego.

Ważna jest nie tylko strona rzeczowa programu i jego realizacja. Interesujące byłoby również poznanie stosunku, zwłaszcza wartościującego, studentów do proponowanego im programu przedmiotu. Pod koniec roku akademickiego wśród przyszłych absolwentów raciborskiego Kolegium przeprowadza się sondaż diagnostyczny, którego celem jest poznanie opinii na temat programu wychowania zdrowotnego i sposobów jego realizacji. Rozpoznaje się głównie zainteresowania studentów przedmiotem, jak też ocenę jego przydatności w przyszłej praktyce nauczycielskiej oraz w życiu osobistym. Badaniu poddano także dobór treści kształcenia oraz metody i formy organizacyjne zajęć. Z analizy zebranego materiału empirycznego wynika kilka spostrzeżeń.

Zainteresowanie badanych wychowaniem zdrowotnym jako przedmiotem studiów było duże: 83% ankietowanych odpowiedziało, że ten zakres wiedzy pedagogicznej wzbudził ich zaciekawienie. Odpowiedzi swe tłumaczyli tym, że treści poruszane na zajęciach przydadzą się w przyszłym życiu, ponieważ dotyczą problemów otaczającej nas rzeczywistości. Podkreślali, że poszerzyli swoje wiadomości na temat potrzeb zdrowotnych organizmu, racjonalnego odżywiania, uzależnień, profilaktyki niektórych chorób, głównie schorzeń układu krążenia i chorób nowotworowych. Na uwagę zasługuje fakt, że studenci raczej nie wspominali o korzyściach ze zdobytych wiadomości i umiejętności w przyszłej pracy zawodowej, tylko w życiu osobistym. Ten stan rzeczy podpowiada modyfikację form zajęć. Przedmiot ten nie cieszył się zainteresowaniem 10,8% ankietowanych. Ich zdaniem problemy poruszane na zajęciach są zbędne w pracy nauczyciela. Omawiane treści wzbudziły umiarkowane zainteresowanie 6,5%, ale nie uzasadniały one swego stanowiska.

W badaniu sondażowym studenci mogli także ocenić pozycję przedmiotu wychowanie zdrowotne wśród wszystkich innych wykładanych w Kolegium. Prawie jedna trzecia badanych stwierdziła, że przedmiot ten zajmuje wiodące miejsce. Pozostała

<sup>1</sup> Zajęcia warsztatowe są organizowane z udziałem pedagoga z Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej, zajmującego się wdrażaniem programu profilaktyki alkoholowej „Elementarz” w raciborskich szkołach.

część studentów oceniła, że wychowanie zdrowotne jest przedmiotem średnio ważnym, a około 21% badanych odpowiedziało, że zajmuje on ostatnią pozycję i nie budzi zbytniego zainteresowania, ponieważ najważniejsza jest metodyka wychowania fizycznego.

Sposoby i formy organizacyjne zajęć studenci oceniali raczej pozytywnie. Przeważały odpowiedzi: ciekawe, bardzo ciekawe, prowadzone dobrze. Szczególne zainteresowanie wzbudziły zajęcia warsztatowe, podkreślano niekonwencjonalny sposób prowadzenia, opierający się głównie na treningach interpersonalnych i uczeniu przez własne doświadczenie, przeżywanie i działanie. We wszystkich odpowiedziach zwracano uwagę na niewystarczającą liczbę zajęć praktycznych w szkole.

Połowa badanych studentów stwierdziła, że w wyniku realizowania treści programowych czuje się przygotowana do prowadzenia wychowania zdrowotnego w szkole. Pozostała część badanych podkreślała, że zakres treści teoretycznych był wystarczający, ale brakowało wielogodzinnych, rozległych zajęć praktycznych, z tego też względu nie są w pełni przygotowani do podjęcia roli „nauczyciela zdrowia” w przyszłej pracy zawodowej.

Zakres treści przedmiotu studenci na ogół oceniali pozytywnie. Twierdzili, że materiał był trafnie dobrany, poruszał bowiem interesujące, aktualne problemy dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia oraz metodyki wychowania zdrowotnego. Zwracali jednak uwagę na to, że nie dostrzegają realnych możliwości zastosowania opanowanego materiału w praktyce, czyli w szkole.

Podsumowując powyższą analizę sondażu diagnostycznego można wysunąć kilka wniosków dotyczących realizacji przedmiotu wychowanie zdrowotne. Przede wszystkim bardzo ważnym zadaniem jest umożliwienie studentom odbycia zajęć praktycznych w szkole, co miałyby wpływ na pełniejsze przygotowanie do pracy wychowawczej w zakresie promocji zdrowia. Jak się wydaje, pełna realizacja tego wniosku jest związana z komplementarną zmianą pozycji wychowania zdrowotnego w szkole. Wiemy wszyscy, że wychowanie zdrowotne jest niezbędne, nie mamy natomiast warunków organizacyjno-programowych do bezkonfliktowej jego organizacji.

Istotnym wnioskiem także jest doskonalenie metod pracy ze studentem, zmierzających do wykształcenia poszukującego i aktywnego stosunku do edukacji zdrowotnej i chęci podjęcia roli „nauczyciela—wychowawcy zdrowia”. Wydaje się, że uaktywnienie studentów w toku procesu edukacji zdrowotnej i opanowanie metodyki umożliwi wyrobienie u nich pozytywnego stosunku do realizowanych treści programowych. Zapewni to w przyszłości efektywną pracę szkoły w dziedzinie wychowania do zdrowia i kształcenia zdrowotnego, co jest podstawowym składnikiem projektowania zmian w stanie biologicznym mieszkańców naszego kraju.

## PIŚMIENNICTWO

Bejnarowicz J. 1994. *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwanie do promocji zdrowia.* (W:) *Promocja zdrowia, nauki społeczne i medycyna*, 1—2.



- Celejowa I. 1992. *W sprawie powszechnego wychowania zdrowotnego w Polsce*. Lider, 2.
- Jaworski Z. 1995. *O potrzebie w szkole specjalisty wychowania zdrowotnego*. Lider, 4.
- Jaworski Z. 1995. *Wychowanie zdrowotne — przedmiot studiów czy kierunek studiów w kształceniu nauczycieli*. Lider, 5.
- Kirschner H. 1994. *Stan zdrowia społeczeństwa polskiego*. Postępy Nauk Medycznych, VII.
- Krawański A. 1992. *Wychowanie zdrowotne w ramach wychowania fizycznego — oczekiwania i możliwości*. Lider, 5.
- Maszczyk T. 1995. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne wobec zagrożeń cywilizacyjnych*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2.
- Umiastowska D. 1992. *Związki wychowania fizycznego i zdrowotnego w pracy nauczyciela*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 4.
- Woynarowska B. 1989. *Promowanie zdrowia a wychowanie zdrowotne*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2.
- Żukowska Z. 1994. *Potrzeby i styl życia człowieka wobec zagrożeń cywilizacyjnych jego zdrowia*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 3.
- Żukowska Z. 1992. *Pedagogiczne kształcenie kadr wychowania zdrowotnego*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1.



## EFEKTYWNOŚĆ WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO W BADANIACH KOŁA NAUKOWEGO

W Uniwersytecie Opolskim pracuje od roku 1992 Sekcja Pedagogiki Zdrowia Koła Naukowego Pedagogów. Skupieni są w niej studenci pedagogiki, których interesuje pogranicze wychowania i zdrowia, a w szczególności stan i jakość kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego. Formy pracy są różnorodne; wiele z nich można uznać za atrakcyjne oraz wdrażające studentów do działalności naukowo-badawczej. Wymienić tu można zebrania Koła poświęcone wybranej tematyce, obozy naukowe, konferencje i seminaria. Od roku 1992 odbyły się już cztery obozy, w tym dwa międzynarodowe z udziałem studentów pedagogiki Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu.

Kontakty osobiste ze studentami zaprzyjaźnionego Uniwersytetu pozwalają na dokonywanie licznych porównań, np. systemu kształcenia na poziomie uniwersyteckim, programów studiów, warunków studiowania, jak też na doskonalenie znajomości języków obcych.

Od dwóch lat Sekcja Pedagogiki Zdrowia realizuje własny temat badawczy: **Kultura zdrowotna uczniów szkół podstawowych oraz zdrowie w systemie wartości dzieci i młodzieży w okresie transformacji.**

Przygotowanie się do badań, ich realizacja oraz opracowanie wyników stanowi dla członków Sekcji ważny moment wielorakich doświadczeń każdego uczestnika. Za bardzo kształcące uznajemy przygotowanie całej procedury badawczej. Studiowanie literatury przedmiotu umożliwia nam poznanie stanu kultury zdrowotnej. Na tej podstawie możemy też podjąć próby projektowania badań własnych, te zaś realizujemy w trakcie obozów organizowanych w czasie wakacji. Jest to dla nas o tyle istotne, że prowadzone w ramach obozów naukowych badania pozwalają na zebranie danych empirycznych służących do przygotowania prac magisterskich. Dodać tu trzeba, że dopiero zetknięcie się z autentycznym terenem badań — szkołą i pracującymi w niej nauczycielami, klasą szkolną, uczniami — uzmysławia nam jednocześnie, jak ważne są poszczególne fazy realizacyjne badań oraz jak niezwykle odpowiedzialna jest ocena i interpretacja wyników.

Cele szczegółowe tych badań, to przede wszystkim próba ustalenia zależności między pozycją zdrowia w systemie wartości a takimi zmiennymi socjokulturowymi, jak płeć, pochodzenie społeczne, środowisko zamieszkania uczniów. Drugim celem jest poznanie jakości pracy wychowawczo-zdrowotnej i dydaktyczno-zdrowotnej szkół podstawowych miast i wsi.



W niniejszym wystąpieniu chcemy wskazać na ogólne kierunki naszych poszukiwań badawczych; ukażemy też niektóre, oczywiście fragmentaryczne tylko, wyniki i próby uogólnień.

Pierwsze badania naszego Koła zrealizowano w latach 1992—1994. Rozpoczęto je na obozie naukowym. W rezultacie powstało 10 prac magisterskich, których podstawę teoretyczną stanowiła pedagogika zdrowia.

W kolejnych badaniach — tym razem prowadzonych już w ramach międzynarodowego obozu naukowego studentów pedagogiki Uniwersytetu Opolskiego i Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu — badano uczniów szkół podstawowych w mieście wojewódzkim, małym mieście i na wsi. Wyniki naszych badań prezentujemy w komunikatach na seminariach, także międzynarodowych, studenckich kół naukowych.

Co się tyczy ostatnich badań, uzyskane wyniki nie mogą napawać optymizmem. Dla potwierdzenia tego spostrzeżenia chcemy przytoczyć kilka danych obrazujących stan i jakość kultury zdrowotnej, czy też ukazujących pozycję zdrowia w systemie wartości dzieci i młodzieży w zależności od niektórych składników zmiennej niezależnej.

Jednym z ciekawszych tematów naszych badań była próba rozpoznania udziału szkoły w kształtowaniu systemu wartości oraz postaw poznawczych i zachowań prozdrowotnych. W poszukiwaniu odpowiedzi na nasze pytania zauważyliśmy, że nie zawsze istnieje pełna zgodność poglądów w tej sprawie nauczycieli i uczniów. Dla nas interesujące okazało się to, jak uczniowie odbierają wychowawczo-zdrowotne funkcje szkoły. Rzuca się bowiem w oczy, że uczniowie zamieszkujący w środowisku wiejskim lepiej oceniają pod tym względem szkołę. Podkreślają mianowicie większą jej troskę nie tylko o zdrowie, ale i o stwarzanie warunków sprzyjających zdrowiu. Często też szkoła ta motywuje uczniów do uprawiania stylu życia uznanego za służący zdrowiu. Takich opinii nie wyrażają uczniowie szkół miejskich, spośród których zaledwie 28,2% badanych z trudem dostrzeżało starania szkoły o zdrowie. Ich zdaniem, należałoby znacznie poszerzyć formy prozdrowotnej działalności szkół. Takie stanowisko spowodowane jest zapewne większym krytycyzmem dzieci miejskich wobec szkoły jako instytucji, jak i wobec nauczycieli oraz zwiększonymi oczekiwaniami na różnego rodzaju oferty edukacyjne. Wgląd w ten fragment opinii uczniowskich pokazuje nam, co powinna uwzględnić metodyka wychowania zdrowotnego, adresowana do nauczycieli.

Interesujące jest też, naszym zdaniem, uwzględnienie wpływu statusu socjokulturowego na kształtowanie się opinii uczniowskich o szkołach. Udział szkoły i nauczyciela jako znaczący jest postrzegany głównie przez tych uczniów, których status socjokulturowy jest niski. Im wyższy jego wskaźnik, tym większego profesjonalizmu oczekuje się od nauczycieli. Tym samym status socjokulturowy wydaje się być zmienną różnicującą stawiane szkole i nauczycielom wymagania wobec edukacji zdrowotnej.

Badaliśmy również takie elementy składowe kultury zdrowotnej, jak samoocena własnego zdrowia, czy też zachowania uczniów względem zdrowia. Posiłkując się skalą porządkową ustaliliśmy, że chłopcy w 52,9% ocenili swoje zdrowie jako raczej dobre i dobre, a w 36% — jako bardzo dobre. Ani jeden badany nie stwierdził, że jego

zdrowie jest bardzo złe, i co interesujące — wraz z wiekiem rośnie u nich pozytywny stosunek do własnego zdrowia, co nie zawsze jest oceną obiektywną. Widać tu, jak się wydaje, brak przeczności i rozważa, co może być niedobłą prognozą dla przyszłości.

U dziewcząt nie widać ocen zdecydowanie różniących się od ocen chłopców. Oceniają one swoje zdrowie częściej jako dobre o 1,6%, ale aż o 11,4% rzadziej jako bardzo dobre w stosunku do chłopców. Ten wzrastający u dziewcząt samokrytycyzm ma związek z prawami rozwoju psychicznego, niemniej edukacja zdrowotna kwestie te może w swych programach uwzględnić.

Na uwagę zasługuje jeszcze pozycja zdrowia w systemie wartości uczniów w zależności od wskaźnika socjokulturowego. Zdrowie na pierwszym miejscu umieściło 5,2% badanych uczniów, których status socjokulturowy ustalono jako niski, natomiast 11,8% badanych wywodzących się z rodzin o średnim poziomie statusu, ułożyło je centralnie. Zaskoczeniem dla nas było, że jedynie 2,8% badanych uczniów, których poziom socjokulturowy został uznany za wysoki i bardzo wysoki, zdrowie usytuowało centralnie. Z takiego obrazu aksjonormatywnej sytuacji wynika, że należy szczególnie nasilić pracę wychowawczą w dwu zróżnicowanych socjokulturowo środowiskach — o niskim i o wysokim poziomie tego wskaźnika. W tym pierwszym dlatego — aby rozbudzić potrzeby związane ze zdrowiem, potrzeby tworzenia atmosfery sprzyjającej zdrowiu, w tym drugim — aby wręcz dokonać przeobrażeń w hierarchii wartości.

Ostatnia sprawa to próby pomiaru zachowań badanych uczniów. Wyniki nie wydają się być rewelacyjne. Po prostu widzimy tu także to, co sygnalizują inni badacze: obniżanie się wieku inicjacji alkoholowej, nikotynowej i in. Daje się też zauważyć początki systematycznego palenia tytoniu i picia alkoholu oraz wypierania aktywności ruchowej przez wideofilmy, oglądanie programów tv, gry komputerowe, dyskoteki. Wnioski z tego stanu rzeczy nasuwają się same. W tej dziedzinie edukacja zdrowotna nadal jest mało aktywna i nieskuteczna. Jedną z przyczyn jest brak kompetentnych nauczycieli wyposażonych w skuteczne metody wychowania i kształcenia zdrowotnego.

Prowadzone przez nas badania oraz analizowanie otrzymanych wyników ma dla studentów pedagogiki wieloraką wartość.

Po pierwsze — badania prowadzimy w konkretnych, realnych warunkach naszych szkół. Tym samym mamy nieograniczone wprost możliwości poznawania środowiska szkolnego, jego stanu, warunków programowych i społeczno-materialnych.

Po drugie — wyniki badań ukazują zbliżoną do pełnego obrazu rzeczywistość zdrowotną ucznia w szkole i samej szkoły. A szkoła — to nasz przyszły warsztat pracy.

Z samych badań nasuwają się następujące spostrzeżenia ogólniejszej natury.

1. Musimy włożyć jeszcze wiele pracy w samą szkołę, aby wychowanie do zdrowia i nauczanie zdrowia stało się powszechną i codzienną praktyką.
2. Zachowania zdrowotne uczniów badanych szkół, mówiąc ostrożnie — nie sprzyjają zdrowiu, które nie jest jeszcze powszechnie cenioną wartością.
3. W wychowaniu zdrowotnym wiele zależy od kompetencji rzeczowych oraz metodycznych i dlatego w szkole kończy się okres amatorskich działań.

## PIŚMIENNICTWO

- Demel M. 1980. *Pedagogika zdrowia*. Warszawa.
- Leśnik A. (red.). 1990. *Opolski program „SZANSA”*. Opole.
- Williams T. 1989. *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 7—8.
- Wojnarowska B. 1989. *Filozofia zdrowia końca XX wieku*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1.
- Wojnarowska B., Szymańska M. M., Burzyńska I., Mazur J., Pułtorak M., Wojciechowska A. 1993. *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce*. Raport z badań. Warszawa.
- Young I., Williams T. 1990. *Zdrowa szkoła*. Wersja polska. Tłumaczenie i opracowanie B. Wojnarowska. Warszawa.
- Zawadzka B. 1995. *Wychowanie zdrowotne w szkole podstawowej*. WSP, Kielce.



***Marzena Krysa***

Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego  
Wrocław

## SZKOLNE PROGRAMY PROMOCJI ZDROWIA — WSPÓŁPRACA WYDZIAŁU ZDROWIA ZE SZKOŁAMI W ROKU SZKOLNYM 1995/96

System edukacji stwarza naturalną okazję do przekazywania wiedzy o zdrowiu oraz daje wielką szansę oddziaływać na zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w środowisku szkolnym.

Próby inicjowania działań na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia w szkołach podstawowych i średnich podjął w 1994 r. Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu. „Plan działania” Wydziału Zdrowia, dotyczący zagadnień promocji zdrowia, określa jako jedno ze swoich pierwszych zadań promocję programów wychowania zdrowotnego dla szkół.

Działania w szkołach są wielokierunkowe, środki finansowe potrzebne do realizacji przeznacza Urząd Miejski. Poniższy schemat prezentuje główny zakres tematyczny i organizację programów promocji zdrowia i profilaktyki w szkołach wrocławskich.

### **Programy promocji zdrowia i profilaktyki w szkołach wrocławskich**

**Programy badawczo-diagnostyczne** mają na celu stworzenie bazy danych dotyczącej stanu zdrowia dzieci, potrzeb w zakresie działań profilaktycznych oraz analizy zachowań zdrowotnych uczniów.

#### **Karta zdrowia dziecka**

Jest długofalowym programem diagnostycznym, obejmującym badania medyczne, psychologiczne, socjologiczne. Programem objęte będą dzieci szkół podstawowych (w wersji pilotażowej uczniowie klas VII). Badania rozwoju bio-psycho społecznego posłużą do opracowania zwięzłej informacji o stanie zdrowia dziecka. Będzie ona zawierać wskazania dotyczące profilaktyki oraz dostarczy rodzicom wiadomości na temat możliwości samopomocy w rozwiązaniu danego problemu zdrowotnego dziecka.

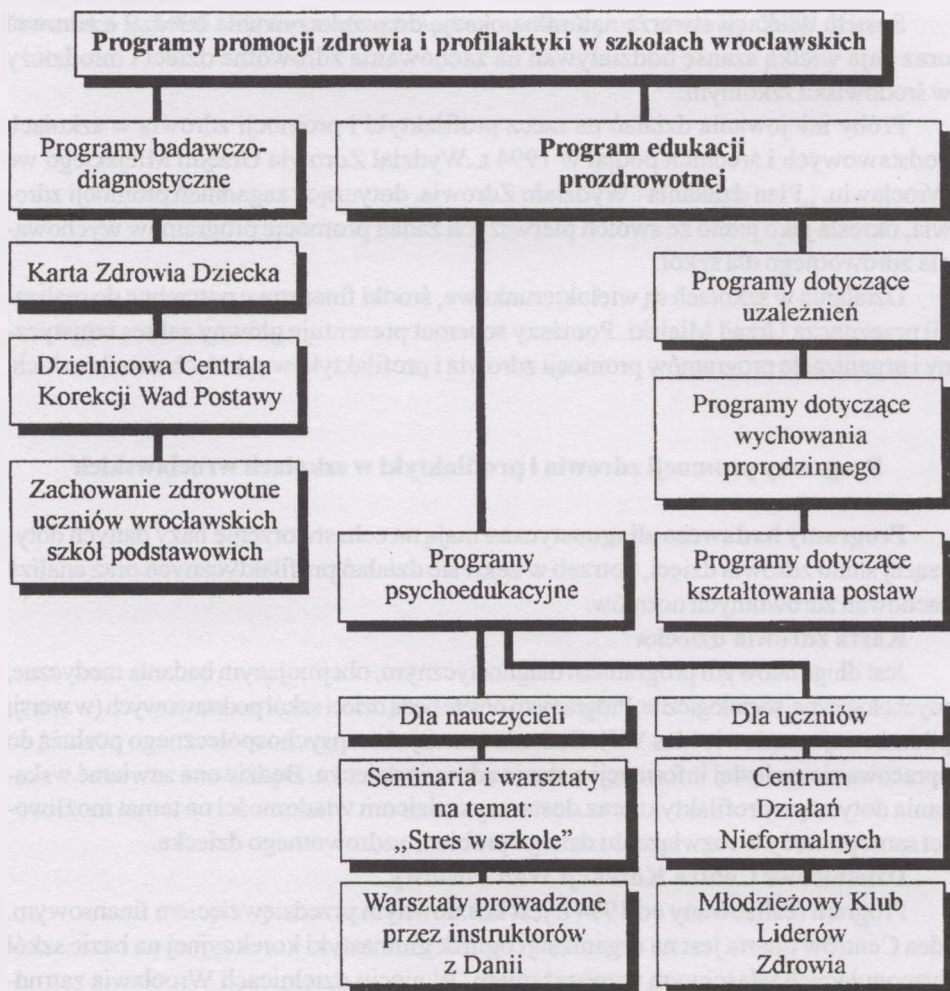
#### **Dzielnicowe Centra Korekcji Wad Postawy**

Program realizowany od 1994 r. jest kosztownym przedsięwzięciem finansowym. Idea Centrów oparta jest na organizacji ognisk gimnastyki korekcyjnej na bazie szkół dysponujących właściwym wyposażeniem. W pięciu dzielnicach Wrocławia zatrud-

niani są lekarze ortopedzi, którzy dokonują oceny wad postawy. W zależności od stopnia skoliozy dziecko otrzymuje kartę zabiegów i kierowane jest na zajęcia prowadzone przez rehabilitantów w szkole. Ma możliwość skorzystania z ćwiczeń na sali gimnastycznej, fizykoterapii, masażu, ćwiczeń na basenie.

Ujednolicona dokumentacja pozwala na monitorowanie efektów podjętych działań rehabilitacyjnych. Organizacją i nadzorem zajmuje się Wydział Zdrowia. Cennym wkładem w propagowanie aktywnego stylu życia było zorganizowanie kampanii edukacyjno-informacyjnej „Trzymaj się prosto”, adresowanej do uczniów, nauczycieli i rodziców. Celem jej było ograniczenie występowania wad postawy oraz zachęcenie dzieci do stosowania ćwiczeń.

**Zachowania zdrowotne uczniów wrocławskich szkół podstawowych** — badania socjologiczne



Na zachowania zdrowotne dorosłego człowieka i stosunek do zdrowia wpływa w znacznej mierze to, jak został wychowany. Przedmiotem badań socjologicznych są pozytywne i negatywne zachowania zdrowotne uczniów klas siódmych. Pytania zawarte w ankiecie dotyczą: sposobu odżywiania się uczniów, posiłków w szkole, stosowania używek, form wypoczynku, higieny osobistej uczniów. Ankieta dostarcza informacji o tym co można zmieniać lub korygować, a co należy utrwalac, bądź wzmacniać w zachowaniach zdrowotnych uczniów.

### **Programy edukacji zdrowotnej**

W roku szkolnym 1995/96 na ofertę konkursową programów promocji zdrowia odpowiedziało 150 szkół chcących realizować programy. Po dokonaniu oceny na podstawie karty oceny programu zostały przyjęte programy, które odpowiadały wymogom stawianym przez Wydział Zdrowia; były to w większości projekty autorskie.

Programy edukacji prozdrowotnej obejmują programy psychoedukacyjne, programy dotyczące uzależnień, wychowania prorodzinnego, kształtowania prozdrowotnych postaw. Do najciekawszych należą:

### **Programy psychoedukacyjne**

**Warsztaty dla nauczycieli „Stres w szkole”** — prowadzone w pierwszej części, dotyczyły analizy potrzeb psychofizycznych dziecka w wieku szkolnym oraz były poświęcone metodom diagnozy psychofizycznej dziecka w wieku szkolnym. W części II — warsztatowej — program dotyczył nowoczesnych metod pracy z dzieckiem w wieku szkolnym oraz ograniczenia stresu szkolnego u dzieci. Przygotowanie i prowadzenie warsztatów było realizowane przez pracowników Uniwersytetu Wrocławskiego. Uczestnikami byli nauczyciele i wychowawcy.

### **Warsztaty prowadzone przez instruktorów z Danii**

Znaczącym przedsięwzięciem dotyczącym przygotowania promotorów w szkołach było zorganizowanie warsztatów przez instruktorów/doradców z Danii. Celem warsztatów było przekazanie nauczycielom wiedzy oraz umiejętności w zakresie tworzenia na terenie szkoły atmosfery sprzyjającej zdrowiu. Warsztaty pt. „Dialog”, prowadzone przez specjalistów edukacji zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, obejmowały dwa bloki tematyczne. Pierwszy z nich był poświęcony:

- budowaniu autentycznego dialogu w środowisku szkolnym,
- roli rodziców w oddziaływaniach profilaktycznych,
- współpracy i wspieraniu nauczycieli w prowadzeniu zajęć dotyczących uzależnień od alkoholu, narkotyków, a także edukacji seksualnej i AIDS.



Drugi blok zawierał praktyczne metody przygotowania projektów/kampanii, wskazywał sposoby i techniki nawiązywania współpracy z uczniami, nauczycielami i rodzicami oraz przygotowywał do pełnienia roli doradców/instruktorów w szkole.

Nauczyciele biorący udział w warsztatach w roku szkolnym 1996/97 złożyli w Wydziale Zdrowia programy promocji zdrowia prowadzone metodami aktywnymi, prezentowanymi przez instruktorów z Danii.

### Programy dla uczniów

1. **Centrum Działań Nieformalnych**, to autorski program działalności psychologicznej w środowisku młodzieżowym, realizowany w 12 szkołach średnich. Dotyczy on procesu uczenia. Autorzy tego programu odwołują się do doświadczeń uczestników. Przekazują oni uczniom wiedzę psychologiczną z zakresu dynamiki kontaktu, rozwiązywania, sposobów radzenia sobie ze stresem. Zajęcia były prowadzone w klasach pierwszych podczas 4—godzinnych warsztatów, razem z wychowawcami klas. Sprzyjały poznaniu zespołu klasowego oraz ułatwiły rozwiązywanie problemów w klasie.

Nowa propozycja CDN dotyczy warsztatów dla samorządów uczniowskich, rad szkoły oraz przeprowadzenia ankiety na temat demokratyzacji życia w szkole.

#### 2. Klub Młodzieżowych Liderów Zdrowia

Realizacja programu została poprzedzona przeprowadzeniem warsztatów oraz przygotowaniem konspektów zajęć dla pedagogów szkolnych, którzy w pięciu szkołach wdrażają program.

Spotkania odbywają się co 2 tygodnie z uczniami klas od IV—VIII. Tematy zajęć dotyczą:

- czynników sprzyjających zdrowiu,
- akceptacji pozytywnych wartości życia, informacji na temat radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- przekazania informacji na temat uzależnień,
- sporządzenia mapy pomocy,
- wiedzy o rozwoju psychoseksualnym,
- uczenia metod asertywności.

Każdy klub współpracuje z Radą Szkoły, klasami organizując imprezy o tematyce zdrowotnej w szkole. Działalnością Klubu są także zainteresowani rodzice.

Programy dotyczące uzależnień, wychowania prozdrowotnego, kształtowania postaw prozdrowotnych są realizowane na podstawie szkolnego programu promocji zdrowia, który zawiera:

- temat, adres szkoły, uzasadnienie potrzeby realizacji, cel do osiągnięcia, sposoby realizacji,
- ewaluację programu, tj. ocenę jego przebiegu i wyników,
- kosztorys programu.

Kwalifikację złożonych programów szkolnych przeprowadza Rada Szkolna ds. Promocji Zdrowia oraz Wydział Zdrowia. Uważamy swoje osiągnięcia za przykład wspierania przez samorzady lokalne promocji zdrowia.

**Maria Kosińska**

Biurowiec Ciecchanowskiego Konsorcjum Zdrowia

**Barbara Bik**

Szkoła Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ

Kraków

## PREZENTACJA TWORZENIA CIECHANOWSKIEJ SIECI SZKÓŁ PROMUJĄCYCH ZDROWIE

W województwie ciecchanowskim od dawna oświata, służba zdrowia i Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) przejawiają zainteresowanie uczeniem o zdrowiu i działaniami na rzecz zdrowia w szkołach. Działania w tym zakresie nie zawsze jednak były skuteczne, co przejawiało się brakiem oczekiwanych zmian. Pod koniec lat osiemdziesiątych zaczęto zastanawiać się nad przyczynami tych niepowodzeń. W konsekwencji na bazie sił społecznych skupiających przedstawicieli: oświaty, służby zdrowia i PIS — mających wpływ na politykę szkolnego wychowania zdrowotnego, a w konsekwencji promowanie zdrowia — powstał w **kwietniu 1991 roku Wojewódzki Zespół Promocji Zdrowia**. Zespół ten skupił zwolenników Szkoły Promującej Zdrowie, której koncepcję poznano z polskiej wersji raportu Szkockiej Grupy Edukacji Zdrowotnej i WHO, przetłumaczonej i opracowanej przez B. Woynarowską w 1989 roku.

Do następnych, obecnie już historycznych wydarzeń, mających niewątpliwą rolę w tworzeniu ruchu szkół promujących zdrowie w województwie ciecchanowskim należą:

### **4 IV 1991 r.**

— wygranie konkursu ogłoszonego w lutym 1991 r. przez MZiOS i Bank Świato-wy na Konsorcjum Zdrowia. Z 21 projektów, przedstawionych do oceny z całego kra-ju, ministerialna komisja wybrała trzy projekty: wielkopolski — skupiający 5 woje-wództw, pomorski — 3 województwa i ciecchanowski — obejmujący woj. ciecchanow-skie i część woj. ostrołęckiego. Podstawowymi składnikami działań Ciecchanowskiego Konsorcjum Zdrowia (CKZ) są:

- rozwój promocji zdrowia,
- restrukturyzacja podstawowej opieki zdrowotnej,
- rozwój zarządzenia (liczenie kosztów, monitorowanie leków, informatyzacja oraz konsolidacja szpitali).

### **26—28 IV 1991 r.**

— I Konferencja „Szkoła a Style Życia Sprzyjające Zdrowiu”, która odbyła się w Kra-kowie. Uczestniczyli w niej członkowie Wojewódzkiego Zespołu Promocji Zdrowia.

**1991 r.**

— przesłanie przez Kuratorium Oświaty do wszystkich szkół naszego województwa polskiej wersji raportu „Zdrowa Szkoła”.

**20 VI 1991 r.**

— wystosowanie przez Kuratorium Oświaty pisma do dyrekcji i rad pedagogicznych szkół woj. ciechanowskiego, zachęcającego do tworzenia ruchu Szkół Promujących Zdrowie. Pismo to podpisali: Kurator Oświaty, Lekarz Wojewódzki, Państwowy Inspektor Sanitarny — efekt zacieśniania się współpracy i wsparcia tych instytucji w zakresie tworzenia i wpływania na politykę szkolnego wychowania zdrowotnego oraz promowania zdrowia w szkole, a także poza jej murami.

**1991 r.**

— Wojewódzki Zespół Promocji Zdrowia po powstaniu Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia rozrósł się „liczbowo” i „tematycznie”. Zaisntniała więc potrzeba utworzenia przy Biurze CKZ Wojewódzkiego Zespołu ds. Szkół Promujących Zdrowie (SzPZ).

**IX 1991 r.**

— zgłaszanie się szkół deklarujących swoje uczestnictwo w tworzeniu szkoły promującej zdrowie. Prawie każdej, zgłaszającej się szkole członkowie Wojewódzkiego Zespołu ds. Szkół Promujących Zdrowie złożyli wizytę, w celu przybliżenia założeń projektu. Postawiono szkołom 2 warunki, których spełnienie decydowało o włączeniu szkoły do sieci wojewódzkiej i metodologicznym oraz edukacyjnym wspieraniu jej działań:

1. dobrowolne uczestnictwo w projekcie (szkoła nie mogła być typowana przez instytucje z zewnątrz, sama musiała podjąć decyzję),
2. chęć realizowania projektu w szkole musiało zadeklarować 60% Rady Pedagogicznej.

Życie pokazało, że były to bardzo trudne warunki do spełnienia przez deklarujące się w początkowym okresie szkoły, tym bardziej że rok 1991 w polskiej oświacie był trudnym okresem. Mamy na myśli falę narastających w tym czasie akcji strajkowych i gotowości strajkowej. Atmosfera ta stanowczo nie sprzyjała podejmowaniu nowych inicjatyw, a wręcz je uniemożliwiała. W konsekwencji swoje uczestnictwo w tworzeniu szkoły promującej zdrowie potwierdziły w 1991 roku tylko 3 szkoły podstawowe, które działają w sieci do dnia dzisiejszego — SP Nr 2 w Ciechanowie, SP Nr 1 w Pułtusk — szkoła projektowa, SP w Gołyminie.

**11—13 X 1991 r.**

— Konferencja nt. „Promocja zdrowia”, zorganizowana w gmachu MZiOS przez Zespół Promocji Zdrowia i Profilaktyki Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie. Na konferencji tej członkowie Zespołu Promocji Zdrowia CKZ poznali Panią Profesor Barbarę Woynarowską, która prezentowała projekt Szkoły Promującej Zdrowie.

**29 X 1991 r.**

— spotkanie w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie z M. Sokołowską — zastępcą Głównego Koordynatora Projektu i dyskusja nt. projektu i działań w tym zakresie w Ciechanowskim Konsorcjum Zdrowia.



**XI 1991 r.**

— zakwalifikowanie się SP Nr 1 w Pułtusk do uczestnictwa w projekcie „SzPZ” (z naszego województwa zgłoszenie wysłało 5 szkół). Zarówno dla szkoły z Pułtuska, jak i dla całego województwa było to duże wyróżnienie i sukces, że spośród 382 szkół z całej Polski właśnie nasza szkoła znalazła się w piętnastce.

Jednocześnie zdawaliśmy sobie sprawę jak trudne, ważne i ambitne zadanie stworzenia własnego modelu szkoły promującej zdrowie stoi przed społecznością szkolną pułtuskiej „Jedynki”.

**6 I 1992 r.**

— spotkanie w IMiDz w Warszawie z Polskim Zespołem ds. Projektu „SzPZ” przedstawicieli Zespołu Promocji Zdrowia CKZ, którego wynikiem było zaproszenie M. Kosińskiej do współpracy z polskim zespołem. Było to kolejne duże wyróżnienie dla naszego zespołu i okazja do uzyskania informacji o projekcie z „pierwszej ręki”.

**II 1992 r. — do chwili obecnej**

— stała współpraca koordynatora sieci ciechanowskiej „SzPZ” z polskim zespołem, czynny udział w warsztatach szkoleniowych organizowanych przez polski zespół.

**4 II 1992 r.**

— spotkanie B. Woynarowskiej z Kuratorem Oświaty w Ciechanowie w celu omówienia zakresu współpracy i wsparcia szkół sieci.

**10—12 IX 1993 r.**

— szkolenie warsztatowe w Jeleniej Górze nt. sieci „SzPZ”, prowadzone przez polski zespół. Celem tych warsztatów było m.in. zintegrowanie ludzi zamierzających tworzyć sieci „SzPZ” lub już je tworzących. Było to pierwsze spotkanie na temat tworzenia ruchu „SzPZ”. Uczestniczyła w nim M. Kosińska — Koordynator Sieci Ciechanowskiej.

**1993 r.**

— od tego roku dyrektor i szkolny koordynator ds. promocji zdrowia ze szkoły projektowej (SP Nr 1 w Pułtusk) pełnią rolę konsultanta i edukatora w zakresie strategii tworzenia „SzPZ”.

**8 VI 1993 r.**

— powierzenie funkcji Wojewódzkiego Koordynatora Ciechanowskiej Sieci „SzPZ” M. Kosińskiej (Biuro CKZ). Miało to miejsce podczas spotkania dyrektorów i koordynatorów szkół sieci z Wojewódzkim Zespołem ds. „SzPZ”.

**1993—1995**

— lata, w których 18 szkół podstawowych podpisało porozumienie z Wojewódzkim Zespołem ds. „SzPZ” o współpracy w ramach Sieci Ciechanowskiej.

**16—21 VIII 1994 r.**

— współudział CKZ w organizacji „Szkół letniej” w Pułtusk dla osób z zespołów wojewódzkich i terenowych, które kierują sieciami lub klubami szkół promujących zdrowie. W spotkaniu uczestniczyły 33 osoby z 12 województw. Było to historyczne spotkanie, które zainicjowało prace nad stworzeniem Krajowej Sieci „SzPZ”.

Zaprezentowaliśmy powyżej, naszym zdaniem, najistotniejsze wydarzenia mające wpływ na rozwój Ciechanowskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Od czerwca 1993 roku w szkołach sieci trwał okres wstępny — przygotowawczy, który został poprzedzony podpisaniem przez 18 szkół podstawowych z Wojewódzkim Zespołem ds. „SzPZ” porozumienia o współpracy. Okres ten w szkołach został zakończony. Obecnie szkoły sieci pracują nad określeniem stanu wyjściowego w zakresie:

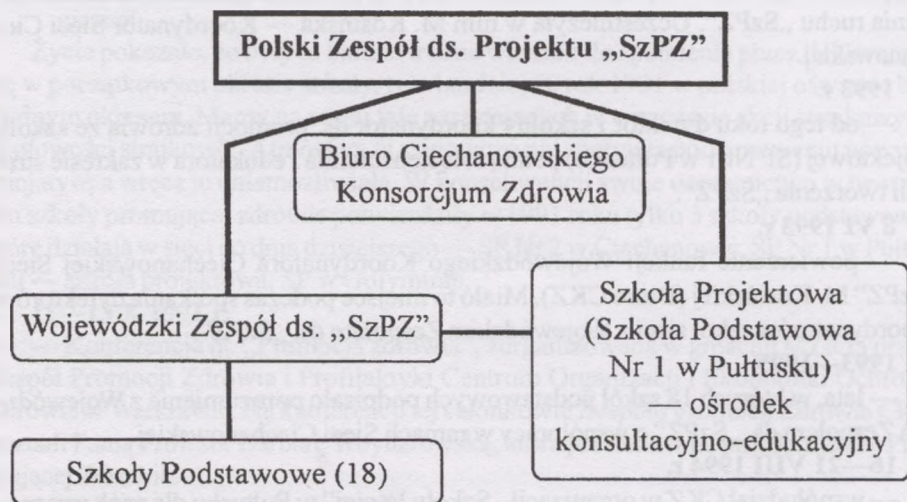
- samopoczucia w szkole pracowników i uczniów klas V i VII,
- zachowań zdrowotnych i postrzegania swego zdrowia przez pracowników szkoły i uczniów klas V i VII,
- opinii uczniów klas V i VII o szkole,
- samooceny warunków higieniczno-sanitarnych i higieny procesu nauczania,
- dokumentacji fotograficznej (wideo) budynku i otoczenia szkoły pod kątem wymaganych zmian.

Etap ten został poprzedzony warsztatami szkoleniowymi dla szkolnych koordynatorów ze szkół sieci, podczas których przekazano im podstawową wiedzę na temat diagnozy stanu wyjściowego. Przeprowadzenie diagnozy wstępnej — podstawowej w szkołach sieci jest realne dzięki materiałom uzyskanym od polskiego zespołu.

Tworzenie ruchu Szkół Promujących Zdrowie jest procesem długotrwałym (w woj. ciechanowskim trwa od 1991 r.), wymagającym zaangażowania i wsparcia wielu osób oraz podejmowania różnorodnych działań. Odpowiednia organizacja tych działań znacznie ułatwia osiągnięcie sukcesu.

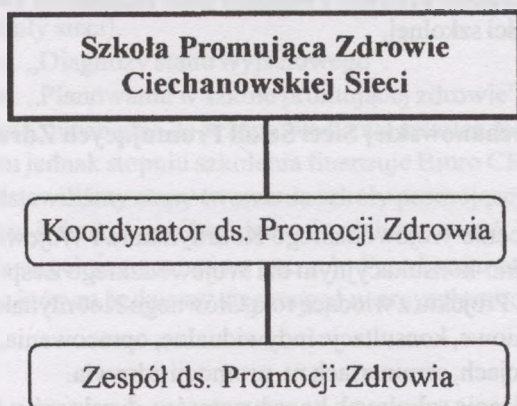
Poniżej przedstawiamy organizację Ciechanowskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie.

#### 1. Poziom wojewódzki



— współpraca na rzecz tworzenia i wspierania ruchu „SzPZ” w woj. ciechanowskim

## 2. Poziom lokalny (szkoła podstawowa)



————— — współpraca na rzecz tworzenia i wspierania szkoły promującej zdrowie

Ośrodkami wspomagającymi szkoły na poziomie lokalnym są oddziały zamiejscowe i terenowe instytucji, stanowiące koalicję ruchu „SzPZ”.

Ciechanowska Sieć Szkół Promujących Zdrowie w swojej pracy wykorzystuje propozycje, doświadczenia i koncepcje polskiego zespołu oraz 15 szkół projektowych. Jesteśmy im wdzięczni za bezinteresowną pomoc w tworzeniu naszej sieci i przyjazne dzielenie się swoim dorobkiem i doświadczeniem.

W praktyce sprawdzamy kolejne etapy tworzenia szkoły promującej zdrowie, zaproponowane przez polski zespół.

W szkołach sieci ciechanowskiej etap wstępny mamy zrealizowany

1. W każdej szkole powstał szkolny zespół promocji zdrowia. Jego skład nie zawsze jest pełny, tzn. często brak np. przedstawiciela rodziców czy uczniów. Sprawa wymaga przedyskutowania oraz zostanie uwzględniona podczas najbliższego szkolenia warsztatowego dla dyrektorów i szkolnych koordynatorów.
2. W szkołach dokonano wyboru koordynatorów promocji zdrowia.
3. Ustalono zasady współpracy w szkolnych zespołach oraz terminy spotkań w zależności od potrzeb danej szkoły.
4. Zespół promocji zdrowia ważne informacje przekazuje sobie podczas organizowanych w tym celu spotkań, indywidualnie lub pisemnie, natomiast wiadomości między zespołem a społecznością szkolną są przekazywane za pomocą np. spotkań różnych grup społeczności szkolnej z koordynatorem lub członkami zespołu, radiowęzła szkolnego, gazetki szkolnej.
5. Dokumentowanie zachodzących w szkole działań, przynoszących zaplanowane zmiany, dokonywane jest w raportach rocznych (wzór otrzymaliśmy od polskiego zespołu). Wprowadzając raporty do szkół mieliśmy na celu stworzenie w szkole banku informacji nt. projektu. Ponadto działania dokumentuje się w kronikach szkoły, dziennikach lekcyjnych, na kasetach wideo i zdjęciach.



Od 1993 roku pracujemy nad tworzeniem infrastruktury szkół poprzez integrację różnych grup społeczności szkolnej i lokalnej oraz kształcenie nauczycieli i innych członków społeczności szkolnej.

### **Kształcenie Ciechanowskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie przebiega w III etapach:**

**I etap** — kształcenie Wojewódzkiego Koordynatora i Wojewódzkiego Zespołu. Ośrodkiem edukacyjno-konsultacyjnym dla Wojewódzkiego Zespołu i Koordynatora jest Polski Zespół ds. Projektu z wiodącą rolą Głównego Koordynatora i jego Zastępcy — warsztaty szkoleniowe, konsultacje indywidualne, opracowania, materiały. Ponadto udział w konferencjach, seminariach nt. promocji zdrowia.

**II etap** — kształcenie szkolnych koordynatorów, dyrektorów i innych członków szkolnych zespołów promocji zdrowia. Odbywa się podczas warsztatów szkoleniowych oraz spotkań jednodniowych z Wojewódzkim Koordynatorem i członkami Wojewódzkiego Zespołu ds. „SzPZ”. Szkolenia metodą aktywizującą prowadzą przedstawiciele szkoły projektowej z Wojewódzkim Koordynatorem, psychologzy oraz inni specjaliści w miarę potrzeb.

Jesteśmy zwolennikami metod uczenia się przez czynne uczestnictwo, chociaż niekiedy stosujemy także i inne, bardziej tradycyjne metody (wykład, pogadanka), starając się je uatrakcyjnić (przeźrocza, folie, sesje plakatowe).

**III etap** — kształcenie pozostałych członków społeczności szkolnej. Szkolny koordynator i inni członkowie szkolnego zespołu zobowiązani są do przekazania w atrakcyjny sposób (najlepiej także metodą aktywizującą) wiedzy zdobytej podczas II etapu.

### **W ramach ciechanowskiej sieci odbyły się następujące warsztaty i szkolenia:**

- Trzydniowe warsztaty rozpoczynające działalność Ciechanowskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie.
- Trzydniowe warsztaty dla liderów zdrowego stylu życia, prowadzone przez Polski Zespół ds. Projektu.
- Jednodniowe szkolenie nt. zdrowego stylu życia prowadzone przez mgr Z. Cendrowskiego.
- Trzydniowe warsztaty psychologiczne nt. komunikowania i negocjacji, prowadzone przez psychologów z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ciechanowie (odbyły się 2 szkolenia trzydniowe).
- Jednodniowe szkolenia w Biurze CKZ z koordynatorem i Wojewódzkim Zespołem (odbywają się w miarę potrzeb).
- Roczne Studium Socjoterapii i Kierowania dla dyrektorów szkół sieci, prowadzone przez mgr M. J. Kaweckiego.

- Roczne Studium Socjoterapii.
- Warsztaty dla samorządów uczniowskich i ich opiekunów (4 przedstawicieli z każdej szkoły sieci).
- Warsztaty nt. „Diagnozy stanu wyjściowego”.
- Warsztaty nt. „Planowania w szkole promującej zdrowie”.

Środki finansowe, niezbędne do przeprowadzenia szkoleń, uzyskujemy z różnych źródeł, w znacznym jednak stopniu szkolenia finansuje Biuro CKZ.

Powyżej przedstawiliśmy etapy tworzenia szkoły promującej zdrowie, które są za nami. Nie oznacza to jednak, że nie będziemy do nich powracać. Wymagają one stalego doskonalenia i uzupełniania w miarę potrzeb. Przed nami etap budowania planu pracy i ewaluacji, z którym będziemy się zmagać w przyszłym roku szkolnym.





*Ilona Pająk*

Terenowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna  
Racibórz

## MINIMUM SANITARNE JAKO PROGRAM WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO DLA DOROSŁYCH

Zgodnie ze współczesną koncepcją edukacyjną kształcenie trwa przez całe życie człowieka. Obejmuje ono opanowanie, poszerzanie i pogłębienie posiadanych kwalifikacji ogólnych i zawodowych. Jednym z trwałych elementów kształcenia ustawicznego musi się stać wychowanie zdrowotne tak, aby każdy umiał i chciał zdrowie doskonalić, chronić, ratować i zapobiegać chorobom (Demel 1968).

Programy wychowania zdrowotnego nie mogą być tylko adresowane do dzieci i młodzieży. Istotną rolę w edukacji zdrowotnej odgrywa oprócz szkoły rodzina. Należy założyć, że ten wpływ jest może ważniejszy i bardziej efektywny. Dom rodzinny to pierwsze środowisko wychowawcze, tu kształtowane są pierwsze nawyki i zachowania, będą kształtowane w przedszkolu i szkole, a utrwalane ponownie w domu. Z tego względu o skutecznym wychowaniu zdrowotnym będzie można mówić tylko wówczas, gdy obejmie ono zarówno dzieci, jak i ich rodziców, gdy będzie zachodziła zgodność oddziaływań obu tych środowisk. Dlatego tak ważne jest jednoczesne tworzenie z programami szkolnymi programów wychowania zdrowotnego, których adresatami byłiby dorośli. Idzie o to, aby wychowankowie stawali się wychowawcami zdrowia. Rodzice będąc wzorami osobowymi, są jednym z elementów środowiska wychowującego. Nie mogą być bierni i bezsilni wobec problemów zdrowotnych, gdyż ta bezsilność może zostać przekazana młodej generacji.

Analizując stan zdrowia polskiego społeczeństwa widać wyraźnie, że jego kultura zdrowotna jest bardzo niska. Stały wzrost zachorowań i zgonów na tzw. choroby cywilizacyjne jest tego widocznym efektem. Stan ten nie może być tłumaczony złą opieką medyczną, czy środowiskiem. Jak wiadomo, zdrowie człowieka zależy w 10% od stanu opieki zdrowotnej, w 21% od środowiska, w 50% od stylu życia, a w pozostałej części od czynników biologicznych (Ryślewski 1995). Jeżeli na stan opieki medycznej, środowiska i czynników biologicznych człowiek ma stosunkowo mały wpływ, to styl życia zależy od wartości, postaw, indywidualnego systemu umiejętności i nawyków. Ich zmiana oraz stosunek do zdrowia i choroby może w znacznym stopniu poprawić stan zdrowia.

Wobec powyższego potrzeba tworzenia programów wychowania zdrowotnego dla dorosłych wydaje się bezdyskusyjna.

Do próby konstruowania programów należą te, które realizują na kursach niektóre stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach prowadzonych szkoleń z zakresu podstawowych zagadnień higieny dla pracowników zatrudnionych przy produkcji i obrocie środkami spożywczymi<sup>1</sup>. Program ten uzupełnia działalność wychowawczo-zdrowotną prowadzoną przez placówki lecznictwa.

Edukacja dorosłych ma być świadomą pomocą dojrzałej jednostce w jej dalszym rozwoju, w tym przypadku w podniesieniu jej kultury zdrowotnej. Toteż cele, które zamierza się osiągnąć należy sformułować inaczej niż gdyby były skierowane do dzieci i młodzieży. Formułując je bazuje się w dużej mierze na personalizacji jednostki, czyli czynnym kształtowaniu samego siebie i dokonywaniu wyborów własnych zachowań (Muszyński 1989). Ma to szczególne znaczenie, gdyż uczestnicy szkolenia poprzez swoje prozdrowotne działania na gruncie zawodowym mogą wpływać w konsekwencji na ogólne podniesienie kultury zdrowotnej tak w miejscu pracy, jak i we własnym środowisku domowym.

Głównym celem kursu jest zapoznanie uczestników z podstawowymi zagadnieniami higieny produkcji i obrotu środkami spożywczymi, ponadto:

1. Stworzenie możliwości uzupełnienia dotychczasowego wykształcenia, gdyż większość osób szkolonych ma tylko wykształcenie zawodowe.
2. Zapewnienie określonego poziomu wiedzy, która ze względu na specyfikę wykonywanego zawodu umożliwi uruchomienie procesów orientacyjno-poznawczych dających możliwość wyboru postaw i zachowań optymalnie służących zdrowiu, nie tylko własnemu, ale i innych.
3. Doskonalenie umiejętności wykorzystania przez jednostkę jej relacji z otoczeniem poprzez pobudzenie takich zachowań i postaw, które będą wywoływać pożądane prozdrowotne przemiany społeczne.
4. Kształtowanie umiejętności wykorzystania określonej wiedzy w konkretnych sytuacjach w postaci zachowań, a także przetworzenia tej wiedzy na codzienną praktykę higieniczno-zdrowotną.

W dobie obecnych przemian, zwłaszcza ekonomicznych kraju, praktycznie każdy może otworzyć sklep spożywczy, punkt gastronomiczny czy zakład produkujący żywność. Nie wymaga się żadnego formalnego wykształcenia od osób zatrudnionych w pionie spożywczym. Konsekwencją tego jest ich stan sanitarny. Choroby brudnych rąk, m.in. salmonellozy, czerwonki, żółtaczka pokarmowa, to obecnie codzienność. Dane zawarte w kolejnych rocznikach „Przeglądu Epidemiologicznego” wykazują, że w Polsce od kilku lat obserwuje się stały wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B z przeważającą większością przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A. Podobna sytuacja panuje na terenie województwa katowickiego. Świadczy to o niskim poziomie wiedzy i świadomości zdrowotnej.

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9. 12. 1993 r. w sprawie szczególnych wymagań kwalifikacyjnych w zakresie podstawowych zagadnień higieny dla osób zatrudnionych przy produkcji, przechowywaniu i obrocie środkami spożywczymi Dz. U. Nr 129, poz. 608.

Badania przeprowadzone na kilku grupach uczestników szkolenia miały na celu poznanie ich świadomości zdrowotnej. Badano takie jej elementy, jak wiedzę, zachowania oraz pozycję zdrowia w hierarchii wartości. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Spośród technik badawczych wykorzystano badania ankietowe, wywiady i rozmowy. Pytania ankiety były o charakterze testowym z możliwością wyboru kilku odpowiedzi.

Analiza badań potwierdziła słuszność przyjętych celów. Wykazała ona, że zdrowie jest dla znacznej większości badanych jedną z ważniejszych wartości obok rodziny. Zdrowie — na równi z rodziną — za najważniejszą wartość w życiu uznało 73,8% ankietowanych, 16,6% oceniło wyżej rodzinę, a 4,6% wyżej oceniło zdrowie. Jednocześnie 69% badanych uznało swój stan zdrowia za dobry, 16,5% oceniło zdrowie jako nie najlepsze, 15,9% jako bardzo dobre, a 45% badanych nie umiało określić swojego stylu życia. Według 23,8% ankietowanych ich styl życia raczej służy zdrowiu i tyle samo badanych stwierdziło, że raczej nie służy zdrowiu.

Jeżeli chodzi o źródło wiedzy na temat zdrowia, to 71% korzysta z porad lekarza, 40% z porad pielęgniarki i znajomych, 30% z audycji telewizyjnych, a 66% ankietowanych podało trzy źródła, z których korzysta.

Nie najlepiej jest z dbałością o wypoczynek; 24% badanych uważa, że nie ma czasu na wypoczynek, a 38% wypoczywa oglądając telewizję. Wśród dbających o kondycję fizyczną 28,5% podaje, że robi to codziennie, 23% raz w tygodniu, 14,2% raz w miesiącu.

Według 42,8% badanych umiejętności udzielania przez nich pierwszej pomocy przedlekarskiej są dobre, 40,4% uznaje za złe, 14,2% nie umie udzielać pierwszej pomocy, a 2,3% uważa, że robi to bardzo dobrze.

Stan wiedzy osób ankietowanych jest raczej niski. Nie było pytania, na które prawidłowo odpowiedziałoby 100% badanych, mimo iż pytano o zagadnienia podstawowe. Tylko niewielki odsetek uczestników potrafi udzielić prawidłowych odpowiedzi.

Zdaniem 90,5% ankietowanych osoby zatrudnione w pionie spożywczym winny posiadać odpowiednie kwalifikacje. W tym zakresie dla 83% wystarczy tylko wykształcenie zawodowe, 19% uważa, że powinno to być wykształcenie średnie, a 14,2% że wystarczy szkolenia.

Z powyższego wynika, że uczestnicy kursów nie bardzo wiedzą w jaki sposób prowadzić racjonalny tryb życia, trudno więc oczekiwać, że będą oni mogli utrwalac postawy i zachowania zdrowotne swoich dzieci i innych członków rodziny, gdy sami ich nie mają, a i stan wiedzy im na to nie pozwala.

Zakłada się, że szkolenie to może dać konkretne rezultaty w postaci podniesienia poziomu usług w sektorze spożywczym, a kursanci mogą wywrzeć pozytywny wpływ na członków swoich rodzin. Dlatego oprócz podstawowych zagadnień higieny w czasie szkolenia porusza się też problematykę chorób zakaźnych, a dla podniesienia poziomu kultury zdrowotnej — zagadnienia profilaktyki uzależnień. Należą do niej wybrane problemy alkoholizmu i nikotynizmu. Uczestnikami szkolenia są osoby zatrudnione przy produkcji, handlu i transporcie żywności. Ich wiek



waha się od 20 do 50 lat. Treści programowe są tak pomyślane, aby były w pełni zrozumiałe dla uczestników, by uwzględniły ich możliwości percepcyjne oraz były przydatne w ich życiu.

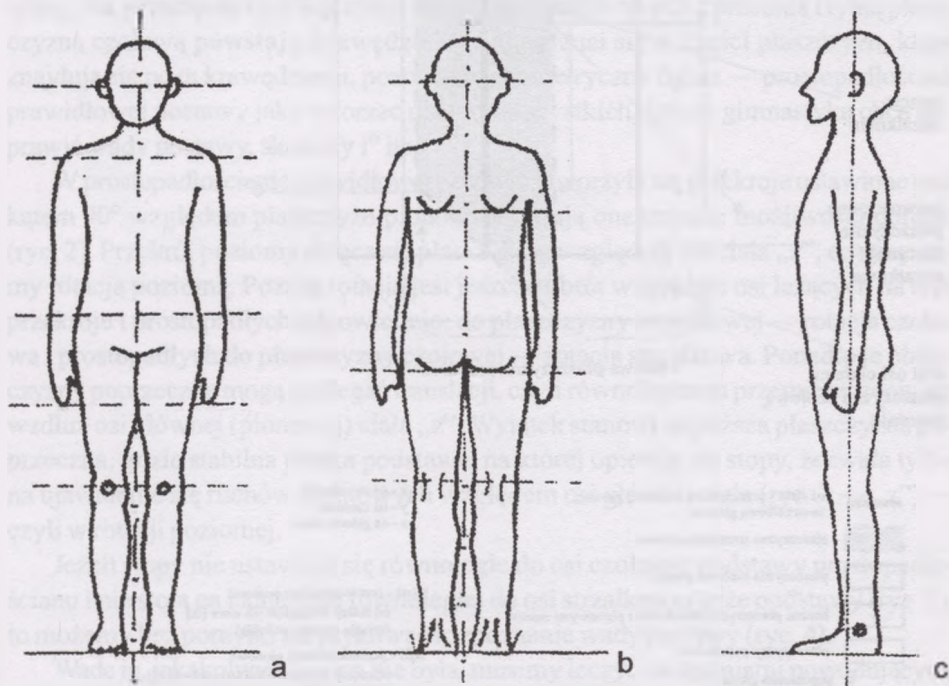
Wyniki badań potwierdzają konieczność tworzenia programów wychowania zdrowotnego dla dorosłych. Podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej rodziców będzie sprzyjało utrwaleniu postaw i zachowań zdrowotnych ich dzieci. Dobrą okazją do tego są kursy minimum sanitarnego, obejmujące specyficzne środowisko ludzi zatrudnionych przy produkcji, obrocie i transporcie środkami spożywczymi.

## PIŚMIENNICTWO

- Demel M. 1968. *O wychowaniu zdrowotnym*. PZWS, Warszawa.
- Jensen B. B. 1995. *Środowiskowa edukacja zdrowotna — wprowadzenie i podstawowe założenia*. Lider, 4.
- Kirschner H. 1994. *Stan zdrowia społeczeństwa polskiego*. Lider, 1.
- Muszyński H. 1989. *Cele oświaty dorosłych i metodologiczne problemy ich stanowienia*. Oświata Dorosłych, 3.
- Ryślewski A. 1995. *Samorządy dla zdrowia*. Promocja Zdrowia, 7.
- Śliwa M. 1995. *Słownik oświaty zdrowotnej*. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej. Oddział Wojewódzki, Katowice.
- Turoś L. 1980. *Andragogika*. PWN, Warszawa.

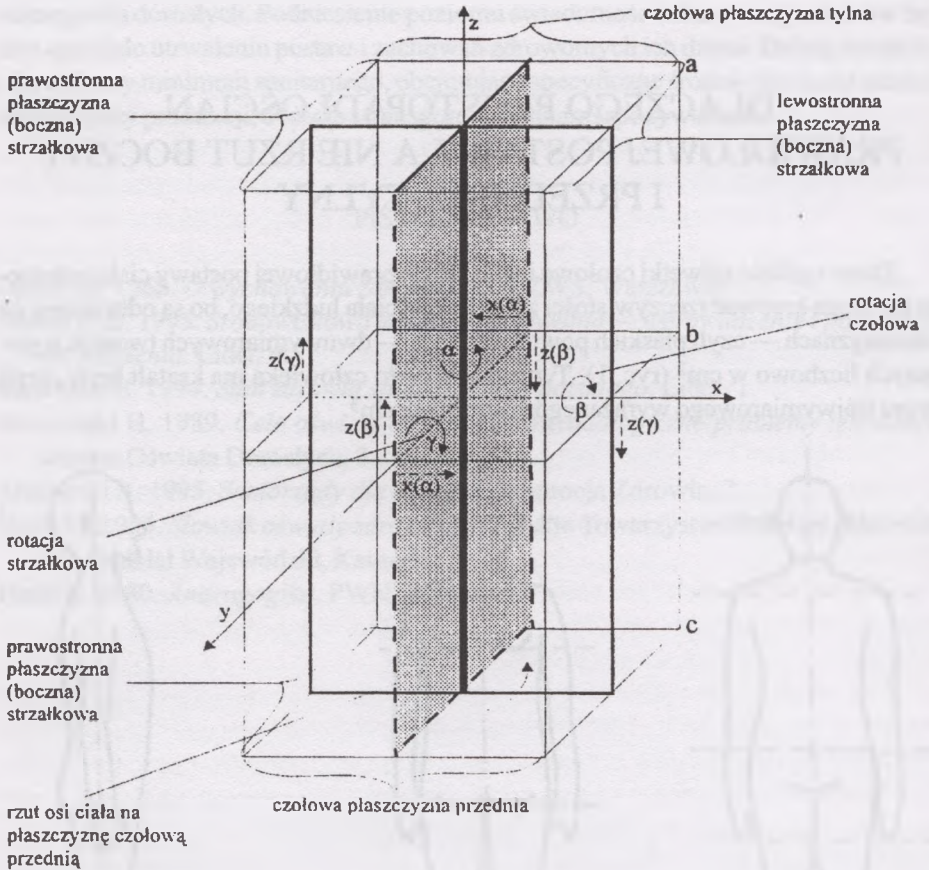
## DLACZEGO PROSTOPADŁOŚCIAN PRAWIDŁOWEJ POSTAWY, A NIE RZUT BOCZNY I PRZEDNIO—TYLNY

Znane ogólnie sylwetki czołowe i strzałkowe prawidłowej postawy ciała człowieka nie mogą kreować rzeczywistości zewnętrznej ciała ludzkiego, bo są odtwarzane na płaszczyznach — czyli płaskich powierzchniach — dwuwymiarowych tworach wyrażanych liczbowo w  $\text{cm}^2$  (ryc. 1). Tymczasem ciało człowieka ma kształt bryły, czyli tworów trójwymiarowych wyrażanego fizycznie w  $\text{cm}^3$ .



Ryc. 1. Prawidłowe sylwetki człowieka: a) oś czołowa przednia z pionową osią symetryczną i osiami poprzecznymi na linii uszu, barków, miednicy, kolan i stóp; b) oś czołowa tylna z pionową osią symetryczną i osiami poprzecznymi na linii uszu, dolnych kątów łopatek, fałdów pośladkowych, kolan i stóp; c) oś strzałkowa z asymetryczną osią pionową. Sylwetki te wykorzystuje się w trakcie przechodzenia na trójwymiarowe ocenianie figury człowieka.

Pionowa płaszczyzna poprowadzona przez szew strzałkowy czaszki (kierunek przednio—tylny) zwana jest słusznie płaszczyzną pośrodkową ciała, dzieli je bowiem na dwie równe części.



— oś ciała - przecięcie pł. czołowej głównej ze strzałkową główną

▨ płaszczyzna strzałkowa główna

▭ płaszczyzna czołowa główna

▩ boczne płaszczyzny strzałkowe z pionowymi osiami

▭ płaszczyzny poprzeczne

a poprzeczna górna

- dla zbadania nawykowego ustawienia głowy

b środkowa miedniczna z możliwością rotacji względem:

$\alpha$  - osi ciała

$\beta$  - osi strzałkowej

$\gamma$  - osi czołowej

c najniższa - dla zbadania ustawienia stóp

x - oś strzałkowa

y - oś czołowa

z - oś główna ciała

$x(\alpha)$  - przemieszczenie poziome od rotacji względem osi ciała ( $\alpha$ ) (rotacja osiowa pozioma)

$z(\beta)$  - przemieszczenie pionowe od rotacji względem osi strzałkowej ( $\beta$ ) (rotacja czołowa)

$z(\gamma)$  - przemieszczenie pionowe od rotacji względem osi czołowej ( $\gamma$ ) (rotacja strzałkowa)

Ryc. 2. Prostopadłościan prawidłowej postawy ciała



W zetknięciu z powierzchnią przednią tułowia, płaszczyzna strzałkowa tworzy jego linię pośrodkową przednią i analogicznie na powierzchni tylnej — linię pośrodkową tylną. W ten sposób kształt zewnętrzny ciała został podzielony pionowo na dwie połowy, a sam wycinek płaszczyzny strzałkowej pomiędzy powierzchnią przednią i tylną tułowia stanowi jakby „głębokość” bryły ciała (ryc. 2).

Pośrodkowa płaszczyzna strzałkowa, przecięta pod kątem  $90^\circ$  z płaszczyzną czołową (przechodząca przez szew czołowy) tworzy **oś ciała** — pionową linię względem płaszczyzny podparcia (na której stoimy). **Pion ten stanowi kryterium postawy naszego ciała** — pionowej pozycji jaką przyjął człowiek.

Oprócz pośrodkowej płaszczyzny strzałkowej istnieją: lewostronna płaszczyzna strzałkowa — dotykająca lewego boku i analogiczna prawostronna płaszczyzna strzałkowa. Obie boczne płaszczyzny strzałkowe są ustawione równolegle do płaszczyzny pośrodkowej i mają na sobie jakby odbicie osi ciała. Rzut osi ciała na każdą z tych płaszczyzn nazywać będziemy osią płaszczyzny strzałkowej prawej bądź lewej.

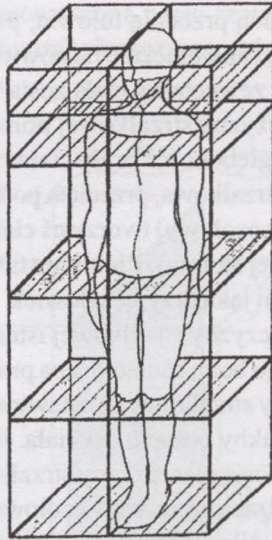
Poza płaszczyzną przechodzącą przez szew czołowy ustawiamy płaszczyznę czołową przednią dla przedniej powierzchni ciała i czołową tylną dla jego powierzchni tylnej. **Na przecięciu** tych bocznych płaszczyzn strzałkowych z przednią i tylną płaszczyzną czołową **powstają krawędzie**. Jeżeli odrzuci się te części płaszczyzn, które znajdują się poza krawędziami, pozostanie geometryczna figura — prostopadłościan prawidłowej postawy jako wzorzec dla tych wszystkich, którzy gimnastyką chcą poprawić wady postawy, skoliozy I<sup>o</sup> itp.

W prostopadłościanie prawidłowej postawy utworzyły się przekroje ustawione pod kątem  $90^\circ$  względem płaszczyzn pionowych. Mają one trojaki możliwości obrotu: (ryc. 2). Przekrój poziomy skręca się płasko o kąt względem osi ciała „z”, co nazywamy rotacją poziomą. Poza tą rotacją jest jeszcze obrót względem osi leżących na tym przekroju i prostopadłych odpowiednio: do płaszczyzny strzałkowej — rotacja czołowa i prostopadłych do płaszczyzny czołowej — rotacja strzałkowa. Ponadto te płaszczyzny poprzeczne mogą podlegać translacji, czyli równoległemu przemieszczeniu się wzdłuż osi głównej (pionowej) ciała „z”. Wyjątek stanowi najniższa płaszczyzna poprzeczna, gdzie stabilna płaska podstawa, na której opierają się stopy, zezwala tylko na ujawnienie się ruchów obrotowych względem osi głównej ciała (ryc. 2 — „z”) — czyli w rotacji poziomej.

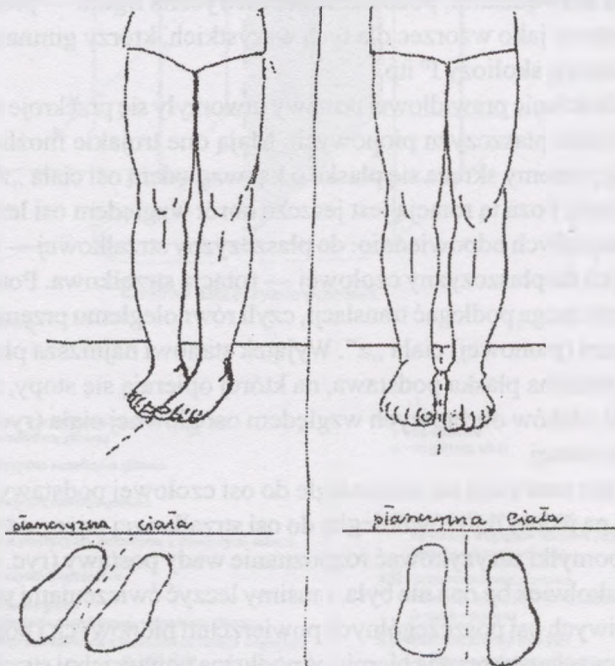
Jeżeli stopy nie ustawiają się równolegle do osi czołowej podstawy prostopadłościanu i nie stoją na jednej linii równoległej do osi strzałkowej tejże podstawy (ryc. 3), to możemy bez pomyłki zaryzykować rozpoznanie wady postawy (ryc. 4).

Wadę tę, jakakolwiek by ona nie była, musimy leczyć ćwiczeniami powodującymi powrót do właściwych osi poszczególnych powierzchni pionowych i poprzecznych.

Pozycja leżąca tyłem poprawia biernie oś podłużną powierzchni strzałkowych (ryc. 5). Oś podłużną powierzchni czołowych pomagają zrekonstruować przyrządy — jak np. długa wędka zastąpiona później długim ramieniem dużego kątownika (ryc. 6), którego krótsze szersze ramię obejmują stopy lekko skrócone do wewnątrz. Ten lekki

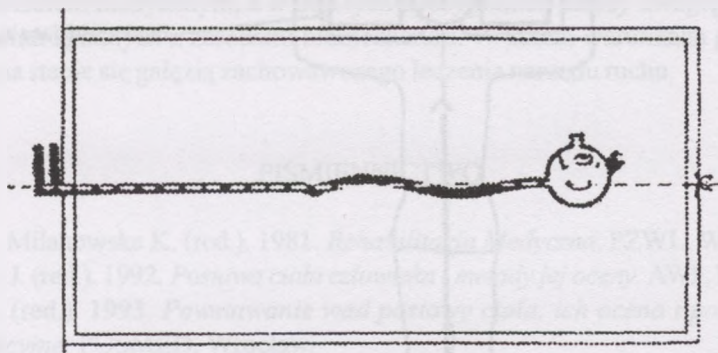


Ryc. 3. Przedstawiony w perspektywie prostopadłościach prawidłowej postawy z przekrojami poprzecznymi na wysokości uszu, barków, miednicy, kolan i stóp



Ryc. 4. Człowiek stoi twarzą na wprost, a stopy skrócone są w prawo. Przy prawidłowym — w stosunku do osi pośrodkowej — ustawieniu stóp, jedna wysuwa się ku przodowi. Brak dostosowania się stóp do osi najniższej płaszczyzny poprzecznej.

skręt stóp do wewnątrz (zwany inaczej odwróceniem lub supinacją) przeciwdziała nagminnemu skrętowi stóp na zewnątrz (określonemu jako nawracanie lub pronacja), który na powierzchniach czołowych ujawnia się jako ich koślawość.



Ryc. 5. Pozycja leżąca tyłem

Krótsze ramię kątownika, objęte przez zsupinowane stopy obrazuje ich wspólną oś (ryc. 6). Prawidłowo winna ona być skierowana prosto na sufit. Tymczasem często ulega ona odchyleniu od pionu na prawo lub na lewo. Powrót do pionu rekonstruuje (na najniższej powierzchni poprzecznej) oś czołową „y”.



Ryc. 6. Zastosowanie kątownika do przeciwdziałania skrętowi stóp do wewnątrz

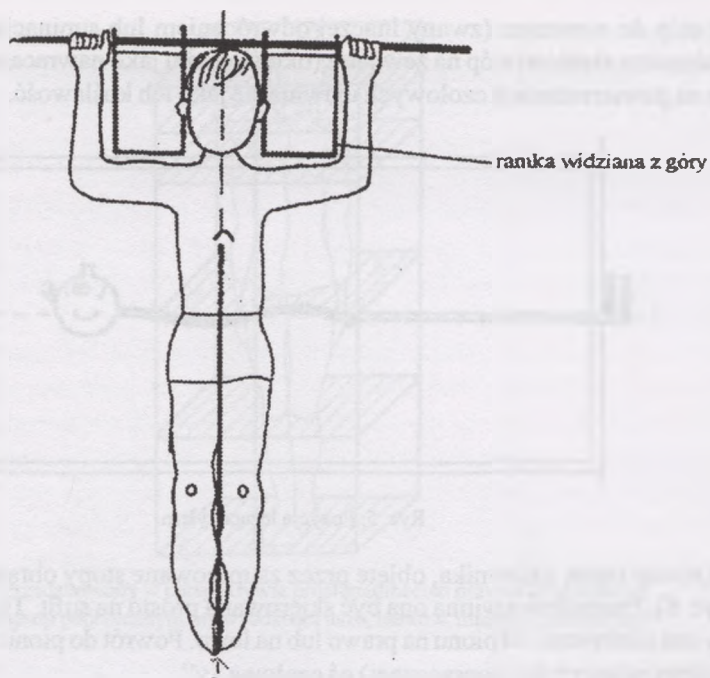
Rekonstrukcja drugiej osi najniższej powierzchni poprzecznej prostopadłością powstaje przez oparcie pięt o podłogę, co doprowadza do przestrzegania osi strzałkowej „x” lub odpowiedniej do niej linii równoległej.

Podsumowując powyższe wywody można stwierdzić, że w leżeniu tyłem rekonstrukcja osi na najniższej powierzchni poprzecznej polega na pionowym równoległym ustawieniu zsupinowanych stóp opartych piętami o podłogę. To ściśle powiązanie osi przekrojów poprzecznych z krawędziami płaszczyzn pionowych wyjaśnia fakt, że zmiany powstałe na jakiegokolwiek płaszczyźnie powodują następstwa na pozostałych.

Pozycja leżąca tyłem (ryc. 5) poprawia (odkręca) zrotowane płasko płaszczyzny poprzeczne poprzez opieranie ich tylnych krawędzi na płaszczyźnie podłogi.

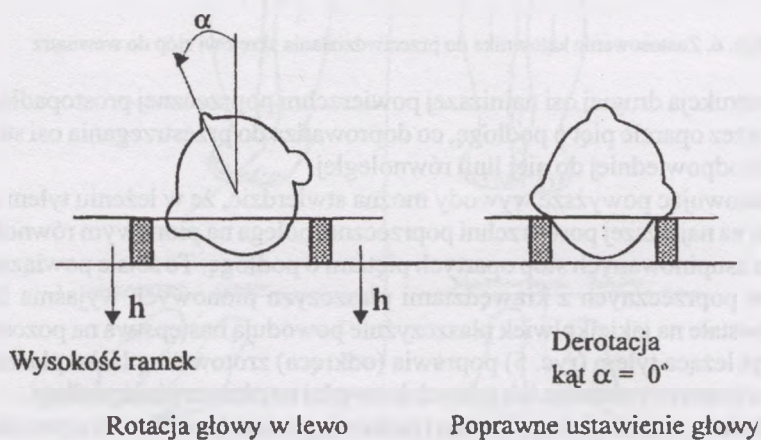
Przechyloną na bok głowę prostują (pionizują) ramki (ryc. 7), które ponadto dają możliwość ustawienia jej w rotacji zerowej (ryc. 8) poprzez skorygowanie uszu na jednej płaszczyźnie (przekroju poprzecznego łączącego uszy) — a mianowicie na powierzchni wysokości ramek. Bez ramek nie można ustawić prawidłowo głowy.





przedłużona oś powierzchni czołowej przedniej (prostopadłościemu prawidłowej postawy)

Ryc. 7. Najkorzystniejszy układ narządu ruchu do ćwiczeń



Ryc. 8. Widok głowy od tyłu

W ten praktyczny sposób udowodniono, że jednocześnie można i trzeba korygować wszystkie osie na wszystkich płaszczyznach.

W szkoleniu instruktorów gimnastyki korekcyjnej konieczna jest ich współpraca ze środowiskiem medycznym, a w obu tych dyscyplinach należy uwzględniać celowość działań zgodnych z zasadami biomechaniki. W takich warunkach gimnastyka korekcyjna stanie się gałęzią zachowawczego leczenia narządu ruchu.

## PIŚMIENICTWO

- Dega W., Milanowska K. (red.). 1981. *Rehabilitacja Medyczna*. PZWL, Warszawa.
- Ślężyński J. (red.). 1992. *Postawa ciała człowieka i metody jej oceny*. AWF, Katowice.
- Śliwa W. (red.). 1993. *Powstawanie wad postawy ciała, ich ocena i postępowanie korekcyjne*. POSMED, Wrocław.
- Kutzner-Kozińska M. 1986. *Korekcja wad postawy*. WSziP, Warszawa.





**Janina Pelczar**

Kuratorium Oświaty  
Nowy Sącz

## WCZESNA DIAGNOSTYKA ORAZ PROFILAKTYKA SKOLIOZ I WAD POSTAWY U DZIECI I MŁODZIEŻY. NOWOSĄDECKIE DOŚWIADCZENIA.

W artykule przedstawiono czteroletnie doświadczenia w realizacji wdrażania programu wczesnej diagnostyki oraz profilaktyki skolioz i wad postawy na terenie Nowego Sącza.

### **Założenia programu**

- badanie efektywności ćwiczeń osiowo-symetrycznych w procesie korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży,
- rozwój specyficznych umiejętności wychowawczych u nauczycieli, pielęgniarek i rodziców,
- koordynacja pracy służby zdrowia, oświaty i rodziców, skierowana na uzyskanie lepszych wyników w korekcji wad postawy,
- stworzenie możliwości szkoleniowych dla nauczycieli wychowania fizycznego, nauczania początkowego i pielęgniarek.

Niezadowolające efekty postępowania korekcyjnego stały się inspiracją do sprawdzenia i korygowania już stosowanych programów oraz poszukiwania nowych, bardziej skutecznych metod usprawniania.

Po raz pierwszy do szkolnego programu korekcji wad postawy, metodę Hoppe wprowadzono do Liceum Medycznego w Nowym Sączu w 1992 r. Na podstawie uzyskanych wyników w Liceum Medycznym, Kuratorium Oświaty w roku szkolnym 1993/94 wprowadziło metodę Hoppe do pięciu szkół podstawowych i jednej szkoły średniej.

### **W tym celu:**

- przeprowadzono specjalne szkolenie nauczycieli wychowania fizycznego,
- dokonano wielu prezentacji metody Hoppe w celu jej weryfikacji,

- organizowano spotkanie dla dyrektorów szkół, dyrektorów przedszkoli, nauczycieli wychowania fizycznego, lekarzy, pielęgniarek, z autorką metody i autorzytetami naukowymi z zakresu ortopedii, rehabilitacji, korekcji wad postawy, pedagogami i psychologami, prowadzono pedagogizację rodziców,
- dokonano kwalifikacji do grup ćwiczebnych na podstawie badań klinicznych — ortopedycznych oraz w zależności od potrzeb badań neurologicznych i radiologicznych,
- do kontroli efektów pracy posłużono się badaniem trójpłaszczyznowym parametrów morfotycznych postawy, posturometrem „S”,
- dla ćwiczących metodą Hoppe zorganizowano 3-tygodniowe wczasy śródroczne w Zakopanem i Piwnicznej z programem ćwiczeń osiowo-symetrycznych,
- zajęcia prowadzono przez dwa lata (tj. w klasach trzeciej i czwartej) dwa razy w tygodniu po czterdzieści pięć minut,
- wdrażanie ćwiczeń osiowo-symetrycznych odbywało się pod stałym nadzorem autorki metody.

### Niektóre następstwa ćwiczeń

- wykształcenie podłużnego sklepienia stóp i prawidłowych osi kończyn dolnych,
- harmonizuje się praca w stawach biodrowych, kolanowych i skokowych, jednocześnie podporządkowuje się ona osiom i zmniejsza się amplituda bocznych wychyleń tułowia,
- skolioza nie tylko się nie zwiększa, lecz ulega stopniowemu niwelowaniu (jednocześnie zmniejszają się rotacje),
- mijają ból głowy i uczucie zmęczenia,
- brzości bruzdy Harisson'a stają się łagodniejsze.

Omówienie doświadczeń z wdrażania metody Hoppe w województwie nowosądeckim

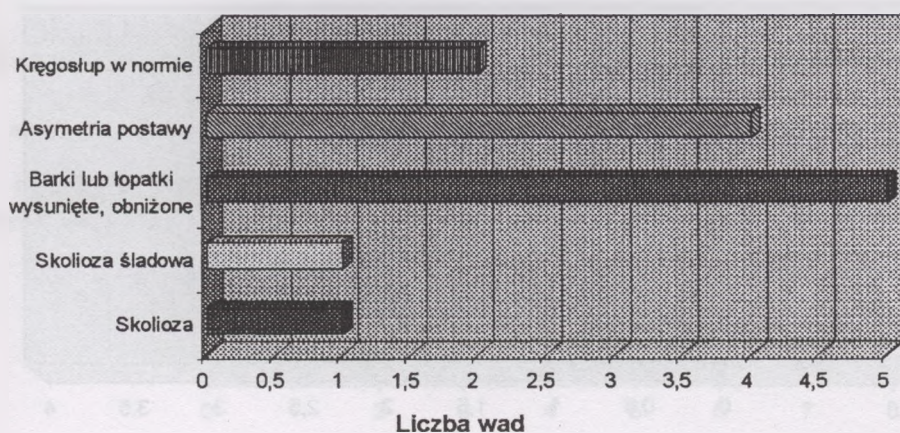
Na rycinach 1, 2, 3, 4, 5, 6 zaprezentowano indywidualne wyniki badań posturometrem „S” dzieci, które w latach 1993, 1994 uczestniczyły w zajęciach gimnastyki korekcyjnej, prowadzonych metodą Hoppe.

Podczas prac wdrożeniowych opiekę medyczną zapewniały dzieciom przychodnie rejonowe, konsultacjami służyła również autorka metody.

Zakładane efekty uzyskano przy dobrze zorganizowanej współpracy nauczyciela wychowania fizycznego z rodzicami i nauczycielem nauczania początkowego (SP 20, SP 7, SP 9, SP 11).

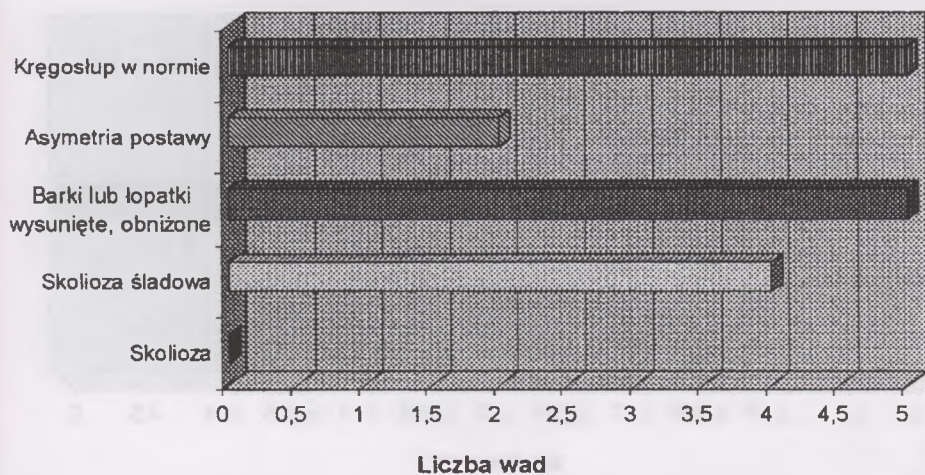
Przy braku koordynacji pracy służby zdrowia i wychowawcy z nauczycielem wdrażanie metody zakończyło się niepowodzeniem (SP 8).

**SP nr 7 – 1993 rok**  
**Liczba badanych – 7**



Ryc. 1.

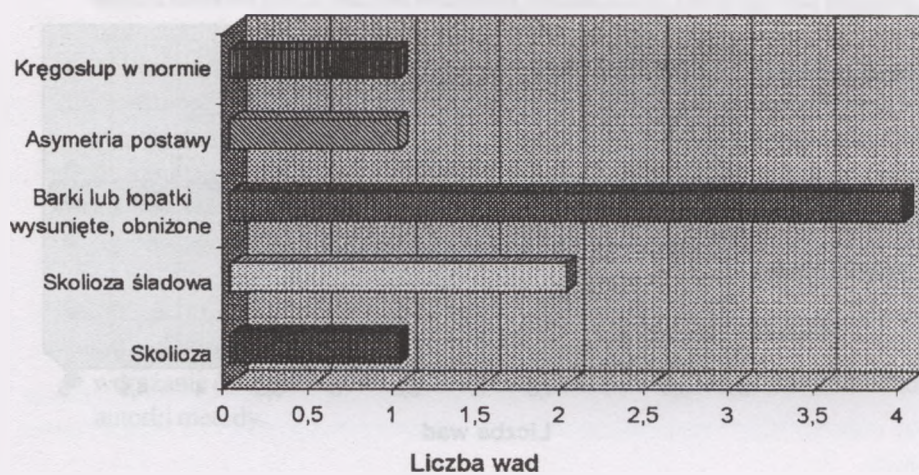
**SP nr 7 – 1994 rok**  
**Liczba badanych – 8**



Ryc. 2.

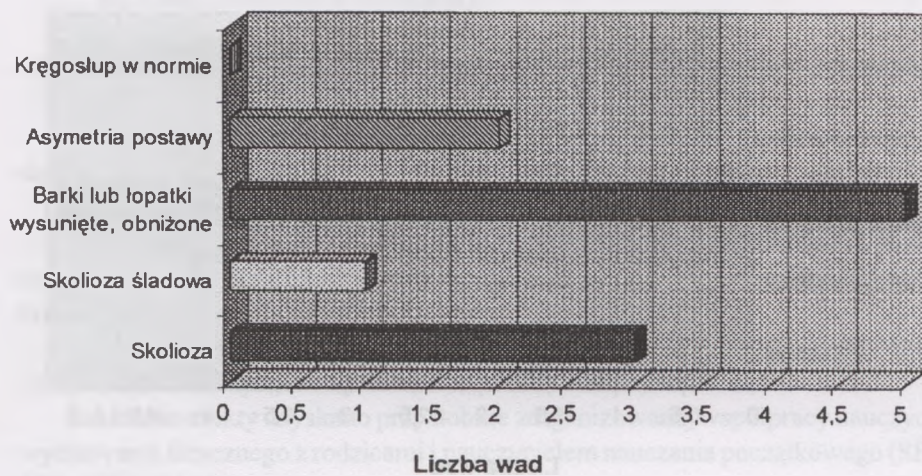


SP nr 8 – 1993 rok  
Liczba badanych – 5



Ryc. 3.

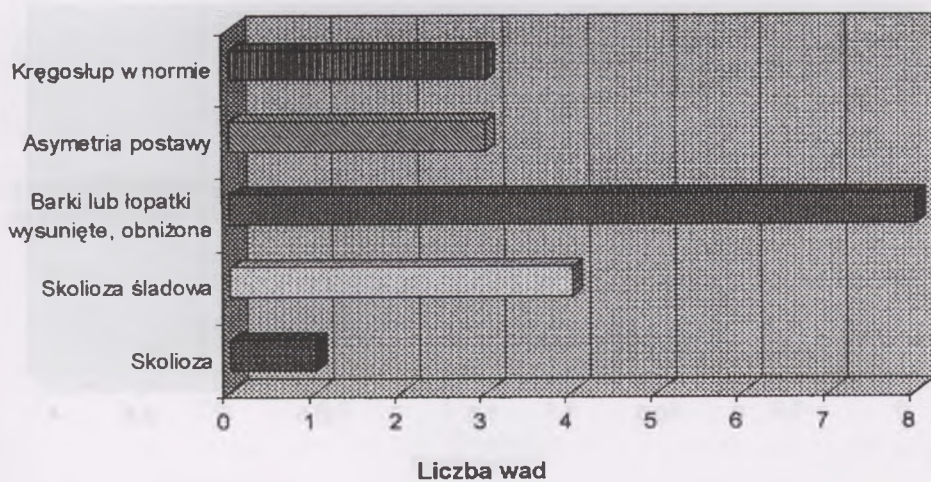
SP nr 8 – 1994 rok  
Liczba badanych – 6



Ryc. 4.

**SP nr 9 – 1994 rok**

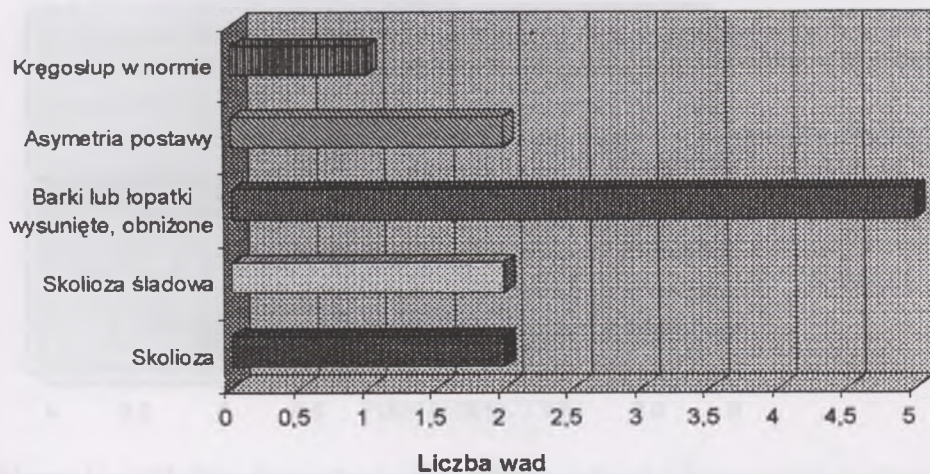
Liczba badanych – 8



Ryc. 5.

**SP nr 11 – 1993 rok**

Liczba badanych – 6

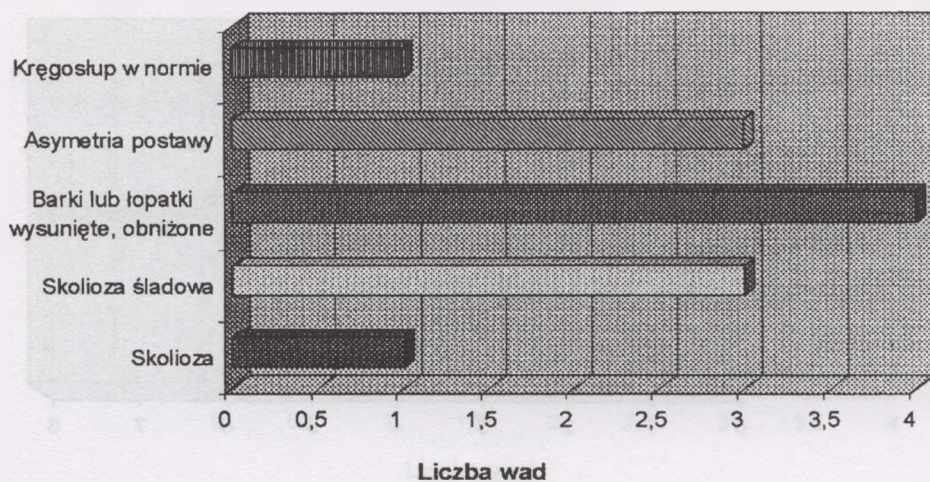


Ryc. 6.



## SP nr 11 – 1994 rok

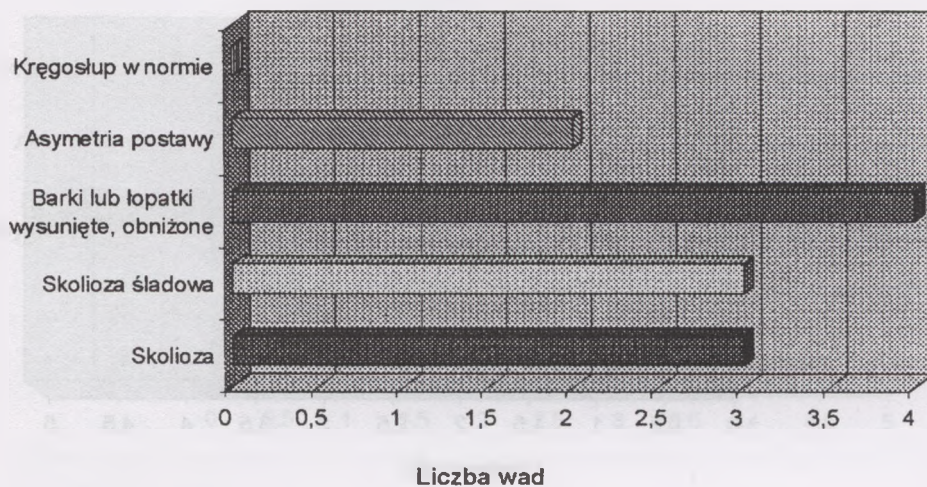
Liczba badanych – 7



Ryc. 7.

## SP nr 20 – 1993 rok

Liczba badanych – 5

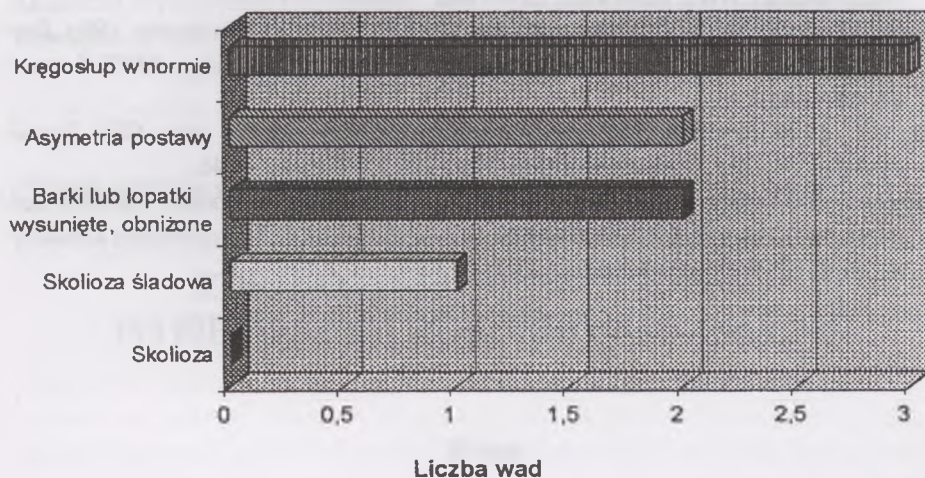


Ryc. 8.



SP nr 20 – 1994 rok

Liczba badanych – 5



Ryc. 9.

### Wnioski końcowe

1. Badania wad postawy, przeprowadzone w warunkach naturalnych, po zastosowaniu przez nauczycieli metody Hoppe przyniosły zakładane efekty.
2. Dalsze wdrażanie metody wymaga:
  - przeprowadzenia szkoleń dla nauczycieli wychowania fizycznego, dających uprawnienia do diagnozowania wad postawy,
  - koordynacji i współpracy służby zdrowia, oświaty i rodziców,
  - programu szkolenia pielęgniarek, poszerzonego o treści z zakresu teorii powstawania wad postawy,
  - wprowadzenia programu wczesnej diagnostyki oraz profilaktyki skolioz i wad postawy dzieci i młodzieży do programów studiów kierunku nauczycielskiego i rehabilitacji,
  - zabezpieczenia środków finansowych na realizację tego programu.

### PIŚMIENNICTWO

- Hoppe U. 1992. *Relacje między funkcją kończyn dolnych a kręgosłupem w ćwiczeniach osiowo-symetrycznych.* (W:) *Postawa ciała człowieka i metody jej oceny.* Pod red. J. Ślężyńskiego. AWF, Katowice, 141—144.

- Hoppe U. 1992. *Wdrażanie mięśni kończyn dolnych do symetrycznej pracy we właściwych osiach.* (W:) *Postawa ciała człowieka i metody jej oceny.* Pod red. J. Ślęzyńskiego. AWF, Katowice, 135—140.
- Hoppe U. 1993. *Miejsce systemu osiowo-symetrycznego w korektywie.* (W:) *Dysfunkcje kręgosłupa, diagnostyka i terapia.* Pod red. J. Nowotnego. AWF, Katowice, 403—416.
- Hoppe U. 1994. *Kryteria biomechaniczne prawidłowej postawy ciała.* (W:) *Biomechanika '94.* Ofic. Wyd. Politechniki, Wrocław 75/21, 143—146.
- Hoppe U. 1993. *Metodyka postępowania korekcyjnego przy wadach kończyn dolnych.* (W:) *Powstawanie wad postawy ciała, ich ocena i postępowanie korekcyjne.* Pod red. W. Śliwy. Wrocław, 204—225.

## WYCHOWANIE ZDROWOTNE W PRZEDSZKOLU A WYNIKI WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO I FIZYCZNEGO PO PIERWSZYM ROKU NAUKI SZKOLNEJ

### Wstęp

Przedmiotem podjętych w pracy badań są relacje pomiędzy wychowaniem zdrowotnym w przedszkolu a wychowaniem zdrowotnym i wychowaniem fizycznym po pierwszym roku nauki szkolnej.

Wychowanie fizyczne i wychowanie zdrowotne rozumiane jest w pracy jako celowe, zorganizowane działanie wychowawcze, oparte na treściach obowiązujących programów. W Polsce programy te zostały stworzone dla każdego szczebla edukacji, poczynając od przedszkola<sup>1</sup>. Warto pamiętać, iż założeniem naszego systemu oświatowego jest to, aby przedszkole przygotowywało, a także w przyszłości ułatwiało realizację zadań szkolnych. Tak więc przedszkole stanowi pierwsze, bardzo ważne ogniwo systemu edukacji.

W obowiązującym obecnie programie wychowania w przedszkolu treści wychowania fizycznego zostały zawarte w programie wychowania zdrowotnego, w szkole podstawowej zaś stworzono dwa oddzielne programy: program wychowania fizycznego<sup>2</sup> oraz program wychowania zdrowotnego<sup>3</sup>. Stało się tak dlatego, iż w szkole wychowanie fizyczne zostało oddzielone od wychowania zdrowotnego i stanowi odrębny przedmiot szkolny.

Brak dogłębnych, przekonujących badań nad realizacją założeń programowych wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego stał się dla autorki przyczyną zainteresowania się tym zagadnieniem. Przyjmując za słuszny pogląd, iż proces instytucjonalnego wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego powinien odznaczać się drożnością pomiędzy poszczególnymi etapami edukacji.

<sup>1</sup> Program wychowania w przedszkolu. MOiW, WSiP, Warszawa 1984.

<sup>2</sup> Program wychowania fizycznego. MOiW, WSiP, Warszawa 1985.

<sup>3</sup> Wytoczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. MOiW. Instytut Programów Szkolnych. WSiP, Warszawa 1982.



**Celem poznawczym** pracy jest sprawdzenie czy i w jakim stopniu wychowanie zdrowotne i wychowanie fizyczne w przedszkolu rzutuje na sprawność realizacji programu wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego w klasie pierwszej szkoły podstawowej.

**Celem praktycznym** jest sprawdzenie celowości przedszkolnego wychowania zdrowotnego jako propedeutyki szkolnego wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego.

Podstawową **hipotezą** — opartą na **przekonaniach** o transferze pozytywnym w procesie wychowania — jest założenie, że dzieci uczęszczające do przedszkola są lepiej przygotowane do uczestnictwa w szkolnym procesie wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego od dzieci, które do przedszkola nie chodziły.

### Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 176 dzieci klas pierwszych rozpoczynających naukę we wrocławskich szkołach podstawowych. Terenem badań były trzy szkoły podstawowe, które spełniały przyjęte przed rozpoczęciem badań założenia organizacyjne, tj. posiadały salę gimnastyczną, szatnie i gabinet lekarski. W szkole musieli pracować pielęgniarka szkolna oraz magister wychowania fizycznego prowadzący lekcje z wychowania fizycznego.

Wszystkie badane we wrześniu 1992 roku dzieci były w wieku siedmiu lat. Potwórnice przeprowadzone badania w czerwcu 1993 roku objęły tę samą grupę dzieci. Ostateczna grupa dzieci, które zostały przebadane dwukrotnie, i które uzyskały wszystkie wyniki prowadzonych badań liczy 100 osób. Na podstawie wyników tej grupy była prowadzona analiza zebranego materiału badawczego. Z liczby 100 osób, 45 to chłopcy, a 55 dziewczęta. Spośród 100 przebadanych dzieci 61 chodziło do przedszkola przed rozpoczęciem nauki szkolnej. Grupa dzieci, które do przedszkola nie chodziły liczy 39 osób.

### Pomiar wyników wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego

Specyficzność celów i przyjętych hipotez zdecydowała o wyborze sondażu diagnostycznego jako podstawowej metody badawczej. Do podstawowych technik badawczych, służących ocenie realizacji programu wychowania zdrowotnego, zastosowano obserwację kierowaną i wywiad.

Przeprowadzone badania pilotażowe w zakresie wychowania zdrowotnego wykazały, iż opracowane narzędzia badawcze są wystarczająco rzetelne. Badania pilotażowe prowadziła autorka badań, natomiast badania główne — pielęgniarki pracujące w szkołach objętych badaniami. Osoby te zostały zapoznane z celami pracy, narzędziami i techniką badań.

Uzyskane wyniki badań rejestrowano w karcie oceny wyników wychowania zdrowotnego, jaką otrzymało każde dziecko w momencie rozpoczęcia badań. Zebrane zarówno obserwacje, jak i odpowiedzi z wywiadu rejestrowano w sposób alternatywny. Za pozytywny wynik badania dziecko uzyskiwało jeden punkt. W razie niewłaściwego wykonania zadania lub braku wykonania zadania badany otrzymywał zero punktów.

Na tej podstawie dwukrotnej ocenie, tj. we wrześniu 1992 r. i w czerwcu 1993 r. zostały poddane elementy składające się na założenia programu wychowania zdrowotnego w przedszkolu, a mianowicie: 1) zasady zachowania bezpieczeństwa, 2) przyzwyczajenia higieniczno-kulturalne, 3) sprawność ruchowa.

Ogółem ocenie poddano 29 elementów z obowiązujących programów wychowania zdrowotnego w przedszkolu i szkole. Ocena wyników wychowania fizycznego prowadziło trzech nauczycieli wychowania fizycznego, pracujących w szkołach objętych badaniami. Do podstawowych narzędzi badawczych, służących ocenie dydaktycznych wyników w dziedzinie wychowania fizycznego, należą wystandaryzowana bateria testów motorycznych L. Denisiuka oraz test sprawności ruchowej, opracowany przez B. Sekitę na podstawie analizy obowiązującego programu wychowania zdrowotnego w przedszkolu.

Uzyskane dwukrotnie wyniki badań rejestrowano w specjalnie do tego celu przygotowanej karcie oceny wyników dydaktycznych w dziedzinie wychowania fizycznego. Zebrany materiał opracowano statystycznie za pomocą powszechnie znanych procedur. Tak przygotowana procedura badawcza umożliwiła sprawne przeprowadzenie badań oraz zgromadzenie bogatego materiału empirycznego na podjęty temat, a także dokonanie jego wnikliwej analizy opisowej i liczbowej.

### **Analiza wyników wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego dzieci w pierwszym roku nauki szkolnej**

#### **A.**

Ocena wyników pracy przedszkola dotyczyła realizacji programu wychowania zdrowotnego z zakresu:

- 1) zasad zachowania bezpieczeństwa,
- 2) przyzwyczajeń higieniczno-kulturalnych,
- 3) sprawności ruchowej.

W zakresie zasad zachowania bezpieczeństwa oceniano umiejętność posługiwania się przedmiotami codziennego użytku oraz znajomość przepisów ruchu drogowego. W omawianym zakresie badany mógł uzyskać maksymalnie 14 punktów. Prezentowane wyniki badań w tabeli 1 dowodzą, że badane dzieci posiadały znaczny poziom wiadomości i umiejętności w zakresie zachowania bezpieczeństwa. Na uwagę zasługuje jednak fakt, iż istnieją istotne statystycznie różnice w poziomie badanych elementów między dziećmi uczęszczającymi do przedszkola i dziećmi, które do przedszkola

nie chodziły ( $t^0=2,333$ ). Zebrane dane mogą wskazywać na pozytywny wpływ w tym zakresie przedszkolnego wychowania zdrowotnego na możliwość realizacji szkolnego programu wychowania zdrowotnego.

Tabela 1. Poziom wiadomości i umiejętności w zakresie bezpieczeństwa dzieci rozpoczynających naukę szkolną

Grupa badanych	$\bar{x}$ uzyskanych punktów	Odchylenie standardowe	Rozpiętość wyników	
			min.	max.
Dzieci uczęszczające do przedszkola	10,5	1,3	8	14
Dzieci nie uczęszczające do przedszkola	9,8	1,5	7,13	
Razem	10,1	1,4	7	14

Ocena przyzwyczajień higieniczno-kulturalnych dotyczy umiejętności posługiwania się przedmiotami codziennego użytku, umiejętności zachowania czystości osobistej oraz zapobiegania infekcjom. W omawianym zakresie badany mógł uzyskać maksymalnie 15 punktów.

Prezentowane wyniki badań w tabeli 2 świadczą także o zadowalającym poziomie badanych przyzwyczajień. Pomimo iż widoczna jest różnica w wynikach uzyskanych przez obie grupy dzieci należy zaznaczyć, że nie jest to różnica istotna statystycznie ( $t^0=1,287$ ). Zebrane dane mogą więc wskazywać na brak wpływu przedszkolnego wychowania zdrowotnego na realizację szkolnego programu wychowania zdrowotnego.

Tabela 2. Poziom przyzwyczajień higieniczno-kulturalnych dzieci rozpoczynających naukę szkolną

Grupa badanych	$\bar{x}$ uzyskanych punktów	Odchylenie standardowe	Rozpiętość wyników	
			min.	max.
Dzieci uczęszczające do przedszkola	8,8	2,3	3	14
Dzieci nie uczęszczające do przedszkola	8,3	1,6	4	14
Razem	8,5	1,9	3	14

$t^0 = 1,287$

Ocena sprawności ruchowej dotyczyła zgodnie z testem B. Sekity czterech umiejętności ruchowych. W omawianym zakresie badany mógł uzyskać maksymalnie 4 punkty.

Prezentowane wyniki badań w tabeli 3 dowodzą, iż dziewczęta obu grup uzyskały dobry poziom sprawności ruchowej. Do słownej oceny poziomu sprawności ruchowej zastosowano skalę punktacyjną B. Słupika. Na podstawie porównania wyników spraw-



ności ruchowej dziewcząt uczęszczających do przedszkola z wynikami dziewcząt, które do przedszkola nie chodziły możemy wnioskować jednak o braku istotnych statystycznie różnic między obiema grupami ( $t^0=1,642$ ).

Tabela 3. Poziom sprawności ruchowej dziewcząt rozpoczynających naukę szkolną

Grupa badanych	$\bar{x}$ uzyskanych punktów	Odchylenie standardowe	Rozpiętość wyników	
			min.	max.
Dzieci uczęszczające do przedszkola	2,6	1,2	0	4
Dzieci nie uczęszczające do przedszkola	3	0,9	2	4
Razem	2,8	1,05	0	4

$t^0 = 1,642$

Analiza wyników sprawności ruchowej chłopców (tab. 4) skłania nas do wysunięcia podobnych wniosków ( $t^0=0,935$ ) jakie przedstawiono w trakcie analizy wyników sprawności ruchowej dziewcząt.

Tabela 4. Poziom sprawności ruchowej chłopców rozpoczynających naukę szkolną

Grupa badanych	$\bar{x}$ uzyskanych punktów	Odchylenie standardowe	Rozpiętość wyników	
			min.	max.
Dzieci uczęszczające do przedszkola	2,6	0,9	1	4
Dzieci nie uczęszczające do przedszkola	2,3	1,04	0	4
Razem	2,4	0,97	0	4

$t^0 = 0,935$

Prezentowane wyniki sprawności ruchowej mogą również wskazywać na brak wpływu przedszkolnego wychowania zdrowotnego na realizację szkolnego programu wychowania fizycznego.

## B.

W celu zbadania śladów pracy przedszkola w szkole wszystkie prezentowane wyżej elementy zostały poddane powtórnej ocenie po pierwszym roku nauki szkolnej. W zakresie zasad zachowania bezpieczeństwa zaobserwowano pozytywne zmiany w pierwszym roku nauki szkolnej. Dowodzą tego wyniki badań prezentowane w tabeli 5.

Tabela 5. Zmiany poziomu wiadomości i umiejętności zachowania bezpieczeństwa w pierwszym roku nauki szkolnej (data badania: 1 IX 1992; 2 VI 1993)

Grupa badanych	Badanie	$\bar{x}$ uzyskanych punktów	Różnica	Odchylenie standardowe	Rozpiętość wyników	
					min.	max.
Dzieci uczęszczające do przedszkola	1	10,5		1,3	8	14
	2	11,6	1,1	1,2	9	14
Dzieci nie uczęszczające do przedszkola	1	9,8		1,5	7	13
	2	10,8	1,0	1,4	8	14
Razem	1	10,1		1,4	7	14
	2	11,2	1,05	1,3	8	14

Na podstawie testu Studenta dla grup zależnych ( $t_d^0 = 5,980$ ) możemy wnioskować o istotnych statystycznie różnicach w poziomie badanych cech w ciągu pierwszego roku nauki szkolnej. Znamienne jest fakt, iż podobnie jak we wrześniu 1992, tak i w czerwcu 1993 r. istniała istotna statystycznie różnica między dziećmi uczęszczającymi do przedszkola i dziećmi, które do przedszkola nie chodziły ( $t^0 = 3,012$ ).

Tabela 6. Zmiany w zachowaniach dotyczących przyzwyczajeń higieniczno-kulturalnych w pierwszym roku nauki szkolnej (data badania: 1 IX 1992; 2 VI 1993)

Grupa badanych	Badanie	$\bar{x}$ uzyskanych punktów	Różnica	Odchylenie standardowe	Rozpiętość wyników	
					min.	max.
Dzieci uczęszczające do przedszkola	1	8,8		2,3	3	14
	2	9,5	0,7	2,2	5	14
Dzieci nie uczęszczające do przedszkola	1	8,3		1,6	4	13
	2	8,7	0,4	2,3	3	14
Razem	1	8,5		1,9	3	14
	2	9,1	0,6	2,25	4	14

$t^0 = 1,872$  (z VI. 93)

Prezentowane wyniki badań w tabeli 6 świadczą o pozytywnych zmianach w zachowaniach dotyczących przyzwyczajeń higieniczno-kulturalnych w ciągu pierwszego roku nauki szkolnej ( $t_d^0 = 2,20$ ). Na uwagę zasługuje jednak fakt, iż w czerwcu 1993 r. nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w omawianym zakresie między dziećmi uczęszczającymi do przedszkola i dziećmi, które do przedszkola nie chodziły ( $t^0 = 1,872$ ), mimo że dzieci uczęszczające do przedszkola uzyskały nieznacznie większą różnicę między dwoma badaniami od dzieci, które do przedszkola nie chodziły. Fakt ten mógłby sugerować, iż dzieciom uczęszczającym do przedszkola łatwiej było realizować program wychowania zdrowotnego w szkole od dzieci, które do przedszkola nie chodziły. Przypuszczenie takie staje się uzasadnione, tylko z zastrzeżeniem, obliczenia bowiem dotyczyły wąskiej grupy badanych.

Tabela 7. Zmiany poziomu sprawności ruchowej dziewcząt w pierwszym roku nauki szkolnej (data badania: 1 IX 1992; 2 VI 1993)

Grupa badanych	Badanie	$\bar{x}$ uzyskanych punktów	Różnica	Odchylenie standardowe	Rozpiętość wyników	
					min.	max.
Dzieci uczęszczające do przedszkola	1	2,58		1,2	0	4
	2	3,1	0,6	0,9	1	4
Dzieci nie uczęszczające do przedszkola	1	3,04		0,9	2	4
	2	3,4	0,4	0,8	0	4
Razem	1	2,81		1,05	0	4
	2	3,25	0,5	0,85	1	4

$t^{\circ} = 0,930$  (dla wyników z VI. 93)

Prezentowane w tabeli 7 wyniki sprawności ruchowej dowodzą pozytywnych zmian w ciągu pierwszego roku nauki szkolnej w omawianym zakresie ( $t_d^{\circ} = 2,82$  w grupie dziewcząt uczęszczających do przedszkola;  $t_d^{\circ} = 2,33$  w grupie dziewcząt nie uczęszczających do przedszkola). Na podstawie porównania wyników sprawności ruchowej dziewcząt z czerwca 1993 r. możemy wnioskować o braku istotnych statystycznie różnic między dziewczętami uczęszczającymi do przedszkola a dziewczętami, które do przedszkola nie chodziły ( $t^{\circ} = 0,930$ ). Podobnie przedstawia się analiza wyników sprawności ruchowej chłopców ( $t^{\circ} = 1,945$ ), które zostały zamieszczone w tabeli 8. Na uwagę zasługuje fakt, iż chłopcy nie uczęszczający do przedszkola poczynili znaczne postępy w szkole w omawianym zakresie.

Tabela 8. Zmiany poziomu sprawności ruchowej chłopców w pierwszym roku nauki szkolnej

Grupa badanych	Badanie	$\bar{x}$ uzyskanych punktów	Różnica	Odchylenie standardowe	Rozpiętość wyników	
					min.	max.
Dzieci uczęszczające do przedszkola	1	2,6		0,9	1	4
	2	3,2	0,6	1	1	4
Dzieci nie uczęszczające do przedszkola	1	2,3		1	0	4
	2	3,7	1,4	0,5	3	4
Razem	1	2,4		0,97	0	4
	2	3,45	1	0,75	1	4

$t^{\circ} = 1,945$  (dla wyników z VI. 93)



### Wnioski i postulaty

Zebrany materiał i analiza otrzymanych wyników pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Wyniki pracy przedszkola w zakresie wychowania zdrowotnego są znaczące. Dowodzą tego różnice między dziećmi uczęszczającymi do przedszkola i dziećmi, które do przedszkola nie chodziły. Istotne statystycznie różnice widoczne są tylko w zakresie kształtowania zasad zachowania bezpieczeństwa.

2. Dobre również wyniki postępów w wychowaniu zdrowotnym i wychowaniu fizycznym obserwuje się w badaniach nad realizacją programów wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego w pierwszym roku nauki szkolnej. Istotne statystycznie różnice między dziećmi uczęszczającymi do przedszkola i dziećmi, które do przedszkola nie chodziły stwierdzono tylko w zakresie kształtowania zasad zachowania bezpieczeństwa.

3. Brak więc widocznego wpływu oddziaływań przedszkolnego wychowania zdrowotnego na wyniki wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego w pierwszym roku nauki szkolnej. Istnieje, co prawda, różnica w poziomie wychowania zdrowotnego dzieci uczęszczających do przedszkola i dzieci, które do przedszkola nie chodziły, ale nie jest ona istotna statystycznie we wszystkich objętych badaniami elementach.

4. Ze względu na ograniczoną liczbę materiału badawczego należy ostrożnie wnioskować o wpływie przedszkola na skuteczniejsze działanie szkoły w zakresie wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego.

Zebrany materiał badań i jego analiza wskazują, że należałoby wyraźniej określić zadania wychowania fizycznego w przedszkolu i realizować go — zwłaszcza w stosunku do dziewcząt — bardziej konsekwentnie. Związki między wychowaniem zdrowotnym w przedszkolu i szkole można by już na wstępie zaznaczyć we wspólnych nazwach poszczególnych działów wychowania zdrowotnego, a także w zbliżonych treściach jeśli rzeczywiście mamy realizować zasadę ciągłości wychowania i kształcenia poczynając od wieku przedszkolnego.

***Maria Jokiell***

Centrum Onkologii

Warszawa

## OCENA PROGRAMU NAUCZANIA O NOWOTWORACH W SZKOŁACH

Zwalczanie chorób nowotworowych zależy w dużym stopniu od uświadomienia społeczeństwa, jego poglądów, postaw i postępowania. W Polsce, jak stwierdziła Jokiell (1994), poziom uświadomienia w zakresie nowotworów nie jest wysoki. Także, wg Jokiell (1989), niektóre tzw. „zachowania zdrowotne” ludności są niekorzystne z punktu widzenia walki z rakiem, np. palenie tytoniu jest bardzo rozpowszechnione w społeczeństwie. Wiele działań zostało podjętych w ostatnich latach, aby poprawić tę sytuację — wydano szereg ulotek, broszur i plakatów, a także poruszano tematykę nowotworową w środkach masowego przekazu (Jokiell 1992).

Międzynarodowa Unia Walki z Rakiem (UICC) zdecydowała, że jedną z najsukcesyjniejszych metod oświaty zdrowotnej w zwalczaniu raka jest wprowadzenie wiedzy o chorobach nowotworowych do szkół. Ekspertsi zrzeszeni w Unii opracowali więc program nauczania o nowotworach w formie poradnika dla nauczycieli<sup>1</sup>.

Polska wersja poradnika została opracowana i po raz pierwszy wydana przez Instytut Onkologii w Warszawie w 1984 roku, a następnie była przedrukowana przez Polskie Towarzystwo Higieniczne w 1985 r. i Regionalny Społeczny Komitet Walki z Rakiem w Łodzi w 1986 r. Poradnik zawiera 7 lekcji: dwie — dla dzieci w wieku 10 lat i starszych oraz pięć — dla dzieci w wieku 13 lat i starszych.

W 1985 roku, za zgodą i z pomocą Ministerstwa Edukacji Narodowej, została przeprowadzona ocena eksperymentalnego programu nauczania o nowotworach w wybranych szkołach w Polsce.

### **Material i metody**

Program był realizowany w różnych typach szkół w Lublinie — przez lekarza onkologa (Jokiell i wsp. 1987) oraz w Łodzi (Jokiell i wsp. 1988), Warszawie (Jokiell i wsp. 1990) i w Poznaniu — przez nauczycieli. Wyniki nauczania oceniano za pomo-

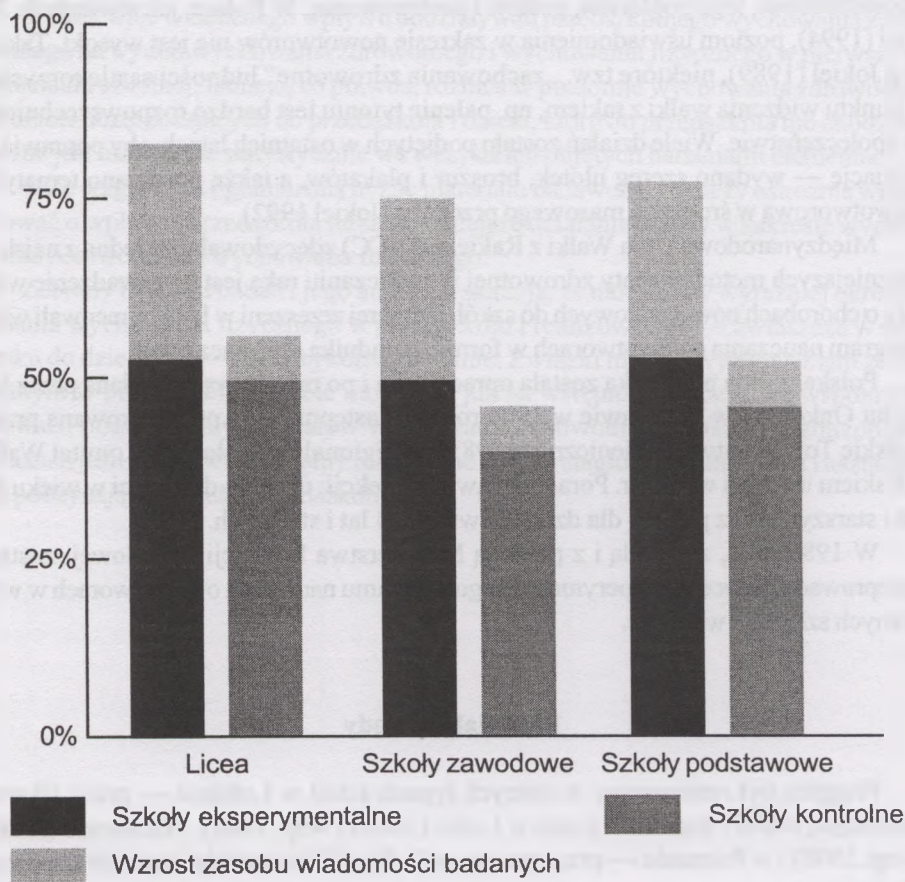
<sup>1</sup> Cancer Education in Schools, a Guidebook for Teachers. UICC Technical Report Series. Genewa 1978, 38.

ca ą kwestionariusza wypełnionego przez dzieci przed programem i po jego zakończeniu. Zawierał on pytania dotyczące ogólnej wiedzy o nowotworach, wiary w ich uleczalność, wczesnych objawów i metod wykrywania tych chorób.

W celu oceny skuteczności programu wybrano szkoły kontrolne, w których przeprowadzono wyłącznie ankietyzację, tak jak w szkołach eksperymentalnych. Ogólna liczba badanych dzieci wynosiła 1251 przed programem i 1104 po programie.

### Wyniki

Na podstawie badań stwierdzono, że średni przyrost poprawnych odpowiedzi wyniósł około 30% w szkołach w Lublinie — najwyższy był w liceum — 31%, następnie w szkole pedagogicznej — 25%, a najniższy — w szkole podstawowej — 23% (ryc. 1).



Ryc. 1. Zmiany w wiedzy o nowotworach po programie w szkołach w Lublinie



Wydaje się, że przyswajanie wiedzy o nowotworach miało związek z ogólnym poziomem wiedzy dzieci w tych szkołach. Nie zaobserwowano natomiast różnic w zależności od wieku uczniów.

W szkołach kontrolnych zaobserwowano również zwiększenie zasobu wiadomości o nowotworach, ale nie przekraczał 5%. Można przypuszczać, że był to tylko efekt ankietyzacji.

W szkołach eksperymentalnych w innych miastach, gdzie program o nowotworach był realizowany przez nauczycieli, średni przyrost poprawnych odpowiedzi był niższy niż w szkołach w Lublinie — wynosił około 10%. Także miał związek z ogólnym poziomem wiedzy uczniów — najwyższy był w liceach — 11%, a w szkołach zawodowych i podstawowych stanowił tylko około 5%. W szkołach kontrolnych średni przyrost poprawnych odpowiedzi wynosił około 2%.

### Podsumowanie

Na podstawie badań można stwierdzić, że zwiększenie zasobu wiadomości o chorobach nowotworowych zależało od rodzaju specjalności osoby realizującej program — lepsze rezultaty dawały lekcje lekarza onkologa niż nauczycieli. Mogło to być spowodowane brakiem przeszkolenia nauczycieli przed wprowadzeniem nauczania do szkół. W przyszłości należałoby zapewnić nauczycielom przynajmniej parodniowe szkolenie w zakresie wybranych zagadnień z onkologii przed rozpoczęciem lekcji o tej tematyce. Szkolenia takie, z dobrymi efektami, prowadzili we Włoszech Artici i wsp. (1987).

Wydaje się, że chociaż nauczyciele powinni być głównymi realizatorami programu, zaproszenie na niektóre lekcje lekarza mogłoby zarówno podnieść poziom merytoryczny, jak i atrakcyjność nauczania — jest to bardzo istotny element w procesie przekazywania informacji.

W wyniku badań stwierdzono również, że zwiększenie zasobu wiadomości zależało od ogólnej wiedzy uczniów, ale we wszystkich szkołach i klasach dzieci wykazywały duże zainteresowanie programem — jest to ważny czynnik w przyswajaniu wiadomości.

Poradnik „Nauczanie o nowotworach w szkole” został wysoko oceniony jako pomoc dydaktyczna zarówno przez nauczycieli, jak i przez lekarza, chociaż sugerowano pewne ulepszenia i poprawki, które zostaną uwzględnione w nowym, uaktualnionym wydaniu poradnika.

### PIŚMIENNICTWO

- Artici C., Doglio B., Sautil L. 1987. *Courses for teachers of secondary schools on cancer education in schools.* (In:) *Lectures and Symposia of 14th International Cancer Congress.* Academial Kiado, Budapest 1986, 13.

- Jokiel M., Kalasiewicz M., Mykowiecka A. 1987. *Ocena programu nauczania o nowotworach w szkołach lubelskich*. Nowotwory, 37, 2, 174.
- Jokiel M., Gałkiewicz E., Mykowiecka A. 1988. *Nauczanie o nowotworach w szkołach w Łodzi*. Problemy Higieny, 1, 146,
- Jokiel M. 1989. *Zmiany w strukturze palenia papierosów w Polsce w latach 1976—1986*. Nowotwory, 39, 2, 76.
- Jokiel M. 1990. *Ocena eksperymentalnego programu nauczania w szkołach w Warszawie*. Nowotwory, 40, 3, 221.
- Jokiel M. 1992. *Środki masowego przekazu w uświadamianiu społeczeństwa polskiego o nowotworach*. (W:) *Krajowa Konferencja Promocji Zdrowia, Warszawa 11—13 X 1991*. Materiały, część II, Kompaz, Warszawa.
- Jokiel M. 1994. *Uświadomienie społeczeństwa polskiego o nowotworach w latach 1976, 1986 i 1990 oraz wpływające na nie czynniki*. Medycyna 2000, 5, 45/46, 37.

## EKSPERYMENTALNE ZAJĘCIA DLA UCZNIÓW KLASY I SZKOŁY PODSTAWOWEJ Z ZAKRESU UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY W NAGŁYCH WYPADKACH

W 1990 roku wśród dzieci w wieku od 1 do 14 lat na ogólną liczbę zgonów wynoszącą 3288 w następstwie wypadków zmarło 1416, co stanowiło 43,1% ogółu zgonów w tej grupie wiekowej (Mlekodaj 1994).

Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy niezbędna jest — według Boszkiewicz (1974) — każdemu człowiekowi, tak jak umiejętność czytania i pisanie. Badania przeprowadzone w Anglii wskazują, iż dziecko niezależnie od wieku może zdobywać wiedzę o zdrowiu (Williams 1990).

Refleksja nad efektywnością edukacji zdrowotnej zakłada jednak konieczność udzielania odpowiedzi na pytanie: w których fazach życia ludzkiego oddziaływania edukacyjne mają szansę przynieść najlepsze rezultaty? Czy jest nim młodszy wiek szkolny? Wzrasta bowiem w tym okresie aktywny udział dziecka w staraniu o własne zdrowie, rozwija się świadomość i poczucie odpowiedzialności za siebie i innych (Demel 1980).

Udzielenie pierwszej pomocy nierozzerwalnie łączy się z wychowaniem zdrowotnym i powinno być wdrażane do szkół jako ważny aspekt zdobywania wiedzy przez młodzież.

Według Wentlandtowej (1970) „...wychowywać należy tak, aby każdy chciał i umiał zdrowie doskonalić, chronić i ratować...”.

Celem niniejszej pracy było przeprowadzenie cyklu zajęć z uczniami klasy I wiejskiej szkoły podstawowej w Modlnicy z udzielania pierwszej pomocy ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania sytuacjom sprzyjającym wypadkom, a następnie ocena stopnia przyswojonej wiedzy i umiejętności praktycznych przez dzieci.

Zajęcia przeprowadzono w okresie od 1. 10. do 15. 12. 1994 roku w ramach przedmiotu „środowisko” w wymiarze 1 godzina lekcyjna tygodniowo. Zastosowano eksperyment pedagogiczny. Opracowano scenariusze lekcji na 11 kolejnych spotkań.

Nauczano:

1. wzywania pomocy służb ratunkowych,
2. postępowania w przypadku skaleczeń,
3. rozpoznawania podstawowych rodzajów ran i ich opatrywania,
4. bandażowania,
5. w co powinna być wyposażona apteczka domowa,
6. udzielania pomocy przy krwotoku z nosa,
7. zachowania się podczas burzy (pomoc w razie porażenia prądem elektrycznym),
8. udzielania pomocy w oparzeniach,
9. ratowania w zakrzuszeniu i zadławieniu,
10. zasad postępowania w krwotoku z dużej rany.



Do realizacji wykorzystano między innymi następujące środki dydaktyczne: aparat telefoniczny, apteczkę, materiały opatrunkowe, ilustracje z książek Dziaka (1995) i Hapke (1992).

Po trzech miesiącach od ostatnich zajęć sprawdzono wiedzę i umiejętności praktyczne z zakresu przerobionych treści za pomocą skonstruowanego sprawdzianu—testu.

W świetle uzyskanych wyników, posługując się czterostopniową skalą ocen, można by stwierdzić, iż nauczanie dzieci udzielania pierwszej pomocy zaowocowało posiadaniem przez nie wiedzy i umiejętności na poziomie dostatecznym. Najlepsze oceny otrzymali uczniowie z tematu opatrywanie ran.

Pośród 24 dzieci, które uczestniczyły w zajęciach (14 chłopców i 10 dziewczynek), 17 otrzymało oceny bardzo dobre i dobre, a pozostałe dostateczne. Także dobrą znajomością wykazały się dzieci w zakresie zapamiętania numerów telefonicznych służb ratunkowych.

Z udzielania pierwszej pomocy w przypadkach zakrztuszenia aż 20 uczniów oceniono bardzo dobrze i dobrze. Najwięcej ocen niedostatecznych otrzymali uczniowie za pytanie dotyczące zachowania się w przypadku porażenia prądem; 12 ocen niedostatecznych i tyle samo za udzielanie pomocy przy krwotoku z nosa. W czasie sprawdzianu praktycznego największe trudności sprawiło badanym bandażowanie głowy (większość ocen niedostatecznych), a najlepiej opanowali uczniowie zakładanie opatrunku na dłoń (oceny bardzo dobre i dobre).

Podsumowując wyniki przeprowadzonego eksperymentu, można potwierdzić zasadność nauczania dzieci w wieku 7—8 lat wybranych treści z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Zaangażowanie i zainteresowanie uczniów prowadzonymi lekcjami jest wystarczającym argumentem przemawiającym za wprowadzeniem do szkół zajęć poświęconych zaproponowanej tematyce.

Uzyskane oceny z testu powinny być wskazówką dla nauczyciela jakie zagadnienia szczególnie utrwalać i poszerzać w zależności od wieku uczniów.

Zajęcia uzyskały pełną akceptację ze strony rodziców uczniów i dyrekcji szkoły.

## PIŚMIENNICTWO

- Boszkiewicz T. 1974. *Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach*. PZWL, Warszawa.
- Demel M. 1980. *Pedagogika zdrowia*. WSiP, Warszawa.
- Dziak A. 1995. *Pierwsza pomoc*. PZWL, Warszawa.
- Hapke B. 1992. *Domowy poradnik pierwszej pomocy*. Wyd. E. Jermołkiewicz, Zielona Góra.
- Mlekodaj Z. 1994. *Urazy i zatrucia*. (W:) *Promocja zdrowia*. Pod red. J. B. Karskiego. Sanmedia, Warszawa.
- Wentlandtowa H. 1970. *Oświata zdrowotna*. PZWL, Warszawa.
- Williams T. 1990. *Raport Szkockiej Grupy Edukacji Zdrowotnej i Światowej Organizacji Zdrowia*, „Zdrowa Szkoła”.

*Teresa Przewłocka, Barbara Mościcka*

Państwowy Zakład Higieny  
Warszawa

## PROGRAM EDUKACYJNY O HIGIENIE WIEKU DOJRZEWANIA „CZAS PRZEMIAN” — WYNIKI BADAŃ NAD JEGO WDROŻENIEM

Program „Czas Przemian” jest polską wersją amerykańskiego programu Always Changing, opracowaną w Państwowym Zakładzie Higieny i sponsorowaną przez firmę Procter & Gamble. Jest on przeznaczony dla uczniów klas piątych.

Celem programu jest pomoc młodzieży, często nie przygotowanej odpowiednio przez dorosłych, w uporaniu się z problemami dojrzewania. Sprawy higieny dojrzewania są w programie potraktowane wszechstronnie, nie wykracza się nim jednak poza wyznaczony obszar zagadnień. Nie mieszczą się więc w programie problemy seksualne, przygotowanie do ról rodzicielskich, a także wszelkie patologie, choroby. Cała uwaga skupia się na przemianach fizycznych, emocjonalnych i intelektualnych zachodzących w procesie dojrzewania. Zrealizowanie programu ma pomóc uczniom w:

- lepszym zrozumieniu przemian fizycznych i emocjonalnych zachodzących w okresie dojrzewania i uznaniu ich za część prawidłowo toczącego się procesu wzrastania i rozwijania się,
- przyswojeniu właściwej terminologii dotyczącej części ciała, wzrastania i rozwoju,
- uświadomieniu sobie, że wraz z dojrzewaniem wzrasta odpowiedzialność za dbałość o swoje ciało.

Cele te mają być osiągnięte poprzez dostarczenie uczniom pewnego zasobu wiedzy z tej dziedziny, a także przez zaakceptowanie przez nich własnej osoby dzięki zrozumieniu i zaakrobowaniu przemian jakie się w nich dokonują. Program ma pomóc w nabraniu przekonania o własnej tożsamości, o tym, że każde z nich jest niepowtarzalną, wyposażoną w siebie tylko właściwe cechy indywidualnością, będąc jednocześnie uczestnikiem wspólnoty dojrzewających, przeżywających zbliżone problemy.

Program składa się z szeregu broszur i materiałów skierowanych do różnych adresatów. Materiały przeznaczone dla dzieci i ich rodziców zostały skonstruowane wg jednej zasady. Punktem wyjścia były listy dziewcząt i chłopców skierowane do autorów programu, którzy starali się udzielić odpowiedzi na pojawiające się pytania.

Wydawnictwa przeznaczone do rozdania wszystkim dzieciom uczestniczącym w programie:

- zestaw dla dziewcząt składający się z broszury dla dziewcząt, broszury dla ich rodziców oraz próbki zawierające podpaski higieniczne,
- broszura dla chłopców.

Materiały do pracy w szkole:

- poradnik metodyczny dla nauczyciela z czterema kwestionariuszami pomocniczymi,
- zestaw pięciu tablic instruktażowych.

Program był realizowany w roku szkolnym 1993/94 w 21 miastach wojewódzkich, we wszystkich szkołach, które zgłosiły akces. Takich szkół było 1500, a w nich około 200 tys. uczniów z klas piątych. W tym roku realizowany jest 2. etap wdrażania programu, obejmujący wszystkie zgłaszające się szkoły w kraju. Po zrealizowaniu programu w 21 miastach badane były przyjęte przez szkoły warianty jego realizacji oraz ocena jego przydatności, dokonywana przez szkolnych realizatorów programu i przez uczniów. Na rok 1997 przewidziano ewaluację skuteczności programu wyrażoną w zmianach wiedzy i postaw związanych z dojrzewaniem wśród uczniów, którzy przeszli program.

### Wyniki badań

Analizie poddano 1425 arkuszy sprawozdawczych wypełnianych przez szkoły oraz 1406 ankiet wypełnionych przez uczniów z losowo wybranych szkół. Szkoły oceniały program w skali 5-punktowej, od oceny bardzo dobrej do złej. Okazało się, że 96% szkół oceniło program pozytywnie, w tym 52,6% uznało go za bardzo dobry. Średnia ocena wynosiła 4,3 pkt. W uzasadnieniach powoływano się na dobre przyjęcie programu przez uczniów, podkreślano duże zainteresowanie młodzieży problemami w nim zawartymi. W części opisowej używano do oceny programu przymiotników takich jak „ciekawym”, „przystępny”, „potrzebny”, „pomocny”, „pomyślany z poszanowaniem dziecka”, „ułatwiający komunikowanie się”. Zastrzeżenia występowały bardzo rzadko i dotyczyły w większości trudności w posługiwaniu się specjalnymi pomocami w jakie wyposażony jest program, np. pracy z „Autoportretem”, w związku z czym w szkoleniu poprzedzającym dalsze wdrażanie programu poświęcono tym zagadnieniom znacznie więcej uwagi.

Badania wskazują, że szkoły, choć miały znaczną dowolność w sposobach realizacji programu, nie wybierały wariantów najmniej je obciążających. Dotyczy to zarówno czasu poświęconego na program, liczby osób zaangażowanych w jego realizację, przyjęcia różnorodnych form zajęć, jak i w nieco mniejszym zakresie wciągnięcia do programu rodziców. W zróżnicowany sposób rozwiązywano problem koedukacji na zajęciach, najczęściej wybierając wariant mieszany, tzn. niektóre zajęcia wspólne, niektóre osobno dla dziewcząt i osobno dla chłopców. Nauczyciele postulują rozszerzenie gamy pomocy dydaktycznych, widząc potrzebę opracowania broszury dla rodziców chłopców oraz filmu o higienie dojrzewania.



Uczniowie w przeważającej większości (67,6%) dokładnie zapoznali się ze swoją broszurą. Dziewczynki częściej niż chłopcy przeczytały ją całą. Także dobrzy uczniowie, częściej niż słabi, w pełni ją wykorzystali. Większość (87,8%) uczniów uważa, że informacje uzyskane z broszur i zajęć były dla nich przydatne, w tym dla 34,4% osób w bardzo wysokim stopniu. Chłopcy częściej niż dziewczęta pozytywnie oceniają ich przydatność. Wydaje się, że jest to uwarunkowane stwierdzonym w badaniach<sup>1</sup> zróżnicowaniem poziomu wychowawczych działań rodzicielskich w zależności od płci dziecka. Dla chłopców częściej niż dla dziewcząt zajęcia związane z programem są jedynym źródłem informacji.

Zajęcia prowadzone w szkole były pozytywnie ocenione przez trzy czwarte uczniów, nie podobały się 4,5% uczniów. Jako uzasadnienie ocen negatywnych podawano najczęściej uprzednią znajomość omawianych w szkole tematów. Jednocześnie aż 64,5% badanych chciałoby, żeby było więcej zajęć poświęconych tej tematyce, a jedna czwarta uczniów uznała przyjęty przez szkołę wymiar czasu poświęconego na program za odpowiedni. Tylko dla 1,2% mogło być go mniej.

W większości pozytywnie oceniają uczniowie (62,6%) moment wprowadzenia programu, a blisko 20% dzieci uważa, że zajęcia tego typu powinny zacząć się wcześniej, w młodszej klasie. Pogląd ten częściej jest wyrażany przez dziewczęta niż przez chłopców. Dla 8,7% uczniów program mógłby być wprowadzony dopiero w starszej klasie.

Większość (83,6%) uczniów pokazywała rodzicom swoją broszurę. Jednocześnie blisko 40% nie rozmawiało z żadnym z rodziców o problemach wieku dojrzewania. Wskazuje to na niewystarczające działania rodziców w tym zakresie, brak woli bądź umiejętności prowadzenia z dziećmi takich rozmów. Okazało się też, że dziewczęta są bardziej skłonne do kontaktowania się z rodzicami w tej sprawie, bądź też rodzice wykazują większe zainteresowanie przygotowaniem dziewczynek do pojawiających się problemów. Dziewczęta częściej niż chłopcy rozmawiają o tych sprawach z rodzicami i częściej pokazują rodzicom swoją broszurę. W tej sytuacji, postulowana przez szkoły potrzeba opracowania poradnika dla rodziców chłopców znajduje swoje uzasadnienie. Chłopcy częściej niż dziewczęta są pozostawieni samym sobie.

Jednym z celów programu było sprawienie, aby dojrzewanie nie było samotnym, często trudnym przeżyciem. Zachęcać miał on do traktowania związanych z nim przemian w sposób naturalny, tak aby stały się one przedmiotem rozmów rówieśniczych i otwarcie stawianych pytań. Można przyjąć, że w pewnym zakresie cel ten został osiągnięty. Ponad 40% uczniów uważa, że po wprowadzeniu w szkole programu rozmawiało na ten temat z koleżankami i kolegami więcej niż poprzednio, dla 23,3% pozostało to tematem tabu — nie prowadzą z rówieśnikami tego typu rozmów. Uczniowie z rodzin o wyższym statusie społecznym są bardziej otwarci na wymianę informacji o dojrzewaniu. Częściej niż pozostali pokazywali swoją broszurkę rodzicom, dla nich też program „Czas Przemian” stał się bodźcem do wymiany informacji z kolega-

<sup>1</sup> D. Cianciara, M. Mościcka, T. Przewłocka, *Kompetencje rodziny do wychowania seksualnego dzieci*. Roczniki PZH, 1994, 45—2.

mi. Częściej niż pozostali zgłaszają potrzebę zwiększenia liczby zajęć poświęconych dojrzwaniu, częściej też uważają moment wprowadzenia programu za odpowiedni. Pogląd ten podzielają uczniowie o lepszych wynikach w nauce. Dobrzy uczniowie są także bardziej skłonni do rozmów z rówieśnikami na tematy związane z programem.

Wśród uczniów najwięcej zwolenników ma mieszana forma zajęć, tzn. pewne rodzaje zajęć koedukacyjnych, a inne osobne dla dziewcząt i osobne dla chłopców. Za tym wariantem opowiedziało się 40% uczniów, za wszystkimi zajęciami koedukacyjnymi 23,6% i za wszystkimi osobno 35,8%. Za lekcjami koedukacyjnymi częściej opowiadają się chłopcy niż dziewczęta.

Blisko jedna czwarta uczniów nie przywiązuje wagi do płci prowadzącego zajęcia. Postawa ta częściej jest prezentowana przez chłopców niż przez dziewczęta. Zarówno chłopcy, jak i dziewczynki, którym nie jest wszystko jedno kto prowadzi zajęcia, chętniej widzieliby płć nauczyciela taką samą jak własną.

Uzyskane wyniki wskazują, że program został oceniony pozytywnie zarówno przez szkołę, jak i przez uczniów. Podkreślano jego przydatność dla uczniów na tym poziomie nauczania. Pozytywnie oceniono jego treści i jakość pomocy, w które jest wyposażony.

## REALIZACJA TREŚCI PROGRAMOWYCH W NAUCZANIU WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO W WYBRANYCH PLACÓWKACH OŚWIATOWO-WYCHOWAWCZYCH

Edukacja do zdrowia jest podstawowym prawem każdego dziecka. Poprzez przekazywanie dzieciom wiedzy o zdrowiu, kształtowanie umiejętności i właściwych postaw prozdrowotnych oraz wyrabianie nawyków zdrowego stylu życia możemy przyczynić się do poprawy zdrowia całego społeczeństwa. Aby to osiągnąć, należy — według Woynarowskiej i wsp. (1993) — opracować i wdrażać program szkolnej edukacji zdrowotnej. Wspomniane autorki opracowały program szkolnej edukacji prozdrowotnej ujmując go w postaci następujących elementów:

### 1. Poziom

— szkoła podstawowa — trzy poziomy — klasy I—III, IV—VI, VII—VIII

— szkoła ponadpodstawowa

### 2. Bloki tematyczne

I. Higiena osobista i otoczenia

II. Bezpieczeństwo

III. Żywność i żywienie

IV. Aktywność fizyczna

V. Edukacja do życia w rodzinie oraz psychologiczne i środowiskowe aspekty edukacji prozdrowotnej

VI. Edukacja seksualna

VII. Profilaktyka uzależnień

### 3. Zakres

— ja i troska o mnie

— ja i moje relacje z innymi ludźmi

— ja i moje środowisko

### 4. Cele szczegółowe (grupa)

— co uczeń powinien wiedzieć i rozumieć

— co uczeń powinien umieć

Jaworski (1995) dokonał szczegółowej analizy obowiązujących w roku szkolnym 1995/96 programów nauczania w zakresie wszystkich przedmiotów ujętych w tych programach. Uwagi autora sprowadzają się do tego, że:



1. problematyka wychowania zdrowotnego występuje w programach tylko nielicznych przedmiotów nauczania w szkole podstawowej,
2. niektóre bloki tematyczne są uwzględniane obszernie, inne reprezentowane bardzo skromnie,
3. problematyka przedstawiona w analizowanych programach jest niepełna i niespójna nie ujmując całości programu wychowania zdrowotnego,
4. niektóre tematy w ogóle nie będą realizowane, gdyż istnieje dobrowolność wyboru tematów przez nauczyciela,
5. uporządkowana dokumentacja treści wychowania zdrowotnego może być pomocna w doksztalcaniu i doskonaleniu kwalifikacji nauczycieli określonych specjalności.

W jednej z publikacji Jaworski (1995) zastanawia się nad problemem potrzeby kształcenia specjalistów z zakresu wychowania zdrowotnego.

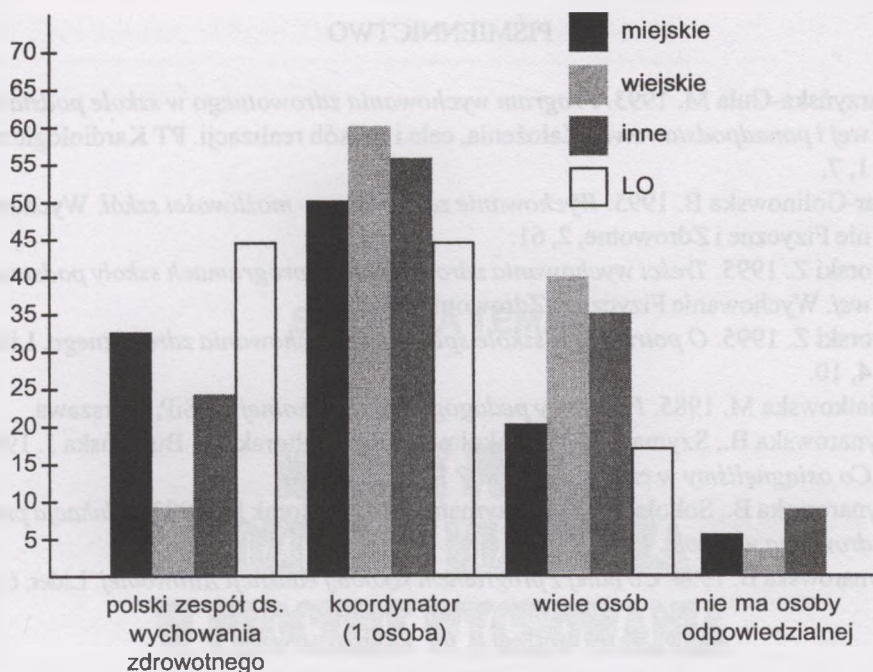
Możliwości realizacji wychowania zdrowotnego, wg Ignar-Golinowskiej (1995), są ograniczone następującymi czynnikami:

- I. Szkolną służbą zdrowia
- II. Warunkami prowadzenia wychowania zdrowotnego
- III. Uczestnictwem uczniów
- IV. Organizacją i koordynacją procesu w szkole
- V. Postawą szkoły.

Celem pracy jest przedstawienie realizacji treści programu wychowania zdrowotnego wybranych szkół podstawowych i ponadpodstawowych i innych placówek oświatowo-wychowawczych miasta Biała Podlaska i województwa. Z naszego województwa nie uczestniczyły ani jedna szkoła w programie „Szkoła Promująca Zdrowie”. Zastosowano technikę analizy dokumentacji i rozmowy z osobami odpowiedzialnymi za organizację wychowania zdrowotnego.

### Wyniki badań

Za realizację wychowania zdrowotnego odpowiedzialny jest dyrektor. W schemacie organizacji wychowania zdrowotnego w szkołach spotkano się z kilkoma wariantami organizacji. Najczęściej spotykanym wariantem organizacji szkoły podstawowej jest wyznaczenie przez dyrektora koordynatora ds. wychowania zdrowotnego. Prawie połowa badanych szkół stosuje ten wariant organizacyjny w liceach ogólnokształcących, 43% badanych placówek oświatowych wybrało wariant prowadzącego wychowanie zdrowotne, a 42% zleciło to koordynatorowi. Koordynatorem wychowania zdrowotnego lub przewodniczącym podzespołu był najczęściej nauczyciel biologii: w 42% szkół miejskich, 40% szkół wiejskich, 36% innych typów szkół i w 38% liceów ogólnokształcących. Nauczyciel wychowania fizycznego pełnił tę funkcję w 16% szkół miejskich, 23% szkół wiejskich, 10% innych typów i w 22% liceów ogólnokształcących. W większości badanych szkół koordynatorem był jeden z dyrektorów szkoły lub sam dyrektor naczelny. Wśród badanych szkół znalazły się takie, w których realizo-



Ryc. 1. Wariant organizacyjny wychowania zdrowotnego

wano wychowanie zdrowotne oparte tylko na działalności szkolnej służby zdrowia, a w dwóch przypadkach szkół wiejskich — na szkolnym kole PCK. W kilku szkołach realizowano koncepcję szkoły ekologicznej (zamiast wychowania zdrowotnego). Tematyka wychowania zdrowotnego realizowana jest w klasach I—III szkoły podstawowej przede wszystkim w ramach przedmiotu środowisko społeczno-przyrodnicze, a w mniejszym zakresie na wychowaniu fizycznym i technice. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie zajęć jest wychowawca klasy.

W klasach IV—VIII problematyka wychowania zdrowotnego jest najczęściej umieszczana w materiale biologii z higieną, w mniejszym stopniu z kulturą fizyczną, a część treści zawarta jest w chemii, geografii i fizyce. Odpowiedzialne osoby to wychowawca klasy, pedagog szkolny i szkolna służba zdrowia.

W ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych zadania wychowania zdrowotnego realizują wychowawcy grupowi lub osoby zaproszone w celu prowadzenia wykładu lub wygłoszenia prelekcji.

W liceach ogólnokształcących osobami odpowiedzialnymi za zajęcia z wychowania zdrowotnego są głównie wychowawcy klasowi, pedagog szkolny, nauczyciel biologii i kultury fizycznej.

Stosuje się różne formy przekazywania treści programowych. W roku 1995/96 obowiązywały zagadnienia z bloków problematyka uzależnień i edukacja do życia w rodzinie.

## PIŚMIENNICTWO

- Charzyńska-Gula M. 1993. *Program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*. Założenia, cele i sposób realizacji. PT Kardiologiczne, 1, 7.
- Ignar-Golinowska B. 1995. *Wychowanie zdrowotne — możliwości szkół*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2, 61.
- Jaworski Z. 1995. *Treści wychowania zdrowotnego w programach szkoły podstawowej*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1, 4.
- Jaworski Z. 1995. *O potrzebie w szkole specjalisty wychowania zdrowotnego*. Lider, 4, 10.
- Kwiatkowska M. 1985. *Podstawy pedagogiki przedszkolnej*. WSiP, Warszawa.
- Woynarowska B., Szymańska M., Sokołowska M., Pułtorak M., Burzyńska J. 1990. *Co osiągnęliśmy w czasie trzech lat?* Lider, 5, 22.
- Woynarowska B., Sokołowska M., Szymańska M., Pułtorak M. 1993. *Edukacja prozdrowotna w szkole*. Lider, 6, 3.
- Woynarowska B. 1994. *Co dalej z programem szkolnej edukacji zdrowotnej*. Lider, 6, 6.



SESJA NA TEMAT:

**METODY PRACY  
Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ  
W PROCESIE WYCHOWANIA  
ZDROWOTNEGO**



*Ida Laudańska, Alicja Kaiser, Andrzej Krawański*

Akademia Wychowania Fizycznego

Poznań

## UMIĘTNOŚĆ TWORZENIA ZDROWIA — NOWE WYZWANIE DLA EDUKATORA

Chcąc efektywnie i trwale tworzyć zdrowie, należy znaleźć właściwy sposób objaśniania jego roli i znaczenia w życiu człowieka. Dotychczasowe działania w tym zakresie są mało skuteczne, wynikają wprost z biomedycznego sposobu określenia zdrowia i choroby. Obecnie na gruncie współcześnie rozumianego procesu wychowania zdrowotnego (WZ), pojawia się szansa nawiązania w sposób bardziej pełny do klasycznej definicji zdrowia (WHO 1948) według której, jak wiadomo, mówimy o tzw. dobrostanie w trzech podstawowych wymiarach: fizycznym, psychicznym, społecznym.

Celem niniejszej pracy jest:

- Ujęcie zdrowia jako elementu systemu aksjologicznego człowieka.
- Objaśnienie roli i sensu nowego podejścia dydaktycznego (tzw. zajęć warsztatowych).
- Prezentacja wybranych przykładów rozwiązywania problemów zdrowotnych.

Dotąd istniały dwa „klasyczne” podejścia objaśniające rolę zdrowia w życiu człowieka (Słońska 1994, Krawański 1995), oparte na przeciwstawianiu zdrowia chorobie, zgodnie ze słynną syntezą H. Balzaca:

*„Nie ma nic bardziej niebezpiecznego od zdrowia — to przecież otwarte wrota do wszystkich chorób”.*

Pierwsze podejście można przedstawić w postaci następującego modelu (Krawański 1995):

MODEL 1 (sanitarno-oświatowy)

**ZDROWIE  
TO WALKA Z CHOROBA**

Ryc. 1

Argumenty wynikające z takiego pojmowania zdrowia są mało przekonujące dla młodego człowieka. Ma on jeszcze najczęściej poczucie witalności i chęć życia. W przypadku wątpliwości lub potencjalnej groźby choroby, rozważania młodego czło-



wieka prowadzą do poszukiwań odpowiedniego specjalisty, który stosując aparat lub lek „naprawi” jego zdrowie. Nowsze ujęcie odwołuje się do pojęcia tzw. czynników ryzyka<sup>1</sup>.

MODEL 2 (oświatowy)

## ZDROWIE TO ZWALCZANIE CZYNNIKÓW RYZYKA

Ryc. 2

Postęp polega na kojarzeniu zaleceń z zakresu zachowań prozdrowotnych z określoną grupą chorób. Takie argumenty mogą dotrzeć do ludzi dorosłych, szczególnie tych odczuwających pewne dolegliwości zdrowotne (Krawański 1995).

Na gruncie Promocji Zdrowia (PZ) pojawił się zupełnie nowy model postrzegania zdrowia, co ilustruje poniższe hasło:

MODEL 3 (pedagogiczno-społeczny)

## ZDROWIE TO WZMACNIANIE POTENCJAŁU ZDROWOTNEGO

Ryc. 3

Zdrowie traktujemy tu jako wartość o charakterze instrumentalnym, związaną z innymi ważnymi oczekiwaniami i dążeniami człowieka, a także służącą do ich osiągnięcia. Dążymy do uświadomienia odbiorcom idei, że realizacja większości postawionych przed sobą celów życiowych zależy od posiadanego potencjału zdrowotnego. Wzmocniony potencjał zdrowotny konieczny jest dla zachowania pięknego wyglądu (zdobycia wymarzonego partnera, możliwości noszenia atrakcyjnej odzieży), osiągnięcia sukcesu sportowego, zdobycia lepszej pracy, zdania trudnych egzaminów. Jest to podstawowy warunek sukcesu życiowego. Argumenty tego typu są ważne i zrozumiałe dla młodego (i nie tylko) człowieka (Krawański 1995).

W warstwie edukacyjnej PZ, w celu wdrażania modelu opartego na umiejętności wzmocnienia potencjału zdrowotnego, stosuje się specyficzne procedury dydaktyczne, tzw. zajęcia warsztatowe (workshopy). Zajęcia tego typu, do tej pory kojarzone głównie ze współczesną pedagogiką i psychologią społeczną, jak z obecnych doświadczeń wynika, mogą być w sposób pełny zastosowane w pracy na rzecz kształtowania zdrowia (Kawecki 1994, Osewska 1996, Dąbrowska i Delbani 1995).

<sup>1</sup> Czynniki ryzyka (*risk faktor*) — termin ten obejmuje zachowania, ekspozycję środowiskową (biologiczną, ekonomiczną, społeczną), a także cechy jednostki wrodzone lub nabyte, o których wiadomo, że są związane lub są przyczyną zwiększonej podatności na specyficzne choroby, zaburzenia w stanie zdrowia lub wypadki. (na podstawie: PZ — słownik podstawowych terminów)

WARSZTAT (*WORKSHOP*) — jako formalna procedura wykorzystywana w edukacji zdrowotnej opiera się na następujących założeniach teoretycznych (na podstawie Williams 1989, Krawański 1955):

### 1. EDUKATOR I UCZEŃ —

- są aktywnymi partnerami w nauce (działaniu)

### 2. EDUKATOR:

- organizuje sytuację dydaktyczną (nie posiada gotowych recept i odpowiedzi)
  - przedstawia problem zdrowotny (dotyczy konkretnych, ważnych sytuacji życiowych), którym grupa zajmuje się na zajęciach
  - posiada rzeczywistą wiedzę o uwarunkowaniach zdrowia

### 3. EDUKATOR I UCZEŃ:

- poszukują rozwiązań
- przedstawiają alternatywne propozycje

EFEKT

### 4. UCZEŃ (STUDENT):

- poznaje siebie (swoje reakcje, nastawienia, preferencje)
- podejmuje świadome, nieskrępowane decyzje (uczy się dialogu, kompromisu)
  - zdobywa wiedzę i umiejętności

CEL

**zwiększanie własnego potencjału zdrowotnego**

Ryc. 4

Najczęściej projektowanie warsztatu odbywa się według poniższego schematu (na podstawie Lutomski 1994).

#### 1. Określ

cel główny i szczegółowe zadania (których realizacja prowadzi do osiągnięcia celów), kryteria sukcesu dla poszczególnych zadań i celów, czas i miejsce zajęć, liczbę uczestników, niezbędne materiały.

## 2. Zaplanuj przebieg zajęć obejmujący:

ustalenie reguł współpracy, wprowadzenie do problemu, sposób realizacji zadań, formułowanie wniosków końcowych.

## 3. Dokonaj samooceny zajęć w zakresie:

adekwatności doboru zadań, osiągnięcia kryteriów sukcesu, trudności realizacyjnych, koniecznych korekt projektu, samopoczucia po zajęciach, uzyskanych korzyści osobistych.

Na zajęciach warsztatowych należy posługiwać się różnymi, aktywizującymi technikami i metodami pracy pedagogicznej. Oto niektóre z nich:

*mapa pojęciowa, praca z arkuszami roboczymi, granie ról, odwracanie ról, psychodramy, rozwiązywanie konfliktów, burza mózgów, praca w małych grupach, dyskusja, poszukiwanie informacji, wywiady, rysunki, metoda humoryzacyjna.*

Szczegółowe objaśnienia i zastosowania poszczególnych rodzajów i form pracy znajdzie Czytelnik w literaturze (Lutowski 1994, Kołodziejczyk, Czerniewska 1993, Adamczuk 1992).

W celu znalezienia rozwiązań dla problemów zdrowotnych, którymi zajmujemy się podczas zajęć dydaktycznych, wykorzystujemy formę pracy warsztatowej. Zostaną zaprezentowane niektóre z nich.

### Temat warsztatu 1

## ZDROWIE JAKO WARTOŚĆ I JEGO ROLA W ŻYCIU CZŁOWIEKA

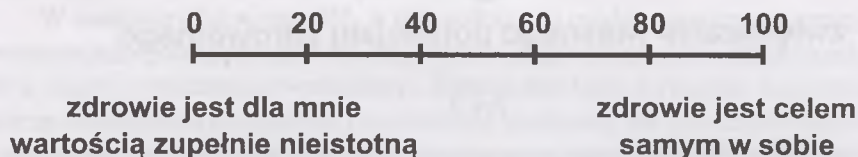
Ryc. 5

### Cel warsztatu

Poszukiwanie kompromisu w obrębie problemu: zdrowie a inne cele w życiu człowieka.

### Przebieg warsztatu

1. Każdy student określa miejsce zdrowia w swoim systemie wartości na przedstawionej skali:



Ryc. 6

2. Prowadzący inspiruje i koordynuje dyskusję wokół następujących problemów:

- zdrowie — sukces sportowy (sprzeczność czy współzależność?)
- zdrowie — dobrobyt materialny (elementy łączne czy wykluczające się?)

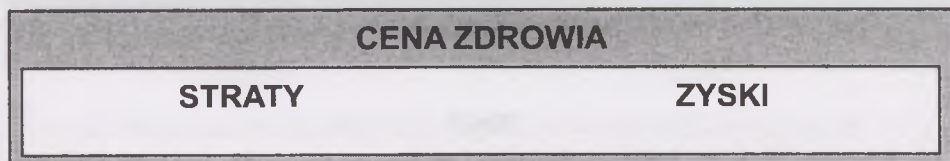


- zdrowie — realizacja własnych zainteresowań (konieczne kompromisy)

Dalsze tezy do dyskusji:

- „żyć szybko, kochać mocno, umrzeć młodo”
- „czy chciałbyś być aktywnym, atrakcyjnym 60-latkim?”

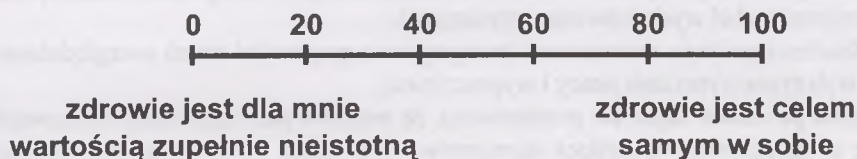
3. Po zakończeniu dyskusji studenci wspólnie wypełniają tabelę, przygotowaną na dużym szarym papierze, według poniższego wzoru:



Ryc. 7

Wypowiedzi studentów w tym zakresie syntetyzuje i zapisuje na plakacie lider grupy.

4. Studenci zastanawiają się czy zmienili lokalizację zdrowia w swoim systemie wartości i ponownie określają miejsce na przedstawionej skali:



#### Temat warsztatu 2

### AKTYWNOŚĆ RUCHOWA W PROCESIE BUDOWANIA ZDROWIA

Ryc. 8

#### Cel warsztatu

Przygotowanie studentów do projektowania treningu zdrowotnego.

*Ideą nadrzędną niniejszego warsztatu jest to, że każdy student projektuje trening dla konkretnej osoby, uwzględniając jej siedlisko prozdrowotne.*

#### Przebieg warsztatu

1. Grupa studencka zostaje podzielona na 3—4 osobowe zespoły.
2. Dokonujemy wyboru studenta, który „wciela się” w sytuację dobrze znanej sobie osoby w „średnim wieku” (np. członka rodziny, znajomej/ego) i przedstawia interesujące nas elementy z trybu życia tej osoby.
3. Studenci pracując w zespołach, wykorzystując własną wiedzę z omawianego zakresu oraz informacje uzyskane o przedstawianej osobie, projektują dla niej trening zdrowotny.

4. Podmiot projektu (student znający daną osobę) analizuje propozycje i wybiera najlepszą.

5. Prowadzący zajęcia dokonuje oceny merytorycznej przedstawionych propozycji.

### Temat warsztatu 3

## KONIECZNE ZMIANY W MOIM SPOSOBIE ŻYWIENIA

Ryc. 9

### Cel warsztatu

Poszukiwanie kompromisu w obrębie problemu: moje preferencje (nawyki) żywieniowe a zdrowie.

### Przebieg warsztatu

1. Studenci dokonują charakterystyki własnego sposobu odżywiania (rodzaj i proporcje produktów oraz ilość spożytych kalorii) na przykładzie poprzedniego dnia.

2. Każdy student przeprowadza analizę bilansu energetycznego omawianego dnia (wykorzystanie tabel wydatków energetycznych).

3. Studenci próbują zbilansować energetycznie poprzedni dzień uwzględniając własny tryb życia (rytm dnia pracy i wypoczynku).

*Student powinien dojść do przekonania, że możliwe jest uzyskanie równowagi poprzez uwzględnienie wszystkich elementów stylu życia, a nie wyłącznie wysiłku fizycznego.*

Modne w środowisku wychowania fizycznego tzw. „łączenie teorii z praktyką” ma w przypadku zajęć warsztatowych szczególnie widoczne zastosowanie. Odniesienia teoretyczne idei i haseł PZ realizujemy w warstwie aplikacyjnej poprzez wykorzystywanie aktywizujących metod i technik pracy pedagogicznej.

## PIŚMIENNICTWO

- Adamczuk E. 1992. *Humor nośnikiem problemów metodologicznych*. (W:) *Edukacja alternatywna*. Dylematy teorii i praktyki. Impuls, Kraków.
- Dąbrowska A., Delboni H. 1995. *Warsztaty — jedną z form kształtowania umiejętności pedagogicznych przyszłych nauczycieli*. Kultura Fizyczna, 9—10.
- Kawecki M. J. 1994. *Edukacja alternatywna*. Warsztaty samorozwoju. Lider, 10.
- Kołodziejczyk A., Czerniewska E. 1993. *Spójrz inaczej*. Część 1 i 2. Edukatio, Kraków.
- Krawański A. 1995. *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży — specyfika i uwarunkowania*. (Maszynopis, materiały w druku).
- Krawański A. 1995. *Rola szkoły i nauczyciela w promowaniu zdrowia*. (W:) *I Miejska Konferencja „Promocja zdrowia w środowisku zamieszkania”*. Szczecin, (materiały w druku).

- Lutomski G. (red.). 1994. *Uczyć inaczej*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Osewska J. 1994. *Konferencja edukacyjna i warsztaty twórcze*. Lider, 2.
- Słońska Z. 1994. *Ewolucja modeli edukacji zdrowotnej*. Kultura Fizyczna, 5—6.
- Słońska Z., Misiuna M. 1993. *Promocja zdrowia — słownik podstawowych terminów*. Agencja Promo—Lider, Warszawa.
- Williams T. 1989. *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 7—8.





***Maria-Monika Szymbalska***

Instytut Matki i Dziecka  
Warszawa

## METODA ALTERNATYWNEJ EDUKACJI ZDROWOTNEJ DLA MŁODZIEŻY „TO JEST TWOJA DECYZJA”

W ostatnich latach poszukuje się w wielu krajach nowych metod edukacji do zdrowia dzieci i młodzieży, ukierunkowanych na kształtowanie umiejętności życia i zachowań sprzyjających zdrowiu. Tradycyjne wychowanie zdrowotne nie odniosło sukcesu, ponieważ miało głównie charakter informacyjny. Jego treść i zakres ustalali wyłącznie dorośli, nie uwzględniając indywidualnych potrzeb ucznia i jego percepcji zdrowia.

W nowoczesnych metodach edukacji zdrowotnej kładzie się szczególnie nacisk na aktywne uczestnictwo dzieci i młodzieży w planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej oraz na stosowanie metod aktywizujących i interakcyjnych.

Wśród nich na szczególną uwagę zasługują metody skoncentrowane na jednostce — uczniu (student — centred approach). Są one oparte na indywidualnej pracy z uczniami, aktywnym ich uczestnictwie w definiowaniu i rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych oraz szerokim ujęciu zdrowia. Do tej grupy programów należy alternatywna metoda edukacji, poradnictwa zdrowotnego młodzieży „To jest Twoja decyzja”, opracowana w 1986 r. przez Elisabeth Arborelius i Svena Bremberga z Zakładu Medycyny Społecznej i Prewencyjnej Uniwersytetu w Linköping (Szwecja). Obecnie metoda ta jest powszechnie stosowana w wielu szkołach średnich w Szwecji (u młodzieży w wieku 15—16 lat). Uniwersytet w Linköping jest ośrodkiem konsultacyjnym, prowadzącym kształcenie osób korzystających z tej metody, zwanych doradcami zdrowia. Metoda znalazła wysokie uznanie na forum międzynarodowym i w niektórych krajach, np. w Szwajcarii, dokonano jej adaptacji.

Do podstawowych założeń metody „To jest Twoja decyzja”, odróżniających ją od tradycyjnego wychowania zdrowotnego, należą:

1. problemy zdrowotne wybierane są przez samą młodzież (tradycyjnie dorośli decydują o treści, zakresie, i realizacji wychowania zdrowotnego i o tym, co jest „dobre” dla zdrowia uczniów);

2. uczniowie podejmują dobrowolnie decyzję o uczestnictwie w programie, zaproponowanym im przez osoby prowadzące zajęcia (tradycyjnie uczestnictwo w wychowaniu zdrowotnym jest obowiązkowe);

3. program dostosowany jest do indywidualnych potrzeb uczniów; zajęcia odbywają się w małych grupach lub indywidualnie (tradycyjne zajęcia w dużych grupach, w systemie klasowo-lekcyjnym);

4. uczniowie aktywnie uczestniczą w definiowaniu, rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych; osoba prowadząca zajęcia pełni rolę doradcy ucznia, pomaga mu określić własne potrzeby (cele) i sposoby ich realizacji (strategie), unikając przy tym wartościowania, oceniania oraz moralizowania.

Wyniki badań autorów metody wykazały, że pozwoliła ona na uzyskanie u młodzieży statystycznie istotnych zmian w:

- zrozumieniu własnych problemów zdrowotnych,
- podejmowaniu działań sprzyjających zdrowiu,
- wzmacnianiu poczucia własnej wartości, szacunku dla siebie (self—esteem),
- rozwijaniu umiejętności samokontroli swego zdrowia.

Głównym celem tej metody jest pomoc uczniowi w:

- zdefiniowaniu pojęcia zdrowia, zrozumieniu własnego stosunku do zdrowia oraz uświadomieniu sobie jego wartości,
- określeniu własnych problemów zdrowotnych, opracowaniu strategii ich rozwiązywania oraz realizacji zaplanowanych przez każdego ucznia zadań,
- umocnieniu wiary we własne możliwości.

Oznacza to, że każdy uczeń, który dobrowolnie zgłosił się do udziału w zajęciach realizowanych metodą „To jest Twoja decyzja”, ma samodzielnie określić co wpływa na jego dobre samopoczucie (fizyczne, psychiczne i społeczne) oraz zdecydować się co może zrobić, aby je osiągnąć i skuteczniej rozwiązywać własne problemy.

W osiągnięciu tego celu pomaga uczniowi i wspiera jego własne wysiłki doradca, czyli osoba prowadząca zajęcia. Doradca respektuje potrzeby i oczekiwania ucznia, unika narzucania mu własnych pomysłów, rozwiązań, kierowania uczniem oraz wartościowania podejmowanych przez ucznia decyzji. Istotą pracy jest aktywny współudział i współdecydowanie uczniów o przebiegu kolejnych spotkań. Wymaga to od osób prowadzących spotkania umiejętności aktywnego słuchania, pomagania, bycia twórczym i elastycznym, ponieważ możliwe jest, że pojawią się w rozmowach tematy odmienne od opracowanych scenariuszy lub też zajdzie potrzeba spotkań dodatkowych, aby uczeń mógł otrzymać oczekiwaną pomoc.

Cykl zajęć obejmuje sześć spotkań (trzy grupowe i trzy indywidualne) w ciągu około dwóch miesięcy. Praca odbywa się w małych sześciuosobowych grupach i indywidualnie (z każdym uczniem z grupy).

Istotnym elementem wykorzystywanym w trakcie spotkań z uczniami są tzw. arkusze robocze. Służą one do określania pojęć, potrzeb uczniów oraz projektowania strategii działania.

W Polsce metoda „To jest Twoja decyzja” została zaprezentowana przez E. Arboelius w 1987 r. w czasie II Krajowego Zjazdu Medycyny i Higieny Szkolnej w Toruniu. Pierwsze publikacje w języku polskim na temat metody pojawiły się w 1989 r. Pierwszą próbę realizacji tej metody podjęto w 1990 r. w grupie dzieci otyłych (Klub



Młodzieżowy „Chcę zrobić coś dla siebie”). Próba ta zakończyła się niepowodzeniem, spowodowanym głównie niedostatecznym przygotowaniem osób prowadzących zajęcia oraz brakiem materiałów i doświadczenia w realizacji tej metody.

W roku szkolnym 1990/91 podjęto kolejną próbę zastosowania w Polsce metody „To jest Twoja decyzja”. Możliwości wykorzystania tej metody w Polsce sprawdzono w grupie uczniów klas I różnych typów szkół ponadpodstawowych. Na podkreślenie zasługuje fakt, że wśród osób sprawdzających tę metodę byli przedstawiciele różnych dyscyplin: lekarze, pedagodzy, psychologowie i socjologowie. Uzyskane doświadczenia i opinie uczniów, a także uczestnictwo w warsztatach prowadzonych przez H. K. Lundblad z Uniwersytetu w Linköping, umożliwiły adaptację metody „To jest Twoja decyzja” dla uczniów w wieku 16 lat w Polsce.

W roku szkolnym 1991/92 podjęto próbę sprawdzenia przydatności tej metody w pracy z uczniami ostatniej klasy (VIII) szkoły podstawowej. Kierowano się tu przesłanką, że jest to szczególnie grupa młodzieży, która wymaga wsparcia ze strony dorosłych. Uzyskane doświadczenia wskazują na możliwość wykorzystania metody w tej grupie wieku (14—15 lat). Metodę stosowano dotychczas w pracy z młodzieżą w wieku 14—16 lat. Wybór tej grupy wiekowej wynikał z następujących przesłanek:

- zachowania zdrowotne i styl życia stają się już w tym wieku świadomym wyborem,
- młodzież kończąca szkołę podstawową staje przed decyzją wyboru szkoły lub zawodu; rozpoczynająca naukę w szkole ponadpodstawowej ma trudności w adaptacji do nowego środowiska.

Metoda ta prezentuje strategię pokonywania trudności, która pozwala uczniowi uświadomić sobie, że on sam może decydować o swoim życiu.

Możliwe jest również wykorzystanie metody w pracy z młodzieżą starszą, a niekiedy jej fragmentów także w klasach młodszych szkoły podstawowej. Wymaga to jednak dostosowania scenariusza zajęć do potrzeb i rzeczywistych możliwości uczniów w określonym wieku.

Metodą tą można posługiwać się, obok innych metod, w pracy z tzw. młodzieżą „trudną”, zgłaszającą się do poradni psychologiczno-pedagogicznej, poradni medycyny szkolnej, ośrodków socjoterapii. Metoda ta ułatwia pracę z grupą, integrowanie się jej członków i stwarza uczniowi możliwość poznania siebie i swoich możliwości. Nie jest to jednak metoda terapeutyczna.

Dotychczas na terenie całej Polski uczestniczyło w warsztatach przygotowujących do pracy tą metodą około 400 osób, w tym pedagodzy, pielęgniarki, nauczyciele, psychologowie, lekarze.

W 1994 opracowano poradnik dla trenerów metody „To jest Twoja decyzja”, co w przyszłości zwiększy możliwości kształcenia w tym zakresie.

Osoby zainteresowane udziałem w warsztatach przygotowujących do pracy tą metodą mogą uzyskać dodatkowe informacje w:

Zakładzie Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej

Instytutu Matki i Dziecka

w Warszawie 01—211

ul. Kasprzaka 17A tel. 632 15 49

## PIŚMIENNICTWO

- Arborelius E. 1989. *Alternatywna metoda wychowania zdrowotnego młodzieży szwedzkiej*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 7—8.
- Arborelius E. 1991. *To jest Twoja decyzja*. Instytut Matki i Dziecka Zakład Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej, Warszawa.
- Lutomski G. (red.). 1994. *Uczyć inaczej. Praca z arkuszami roboczymi*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, rozdz. 4. 53.
- Szymańska M. M. 1994. *Przewodnik dla trenerów metody „To jest Twoja decyzja”*. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej, Warszawa.

## REALIZACJA ZADAŃ W ZAKRESIE WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO PRZEZ SZKOŁY I ŚRODKI MASOWEGO PRZEKAZU

Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie odpowiedzialności za swoje zdrowie i podejmowanie wysiłków, które mają na celu jego poprawę<sup>1</sup>. Jest to szansa i wyzwanie dla każdego człowieka do podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia, ponieważ sytuacji zdrowotnej populacji dorosłych oraz dzieci i młodzieży w Polsce nie można uznać za zadowalającą.

Raport UNICEF-u (Funduszu Narodów Zjednoczonych Pomocy Dzieciom) informuje, że po roku 1989 nastąpiło gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia ludności i wzrost umieralności w większości krajów postkomunistycznych. Wiele badań (Kawula i Machel — red. 1994; Syrek 1993) wskazuje na niepokojące zjawiska w zakresie zachowań zdrowotnych, a szczególnie na: małą aktywność ruchową, niewłaściwe odżywianie, niedostateczną higienę jamy ustnej, nadużywanie napojów alkoholowych, palenie tytoniu, używanie narkotyków. W celu przeciwdziałania tym zjawiskom rozpoczęto szereg działań prozdrowotnych. Polska jako członek Światowej Organizacji Zdrowia przygotowała program ukierunkowany na działania propagujące zdrowie — zawarty w dokumencie „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”. Program ten zakłada stworzenie mechanizmów organizacyjno-ekonomicznych, umożliwiających upowszechnianie prozdrowotnych stylów życia, wzmocnienie roli rodziny i innych grup społecznych w tym działaniu oraz wdrażanie przedsięwzięć mających na celu kształtowanie pozytywnych zachowań zdrowotnych (Roman 1994).

Szczególnym miejscem do promowania zdrowia jest szkoła oraz środki masowego przekazu. W 1992 roku Polska przystąpiła do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. W wyniku szeroko prowadzonej kampanii informacyjnej zgłoszenie uczestnictwa w realizacji projektu promocji zdrowia nadesłały 382 szkoły. Wybrano 15 szkół podstawowych z 14 województw. Szkoły te pracują zgodnie z koncepcją, w której uwzględnia się holistyczne ujęcie zdrowia, czyli zapewnienie zdrowego środowia-

---

<sup>1</sup> W literaturze przedmiotu wyróżnić można trzy kategorie definicji zdrowia: biologiczną, funkcjonalną i biologiczno-funkcjonalną. Za Światową Organizacją Zdrowia przyjmuję, że zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa (Roman 1994).



ska kształtującego poczucie odpowiedzialności w tym zakresie, zachęcenie do zdrowego stylu życia, umożliwienie uczniom rozwoju potencjalnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych, kształtowanie dobrych relacji między pracownikami a uczniami, szkołą a domem, planowanie wspólnego programu edukacji zdrowotnej w szkole, dostarczanie podstawowej wiedzy o zdrowiu oraz orientację działalności służby zdrowia<sup>2</sup>.

Oprócz szkół wytypowanych do realizacji projektu promocji zdrowia wiele placówek oświatowych postanowiło poszerzyć program wychowania zdrowotnego obowiązujący w każdej szkole. Ranga, jaką nadaje się kształceniu zdrowotnemu jest uzależniona od postaw nauczycieli, środowiska społecznego i warunków materialnych szkoły. Jednym z warunków skuteczności promocji zdrowia jest dotarcie do każdego człowieka. Masowy odbiór przekazywanych informacji oprócz szkoły mogą zapewnić mass media. Interesujące zatem wydało się zbadanie czy zadania szkoły i środków masowego przekazu w zakresie promocji zdrowia są realizowane komplementarnie i jak przebiega ich realizacja.

Badania przeprowadzono w kwietniu 1996 roku i objęto nimi nauczycieli z 56 szkół z całej Polski. Byli to studenci studiów zaocznych Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Zielonej Górze i Uniwersytetu Wrocławskiego. Nauczyciele sporządzali raporty dotyczące wychowania zdrowotnego realizowanego w ich szkołach. Zbadano również treść programów telewizyjnych, audycji radiowych i dostępnych publikacji w zakresie omawianej problematyki.

Analiza zebranych danych pozwoliła stwierdzić, iż większość badanych nauczycieli (63%) ograniczyła się do zaprezentowania treści programowych wychowania zdrowotnego zawartych w obrębie poszczególnych przedmiotów oraz przedstawiła program Szkół Promujących Zdrowie, dostępny w literaturze fachowej. Na podstawie dodatkowych informacji można wnioskować, że w szkołach tych zadania wychowania zdrowotnego są wypełniane wyłącznie na podstawie obowiązującego w szkole programu. O aktywnym realizowaniu programu podobnego do projektu promocji zdrowia świadczy 33% wypowiedzi, dwie wypowiedzi pochodziły od nauczycieli pracujących w szkołach włączonych do projektu promocji zdrowia i jedna ze szkół z autorską klasą realizującą poszerzony program wychowania zdrowotnego. Wyróżniały się tu wyraźnie szkoły w Łądku—Zdroju, Bolesławowie, Bolesławcu i Zamościu.

Z wypowiedzi badanych wynika, iż głównym celem wychowania zdrowotnego w tych szkołach jest wychowanie człowieka, który będzie świadomie chronił własne zdrowie oraz aktywnie uczestniczył w dbałości o zdrowie społeczeństwa. Praca wychowawcza i profilaktyka zdrowotna zmierzają do ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań uczniów w korzystnym dla zdrowia i kultury zdrowotnej kierunku.

Szkoła promująca zdrowie mobilizuje do współdziałania szereg instytucji. Dąży do upowszechniania zdrowego stylu życia, wygaszenia współzawodnictwa, do wprowadzania dialogu, wzajemnego wspierania i dbałości o wspólne dobro. W szkołach tych prowadzi się profilaktykę zdrowotną skierowaną na obniżenie występowania wad

<sup>2</sup> Program Wychowania Zdrowotnego. Lider 1992, 12.

postawy i niektórych chorób. Badania Król (1995) wskazują na dużą skuteczność niektórych działań profilaktycznych. Jedna ze szkół wiejskich prowadzi z ogromnym zaangażowaniem systematyczną profilaktykę fluorową pod opieką szkolnego oddziału PCK i lekarza stomatologa z sąsiedniej wioski. Ponadto dzieci z klas młodszych po wspólnym posiłku, codziennie pod opieką wychowawcy myją zęby. Efekty tych działań są widoczne, gdyż zaledwie u 20% badanych w tej szkole dzieci stwierdzono próchnicę; dla porównania w szkole wielkomiejskiej aż 75% uczniów boryka się z tą chorobą zębów.

W omawianych szkołach prowadzi się stałe akcje profilaktyczne i uświadamiające w zakresie takich zagrożeń, jak narkomania, AIDS, nikotyzm i alkoholizm, realizowane m.in. poprzez pogadanki, filmy, konkursy, prace plastyczne, propagowanie zachodniej mody na zrezygnowanie z palenia. Praktyka wskazuje, że jednak bardziej skuteczne w przeciwdziałaniu uzależnieniom młodzieży są takie inicjatywy, jak powstawanie Rad ds. Uzależnień, składających się z nauczycieli, rodziców, uczniów i przedstawicieli Straży Miejskiej, współpracujących ze wszystkimi instytucjami zajmującymi się problemami narkomanii i alkoholizmu, co podkreśla Król (1995).

W szkołach promujących zdrowie prowadzono szereg różnorodnych akcji. Należały do nich: festyny połączone z aktywnym wypoczynkiem, spotkania z zaproszonymi specjalistami (lekarzami, kosmetyczką, psychologiem), wyjazdy dzieci miejskich na „Zielone szkoły”, zapoznanie uczniów z zasadami ruchu drogowego poprzez tzw. ogródki ruchu, współpraca z policją, działalność propagandowa straży pożarnej w celu podniesienia dyscypliny przeciwpożarowej, uczestnictwo w ogólnopolskim programie stomatologicznym sponsorowanym przez firmę „Colgate”, olimpiada wiedzy o zdrowiu, zorganizowana przez Wydziały Zdrowia i Wydział Oświaty, zajęcia parateatralne dotyczące profilaktyki uzależnień, realizacja projektu: pokonywanie stresu i kształtowanie postaw asertywnych — „Dziękuję nie”, festiwale nt. „Promocja zdrowia w sztuce dziecięcej i młodzieżowej”, pedagogizacja rodziców, spotkania z ludźmi, dla których sport jest częścią życia, obchody Międzynarodowego Dnia bez Papierosa, prowadzenie kroniki i gazetki oraz wiele innych interesujących akcji o mniejszym bądź większym zasięgu. W promocji zdrowia aktywnie uczestniczą szkolne koła PCK, LOP, SU i SKKT. Szkoda tylko, że te pozytywne przedsięwzięcia organizuje ograniczona liczba szkół w Polsce.

Szkołę i różnorodne organizacje promujące zdrowie wspierają bardzo często lokalne media, a pozytywnym przykładem mogą być „Wiadomości Lokalne Masywu Śnieżnika”, które informują o podejmowanych akcjach promujących zdrowie i zachęcają mieszkańców Łądką—Zdroju, Bystrzycy i okolic do uczestnictwa w nich. Podobną rolę spełniają wrocławskie rozgłośnie radiowe, prasa lokalna i stacje telewizyjne, które bardzo aktywnie włączyły się w akcję „Tydzień dla serca”. Ich udział polegał na informowaniu o bloku imprez oraz zachęcaniu mieszkańców do odwiedzania wielu punktów, w których mogliby dokonać pomiaru ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu i glukozy.

W związku z powiększaniem się liczby osób będących nosicielami wirusa HIV zaproponowano w wielu krajach wykorzystanie mass mediów do popularyzacji wiedzy i zachęcania do stosowania prezerwatyw, które będą wpływały na obniżenie nie-



bezpieczeństwa zarażenia tą chorobą (Wilde 1993). W telewizji pojawiły się reklamy służące temu celowi. Nie podjęto jednak badań nad skutecznością tych oraz innych akcji, podobnie jak brak wyników badań nad skutecznością reklam wyrobów tytoniowych i alkoholowych w Polsce.

W dużej liczbie publikacji (ponad 235) można natomiast znaleźć zagadnienia dotyczące AIDS oraz chorób wenerycznych. Mają one różny charakter od rzeczowych po ortodoksyjne założenia religijne. Na podstawie analizy tych opracowań Kwiatkowski (1996) postuluje, żeby stworzyć programy operacyjne z ofertą metodologiczną, uwzględniające komplementarne ujęcie różnych aspektów tej problematyki, zatroszczyć się o realizatorów tych programów i lansowanie właściwych wzorów w środkach masowego przekazu oraz zaktywizować młodzież. W pewnym stopniu odpowiedzią na te postulaty jest projekt Szkół Promujących Zdrowie.

Bogato prezentują się także opracowania naukowe dotyczące promocji zdrowia w szkole (prym wiedzie czasopismo „Lider”) i oświaty zdrowotnej. Na rynku wydawniczym ukazują się czasopisma poświęcone problemom zdrowotnym („Uzdrowiciel”, „Zdrowie”, „Twoje Dziecko”, „Jestem”). Zawierają one szereg artykułów omawiających problemy o charakterze zdrowotnym. Uczą jak pielęgnować urodę, podtrzymywać kondycję fizyczną i psychiczną oraz przestrzegają przed różnymi niebezpieczeństwami związanymi z porą roku. Również czasopisma kobiece („Twój Styl”, „Kobieta i Życie”, „Przyjaciółka”) zawierają specjalne działy poświęcone problemom zdrowia, a w interesującym czasopiśmie „Zygzak” można znaleźć wiele zagadnień związanych z wiekiem dorastania. Czasopisma młodzieżowe, takie jak „Dziewczyna”, „Popcorn”, „Bravo”, „Filipinka” oraz program telewizyjny pt. „Luz” poruszają wiele zagadnień związanych z seksem. Najczęściej proponują one młodzieży „bezpieczny seks” i związane z tym sposoby antykoncepcji, mniej miejsca poświęcając prawdziwym konsekwencjom, jak niepożądana ciąża. Często zwraca się uwagę, że oprócz czytania czasopism, brak nadzoru rodziców nad oglądanymi w telewizji programami oraz swobodny dostęp do kaset wideo mogą wpływać na kształtowanie się niewłaściwych postaw wobec seksu.

Telewizja również emituje programy o charakterze zdrowotnym. Interesujące informacje na ten temat można znaleźć w programach przedpołudniowych. Cennym programem jest „Klinika zdrowego człowieka”, „Akademia Zdrowia”, czy magazyn „Raj”. W „Teleranku” ostatnio emitowano bardzo wartościowy program, „Zdrowa planeta — zdrowy człowiek”. Można natomiast zastanawiać się nad zdrowotnymi konsekwencjami reklamowania słodyczy i środków zawierających konserwanty oraz możliwościami zmiany postaw czy stylu życia społeczeństwa pod wpływem programów i filmów telewizyjnych. Podczas gdy szkoła stała się terenem rozprowadzania narkotyków, w wielu programach telewizyjnych można usłyszeć o „koce”, „herze” i zobaczyć, jak przyjemnie jest „być na haju”.

Na koniec tych skróconych rozważań można zauważyć, iż z raportów nauczycieli na temat założonego i realizowanego programu dotyczącego promocji zdrowia wynika, że zorientowani i czynnie biorący w nim udział byli wychowawcy klas po-



czątkowych, nauczyciele biologii i kultury fizycznej. Gorzej lub wcale nauczyciele matematyki, fizyki i chemii. Można się zastanawiać, jaka jest przyczyna tego stanu rzeczy.

Ze środków masowego przekazu największy udział w promocji zdrowia ma prasa (naukowa, oświatowa, popularno-naukowa, dzienniki adresowane do różnych grup społecznych), a mniejszy telewizja i radio. Zważywszy na duże oddziaływanie telewizji na społeczeństwo, realizatorzy programów mogliby wykorzystać jej informacyjne możliwości do promowania zdrowego stylu życia.

## PIŚMIENNICTWO

- Kawula S. W., Machel H. (red.). 1994. *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*. Gdańsk—Toruń.
- Król A. 1995. *Stan opieki zdrowotnej i profilaktyka w wybranych szkołach podstawowych i średnich*. Referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji „Dziecko w placówce szkolnej i pozaszkolnej”, Częstochowa 7—8 XII.
- Kwiatkowski P. 1996. *AIDS — pedagogiczna analiza publikacji*. Wrocław (maszynopis).
- Lipska R. 1995. *Zdrowie w szkole*. Lider, 12.
- Roman E. 1994. *Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji dzieci i młodzieży*. „Forum Oświatowe”.
- Syrek E. 1993. *Współczesne zagrożenie w strukturach społecznych*. Katowice.
- Wilde G. J. S. 1993. *Effects of mass media communications on health and safety habits: an overall view of issues and evidence*, *Addiction*, 88.



***Maria-Monika Szymańska***

Instytut Matki i Dziecka  
Warszawa

## METODA „NARYSUJ I NAPISZ” W EDUKACJI ZDROWOTNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY

Technika rysunku wykorzystywana jest w edukacji szkolnej od dawna jako jeden z najbardziej podstawowych sposobów wyrażania przez dzieci własnego świata przeżyć, uczuć, wyobrażeń i spostrzeżeń. Poświęcono wiele miejsca w różnych publikacjach plastycznej ekspresji i jej roli w życiu dziecka. Rysunek wykorzystywany jest także dość powszechnie w celach diagnostycznych i terapeutycznych, szczególnie wśród młodszych dzieci.

Bardzo ciekawe zastosowanie rysunku znaleźli Trefor Williams, Noreen Wetton i Alysoun Moon z Uniwersytetu w Southampton — angielscy autorzy programu edukacji zdrowotnej dla szkół podstawowych pod nazwą „Health for life” („Zdrowie dla życia”). Opracowali oni metodę pod nazwą „draw and write” („narysuj i napisz”). Jest to jedna z podstawowych metod pracy nauczyciela z uczniami, szczególnie w klasach młodszych. Opiera się na podstawowej ekspresji twórczej dziecka jaką jest swobodny rysunek. Dziecko poprzez rysunki, a następnie krótkie ich opisy, wyraża siebie, swój stosunek do otaczającego go świata. Metodę tę z powodzeniem można stosować już w przedszkolu, gdzie dzieci ustnie analizują swoje rysunki, a nauczyciel zapisuje ich wypowiedzi. Metoda „narysuj i napisz” może być używana nie tylko do określenia stopnia rozwoju (w tym także badania) percepcji zdrowia dziecka w różnym wieku, ale jest również jednym ze sposobów sprawdzania i obserwowania zmian zachodzących w wiedzy i umiejętnościach uczniów w trakcie realizowania programu. Niewątpliwą zaletą tej metody jest to, że nauczyciel może w sposób zbliżony do normalnych zajęć szkolnych obserwować jakie zmiany zachodzą w pracy z uczniami i chociaż w części opisać je w sposób ilościowy. Metoda ta umożliwia włączanie dzieci do analizy tych zmian.

Metoda „narysuj i napisz” polega na zaproszeniu dzieci do narysowania odpowiedzi na zadane pytanie lub na zadany temat i jeśli to możliwe, na udzielaniu przez nie krótkiej pisemnej wypowiedzi, wyjaśniającej co znajduje się na rysunku. Później analizuje się tylko rysunki razem z pisemnymi wypowiedziami. Rysunki, które nie są opisane, nie są analizowane ze względu na trudności w obiektywnej ich ocenie.

Metodę „narysuj i napisz” zastosowano w Polsce w pracy nad programem „Zdrowie dla życia”, wykorzystywanym z dużym powodzeniem przez szkoły promujące zdrowie w klasach I—VI oraz w przedszkolach współpracujących z tymi szkołami.



Zastosowano ją również w Starachowicach w badaniach pilotażowych nad efektywnością programu „Profilaktyka uzależnień” do oceny wpływu programu na percepcję zachowań związanych z utrzymaniem zdrowia oraz na niektóre aspekty kontaktów międzyludzkich. Wnioski z powyższych badań pozwalają stwierdzić, że może być ona przydatna również do oceny efektywności programów profilaktycznych i edukacji zdrowotnej.

Poniżej opisano przykład w jaki sposób można organizować zajęcia z dziećmi metodą „narysuj i napisz”, wykorzystując np. temat „Zdrowie”.

### Instrukcje dla nauczyciela

- Poproś dzieci, aby zastanowiły się nad tym co każde z nich robi, aby być zdrowym oraz co i kto pomaga w utrzymaniu ich zdrowia, ale niech nie rozmawiają o tym ze sobą.
- Rozdaj następujące materiały: arkusz papieru formatu A-4 dla każdego dziecka, ołówki i kredki.
- Poproś, aby narysowały samey siebie, robiących wszystko, co przysłuży zdrowiu. Niech wykonają tyle rysunków, ile tylko zdołają na jednej stronie arkusza papieru (czyni to analizę szybszą i łatwiejszą).
- Poproś o podpisanie każdego z obrazków albo żeby Tobie podyktowały podpis (dzieci młodsze).
- Podkreśl, że ich prace nie będą oceniane.
- Jeśli zostanie trochę czasu po zakończeniu rysowania i pisania dzieci mogą pokolorować swoje rysunki.
- Dla ułatwienia późniejszej analizy poproś dzieci, aby podpisały swoje prace: możesz sam napisać na każdym rysunku imię i wiek dzieci młodszych.

### Czas trwania zajęć

Nie powinien on przekraczać 20—30 minut (w zależności od wieku dziecka). W klasach młodszych dzieci zwykle chcą przedłużyć ten czas. Spróbuj jednak tak zorganizować zajęcia, aby nie wydłużać go, np. podawaj dzieciom ile jeszcze czasu pozostało do dokończenia tej czynności.

Taki trening w gospodarowaniu czasem pomoże Ci również w sprawnym przeprowadzeniu innych zajęć.

### „Sekret”

Bardzo ważne jest to, aby dzieci pracowały samodzielnie; uzyskasz w ten sposób rzetelniejsze informacje. Zwróć uwagę na to, aby nie dzieliły się swoimi pomysłami.

Jednym ze sposobów jest powiedzenie, że to co narysują i napiszą, jest tajemnicą i jeśli chcą Cię prosić o pomoc, powinny mówić szeptem, tak aby nikt inny oprócz Ciebie nie mógł ich usłyszeć. Starszym dzieciom możesz powiedzieć, że bardzo Ci zależy na ich samodzielności, na tym co każde z nich myśli i czuje. Poinformuj dzieci, że ich rysunki nie będą oceniane, ale że będą materiałem do Twoich przemyśleń i punktem wyjścia planowania Waszych wspólnych zajęć. Nawet jeśli dostrzeżesz u swoich dzieci objawy zmniejszenia aktywności, ze względu na brak motywacji w postaci oceny, nie zniechęcaj się. Ważne, że Twoi uczniowie usłyszą, że będą współdecydować o tym nad czym pracujecie.

### Pisownia

Nie oceniaj również poprawności napisanych przez dzieci tekstów, nawet jeśli dzieci słabo z tym sobie radzą. Może to znacznie ograniczyć słowną ekspresję dzieci (nie napiszą np. jakiegoś wyrazu, ponieważ będą się obawiać, że napiszą go błędnie) oraz przedłużyć niepotrzebnie zajęcia. Poproś dzieci, aby napisały tak, jak im się wydaje, że dane słowo powinno być napisane. Jeśli uznasz, że potrzebne jest zapisanie jakiegoś słowa lub wyrażenia, pamiętaj że nie powinny one sugerować dzieciom tematyki rysunków. Dlatego lepiej ograniczyć się do podstawowych pytań lub zwrotów, które podałeś na początku zajęć, np. „Co robić, aby być zdrowym?”, „Co lub kto pomaga mi w utrzymaniu zdrowia?”.

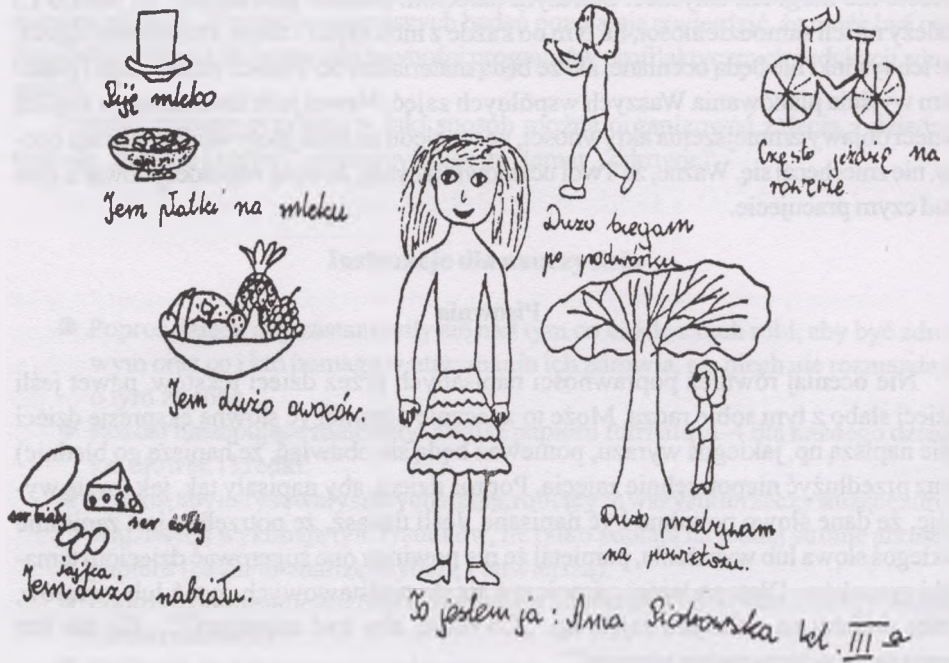
Metoda „narysuj i napisz” może być również punktem wyjścia tworzenia swobodnych tematów, szczególnie w klasach młodszych (techniki Freineta), które można wykorzystać w projektowaniu gazetki szkolnej.

### Jak analizować wyniki?

Wyniki można analizować wyznaczając pewne kategorie, pomocne w określeniu i analizie pracy każdego dziecka. Wstępną listę kategorii sporządzasz przed przystąpieniem do analizy, biorąc pod uwagę temat oraz te kategorie, które sądzisz, że zostały wymienione w pracach Twoich uczniów. Następnie dokonujesz zliczenia wyników. Ostateczna lista kategorii powstaje w wyniku szczegółowej analizy (ilościowej i jakościowej) prac dzieci. W swojej analizie możesz brać pod uwagę kategorie podstawowe oraz bardziej szczegółowe, wchodzące w zakres kategorii podstawowych.

Przeprowadzona przez Ciebie analiza wyników powinna dać odpowiedź na pytania: Jak często poszczególne kategorie wymieniane są przez Twoich uczniów? Które z nich wymieniane są najczęściej (lub najrzadziej)? Które nie zostały wymienione przez nich wcale?

Przykład pracy dziecka na temat: „Co robię, aby być zdrowym”



## PIŚMIENICTWO

- Ostaszewski K. 1995. Zastosowanie techniki „draw and write” do oceny skuteczności szkolnego programu profilaktyki uzależnień „Spójrz inaczej”. Alkoholizm i narkomania, 2/19, 79—86.
- Sokołowska M., Woynarowska B., Szymańska M. M. 1994. „Zdrowie dla życia”. Program edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie. Koncepcja, program, metody. Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
- Szymańska M. M., Sokołowska M., Kręcisz A., Woynarowska B. 1994. „Zdrowie dla życia”. Program edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie. Materiały dla klas 0—III. Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
- Williams T., Wetton N., Moon A. 1989a. *A Picture of Health. What do you do that makes you healthy and keeps you healthy.* Health Education Authority, London.
- Williams T., Wetton N., Moon A. 1989b. *A way in. Five key areas of Health Education.* Health Education Authority, London.
- Williams T., Wetton N., Moon A. 1989c. *Health for life I/II. A teachers planning guide to health education in the primary school.* Health Education Authority, London.



***Mieczysław Bytniewski, Krystyna Kaluża***

Instytut Wychowania Fizycznego i Sportu  
Biała Podlaska

## ZNACZENIE WYCHOWANIA FIZYCZNEGO W OPINII UCZNIÓW LICEÓW OGÓLNOKSZAŁCĄCYCH

Zdrowie jest pierwszym, choć nie jedynym, celem wychowania fizycznego i wychowania zdrowotnego. Pole przenikania zakresów wychowania fizycznego i zdrowotnego jest rozległe i obejmuje to wszystko, co wiąże się ze świadomością wartości zdrowia, pozytywnego zainteresowania się własnym organizmem, rozumieniem zdrowotnych walorów ćwiczeń ruchowych, a także kształtowaniem trwałych przyzwyczajeń rekreacyjnych.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, głównym zadaniem wychowania zdrowotnego jest modyfikowanie postaw i zachowań jednostki i społeczeństwa tak, aby stworzyć najlepsze warunki do uzyskania pełni zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Modyfikacja postaw i zachowań polega na tym, aby każdy chciał i umiał zdrowie doskonalić, chronić i ratować (Wojnarowska i wsp. 1995).

Demel (1980) jest autorem wielu wypowiedzi na temat wychowania zdrowotnego. Jedną z nich brzmi, „o ile higiena traktuje człowieka jako przedmiot swych wpływów, o tyle wychowanie zdrowotne podnosi go do rangi podmiotu, stawia go w roli współtwórcy swego życia”.

Zdrowie leży u podstaw koncepcji wychowania zdrowotnego w szkole, którą stworzył Williams (1989).

Istotą szkoły promującej zdrowie jest intensyfikacja tego, czego w ramach edukacji zdrowotnej nauczono przez działalność szkoły, rodziny, społeczności, w której dziecko — młodzież żyje.

Z analizy materiałów opublikowanych przez Pułtorak i wsp. (1996) wynika, że zdrowy styl życia i zachowania zdrowotne kształtują się w dzieciństwie i młodości pod wpływem wzorów wychowania w rodzinie, szkole i społeczeństwie. Według danych można stwierdzić, że jednym z czynników sprzyjających zdrowiu jest aktywność fizyczna rozpowszechniana w toku zajęć szkolnych w rodzinie i społeczności lokalnej.

Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytania:

1. Jakie jest znaczenie wychowania zdrowotnego na tle pozostałych przedmiotów szkolnych?
2. Jak badani oceniają stopień realizacji celów i zadań szkolnego wychowania zdrowotnego?

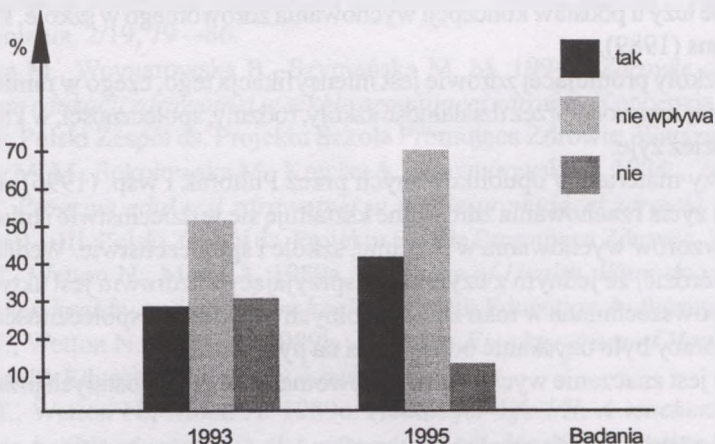
### Material i metody badań

Tabela 1. Ważność badanych przedmiotów szkolnych — wartości punktowe

Lp.	Przedmiot	Kategorie wskazań				Wart. pkt	
		bardzo ważny	ważny	obojętny	nieważny	pkt.	ranga
1.	Wychowanie fizyczne	49,2	39,3	11,5	—	84	3
2.	Język polski	75,4	22,6	1,6	—	106	2
3.	Język obcy	82,0	18	—	—	111	1
4.	Historia	22,6	45,9	29,5	1,6	55	5
5.	Biologia	18	62,3	19,7	—	60	4
6.	Geografia	13,1	55,7	22,6	8,2	45	7
7.	Chemia	6,6	32,8	47,5	13,1	20	11
8.	Fizyka	6,6	43,6	39,3	11,5	27	10
9.	Matematyka	19,7	54,1	19,7	6,6	5	6
10.	Muzyka	8,2	14,8	50,8	26,2	3	12
11.	Wiedza o społeczeństwie	13,1	39,3	31,3	16,4	30	9
12.	Przysposobienie obronne	16,4	32,8	32,8	14,8	38	8

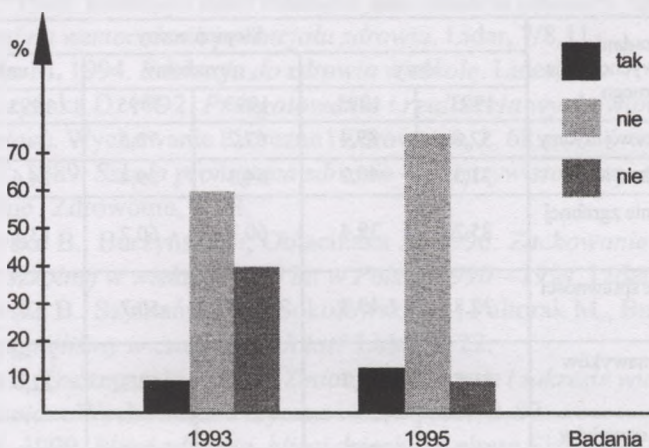
Badaniami w 1993 roku objęto 256 uczniów klas II liceów ogólnokształcących. Badania powtórzono w 1995 roku; uczestniczyło w nich 226 uczniów.

W badaniach wykorzystano ankietę. Aż 88,5% ankietowanych uczniów uważało wychowanie fizyczne za przedmiot ważny i bardzo ważny w hierarchii wartości. Wydaje się więc, że badani uczniowie zdają sobie sprawę z istotnego wpływu zajęć z tego przedmiotu na rozwój młodego organizmu. W badaniach w 1993 roku połowa uczniów zakwalifikowała wychowanie fizyczne na 10 miejscu na równi z przysposobieniem obronnym.



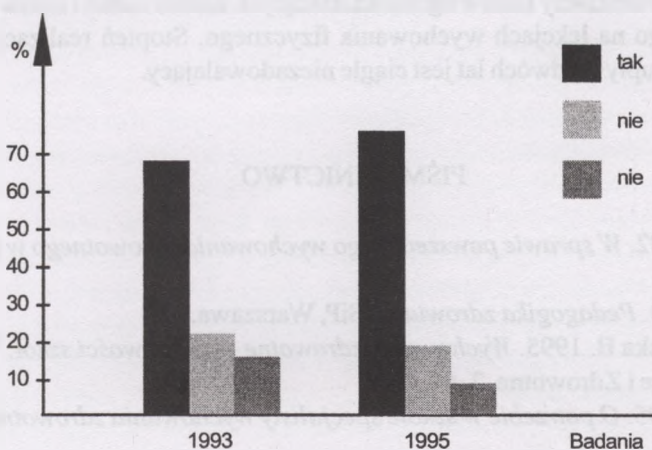
Ryc. 1. Czy uczestnictwo w zajęciach z wychowania fizycznego ma wpływ na zdrowie?

Analizując odpowiedzi na pytanie: Czy uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego daje zdrowie? — 50% badanych twierdzi, że w małym stopniu zajęcia wpływają na stan ich zdrowia, 23—40% jest zdania, że udział w lekcjach wf. poprawia i utrzymuje zdrowie, natomiast 10% sądzi, że ten przedmiot ze zdrowiem nie ma nic wspólnego.



Ryc. 2. Czy nauczyciele wf. realizują zadania wychowania zdrowotnego?

Zdaniem 62—75% ankietowanych nauczyciele wychowania fizycznego zarówno w szkołach ze środowisk małomiasteczkowych, jak i wielkomiejskich, w małym stopniu realizują zadania z wychowania zdrowotnego. Mniej więcej w jednakowym procencie uczniowie twierdzą, że takie zadania są realizowane (5%—28%), jak i nie (5%—33%).



Ryc. 3. Czy jesteś za wprowadzeniem dodatkowych godzin z wf. z uwzględnieniem wychowania zdrowotnego?



Za wprowadzeniem do programu szkolnego dodatkowej godziny z wychowania fizycznego z elementami zdrowotnymi opowiada się 2—80% ankietowanych. Niepokoi natomiast postawa obojętna 10—15% ankietowanych uczniów, 14—5% uczniów nie widzi takiej potrzeby.

Tabela 2. Stopień realizacji zadań i celów szkolnego wychowania zdrowotnego

Lp.	Cele i zadania szkolnego wychowania fizycznego	Stopień oceny					
		duży		przeciętny		negatywny	
		1993	1995	1993	1995	1993	1995
1.	Prawidłowy rozwój fizyczny	32,8	39,4	67,2	70,3	—	—
2.	Zabiegi o zdrowie	21,3	40,2	54,1	39,4	24,6	7,7
3.	Kształtowanie zgrabnej sylwetki	25,2	39,4	60,7	60,2	13,1	0,4
4.	Podnoszenie sprawności fizycznej	32,8	49,3	65,6	50,7	1,6	—
5.	Rozwijanie nawyków ruchowych	11,5	28,7	65,6	62,3	22,5	9,1
6.	Kształcenie nawyków higieniczno-zdrowotnych	21,3	40,2	41	50,4	37,7	9,6
7.	Wyrobienie pozytywnych cech osobowości	13,1	18,2	34,4	38,4	52,5	44,6
8.	Kształtowanie umiejętności ruchowych	29,3	50,8	63,9	49,2	6,6	—

Trzyletni okres realizacji programu „Szkoła Promująca Zdrowie” ma wpływ na zmianę postaw młodzieży liceów ogólnokształcących wobec zadań i celów wychowania zdrowotnego na lekcjach wychowania fizycznego. Stopień realizacji w relacji uczniów mimo upływu dwóch lat jest ciągle niezadowolający.

## PIŚMIENNICTWO

- Celejowa I. 1992. *W sprawie powszechnego wychowania zdrowotnego w Polsce*. Lider, 9, 13.
- Demel M. 1980. *Pedagogika zdrowia*. WSiP, Warszawa.
- Ignar-Golinowska B. 1995. *Wychowanie zdrowotne — możliwości szkół*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2, 61.
- Jaworski Z. 1995. *O potrzebie w szkole specjalisty wychowania zdrowotnego*. Lider, 4, 10.
- Krawański A. 1995. *Wychowanie zdrowotne w ramach wychowania fizycznego — oczekiwania i możliwości*. Lider, 2, 7.

- Krawański A. 1996. *Nauczyciele wf. w procesie społecznej edukacji zdrowotnej. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2,53.
- Krychowski A. 1995. *Geneza potrzeb ruchowych człowieka. Lider*, 6,8.
- Puńtorak M., Woynarowska B., Burzyńska J. 1996. *Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież w Polsce. Lider*, 3, 5.
- Słowska Z. 1992. *Edukacja ludzi młodych jako element edukacji zdrowotnej zorientowanej na wzmocnienie potencjału zdrowia. Lider*, 7/8,11.
- Sokołowska M. 1994. *Edukacja do zdrowia w szkole. Lider*, 6,8.
- Wal-Jaszczyńska D. 1992. *Przygotowanie i realizacja wychowania zdrowotnego w szkołach. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2, 68.
- Williams T. 1989. *Szkoła promująca zdrowie — rzeczywistość czy mit. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 7—8.
- Woynarowska B., Burzyńska J., Oblacińska A. 1996. *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w wieku 11—15 lat w Polsce 1990—1994. Lider*, 6, 8.
- Woynarowska B., Szymańska M., Sokołowska M., Puńtorak M., Burzyńska J. 1995. *Co osiągnęliśmy w czasie trzech lat? Lider*, 5, 22.
- Zawadzka B., Szczepański J. 1995. *Zmiany w poziomie i zakresie wiedzy prozdrowotnej uczniów. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2, 93.
- Zuchora K. 1990. *Bliżej zdrowia, bliżej dziecka. Kultura Fizyczna*, 3/4,17.
- Żukowski R. 1995. *Ruch w terenie jako wyraz stylu życia promującego zdrowie. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2, 69.





***Władysław Pańczyk***

Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli  
Zamość

## SZKOŁA WOBEC POTRZEB WARUNKUJĄCYCH ROZWÓJ FIZYCZNY I ZDROWIE DZIECKA (PROPOZYCJE ZAMOJSKIE)

Szeroko ujęte zadanie nowoczesnej szkoły, jakim jest wspomaganie rozwoju dziecka, jest zadaniem interdyscyplinarnym i różnorodnie uwarunkowanym. Interdyscyplinarnym, bo chodzi nie tylko o rozwój umysłowy, któremu współczesna szkoła poświęca cztery piąte swoich sił i środków, ale też o rozwój społeczny, emocjonalny i fizyczny. Ten ostatni wydaje się najbardziej zaniedbany, podobnie jak zdrowie dzieci. Szumna troska o zdrowie w sferze praktycznej jest nieco nieporadna. Przyczyny, które ograniczają wpływy rozwojowo-zdrowotne szkoły najogólniej dzielą się na dwie grupy. Pierwsza, to uwarunkowania prawne, organizacyjne i ekonomiczne. Druga, to niski stopień świadomości uczniów, rodziców i nauczycieli. Poprawienie sytuacji jest trudne, ale wydaje się, że mimo wszystko łatwiejsze w drugiej grupie uwarunkowań. Naszym zdaniem konieczna jest pedagogizacja zdrowotna nauczycieli, polegająca na wyodrębnieniu specjalnych potrzeb warunkujących rozwój fizyczny i zdrowie dziecka żyjącego w warunkach współczesnej cywilizacji.

Psychologia społeczna zakłada istnienie pozytywnych dążeń do rozwoju w każdym człowieku. Dążenia te są spełniane według pewnej hierarchii, opartej na konieczności zaspokajania określonych potrzeb wcześniej niż innych, gdyż ich niezaspokojenie uniemożliwia spełnianie kolejnych, poniekąd zależnych od tych wcześniejszych. U podstaw hierarchii A. Masłowa widzi potrzeby fundamentalne (za Jastrząb 1995). Odnoszą się one do ciała i ducha, czyli są to potrzeby natury biologicznej (fizjologiczne lub fizyczne) oraz potrzeby natury psychicznej. Obie te kategorie potrzeb określa on mianem potrzeb niedostatku, a ich zaspokojenie uzależnia od innych osób. To uzależnienie jest szczególne w pierwszych latach życia. Następnie widzi potrzeby istnienia, czyli te, które człowiek może zaspokoić sam, niezależnie od innych ludzi, drogą samorealizacji (Bogdanowicz 1995). Potrzeby rozwojowo-zdrowotne, a więc potrzeby warunkujące rozwój fizyczny i dobry stan zdrowia człowieka mieszczą się w obu kategoriach potrzeb. Więcej, w warunkach współczesnej cywilizacji wydaje się konieczne wyodrębnienie dodatkowej grupy specjalnych potrzeb warunkujących rozwój fizyczny i zdrowie. Zanim zajmiemy się specjalnymi potrzebami rozwojowo-zdrowotnymi przy-

pomnijmy, że rozwój, a pośrednio i zdrowie, warunkują cztery grupy czynników. Są to czynniki endogenne — genetyczne i okołoporodowe, oraz czynniki egzogenne — środowisko i styl życia (Wolański 1997). Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że nasze zdrowie aż w 50% zależy właśnie od stylu życia. By uzasadnić specjalne potrzeby rozwojowo-zdrowotne popatrzmy na styl życia współczesnych dzieci—uczniów. Śmiało można powiedzieć, że ograniczają rozwój i upośledzają zdrowie następujące elementy tego stylu:

**1. Obniżona wyraźnie aktywność fizyczna** (Woynarowska i wsp. 1993, Drabik 1995, Żak 1994)

- lenistwo fizyczne, niechęć do nauki,
- brak okazji do pracy fizycznej,
- odchodzenie od sportu i turystyki,
- zbyt wolno wchodząca moda na rekreację,
- system klasowo-lekcyjny,
- ograniczenie czasu zajęć fizycznych w szkole.

**2. Syndrom zamkniętych pomieszczeń** (Flemming 1983)

- kultura w przeciwieństwie do natury upodobała sobie wnętrze. Nauka, zabawa, odpoczynek odbywają się w pomieszczeniach zamkniętych o stałej, zbyt wysokiej temperaturze, małej wilgotności powietrza, promieniujących ścianach itp.,
- brak okazji do hartowania,
- straszenie naturą (dziura ozonowa, promieniowanie, zaćmienie słońca przez cywilizację).

Pseudokomfort pomieszczeń zamkniętych (Łobożewicz 1988) pośrednio powoduje kolejny syndrom.

**3. Wymuszone siedząco—leżące pozycje ciała**

- utrudniona praca i rozwój serca oraz płuc,
- wady postawy ciała.

**4. Syndrom ciągłej presji w szkole i w domu. Mentor i monitor**

- system nakazów i zakazów,
- komformizm wobec starszych,
- uzależnienie od monitora — czas spędzany przed odbiornikami telewizyjnymi jest wielokrotnie dłuższy niż czas aktywności fizycznej (Woynarowska i wsp. 1993),
- ograniczenie snu do niebezpiecznych granic i przenoszenie go na późne godziny nocne,
- brak wiedzy oraz pomocy rodziców i nauczycieli w zakresie regulacji procesów psychicznych, łagodzenia stresów, unikania natłoku informacji.

**5. Swoista moda na ucieczki w uzależnienia i nałogi**

- wzorce od dorosłych,
- podążanie za „modnym Zachodem”,
- tragiczny (pod tym względem) wpływ środków masowego przekazu, a szczególnie telewizji.

Nawet pobieżna lektura powyższych stwierdzeń uświadamia nam, że przygotowywanie się do ról społecznych w dorosłym życiu wymusza naukę, a ta rozwijając sferę intelektualną w pewien sposób ogranicza rozwój fizyczny i źle wpływa na zdrowie. Gorzej, bo czas wolny w domu dzieci i młodzież spędzają w podobnym stylu. Styl życia z konieczności i z wyboru jest więc niebezpieczny dla rozwoju fizycznego i zdrowia. To dlatego wydaje się konieczne uświadomienie nauczycielom i rodzicom specjalnych potrzeb rozwojowo-zdrowotnych współczesnych dzieci. Są to naszym zdaniem następujące potrzeby:

- potrzeba witamin,
- potrzeba aktywności fizycznej,
- potrzeba hartowania i adaptacji do ekstremalnych warunków,
- potrzeba częstego kontaktu z naturą we wszystkich porach roku,
- potrzeba zachowania proporcji energii spożytej do wydatkowanej,
- potrzeba regulacji procesów psychicznych,
- potrzeba odnowy biologicznej — wspomaganie odpoczynku,
- potrzeba wspomaganie mechanizmów obronnych organizmu.

Potrzeby przytoczone powyżej wynikają głównie z cywilizacyjnego stylu życia dzieci, niemal nie różniącego się zupełnie od stylu życia dorosłych. Należy zaznaczyć, że owe potrzeby nie zawsze są uświadomione nawet przez rodziców i nauczycieli. A tymczasem nowoczesna szkoła winna zatroszczyć się o rozwój fizyczny i zdrowie dzieci przynajmniej w zakresie równym temu, jaki towarzyszy trosce o rozwój umysłowy. Fakt, że tak nie jest stał się przyczyną powstania poniższego opracowania, a wcześniej dążeń do optymalizacji zajęć wychowania fizycznego w postaci tzw. Próby Zamojskiej. Optymalizacja w naszym ujęciu zakładała poszukiwanie dróg bezkonfliktowego, realnego w obecnej rzeczywistości ekonomicznej i społecznej oraz łatwego w realizacji sposobu wzmożenia oddziaływań rozwojowych a także zdrowotnych szkoły w stosunku do dzieci. A więc nie tyle odchodzenia od systemu klasowo-lekcyjnego i preferencji wiedzy, ile łagodzenia ich ujemnych skutków dla rozwoju fizycznego i zdrowia dzieci. Po dziesięciu latach doświadczeń możemy powiedzieć, że znaczną część potrzeb rozwojowo-zdrowotnych szkoła może realizować poprzez **ruch i kontakt** z przyrodą. Trzyletnie badania eksperymentalne, przeprowadzone na Zamojszczyźnie w latach 1986—89, oraz dodatkowe badania eksperymentalne, bilansujące efekty zajęć ruchowych u uczniów ćwiczących w terenie i w sali gimnastycznej, wykazały znaczącą przewagę zajęć terenowych (Pańczyk 1992, Przewęda 1992). Zajęcia te były intensywniejsze i obszerniejsze, miały bardziej pozytywny wpływ na samopoczucie uczniów, owocowały częstszym ćwiczeniem samodzielnym w domu i zmniejszyły o dwie trzecie liczbę zwolnień z lekcji. Poprzez zajęcia w terenie oddziałujemy na rozwój dzieci wieloma czynnikami biofizycznymi, klimatycznymi itd., a nie tylko ruchem, tak jak ma to miejsce w sali gimnastycznej. Nie jest to zapewne panaceum na wszystkie potrzeby rozwojowo-zdrowotne współczesnych dzieci, ale wydaje się, że wiele z nich naprawdę realizuje.



Ponieważ przez wiele lat usiłujemy wdrażać nasze doświadczenia do szerszej praktyki, warto więc przedstawić formy zaadaptowane lub wymyślone dla tego celu. Formy te mogą być następujące:

- wychowanie fizyczne poza salą gimnastyczną,
- zabawy oraz gry dydaktyczne w terenie i w ruchu,
- lekcje różnych przedmiotów w terenie,
- wypełnienie ruchem długich przerw międzylekcyjnych,
- outdoor i adventure education w najbliższym terenie,
- ruchowe, realizowane w terenie zadania domowe,
- weekendowe imprezy rekreacyjno-zdrowotne, klasowe, szkolne, gminne,
- wakacyjne formy rozwojowo—zdrowotne, turystyczne, małe szkoły przetrwania itp.

Pierwsza forma nie potrzebuje komentarza. Smutne może jest jedynie to, że niektórzy w potocznych opiniach przeczących wynikom badań, oceniają lekcje terenowe jako mało nowoczesne i mało efektywne. To nie jest prawda. Prawdą jest natomiast, że są to lekcje trudniejsze, wymagające właściwego umotywowania u uczniów i coraz częściej samych nauczycieli wychowania fizycznego (Strzyżewski 1992, Pańczyk 1996).

**Zabawy oraz gry dydaktyczne w terenie i w ruchu** to nic innego, jak stosowanie głównie w pedagogice wczesnoszkolnej zabawy i gry dydaktyczne realizowane możliwie często w terenie, koniecznie w ruchu ze zmianami pozycji ciała, ze współzawodnictwem, na dużej przestrzeni (Pańczyk 1996, Tywoniuk-Małysz i Pańczyk 1996). Zabawy i gry nie tylko nie tracą ze swoich założeń dydaktycznych, ale zyskują walory rekreacyjno-zdrowotne.

**Lekcje różnych przedmiotów „poza ławką szkolną”** to próba złagodzenia antyzdrowotnego wpływu systemu klasowo—lekcyjnego. Długotrwałe wymuszone pozycje ciała w ławce, izbie szkolnej łagodzimy propozycją „codziennie jedna lekcja poza ławką szkolną”. Możemy pochwalić się filmami wideo pokazującymi przykłady takich lekcji, ale propozycja z trudem toruje sobie drogę. Tradycyjna lekcja biologii, geografii w zamkniętej pracowni jest to norma, chociaż wielu nauczycieli jeszcze w okresie międzywojennym lekcje wyżej wymienionych przedmiotów w izbie uważało za błąd w sztuce pedagogicznej (Pańczyk 1989).

**Wypełnienie ruchem długich przerw międzylekcyjnych** ma na celu nie skracanie długiej przerwy, ale wyjście poza budynek szkoły niezależnie od pory roku, codzienny kontakt z ruchem na powietrzu, korekcyjne zmiany postawy ciała itd. Doświadczenie uczy, że przy właściwej organizacji (pomoc nauczycieli wf. poprzez udostępnienie przyborów, troska o bezpieczeństwo) aktywność fizyczna uczniów w skali tygodnia się podwaja.

**Outdoor i adventure education w najbliższym terenie** to są różne pomysły ruchowych zajęć terenowych z elementami przygody. Forma znana jest na Zachodzie jako wysoko kwalifikowane zajęcia terenowe. Dla nas jest ona przygodą głównie dla małych dzieci. Mogą to być np. czterogodzinny biwak pod namiotem na placu przedszkolnym,

zbudowanie z opon tratwy ułatwiającej przeprawę przez strumyk, zbudowanie szałasów z gałęzi, liści, folii. Istotą tych zajęć jest ruch i praca fizyczna połączone z niespodzianką, przygodą w terenie bezpiecznym, niezbyt odległym od przedszkola, szkoły (Hore 1993).

**Ruchowe zadania domowe.** Forma wynikająca z zaniedbań rodzinnych. Polecenia realizacji zadań ruchowych w domu łączą się ze swoistą pedagogizacją rodziców. Często natrafiamy na opory rodziców, ale nawet w takich sytuacjach, jeżeli uda się ich przekonać do ruchu przez 2—3 tygodnie, to późniejsze opinie są pozytywne. Wydaje się, że warto tu przypomnieć podstawowe zadania w zakresie poprawiania aktywności fizycznej społeczeństwa. Jest to nauczanie współczesnego człowieka, że wysiłek i zmęczenie fizyczne jest przyjemnością, a nie przykrością.

**Weekendowe imprezy rekreacyjno-zdrowotne** to specyficzne zawody sportowe w wymyślonych wielobojach dostosowanych do potrzeb psychomotorycznych dzieci i warunków terenowych. Mogą to być terenowe tory przeszkód, utrudnione slalomy z przeszkodami, odmiany sztafet, ćwiczenia mięśni brzucha, gibkościowe, skocznościowe itp. Imprezy mogą być klasowe, szkolne, gminne. Ich istotą jest zwyciężanie samego siebie, punktacja za wiele elementów różnych, służących rozwojowi serca, płuc i psychomotoryki, a z czasem poprawienie wydolności fizycznej.

**Wakacyjne formy różne**, głównie o charakterze rekreacyjno-turystycznym, to przede wszystkim krótkotrwałe wycieczki piesze, rowerowe, kajakowe, biwaki, małe formy przetrwania (noc w lesie we własnoręcznie zbudowanym szałasie itd.).

Triathlon (trzy dni zmiennego ruchu, np. poniedziałek — pływanie, dłuższy odcinek, wtorek — rowery, środa — bieg. Pływanie może być zamienione na wiosłowanie itd.

Gra w piłkę nożną w płytkiej wodzie.

Rajd rowerowy gwiazdzisty po województwie. Nocleg zawsze w domu i każdego dnia wyjazd do innej miejscowości w województwie (inna droga wyjazdu i powrotu). Impreza trwa tyle dni, ile chcemy. W trakcie roku szkolnego może to być cykl rajdów sobotnich lub niedzielnych.

Proponowane formy są typowe. Ich istotą jest nie tyle atrakcyjność, ile stwarzanie okazji do ruchu, aktywności fizycznej i realizacja prospekcyjnych celów wychowania fizycznego, a więc kształtowanie postaw do ruchu i promowanie aktywnego fizycznie stylu życia. Konieczny dla bezpieczeństwa i lepszej organizacji jest udział rodziców i też jest to jedna z najlepszych form ich pedagogizacji.

Na koniec, powracając do tytułu, wydaje się, że można się zgodzić z tezą, że **proponowane formy ruchu w kontakcie z przyrodą** mogą być realizowane przez szkołę w zakresie zaspokojenia potrzeb rozwojowo-zdrowotnych dzieci.

## PIŚMIENNICTWO

Bogdanowicz M. 1995. *Uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. Psychologia Wychowawcza 1995, 3.

Drabik J. 1995. *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*. AWF, Gdańsk.

- Flemming G. 1985. *Klimat—środowisko—człowiek*. Warszawa.
- Hore M. 1993. *Outdoor and adventurous activities in the PE national curiculum*. BJ of PE, Summer.
- Jastrząb J. 1995. *Zaspokajanie specjalnych potrzeb edukacyjnych „Wychowanie na co dzień”*. 1995 nr 2—3.
- Łobożewicz T. 1988. *Turystyka jako forma kultury fizycznej w życiu człowieka*. Warszawa.
- Pańczyk W. 1989. *Codziennie jedna lekcja poza ławką szkolną*. Oświata i Wychowanie, 7.
- Pańczyk W. 1992. *Ku zdrowej szkole — ruch w kontakcie z przyrodą*. WOM, Zamość.
- Pańczyk W. 1995. *Promowanie zdrowia w szkole*. ODN i PTNKF, Oddział Zamość.
- Pańczyk W. 1996. *Uczniowie i nauczyciele o wychowaniu fizycznym w terenie* (maszynopis). ODN, Zamość.
- Przewęda R. (red.). 1992. *Wychowanie fizyczne w Polsce*. AWF, Warszawa.
- Strzyżewski S. 1992. *Wychowanie fizyczne poza salą gimnastyczną*. WSiP, Warszawa.
- Tywniuk-Małysz A., Pańczyk W. 1996. *Terenowe zabawy i gry dydaktyczne o charakterze ruchowym*. ODN i PTNKF, Oddział Zamość.
- Wolański N. 1977. *Rozwój biologiczny człowieka*. PWN, Warszawa.
- Woynarowska B., Szymańska M. M., Burzyńska I., Mazur J., Pułtorak M., Wojciechowska A. 1993. *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Żak S. 1994. *Spoleczne i pedagogiczne skutki zróżnicowanej aktywności ruchowej dzieci i młodzieży*. Wychowanie Fizyczne i Sport, 1.



**Piotr Kowolik**

Uniwersytet Śląski  
Katowice

**Arkadiusz Mazur**

X Liceum Ogólnokształcące  
Katowice

**Michał Pindera**

Wyższa Szkoła Pedagogiczna  
Kielce

## WYCHOWANIE ZDROWOTNE W KLASACH I—III (METODY I FORMY) — OCZEKIWANIA I MOŻLIWOŚCI

Wśród definicji wychowania zdrowotnego na szczególną uwagę zasługuje określenie Demela (1968), według którego wychowanie zdrowotne polega na: „kształtowaniu nawyków służących ochronie, ratowaniu i doskonaleniu zdrowia, na rozwijaniu pozytywnych zainteresowań zdrowiem, na formułowaniu postawy umożliwiającej skuteczną profilaktykę, ratownictwo, pielęgnację, rehabilitację oraz stosowanie zasad higieny w życiu jednostki i zbiorowości”. Mimo że rozległą tematykę wychowania zdrowotnego można zgrupować wokół trzech podstawowych zadań, tj. ochrony, ratowania i doskonalenia zdrowia, to doskonalenie należy zaliczyć do najwyższego typu, gdyż działania te zmierzają do czynnego hartowania (fizycznego i psychicznego), stosowania metod samokontroli zdrowia i rozwoju, wykazywania wszechstronnej aktywności ruchowej oraz przystosowania rodzinnego i społecznego.

Problem główny, wokół którego prowadzono badania, sprowadzał się do określenia aktualnego stanu wychowania zdrowotnego w klasach I—III.

Celem badań prowadzonych w ramach podjętego problemu badawczego było:

- uzyskanie opinii o formach i metodach stosowanych przez nauczycieli klas I—III w zakresie wychowania zdrowotnego;
- uzyskanie opinii o oczekiwaniach rodziców ze strony szkoły w trosce o zdrowie ich dzieci;
- wskazanie nowych rozwiązań w zakresie promocji zdrowia przez nauczycieli i gotowości rodziców do współpracy ze szkołą w tym zakresie.

Środowisko badawcze obejmowało swym zasięgiem województwa:

bielskie, częstochowskie, katowickie, kieleckie, krakowskie, nowosądeckie, piotrkowskie i rzeszowskie; klasy I—III w 100 szkołach podstawowych (400 nauczycieli i 325 rodziców). Badania przeprowadzono w 1996 roku.

W badaniach zastosowano: technikę analizy literatury przedmiotu; dokumentacji szkolnej (dzienniki, plany pracy, protokoły z posiedzeń rad pedagogicznych i protokoły powizytacyjne); technikę wywiadu z nauczycielami klas I—III, dyrektorami, opiekunami PCK, higienistkami szkolnymi oraz badania ankietowe rodziców.

Coroczne plany pracy szkół, opracowane przez dyrekcje szkół wraz z radami pedagogicznymi, zawierały (w 100%) zadania związane z promocją zdrowia — w jednych placówkach było ich więcej i bardziej szczegółowo były przedstawione (55%), w pozostałych natomiast skromniej. W planach pracy wychowawców klas I—III w 97,5% znalazły się zagadnienia związane z promocją zdrowia. Z analizy protokołów powizytacyjnych wynika, że programy promujące zdrowie zostały ocenione w czasie wizytacji szkół. Stwierdzono że w 100% dzieci klas I—III zostały objęte ubezpieczeniem od następstw nieszczęśliwych wypadków. Dzieci klas I—III rodziców pracujących pozostawały pod opieką pracowników świetlicy szkolnej i korzystały z posiłków (49%). Aktualne gazetki propagujące czystość i zdrowie, sposoby zapobiegania chorobom, racjonalne żywienie stwierdzono w 59,5% placówek. Ćwiczenia śródlekcyjne w klasach młodszych prowadzono na wszystkich lekcjach systematycznie w 84,2% szkołach. Gorzej natomiast było z ćwiczeniami międzylekcyjnymi — 28% szkół prowadziło je regularnie.

Ocena rodziców w zakresie promocji zdrowia ich dzieci w klasach I—III wypadła w 60% pozytywnie. Rodzice stwierdzali, że szkoła dba o stan zdrowia ich dzieci, ponieważ dzieci te są okresowo badane przez lekarza (ponadto bada się ich słuch, wzrok, postawę oraz zaleca wymagane szczepienia). Pozostałe 40% badanych rodziców twierdzi, że w tym zakresie się nic w szkole nie dzieje (brak lekarza dentystry, brak sali gimnastycznej, brak lub bardzo mało zajęć z gimnastyki korekcyjnej).

Na pytanie skierowane do rodziców „Czy szkoła popularyzuje wśród uczniów klas I—III zdrowy styl życia?” — 52% rodziców odpowiedziało twierdząco, ponieważ szkoła zapewnia ich dzieciom korzystanie z posiłków; bogata jest oferta zajęć sportowo-turystycznych; utrzymane są zadowalające warunki sanitarne. Sceptycy twierdzili, że mało czasu poświęca się edukacji zdrowotnej; lekcje kultury fizycznej odbywają się na korytarzach.

Kolejne pytanie skierowane do rodziców brzmiało: „Czego oczekuje Pan(i) od szkoły?” Według 52,5% rodziców szkole potrzebna jest sala gimnastyczna; 27,2% uważa, że konieczne jest wyposażenie szkoły w nowy sprzęt sportowy; 12,4% pragnie zwiększenia dbałości o czystość pomieszczeń szkolnych. „Jakie formy pomocy dla szkoły mogą zaoferować rodzice uczniów klas I—III?”. Na to pytanie 60,0% rodziców odpowiedziało, że wykonają konkretne prace, np. uszyją materace, pomalują sprzęt sportowy, 32,0% rodziców twierdziło, że władze gminne winny zapewnić pieniądze na utrzymanie obiektów sportowych i rekreacyjnych.

Upowszechnianie kultury zdrowotnej w klasach I—III odbywa się różnymi metodami. Bardzo ciekawie dzieci są zapoznawane z zasadami ruchu drogowego: na lekcjach „środowiska społeczno-przyrodniczego” demonstrowane są modele znaków drogowych, wyświetlane przezroczka ukazujące różne sytuacje na drogach i sposoby zachowania się w nich. Następnie dzieci są wyprowadzane na ulicę i pod kierunkiem nauczyciela uczą się prawidłowego przechodzenia przez jezdnię, a także poznają znaki drogowe w otoczeniu szkoły. Okazjonalnie zapraszany jest do szkoły przedstawiciel policji na rozmowę z uczniami. W ten sposób dzieci są systematycznie przygotowy-

wane do zapoznania się z zasadami ruchu drogowego i po osiągnięciu odpowiedniego wieku i zdaniu egzaminu uzyskują kartę rowerową, a tym samym mają szansę na wykorzystanie tego pojazdu w celach zdrowotnych, turystycznych i rekreacyjnych.

Kilka razy w roku wychowawcy klas prowadzą lekcje z udziałem higienistki szkolnej, która w formie pogadank, plansz zapoznaje dzieci z zasadami racjonalnego żywienia, chorobami brudnych rąk, zatruciami pokarmowymi, sposobami hartowania się itp. W następstwie tego dzieci przekonane, np. o konieczności spożywania świeżych warzyw i owoców chętnie na lekcjach techniki uczą się robienia soków i surówek. Przy tej okazji uczą się higieny sporządzania posiłków (czystość rąk i odzieży), prawidłowej postawy przy pracy oraz zachowania się przy stole.

Na lekcjach kultury fizycznej uświadamia się uczniom, że ruch i świeże powietrze są nieodzownym warunkiem zdrowia. Dzieci nie są ograniczane ruchowo. Wiosną, latem i jesienią dominuje ruch na boisku szkolnym. Udział w zawodach sportowych, które corocznie odbywają się na terenie szkół, mobilizuje uczniów do aktywności ruchowej. W trosce o dzieci z wadami postawy prowadzona jest gimnastyka korekcyjna, w czasie której — pod kierunkiem nauczyciela — specjalisty — dzieci mające odchylenia od normy mają szansę przywrócenia prawidłowej postawy.

W czasie ferii zimowych dzieci mają możliwość korzystania z sali gimnastycznej i lodowiska pod okiem dyżurujących nauczycieli.

Istotnym novum praktykowanym od kilku lat w województwie katowickim są wyjazdy całych klas I—III na „Zielone szkoły”, czyli wyjazdy dzieci do ośrodków wypoczynkowych nad morzem, jeziorami lub w górach.

W edukacji promującej zdrowie nie brakuje wielu przeszkód na drodze do pełnej realizacji programu zdrowotnego. Do nich należą: brak lekarzy szkolnych, brak gabinetów dentystycznych (kilka szkół obsługuje jedna środowiskowa placówka, trudności z zaopatrzeniem w większą liczbę pomocy dydaktycznych (publikacje, filmy, plansze) o tematyce zdrowotnej.

Jakie inne metody i formy można stosować wśród uczniów klas I—III i ich rodziców, aby program wychowania zdrowotnego był bardziej atrakcyjny? Metodami takimi mogą być m.in.: studium przypadku i pełnienie roli, np. lekarza, higienistki; metoda przypadków, sytuacyjna<sup>1</sup>; gra w pomysł; metoda inscenizacji; konkursy nt. „Czy nasza szkoła jest miejscem bezpiecznym?”, „Co można zrobić, aby poprawić sytuację ludzi w najbliższym otoczeniu?” itp.; biblioteczka „wychowania zdrowotnego (literatura dla dzieci i rodziców z tego zakresu); seminaria i warsztaty dla rodziców poświęcone zrozumieniu nowych programów w zakresie wychowania zdrowotnego; listy informacyjne, pogadanki dla rodziców; konsultacje indywidualne i zbiorowe; wprowadzenie popularno-naukowego programu TV dla rodziców; popularyzacja wyników, osiągnięć szkolnych na łamach prasy lokalnej, radia i telewizji regionalnej; propagowanie dobrych przykładów w praktyce wychowania zdrowotnego, które mogą być upowszechniane w innych miastach, województwach.

<sup>1</sup> Wiele ciekawych rozwiązań znajdzie czytelnik w następujących książkach:

E. J. Frątczakowie, *Edukacja zdrowotna dzieci przedszkolnych*. Turpress, Toruń 1996.

W. Hemmerling, *Zabawy w nauczaniu początkowym*. WSiP, Warszawa 1984.

G. Kapica, *Rozrywki umysłowe w nauczaniu początkowym*. WSiP, Warszawa 1986.

W. Puślecki, *Gry problemowe w nauczaniu początkowym*. WSiP, Warszawa 1991.



Realizacja treści związanych z edukacją zdrowotną może nastąpić za pomocą:

- metod odtwórczych, polegających na naśladownictwie, czyli na odtwarzaniu czynności, ruchów i pozycji zademonstrowanych oraz zachowań podpatrzonych w środowisku naturalnym;
- metod twórczych, polegających na samodzielnym gromadzeniu doświadczeń ruchowych, na badaniu, poszukiwaniu, odkrywaniu, samowyróżnianiu się za pomocą ruchu.

Praca w zakresie wychowania zdrowotnego winna przebiegać w trzech kierunkach:

- przez wychowanie indywidualne (bezpośredni kontakt wychowawcy z dzieckiem);
- przez wychowanie grupowe — wychowawca oddziałuje na grupę dzieci oraz dzieci oddziałują na siebie wzajemnie;
- przez wpływy i współdziałanie z bliższym i dalszym środowiskiem (dom rodzinny, instytucje i organizacje społeczne).

Do form pracy w szerzeniu oświaty zdrowotnej zaliczamy:

- formy żywego słowa (rozmowy, dyskusje, gawędy, pogadanki, prelekcje, spotkania, dyskusje radiowe, telewizyjne — wcześniej nagrane);
- formy słowa drukowanego (druki przeznaczone dla dzieci, rodziców, nauczycieli, ulotki, czasopisma, poradniki);
- formy plastyczne (wizualne) — gazetki, plakaty, wystawki, zakładki, znaczki, foldery reklamowe;
- imprezy rozrywkowe (zabawy kształtujące zachowanie i nawyki, wycieczki, filmy, wideo, programy telewizyjne);
- formy aktywizujące jednostkę i środowisko (quizy, konkursy, plebiscyty, scenki rodzajowe, teatrzyki małych form, działalność klubów, np. „Wiewiórka”, „Czyścioszek” itp.).

Wychowanie zdrowotne winno być związane z pojęciem świadomości zdrowotnej. Powinno obejmować następujące dziedziny:

- poznawczą (wiadomości o procesach zdrowotnych, istniejących zagrożeniach i ich negatywnych skutkach);
- oceniającą (procesy motywacyjne dotyczące norm i wartości promujących zdrowie, życie);
- wolicjonalną (umiejętności, sprawności i nawyki działań promujących zdrowie).

## PIŚMIENNICTWO

Demel M. 1968. *O wychowaniu zdrowotnym*. PZWS, Warszawa.

Kowolik P. 1981. *Ćwiczenia śródlekcyjne uczniów istotnym warunkiem samopoczucia na lekcji*. Życie Szkoły, 11.

***Małgorzata Kaliszewska***

Szkoła Podstawowa Nr 103  
Kraków

## WYKORZYSTANIE NIEKTÓRYCH TECHNIK CELESTYNA FREINETA W PROCESIE PRZEKAZYWANIA TREŚCI ZDROWOTNYCH UCZNIOM KLAS CZWARTYCH

W tym roku mija setna rocznica urodzin wielkiego francuskiego pedagoga Celestyna Freineta, którego osiągnięcia z zakresu pedagogiki pozostały aktualne do dzisiaj. Spadek po Freinecie przejmują polscy nauczyciele w dwojakiej formie. Wdrażają techniki Freineta w dostępny dzisiaj sposób, bądź też przejmują „ducha” Freineta: pedagogikę zdrowego rozsądku, szacunek wobec potrzeb dziecka i jego twórczych dokonań. Za Freinetem powtarzają więc: „pozвольmy dzieciom tworzyć swobodnie”. „Nie można wychowywać bez okazywania szacunku”, „praca powinna być umotywowana”.

Pojęcie „technika” zaczerpnął Freinet z ekonomii produkcji i jest to pojęcie szersze niż metoda. Jest to suma metod, materiały i narzędzia pracy, osobowość i przygotowanie nauczyciela. Zatem, mówiąc o technikach pedagogicznych (techniques pedagogiques) Freineta, nie mam na myśli gotowych narzędzi, lecz zespół czynników wpływających w danym momencie na sposób i skuteczność przekazywania wiedzy. Inaczej będą wyglądały techniki nauczyciela niedoświadczonego, stwarzającego sobie dopiero bazę dydaktyczną, inaczej — gdy posiada on już potrzebne doświadczenie. Nie wiadomo jeszcze, czy to doświadczenie będzie mu na coś przydatne, bo przecież nie będzie miał do czynienia z tymi samymi dziećmi, będzie pracował w innych — być może — warunkach, być może sam się zmieni w tym czasie. Uwaga ta dotyczy względności stosowania wszelkich gotowych receptur w życiu, także w zakresie wdrażania dzieciom wiedzy zdrowotnej.

W polskiej szkole techniki Freineta wprowadza się najczęściej w klasach początkowych, ponieważ ze względów organizacyjnych jest to optymalne wyjście. Jeden nauczyciel uczący wszystkich przedmiotów może wspaniale wykorzystać możliwości, jakie daje mu korelowanie tematów. Dziecięca ufność, wiara we wszechwiedzę nauczycielki, ogromna ciekawość świata, pozwalają na wprowadzanie samokształcenia, samooceny, planowania pracy, swobodnego tekstu czy doświadczenia poszukującego. Dodajmy do tego jeszcze odpowiednio wyposażoną salę, w której odbywają się wszystkie zajęcia. W starszych klasach stosowanie technik Freineta jest utrudnione. Dlatego robi to zwykle nauczyciel jednego przedmiotu.

W ramach języka polskiego stosuje się najczęściej technikę swobodnego tekstu, gazetkę klasową, korespondencję międzyszkolną, księgę życia klasy, fiszki autokorektywne z ortografii, przygotowuje się teczki tematyczne związane z programem. Doświadczenie poszukujące dotyczy najczęściej lekcji biologii czy geografii. Jediną szkołą freinetowską w Krakowie jest Szkoła Podstawowa Nr 118 przy szpitalu im. Żeromskiego, gdzie wszystkie przygotowane materiały są wynikiem mrówczej pracy tamtejszego grona pedagogicznego, pozostali pasjonaci (pasjonatki), zdani tylko na siebie i wzajemną pomoc, rozproszeni są po całym mieście.

W zakresie wdrażania wiedzy zdrowotnej, techniki Freineta mogą się okazać bardzo przydatne pod tym warunkiem, że ich wykorzystywanie rozpoczniemy najpóźniej od klasy czwartej, ponieważ wymagają one dużego zaangażowania ze strony ucznia, zmiany jego przyzwyczajzeń i żmudnego przygotowywania bazy dydaktycznej przez nauczyciela, co zwykle zajmuje kilka lat. Dzieci z klasy czwartej muszą przekroczyć próg trudności związanych z adaptacją w nowych warunkach. Muszą poznać nową wychowawczynię, nową klasę i liczne gabinety, nauczycieli, którzy reprezentują różne style pracy i różne charaktery. Nie wszystkie dzieci radzą sobie z tymi problemami. Uroczyste spotkanie z nowymi i dawnymi nauczycielkami, „konferencja prasowa” na której zadaje się różne pytania, może lęk i niepewność dziecka osłabić. Wrażenia można opisać w gazetce klasowej.

**Sporządzanie gazetki klasowej** jest ważnym momentem w życiu klasy, a spotkanie jest też okazją, aby wychowawca wspólnie z innymi uczącymi w klasie ułożył plan współpracy przy jej wydawaniu. Gazetką opiekuje się wychowawca, lecz nauczyciel innego przedmiotu może nagrodzić publikacją w gazetce najlepsze rysunki czy zadania. Dla przykładu można wymienić następujące: *Rady dla maluchów* (bezpieczna droga do szkoły), *Co prawdziwy turysta wiedzieć powinien* (przygotowania do rajdu); *Dlaczego ludzie najchętniej bawią się kosztem innych? Czy w naszej szkole jest miejsce dla dzieci niepełnosprawnych?*; *Nie wszyscy interesują się tym samym*; *Rodzinka* itp. Ważną sprawą jest opracowanie gazetki od strony technicznej, ponieważ w czwartej klasie dzieci nie potrafią jeszcze „wyprodukować” gazetki samodzielnie, a szkoda czasu lekcyjnego na rozwiązywanie pojawiających się problemów. Najlepiej jest założyć, że teksty będą pisane ręcznie, co zmusi dzieci do dyscypliny pisania, a przy okazji nauczy pojęcia marginesu, akapitu, tytułu, dzielenia wyrazów, planowania tekstu i rysunków na stronie. Strona może mieć wyraźnie zaznaczony ramką margines i tylko jedną kolumnę tekstu na stronie. Następnie kserujemy pewną liczbę kartek z marginesami. W miarę pojawiania się interesujących opowiadań, wierszyków czy sprawozdań z imprez, oddajemy dzieciom poprawione teksty i dodajemy kartkę z ramką, aby teksty przepisały na czysto i zilustrowały. Potem kartki zbieramy, kopiujemy, składamy w kolejne numery.

Nie należy narzucać tematyki, ale tak sterować doбором treści, aby zagadnienia związane z potrzebami zdrowotnymi dzieci znalazły się w orbicie zainteresowań klasy, np. wycieczka na wieś — zaowocowała rysowanymi i rymowanymi reklamami mleka „prosto od krowy”, opowiadanie z podręcznika związane z hałasem — reflek-



sjami dzieci nad wartością ciszy, a szkolna wystawa edukacyjna mówiąca o szkodliwości palenia papierosów i picia alkoholu — rymowankami i rysunkami związanymi z tym tematem.

Liczne teksty w nowym podręczniku do języka polskiego *To lubię* mogą stanowić inspirację do rozmowy o lękach dziecięcych, przyjaźni, stosunkach z rodzicami. (Bardzo po freinetowsku brzmią np. tytuły części czwartej poświęconej problematyce szkolnej: *Możesz wybierać*, *Możesz oceniać*, *Wiele zależy od ciebie* — chociaż autorki nie przyznają się bezpośrednio do związków z jego pedagogiką). Jeżeli nasza gazetka odniesie sukces (to znaczy będzie regularnie się ukazywała, a dzieci przyzwyczajają się do zbierania materiałów), jest szansa, aby wzbogacać ją coraz to nowymi treściami, zapraszać do współpracy rodziców — lekarzy, a wraz z dojrzewaniem dzieci zmieniać jej kształt z dziecinnej pisaniny, na gazetkę składaną na komputerze.

Źródłem wiedzy o zdrowiu dla dzieci w czwartej klasie mogą być, oprócz podręczników, szkolne wystawy i konkursy, książki i czasopisma, pogadanki przeprowadzane przez szkolną higienistkę, wycieczki, zajęcia sportowe, ale także przykład rodziców, rówieśników i nauczycieli, a przede wszystkim środki masowego przekazu. Liczba tematów związanych ze zdrowiem wydaje się być w programie klasy czwartej dość duża, chociaż wymaga uzupełnienia tematami związanymi z przeciwdziałaniem uzależnieniom.

Na bazie zebranych informacji może już powstać **Kartoteka fiszek problemowych**. Są to ułożone w porządku alfabetycznym kartoniki zawierające informacje na temat różnych zagadnień związanych ze zdrowiem. Dla przykładu pod literą H znajdziemy kartoniki z hasłami: hartować się, higiena, hałas itp. Hasło **hałas** powstało na podstawie podręcznika *To lubię*. Numer 1 to wiersz Michała Mocha *Hałas*, nr 2 wiersz Kasi Łapińskiej *Hałas*. Numer 3 to ulotka pt. *Hałas mężczy*, numer 4 to hasła wymyślone przez dzieci. W dalszych latach przybędą zapewne informacje o decybelach, skutkach słuchania zbyt głośnej muzyki, wpływie hałasu na środowisko naturalne.

Hasło **mleko** zawiera na pierwszym kartoniku wierszowaną reklamę mleka napisaną przez ucznia w rytmie rap, na drugim informację o wartości odżywczej mleka, na trzecim przepisy na potrawy z mleka, na czwartym wiersz Juliana Tuwima *Gorące mleko*.

Umiejętność samodzielnego poszukiwania informacji i korzystania z kartoteki będzie ważnym osiągnięciem ucznia, a sprawienie, by uczeń czuł potrzebę szukania informacji — sukcesem nauczyciela. Jeżeli materiałów informacyjnych będzie już wiele, można kartotekę podzielić na bardziej specjalistyczne części i stworzyć dodatkowe pudełko z kartonikami, tzw. **katalog dokumentacji źródłowej**, który będzie naszym przewodnikiem po kartotece oraz zebranych w klasie ulotkach i książkach. Katalogi znają dzieci już z biblioteki. W trakcie lekcji można wydać polecenie wyszukiwania listy odpowiednich źródeł, cytatów lub ilustracji do tematu. Dalszym etapem pracy dla nauczyciela jest przygotowanie **fiszek autokorektywnych**, czyli zestawów zadań i ćwiczeń do samodzielnego wykonania i utrwalania wiadomości. Każdy kartonik z pytaniem ma swój numer. Może zawierać także wskazówki, w którym miejscu katalogu szukać pomocnych informacji. Po wykonaniu ćwiczenia uczeń szuka w zestawie

prawidłowych rozwiązań numeru swojego zadania i sprawdza poprawność wykonania. Bywa, że uczniowie na początku oszukują. Po kilku próbach zwykle pracują samodzielnie.

Podjęcie tematu powinno być umotywowane, to znaczy rezygnujemy z rozmowy o zdrowiu, gdy jest wyraźny brak zainteresowania lub klasa jest pochłonięta innym problemem, natomiast wykorzystujemy do tego celu inną, powstałą w klasie sytuację wychowawczą, np. szczepienie, choroba kogoś z rodziny dziecka itp. Na etapie klasy czwartej katalog dopiero powstaje i pracuje się z nim w dwojaki sposób: celem lekcji języka polskiego może być np. czytanie interesującego artykułu i robienie pod kierunkiem nauczyciela notatki do katalogu lub sięgamy do niego po informacje, które są potrzebne w czasie lekcji.

Na samodzielną pracę można pozwolić dzieciom także np. na zastępstwie, na godzinie wychowawczej. Jeżeli dzieci przy pomocy nauczyciela zaplanowały sobie wcześniej, jakie zagadnienia będą poznawały w ciągu tygodnia, samodzielną pracę dzieci będzie przebiegała bez zakłóceń. W tym jednak przypadku trzeba mieć już odpowiednio bogatą kartotekę, lub kopie haseł, by wszystkie chętne dzieci „znalazły zatrudnienie” na lekcji. Dobrze jest dwa razy w roku ogłosić klasowy konkurs zdrowotny np. na temat zdrowego stylu życia, higieny itp. opierając się na zgromadzonym materiale i fiszkach autokorektywnych. Nagrody (np. szczoteczki do zębów) będą z pewnością miłym dopingiem.

Trzeba jednak powiedzieć sobie, że stworzenie kartoteki, katalogu, fiszek autokorektywnych czy wreszcie gazetki klasowej jest rzeczą ogromnie pracochłonną, że ambitny nauczyciel może zginąć przytłoczony mnóstwem drobiazgów. Warto więc poprosić o pomoc „techniczną” kogoś z rodziców lub kolegę — nauczyciela techniki. Niektóre hasła, rysunki czy streszczenia mogą też wykonać nauczyciele innych przedmiotów i uczniowie z klas starszych. Istotną sprawą dla powodzenia działań będzie fakt posiadania przez naszą klasę osobnej sali lub też zaplecza, gdzie można będzie przechowywać kartoteki tak, aby dostęp do nich był zawsze możliwy.

W prawdziwej klasie freinetowskiej powinno być miejsce na przybory plastyczne, na wytwory pracy dzieci, na kubeczki, by mogły wypić herbatę na przerwie. Zgodne ze zdrowym rozsądkiem będzie dostrzeganie i wykorzystywanie w procesie nauczania treści codziennego życia ucznia: szkolnych konkursów i imprez, wydarzeń na osiedlu, audycji, które są modne lub interesujące dla dzieci. Każde wspólne działanie: wycieczka, dyskoteka, porządkowanie terenu, udział w zawodach sportowych, dzień sałatkowy w klasie. Dzień Matki czy Dzień Babci — stwarza sytuacje wychowawcze sprzyjające rozmowom na temat bezpieczeństwa, zdrowia, stosunków rodzinnych, zachowania się wśród ludzi, zdrowego stylu życia. Trzeba tylko umieć dostrzec i wykorzystać taką okazję. Wiedza przekazywana w odpowiedniej chwili, kiedy dziecko jest zainteresowane problemem — zdaniem Freineta — jest przyjmowana w sposób naturalny i skuteczny, tym skuteczniejszy, gdy nauczyciel sam stosuje się do głoszonych mądrości. Nie można zmusić do picia konia, który nie czuje pragnienia — głosi Freinet — apelując do nauczycieli, by stwarzali takie sytuacje w klasie, które pobudzą pragnienie ich wychowanków.



Przykład: *Kuchnia pełna cudów* — lekcja języka polskiego poświęcona przepisom na różne potrawy, połączona z degustacją ciasteczek, popcornu, przygotowanych i przyniesionych z domu przez chętnych uczniów. Punktem wyjścia był cykl lekcji poświęconych domowi, kuchni, przepisom zamieszczonym w podręczniku (cz. 2). Cel — ćwiczenie przez dzieci umiejętności formułowania przepisów i recept na podstawie ich własnego doświadczenia. Dzieci potraktowały lekcję jak zabawę, była okazja do żartów, a także do przypomnienia sobie zasad higieny obowiązujących w kuchni. Na następnych lekcjach można kontynuować tematy: *Domowe recepty na zaziębienie* (opierając się na wywiadzie przeprowadzonym z mamą czy babcią); *Czy istnieje recepta na szczęście* (dobre oceny, przyjaźń, dobry humor)? Wspólne przygotowywanie i spożywanie posiłków w klasie, na wycieczce czy w czasie klasowych imprez jest również okazją do łagodzenia obyczajów wśród dzieci, uczenia kultury bycia i codziennej higieny. Najciekawsze przepisy i wywiady publikujemy w gazecie, a następnie trafiają do katalogu jako hasło **żywienie** lub **zdrowie**.

Inny przykład: *Świat bez barw* — przygotowanie do lektury *Spotkanie nad morzem*. Uczeń z zawiązanymi oczami musi przejść przez labirynt między ławkami, kierowany komendami widzącego kolegi. Rozbawione dzieci podkładają nogi koledze, śmieją się z jego miny, wszyscy chcą być „ślepi”. Potem dziecko opowiada o swoim lęku i bezradności, wspólnie komentujemy zachowanie się klasy i wyciągamy wnioski. Teraz wszyscy zamykają oczy i uciszają się. Otwieramy okna, nadśluchujemy śpiewu ptaków i piszemy po omacku w zeszytach co czujemy. Potem możemy porozmawiać o sposobach dbania o wzrok i np. o noszeniu okularów.

Jeżeli stworzymy **księgę życia klasy**, odpowiedni wpis udokumentuje naszą pracę. Początkowo gazetkę, księgę życia klasy redagujemy wspólnie. Potem można stworzyć grupę redakcyjną, żeby dzieci mogły przejąć część związanych z tym obowiązków. Czego oczekuje nauczyciel wdrażający elementy wychowania zdrowotnego w swojej klasie? Nauczyciel oczekuje widocznej zmiany antyzdrowotnych zachowań uczniów. Chociaż krzykliwa reklama niektórych produktów żywnościowych w środkach masowego przekazu, widoczne wokół atrakcyjne plakaty reklamujące papierosy i inne „nowinki” stale wygrywiają w oczach dzieci ze szkołą, stale łudzi się nadzieją, że kropla wydrąży skałę. Czy wystarczy mu zapału i cierpliwości, by tego momentu doczekać?

Szkic ten jest z konieczności bardzo ogólny, przykłady nieliczne, Nie zajmuję się też zakresem wdrażanej wiedzy zdrowotnej. Myślę jednak, że warto przypomnieć i potraktować techniki Freineta jako jedną z możliwości uatrakcyjnienia szkolnej codzienności. W roku 1959 Freinet apelował „Gdybyście tylko ojcowie rodzin, ożywieni dobrą wolą, zechcieli odważyć się na zrobienie dla swojego potomstwa tego, co dobry rolnik czyni dla swych zwierząt, ogrodnik dla swych drzew owocowych (...) — ile ciemnych chmur mogłoby zniknąć z naszego nieba (...). Być może, że najlepsze tereny zajęte są przez fabryki i magazyny. (...) Tymczasem dla szkół pozostają nędzne budynki i puste podwórka (...) „Niech więc podniosą się głośnie żądania na rzecz wielkiego dzieła wychowania, aby w dziedzinie higieny i zdrowotności w szkole dokonano takich samych przemian, jakie przewidziane są dla fabryk, hodowli zwierząt i urodzajnych sadów”. Dzisiaj także można podpisać się pod tym apelem.



## PIŚMIENNICTWO

- Dyduch B., Jędrychowska M., Kłakówna Z. A. 1994. *To lubię, podręcznik do języka polskiego dla klasy IV — teksty i zadania*. Książka ucznia. Wydawnictwo Edukacyjne, Warszawa-Kraków.
- Freinet C. 1976. *O szkołę ludową*. Pisma wybrane. Tłum. Halina Semenowicz. Ossolineum, Wrocław.
- Freinet C. 1993. *Niezmiennie prawdy pedagogiczne*. Tłum. Halina Semenowicz, Aleksander Lewin. PSAPF, Otwock.
- Freinet C. 1993. *Gawędy Mateusza*. Tłum. Halina Semenowicz. PSAPF, Otwock.
- Semenowicz H. 1966. *Nowoczesna szkoła francuska technik Freineta*. Nasza Księgarnia, Warszawa.

## PROMOCJA ZDROWIA — PRAKTYKA SZKOLNA

W naukach medycznych oraz nowoczesnym systemie ochrony zdrowia coraz bardziej stabilizuje się koncepcja medycyny prewencyjnej, podniesienia odporności biologicznej człowieka, usprawniania mechanizmów adaptacyjnych i obronnych. Wprowadzenie nowoczesnego systemu edukacji zdrowotnej uważane jest na świecie za jedną z najlepszych inwestycji społecznych. Współcześnie zdrowie to już nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności, lecz stan dobrego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia. Jednak zdrowie nie jest nam dane raz na zawsze, zdrowia się nie zachowuje, ale zdobywa. Promocja zdrowia to proces, który ma umożliwić ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i doskonalenie go. Jest to połączenie edukacji prozdrowotnej oraz działań ukierunkowanych na zmiany w środowisku fizycznym, społecznym i w funkcjonowaniu niektórych służb. Celem nadrzędnym jest kształtowanie u ludzi zachowań sprzyjających poprawie i ochronie zdrowia. Mając na względzie fakt, że większość nawyków powstaje w młodości, oraz że wtedy właśnie człowiek jest najbardziej podatny na zmiany, celowe wydaje się realizowanie Programu Promocji Zdrowia w szkołach podstawowych. Dodatkowym atutem szkoły jest to, że ma ona możliwość oddziaływania na całą niemal populację dzieci w wieku od 7 do 15 lat oraz na ich rodziców.

W styczniu 1992 r. 15 szkół podstawowych z całego kraju rozpoczęło realizację Międzynarodowego Projektu Promocji Zdrowia. Teraz w akcji tej, niejako nieoficjalnie, uczestniczy bardzo duża liczba szkół z terenu całej Polski. Materiału do poniższych rozważań dostarczyły pisemne wypowiedzi nauczycieli pracujących w szkołach, którzy — zgodnie z posiadanymi możliwościami — szerzą oświatę zdrowotną w swoim środowisku. Wśród 32 badanych szkół były zarówno te z dużych miast (tj. z Wrocławia, Zielonej Góry, Gdańska), jak i małych oraz szkoły wiejskie. Motywem podjęcia tych działań niemal we wszystkich szkołach było niezadowolenie z dotychczasowego stanu rzeczy. Pielęgniarki i lekarze zwracali uwagę na coraz gorszy stan zdrowia dzieci, nauczyciele na problemy dydaktyczno—wychowawcze, narastającą agresję, lęki, uczniowie na przeciążenie nauką, brud, hałas, brak zrozumienia ze strony dorosłych. Postanowiono więc podjąć działania, w wyniku których wszyscy pracujący i uczący się w szkole będą mogli czuć się w niej dobrze i bezpiecznie.

Analizując szanse i bariery realizacji Europejskiego Programu Promocji Zdrowia w szkołach zaczęto opracowywać własne strategie działania. Punktem wyjścia było przeprowadzenie diagnozy potrzeb i możliwości. Wiadomo, że do realizacji jakichkol-

wiek zamierzeń konieczne są pewne środki i fundusze. Szkoły chcące realizować program promocji zdrowego stylu życia starały się zdobywać je we własnym zakresie aktywnie poszukując sponsorów, wykonując wiele prac przy pomocy uczniów i ich rodziców, nakłaniając specjalistów różnych dziedzin, by zechcieli swój czas poświęcać nieodpłatnie. Mając świadomość tego, że nauczyciele mający być koordynatorami tego procesu sami niejednokrotnie nie posiadają dostatecznej wiedzy na ten temat, dyrektorzy szkół umożliwiali im uczestnictwo w konferencjach, seminariach, kursach i warsztatach. W szkołach, w których takich możliwości nie było, nauczyciele sami zdobywali wiedzę na interesujący ich temat sięgając do literatury, fachowych czasopism, konsultując się ze specjalistami.

We wszystkich niemal szkołach zgodnie stwierdzono, że szczególnie ważne jest włączenie do działań rodziców. Tam gdzie współpraca z nimi była ścisła, gdzie duża liczba rodziców była zaangażowana w realizację programu, tam efekty pracy były o wiele lepsze, działania bardziej różnorodne i znacznie skuteczniejsze.

Promocja zdrowia realizowana w szkołach ogniskuje się wokół trzech zagadnień:

- a) troski o swoje zdrowie,
- b) troski o stan środowiska,
- c) polepszania kontaktów międzyludzkich

i obejmuje zarówno zdobywanie wiedzy, jak i wpajanie określonych nawyków, kształtowanie postaw. Zagadnienie wychowania zdrowotnego podejmowane jest więc holistycznie i uwzględnia wszystkie sfery życia.

Poniżej przedstawiono przykłady konkretnych działań jakie podejmowane są w badanych szkołach.

W zakresie troski o zdrowie uczniów zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na stałą opiekę medyczną. Badania stomatologiczne, internistyczne, psychologiczne przestały być fikcją. W wyniku przeprowadzonych bilansów zdrowia ujawniono, że ogromny odsetek uczniów ma różnego typu wady postawy, próchnicę, problemy dermatologiczne. Pociągnęło to za sobą skutki w postaci umożliwienia skorzystania z usług lekarza specjalisty w szkole. Ponadto w ramach profilaktyki wad postawy urozmaicono zajęcia kultury fizycznej wprowadzając nowe formy, jak np. aerobik, stretching, ćwiczenia zaczerpnięte z kultury Wschodu. Dla dzieci dotkniętych tym schorzeniem wprowadzono dodatkową gimnastykę korekcyjną. Nauczyciel wf. wraz z lekarzem ortopedą opracowali indywidualne zestawy ćwiczeń, które uczeń może wykonywać w domu lub na podwórku.

Zaczęto też propagować aktywną formę wypoczynku poprzez organizowanie zabaw i gier ruchowych w czasie przerw, umożliwienie dzieciom przebywania w tym czasie na powietrzu, udostępnianie sal i urządzeń rekreacyjnych po lekcjach. W wielu szkołach wyremontowano prysznice i sanitariaty oraz zaopatrzone je w niezbędne środki czystości.

W zakresie propagowania higieny jamy ustnej wszystkie szkoły przystąpiły do akcji pod hasłem „Śnieżnobiały uśmiech”, pod patronatem firmy Colgate. Polegała ona na szerzeniu wiedzy, dostarczaniu atrakcyjnych broszur, reklamowych szczoteczek i pasty do zębów dla dzieci, doposażaniu gabinetów stomatologicznych w drobny sprzęt, a także na fluoryzowaniu zębów.



Kolejnym problemem, na który zwracają uwagę wszyscy badani nauczyciele, jest nieprawidłowe żywienie dzieci. Nieprawidłowości dotyczą niedożywienia (np. częsty brak drugiego śniadania, przychodzenie do szkoły na czczo, niespożywanie żadnego ciepłego posiłku w ciągu dnia), jak również nadmiernego spożywania produktów niekorzystnych dla zdrowia, jak słodczyce, chipsy, słodkie gazowane napoje. Podjęto więc działania mające na celu przezwycięzenie tego problemu. Nauczyciele sprawdzają czy uczeń ma drugie śniadanie. W niektórych szkołach wprowadzono zwyczaj wspólnego (nauczyciele wraz z uczniami) jedzenia tego posiłku z możliwością wypicia gorącego napoju. Organizuje się też dopłaty do obiadów lub całkowite ich finansowanie dla dzieci z rodzin najuboższych. Kontrolą objęto zaopatrzenie sklepików szkolnych, zwiększając w nich ilość owoców, soków, surówek, jogurtów. Zaczęto w różny sposób propagować zalety racjonalnego odżywiania, tj. piękną sylwetkę, prawidłową wagę ciała, zdrową cerę, uregulowaną przemianę materii. Jak wynika z badań, najpopularniejszą formą zdobywania wiedzy o zdrowiu są prelekcje i pogadanki. Sposób ten mógłby wydawać się mało interesujący dla odbiorcy, a przez to także nieskuteczny, jednak organizatorzy zawsze starają się wykład jak najbardziej uatrakcyjnić, łącząc go z prezentacją np. zdrowej żywności, kosmetyków dla dzieci i młodzieży, ćwiczeń gimnastycznych itp. Dbają też o to, by prelekcję prowadziła zawsze osoba kompetentna. We wszystkich badanych szkołach dużą wagę przykładano do profilaktyki uzależnień. Nikotynizm, narkomania, alkoholizm nie są już — niestety — nieszczęściem dotyczącym bezpośrednio wyłącznie ludzi dorosłych. Wydaje się jednak, że formy werbalne, plakaty, czy audycje nie są skuteczną formą walki, dlatego godną naśladowictwa wydaje się być metoda, którą zastosowano w jednej ze szkół. Na spotkania z uczniami zaproszono ludzi, którzy byli uzależnieni od alkoholu, narkotyków, nikotyny, i którzy opowiadali o swoich przykrych przeżyciach, o tym jak popadli w nałóg, i jak udało im się z niego wyzwolić. Innym ciekawym sposobem zachęcającym do niepalenia jest pozytywny przykład ze strony dorosłych. W pewnej szkole rodzice i nauczyciele podjęli się przestrzegania bezwzględного zakazu palenia przy dzieciach, a nawet całkowitego zerwania z tym nałogiem. We wszystkich badanych placówkach realizowane są także różnego typu szkolenia pozwalające na zdobycie pewnych umiejętności praktycznych, jak np. kurs pierwszej pomocy. W kilku szkołach wprowadzono naukę ćwiczeń relaksacyjnych, zaczerpniętych ze wschodnich sztuk walki.

W ramach Programu Promocji Zdrowia duży nacisk kładzie się na uświadamianie dzieciom, rodzicom, nauczycielom ścisłej zależności między stanem środowiska, w którym żyjemy, a naszą kondycją psychofizyczną. To jak sami ukształtujemy nasze otoczenie zadecyduje o tym, czy będziemy w nim czuli się dobrze, zdrowo, bezpiecznie.

Zaczęto od poprawienia estetyki szkoły i jej okolic. W miarę możliwości przeprowadzono remonty i renowację sprzętów. Zadbano o tereny zielone, ukwiecono i udekorowano klasy oraz korytarze. Dostosowano ławki oraz inny sprzęt w salach lekcyjnych do wieku uczniów.

Modne w USA hasło „Myśl globalnie, działaj lokalnie” znalazło zwolenników również w polskich szkołach. Uczniowie wiedzą o tym, że pracują na rzecz najbliższego otoczenia działając nie tylko dla siebie, że to co robią ma szerszy wymiar, a im więcej osób będzie dbało o środowisko, tym szybciej uda nam się przywrócić w nim równowagę.

Na stałe do metod pracy szkół wszedł zwyczaj wyjazdów na „Zieloną szkołę”. Jest to doskonała okazja do wytwarzania nawyków zdrowotnych i zdobywania wiedzy na ten temat. Uczniowie przebywając bliżej natury mogą doświadczać jej wszystkimi zmysłami, mogą konfrontować wiadomości uzyskane z książek z rzeczywistością. Mają możliwość nabywania pewnych umiejętności społecznych, tj. współżycia z innymi, wspólnego mieszkania, poszanowania potrzeb innych, grupowego działania, racjonalnego zagospodarowania czasu pracy i czasu wolnego.

Dobra kondycja człowieka jest uwarunkowana również jego pozytywnymi kontaktami z innymi ludźmi, dlatego w Programie Promocji Zdrowia poświęca się uwagę umiejętności nawiązywania kontaktów, dobrych stosunków międzyludzkich. Nikogo nie trzeba przekonywać o tym, że znacznie lepiej pracuje się w gronie ludzi, którzy wzajemnie się akceptują, rozumieją, są sobie życzliwi. Stwarzanie takiej atmosfery zaczęto od rzeczy najprostszej. Nauczyciele zaczęli zwracać się do uczniów po imieniu, a nie — jak się dotąd często zdarzało — bezosobowo czy nawet posługując się numerem z dziennika. W wielu szkołach wprowadzono zwyczaj spotkań towarzyskich dla pracowników szkoły, uczniów i rodziców, wspólnych wycieczek, pikników, zabaw tanecznych. Takie spotkania na neutralnym gruncie sprzyjają powstawaniu i zacieśnianiu więzów osobowych, podmiotowemu traktowaniu, autentycznemu zaprzyjaźnieniu nauczyciela z wychowankami. W trzech z badanych szkół zajęto się sprawą ocen. Wiadomo, że niejednokrotnie są one źródłem lęku, narzędziem kary i mogą nie mieć związku z rzeczywistą wiedzą ucznia. We wspomnianych szkołach zmieniono podejście do oceny. Przestała być jedynym wymiernym i finalnym efektem pracy. Stała się wskazówką dla nauczyciela i dziecka co jeszcze należy zrobić. Jeżeli ktoś otrzymuje złą notę, to jest to sygnał także dla nauczyciela, że trzeba mu pomóc. Z wypowiedzi wychowawców wynika, że w tej sytuacji uczniowie częściej niż poprzednio przyznają się do tego, iż czegoś nie rozumieją, chętniej poprawiają złe oceny.

W szkołach promujących zdrowie zajęto się pedagogizacją rodziców. W ramach różnorodnych spotkań, prelekcji, warsztatów mogą zdobywać wiedzę o prawidłowościach rozwojowych, specyficznych potrzebach dzieci i młodzieży, mogą wymieniać własne doświadczenia, rozmawiać na nurtujące ich tematy. Jak wynika z wypowiedzi, rodzice początkowo dość niechętnie odnosili się do tego pomysłu. Zachowanie takie, jak się później okazało, wynikało z zakorzenionego w naszym społeczeństwie stereotypu, że w „porządnym domu” problemy wychowawcze się nie zdarzają, jest to problem „tych z marginesu”. Po przełamaniu tej bariery rodzice zrozumieli, że konflikty z dziećmi (niezależnie od ich wieku) są zjawiskiem normalnym. Najważniejsze jest to, by je sensownie rozwiązywać. Rodzice mówią, że po spotkaniach lepiej potrafią porozumieć się z własnym potomstwem, wiedzą jakie działania podejmować, a jakich zaniechać, by sprzyjać rozwojowi syna czy córki. Zauważają, iż stosunki z dziećmi wcześniej często przyjmujące postać walki o władzę stały się bardziej demokratyczne, że kłótnię zastąpiła całkiem rzeczowa dyskusja, zmalała liczba kar, a w rodzinie częściej się rozmawia i wszystkim sprawia to przyjemność. Nauczyciele stwierdzili, że poprawa atmosfery życia w domu wpłynęła korzystnie na stosunki między samymi

uczniami. Rzadziej zdarzały się zachowania agresywne, dzieci stały się bardziej przyjazne i życzliwe. W zdeintegrowanych klasach zaczęły odradzać się więzy grupowe i umiejętność współpracy, co z pewnością wpływa na lepsze samopoczucie dzieci i nauczycieli. Ludzie akceptowani, o zaspokojonej potrzebie przynależności i bezpieczeństwa, chętniej pomagają innym. Zasada ta znalazła potwierdzenie w badanych szkołach. Uczniowie często podejmowali działania na rzecz potrzebujących pomocy. Początkowo akcje takie były organizowane przez szkołę, jednak uczniowie dość szybko się usamodzielnili. Znaczny odsetek dzieci i młodzieży ze szkół promujących zdrowie angażuje się w działalność różnorodnych organizacji, stowarzyszeń, czy grup nieformalnych, które mają na celu pomoc ludziom, ochronę środowiska naturalnego itp.

Jak więc widać — fakt że badane placówki nie należą oficjalnie do sieci szkół realizujących Europejski Program Promocji Zdrowia, nie wpływa na zbytne zawężenie repertuaru działań. Oczywiście sceptycy mogliby odnaleźć w nich wiele mankamentów, ja jednak wolałabym zwrócić uwagę na aspekty pozytywne. Ogromną zaletą własnych, wewnątrzszkolnych programów jest to, że do zagadnienia zdrowia podchodzi się holistycznie traktując człowieka jako jedność biologiczną i społeczną, oraz że zdrowie to nie tylko brak choroby. Ważne jest także przypomnianie uczniom, nauczycielom, rodzicom jak mocno ich poziom życia oraz samopoczucie są uwarunkowane przez stan środowiska w jakim żyją, uczą się, pracują, wypoczywają. Ważnym elementem programu oświaty zdrowotnej jest ukazanie jego uczestnikom związku między ich działaniem w środowisku lokalnym a stanem środowiska naturalnego całego świata.

## PIŚMIENNICTWO

- Charzyńska-Guła M. 1994. *Program wychowania zdrowotnego*. AM, Lublin.
- Demel M. 1980. *Pedagogika zdrowia*. WSiP, Warszawa.
- Kawęcki M. 1996. *Szkoła promująca zdrowie jako szkoła dialogu*. Lider, 1.
- Kropińska I. 1992. *Wychowanie zdrowotne jako problem edukacji europejskiej*. (W:) *Szkoła i nauczyciel a integracja Europy*. Materiały konferencji naukowej, Bydgoszcz.
- Woynarowska B. 1994. *Co dalej z programem szkolnej edukacji zdrowotnej?* Lider, 6.





Anna Abramczyk

Akademia Medyczna  
Lublin

## POZASZKOLNE METODY I FORMY PRACY Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ W PROCESIE WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO

Wychowanie zdrowotne, związane z kształtowaniem zachowań sprzyjających zdrowiu, jako jeden z elementów ochrony zdrowia jest głównie realizowane na płaszczyźnie środowiska rodzinnego i szkolnego (Demel 1968, Wentlandtowa 1980, Woynarowska 1983).

Konieczność podejmowania działań edukacyjnych na poziomie lokalnym, niezależnie od pracy w rodzinie czy w szkole, wynika z niekorzystnej nadal sytuacji zdrowotnej i poziomu świadomości społeczeństwa w zakresie dbania o zachowanie bądź potęgowanie zdrowia, zwłaszcza w środowisku wiejskim. Opinię powyższą potwierdziły wyniki badań i rozpoznania pielęgniarskiego dokonane przez studentów Wydziału Pielęgniarskiego AM w Lublinie w związku z realizowanym przez pracowników Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego programem promocji zdrowia w gminie Wąwolnica.

Negatywne zachowania zdrowotne obserwowane w środowisku dzieci i młodzieży, zagrożenie jakie niesie środowisko rodzinne, lokalne, a także otwartość młodego pokolenia na kontakty ze służbą zdrowia stały się podstawą organizowania przez studentów spotkań, ognisk, zabaw i różnego rodzaju imprez o charakterze zdrowotnym.

Pozaszkolna praca z dziećmi i młodzieżą była wynikiem współpracy z rodziną i szkołą, a także władzami lokalnymi, parafią oraz służbą zdrowia.

Mając na uwadze to, że efekty w zakresie wychowania zdrowotnego zależą od umiejętnego doboru metod i form wychowania, w procesie pozaszkolnej edukacji wykorzystano metody oddziaływania poprzez świadomość, pobudzania zachowań korzystnych dla zdrowia oraz utrwalania pożądaných zachowań zdrowotnych wspólnymi formami, wśród których występowało żywe słowo, formy artystyczno-rozrywkowe, wspólzawodnictwo, a także degustacja, jako przykład formy bezpośredniego kontaktu z rzeczywistością.

W pracy z dziećmi i młodzieżą starano się, poprzez popularyzację wiedzy o zdrowiu, informowanie, wyjaśnianie i wartościowanie, przybliżyć zagadnienia dotyczące zdrowego sposobu odżywiania, higieny osobistej, profilaktyki próchnicy, uzależnień oraz głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Każde kolejne spotkanie

z dziećmi i młodzieżą dostarczało coraz to nowych informacji o ich problemach, potrzebach i zachowaniach zdrowotnych, było inspiracją do wychodzenia, w ramach następujących spotkań, z propozycją rozwiązań, skromnej pomocy czy też uzupełnienia wiedzy istotnej dla ochrony zdrowia. Ważnym elementem pozaszkolnego wychowania było uzyskanie aktywności osób uczestniczących w spotkaniach zdrowotnych. Pobudzanie do zachowań sprzyjających zdrowiu odbywało się poprzez stawianie uczestnikom zabaw i spotkań wymagań w postaci zakazu palenia tytoniu i spożywania alkoholu (co na ogół towarzyszy zabawom i dyskotekom w miejscach publicznych), a także ograniczenia zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu fizycznemu osób z najbliższego otoczenia. Stymulowanie do aktywnego udziału w zakresie dbałości o zdrowie wyrażało się również w nagradzaniu prawidłowych odpowiedzi, prac plastycznych, których autorami były głównie dzieci w wieku przedszkolnym i z młodszych klas szkoły podstawowej. W trakcie organizowanych spotkań przewidziano i przeprowadzono wiele konkursów śpiewu, plastycznych oraz dotyczących wiedzy o zachowaniu i umacnianiu zdrowia. Stosowane często pochwały, nagrody rzeczowe w postaci pasty i szczoteczek do mycia zębów, gumy „Orbit” bez cukru, owoców, dające dzieciom wiele radości, wzmacniały zachowania związane z dbałością o zdrowie. Nieodłącznym elementem spotkań było współzawodnictwo w konkursach tanecznych, zręcznościowo-sprawnościowych, śpiewu, a także w zdobywaniu dyplomów za zajęcie zaszczytnych miejsc w konkursach wiedzy o zdrowiu, czynnikach go warunkujących oraz stanowiących dla niego zagrożenie. Organizowanie przez studentów spotkań o tematyce zdrowotnej stało się inspiracją do działań podejmowanych przez dzieci i młodzież z gminy Wąwolnica.

Nie bez znaczenia na jakość, przebieg spotkań, liczebność osób uczestniczących i efekty wychowawcze były formy pracy i środki stosowane podczas każdej zabawy, ogniska, spotkania czy imprezy. Atmosfera towarzysząca spotkaniom sprzyjała prowadzeniu rozmów indywidualnych z dziećmi i młodzieżą, dotyczących redukcji nadwagi, higieny osobistej, komunikowania się z innymi osobami. Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się quizy, zgaduj—zgadule poświęcone sprawdzeniu wiadomości o odżywianiu, wpływie palenia papierosów i alkoholu na organizm człowieka. W programie spotkań nie brakło także degustacji potraw sprzyjającej przekazywaniu, utrwalaniu i weryfikacji wiedzy nt. witamin i ich roli w organizmie człowieka. Nieodłącznym elementem spotkań zdrowotnych były również zabawy ruchowe przy muzyce lub (i) śpiewie osób uczestniczących. Zabawa w „kotka i myszkę”, „starego niedźwiedzia” oraz konkursy śpiewu i plastyczne to przeboje w spotkaniach z dziećmi w wieku przedszkolnym i młodszych klas szkoły podstawowej.

Przeprowadzony cykl spotkań edukacyjnych z dziećmi i młodzieżą w pracy pozaszkolnej stał się podstawą sformułowania poniższych wniosków.

1. Uwzględnienie różnorodności metod wychowawczych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na metody o charakterze aktywizującym, pozwala na wielokierunkowy wpływ na jednostkę i grupę poprzez kształtowanie jej świadomości, emocji, a także motywacji w zakresie podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia i jego ochrony.



2. Wśród pozaszkolnych form pracy wychowawczej szczególnym zainteresowaniem i akceptacją cieszą się formy artystyczno-rozrywkowe, a wśród nich quizy, zabawy sprawnościowo-zręcznościowe, rebusy, konkursy wiedzy o zdrowiu w odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i z młodszych klas szkoły podstawowej. Młodzież ze szkół ponadpodstawowych i starszych klas szkół podstawowych najchętniej uczestniczy w zabawach tanecznych.

3. Pozaszkolne formy i metody wychowania zdrowotnego stanowią cenne ogniwo uzupełniające proces edukacji prowadzonej w środowisku rodzinnym i szkolnym.

4. W procesie wychowania zdrowotnego pozaszkolna praca winna być oparta na diagnozie sytuacji zdrowotnej i zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży w środowisku rówieśniczym.

## PIŚMIENNICTWO

Demel M. 1968. *O wychowaniu zdrowotnym*. PZWSz, Warszawa.

Wentlandtowa H. 1980. *Oświata zdrowotna*. PZWL, Warszawa.

Woynarowska B. 1983. *Propozycje Światowej Organizacji Zdrowia*. (W:) *Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna*, 4, 132.



**Elżbieta Walkowicz**

Publiczna Szkoła Podstawowa Nr 5  
Ostrowiec Świętokrzyski

## REALIZACJA PROGRAMÓW EDUKACJI ZDROWOTNEJ POPRAZ AKTYWIZUJĄCE METODY NAUCZANIA

Publiczna Szkoła Podstawowa Nr 5 w Ostrowcu Świętokrzyskim funkcjonuje w środowisku hutniczym. Uczy się w niej obecnie, pod kierunkiem 103 nauczycieli, 1575 uczniów w 56 oddziałach. Nauka prowadzona jest na dwie zmiany. Szkoła jest jedną z czterestu w Polsce, które od 1 września 1992 r. należą do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie i realizują projekt „Szkoła Promująca Zdrowie”. W projekcie tym dominuje troska o zdrowie, a także dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne uczniów, nauczycieli oraz innych pracowników szkoły.

Według jednego z twórców koncepcji — Trefora Williamsa — szkołę promującą zdrowie charakteryzują trzy główne cechy:

1. edukacja prozdrowotna w ramach programu nauczania,
2. uwzględnienie zdrowia w życiu szkoły,
3. współdziałanie szkoły z rodziną i społecznością lokalną (Woynarowska i Sokolowska 1993).

Istotą projektu jest tworzenie przez społeczności szkolne własnej koncepcji i własnego modelu szkoły promującej zdrowie na podstawie ogólnych założeń i celów. Dlatego też rozpoczęliśmy działania od przeprowadzenia ankiet wśród uczniów, rodziców, nauczycieli i pozostałych pracowników szkoły. Zadaliśmy następujące pytania: Co mi się w szkole podoba? Co mi się nie podoba? Jakie mam propozycje zmian na lepsze? Co w szkole wpływa dobrze, a co źle na samopoczucie uczniów?

Z tej diagnozy uzyskaliśmy bogaty materiał, który pomaga nam w ustaleniu priorytetów na kolejne lata. W zależności od potrzeb, warunków i możliwości podejmujemy zadania i realizujemy je w realnym dla siebie tempie. Systematycznie pracujemy nad stworzeniem takiej szkoły, do której uczniowie i nauczyciele będą szli z chęcią i przyjemnością, bez strachu i stresów, w której wszystkim będzie dobrze. Wiele życzeń naszej społeczności szkolnej udało nam się już zrealizować.

Ocena sytuacji wyjściowej, założenia i cele SzPZ, koncepcje szkół alternatywnych oraz własne wizje współczesnej szkoły ukierunkowały nas i pomogły stworzyć własną koncepcję. Szkoła promująca zdrowie to szkoła, w której etosem jest zdrowie. W ramach programu nauczania systematycznie prowadzona jest edukacja prozdro-



wotna, dzięki której kształtują się zachowania prozdrowotne, zdrowy styl życia, odpowiedzialność za zdrowie własne i innych. To szkoła, w której istnieją dobre wzajemne relacje międzyludzkie, w której ograniczane są stresy, panuje wzajemny szacunek i zaufanie.

Szkoła promująca zdrowie wspiera w trudnościach, uwzględnia indywidualne możliwości i potrzeby uczniów, kształtuje poczucie własnej wartości, daje możliwość współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji, współgospodarowania, eliminuje wszelkie formy rywalizacji. To szkoła demokratyczna, uznająca pełną suwerenność każdego człowieka, miejsce, w którym obowiązuje minimum prawa, maksimum pola do inicjatyw, wychowanie w wolności i tolerancji. Szkoła promująca zdrowie rozbudza aktywność uczniów, umożliwia im wszechstronny rozwój, proponuje różnorodne formy zajęć pozalekcyjnych i koła zainteresowań. To kuźnia talentów i pomysłów, gdzie pracuje się twórczo, uczy kultury bycia i sensownego spędzenia czasu. To szkoła, w której uczeń jest podmiotem, doświadcza miłości i zrozumienia, w której dba się o jego uśmiech i dobre samopoczucie, która daje szansę pełnego rozwoju jego osobowości. Przede wszystkim rozwija wrażliwość dziecka, uczy poprzez kontakt z przyrodą i środowiskiem naturalnym, zabiega o takie wychowanie młodego człowieka, aby umiał żyć w zgodzie z naturą i wiedział, jak nie szkodzić, jak czerpać korzyści, jak troszczyć się o środowisko i traktować je jako wartość. Równie ważne jest zdrowe i bezpieczne środowisko fizyczne szkoły, możliwość zjedzenia posiłku i zaspokojenia pragnienia. To szkoła ściśle współpracująca z rodziną i społecznością lokalną, tworzona we wspierającym środowisku społecznym. To, czego dziecko nauczy się w klasie, powinno być zbliżone do tego, co widzi i stosuje w szkole, w domu i w swym otoczeniu. Działania prozdrowotne będą miały sens i pewną siłę tylko wówczas, gdy zostaną podjęte nie tylko w naszej szkole, ale w większości „siedlisk” lub przez całą społeczność naszego miasta. Wiedza będzie bardziej wiarygodna i będzie miała wpływ na młodego człowieka.

Do realizacji tej koncepcji niezbędny jest wychowawca, który oddziałuje siłą swej osoby i dobrym przykładem. Jest partnerem i przyjacielem ucznia, wspiera go w indywidualizacji jego rozwoju, uczy podejmowania właściwych decyzji, umiejętności wyrażania własnych sądów, zachowania własnej tożsamości, stwarza warunki do bycia odważnym i radosnym. Rzetelnie poznaje osobiste, psychologiczne i szkolne potrzeby swoich wychowanków i stara się je rozumieć. Stwarza klimat bezpieczeństwa i akceptacji. Dlatego też tak bardzo ważne dla nas było przygotowanie nauczycieli do zmiany swojej osobowości, stosowania aktywizujących metod nauczania i realizacji nowoczesnych programów zdrowotnych. Spośród 123 nauczycieli aż 80% chętnie podjęło nowe formy doskonalenia.

Dużym naszym osiągnięciem było przygotowanie 73 nauczycieli do prowadzenia nowoczesnego programu zajęć wychowawczo-profilaktycznych pt. „Spójrz inaczej” (Kołodziejczyk i Czerniewska 1993). Dla nauczycieli nauczania początkowego (21 osób) zorganizowaliśmy warsztaty dotyczące oceny opisowej, aktywizujących metod nauczania i budowania bloków tematycznych w nauczaniu zintegrowanym.

W szkoleniu przygotowującym do prowadzenia programu pn. „Regionalizm i krajoznawstwo w szkole” uczestniczyło 44 nauczycieli (Pękala i Tyczyński 1995). Warsztaty dotyczące „Profilaktycznych form edukacji środowiskowej” odbyło 34 nauczycieli. Szkoleniem w zakresie pracy z dziećmi zaburzonymi w zachowaniu, z deficytami rozwojowymi objęto 14 nauczycieli, natomiast warsztaty przygotowujące do pracy z dziećmi dyslektycznymi „Metoda kinezylogii edukacyjnej Poula Dennisona” podjęły 23 osoby.

Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie zaproponował 80-godzinne warsztaty „Rozwój osobisty nauczyciela”. Z tej formy doskonalenia skorzystało 75 nauczycieli. Pedagodzy i pielęgniarki szkolne są przygotowani do prowadzenia programu „To jest Twoja decyzja” — 2 osoby ukończyły studia podyplomowe „Szkoła Promująca Zdrowie” — 400 godz. oraz „Studium umiejętności samorozwoju i kierowania” — 150 godz. — 1 osoba. Szkolny koordynator promocji zdrowia systematycznie uczestniczy w warsztatach organizowanych przez Polski Zespół. Kilka nauczycielek zostało przeszkolonych w zakresie programu edukacji zdrowotnej „Zdrowie dla życia”, po czym przeprowadziły warsztaty w ramach zespołów samokształceniowych.

Wyżej wymienione formy doskonalenia pozwalają naszym nauczycielom i wychowawcom na prowadzenie metodami aktywizującymi atrakcyjnych zajęć o zdrowiu i lekcji w plenerze w korelacji z różnymi przedmiotami. Od kilku lat realizujemy systematycznie różnorodne programy profilaktyczno-edukacyjne. Nie wszystkie zajęcia prowadzone są przez samych nauczycieli — wychowawców. Ściśle współpracujemy z Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną. Pracownicy poradni prowadzą autorski program „Jak osiągnąć sukces”, „Przygotowanie do życia w rodzinie” oraz lekcje o potencjale terapeutycznym. Nauczycieli wspierają także swoją fachowością i doświadczeniem szkolni pedagodzy oraz pielęgniarki. Wykorzystują na lekcjach metodę edukacji do zdrowia „To jest Twoja decyzja”, zaadaptowanej w Polsce przez Szymańską (1992). Nauczyciele naszej szkoły opracowali tematykę, którą poruszają na lekcjach w klasach I—VIII pod nazwą „Profilaktyka uzależnień”, i którą realizują w korelacji z innymi przedmiotami lub na godzinach wychowawczych. W systematycznie realizowanym w naszej szkole programie „Spójrz inaczej” kładzie się szczególny nacisk na kształtowanie osobowości dziecka i wspieranie jego rozwoju. Charakterystyczne metody dla tego programu nauczania to przede wszystkim krąg uczuć, rysunki, piosenki, psychozabawy, przedstawienia kukiełkowe, dyskusje w klasie, burza mózgów, rozwiązywanie konfliktów, uzupełnianie zdań, krótkie opowiadania, gry i zabawy, praca w małych grupach. Dzięki różnorodnym atrakcyjnym technikom, prowadzonym przez autorów, nauczyciele odchodzą od tradycyjnych form prowadzenia lekcji w ławkach, sprzyjających bierności. Spotkania w kręgach integrują wspólnotę klasową. Wywierają duży wpływ na atmosferę życia w klasie, na stosunek uczniów do siebie, maksymalnie angażują uczniów, pobudzają ich aktywność. Krąg sprzyja rozwojowi umiejętności wyrażania uczuć, słuchania odczuć innych oraz zapamiętywania tego, co zostało powiedziane. Umożliwia nawiązanie kontaktu emocjonalnego i wzrokowego, daje dzieciom więcej ciepła.



Psychodrama polega na odgrywaniu scenek na wybrane tematy. Przygotowane scenki odgrywane są na dywanikach, a potem dokładnie omawiane.

Kiedy uczniowie mają kłopoty z odgrywaniem ról w psychodramach, można je zastąpić przedstawieniem kukiełkowym. Dzieci mogą wcześniej przygotować scenariusze albo grać spontanicznie. Scenki powinny być krótkie, akcje proste, dialogi zrozumiałe. Po zakończeniu gry każdą scenkę należy wspólnie omówić.

Uczniowie bardzo chętnie dyskutują między sobą. Prowadzenie efektywnej dyskusji klasowej jest bardzo ważną umiejętnością. W czasie dyskusji ważne jest zachęcenie wszystkich uczniów do brania w niej udziału. Prowadzący dyskusję powinien szanować poglądy każdego ucznia, zachęcać go do wyrażania własnych opinii. Stwarzamy atmosferę wzajemnej akceptacji i poszanowania.

Celem burzy mózgów jest przygotowanie listy pomysłów na rozwiązanie określonego problemu. Metoda ta umożliwia otrzymanie dużej liczby propozycji w stosunkowo krótkim czasie. Pozwala na przełamanie sztywności myślenia, wyzwala możliwości twórcze i zapewnia udział wszystkich uczniów.

Praca w małych grupach może być bardzo efektywna, zwłaszcza gdy temat dotyczy ważnych problemów emocjonalnych i wyjątkowych informacji. Mała grupa może zapewnić dobre samopoczucie uczniom, którzy mają kłopoty w wypowiedzaniu się na forum klasy. Technika ta uczy dobrego słuchania, akceptacji, zrozumienia i zbliża uczniów do siebie (Kołodziejczyk i Czerniewska 1993).

Istotą programu „Zdrowie dla życia” są nowe metody pracy nauczyciela i uczniów

- Przewidujesięczasnapoznanieinawiazaniekontaktuemocjonalnegozuczniami.
- Tworzenie wspólnie z uczniami reguł współpracy, zawieranie kontraktu, w wyniku którego uczeń sam bierze odpowiedzialność za swoje wybory.
- Posługiwanie się metodami aktywizującymi i interakcyjnymi, takimi jak: narysuj i napisz, dyskusja, burza mózgów, praca w małych grupach, drama, ankieta, chmurki (Szymańska i wsp. 1994). Metoda narysuj i napisz jest jedną z podstawowych metod pracy nauczyciela z uczniem w nauczaniu początkowym. Opiera się na ekspresji twórczej dziecka jaką jest swobodny rysunek. Dziecko poprzez rysunki, a następnie krótkie ich opisy, wyraża siebie, swój stosunek do otaczającego świata. Ankieta, czyli zbiór pytań, na które uczestnicy spotkania udzielają pisemnej odpowiedzi to metoda, która pozwala określić poziom wyjściowej wiedzy, ich opinii i przekonań, a także ocenić stopień przyswojenia wiedzy. Chmurki, dymki stanowią miejsce na wypowiedź lub myśli osoby przedstawionej na rysunku. Jest to metoda pomocnicza, skłaniająca ucznia do pomyślenia i wyrażenia własnej swobodnej opinii oraz sformułowania odpowiedzi.

W programie tym wykorzystywane są również techniki Celestyna Freineta.

Programy edukacji zdrowotnej wzbudziły zainteresowanie i aprobatę wśród nauczycieli, uczniów i rodziców. Po trzyletnim prowadzeniu zajęć dokonaliśmy ewaluacji i zauważyliśmy efekty. Zespoły klasowe są bardziej zintegrowane, uczniowie bardziej otwarci, mniej agresywni i bardziej zyczliwi wobec innych. Zajęcia umożliwiają wszechstronne poznanie uczniów przez nauczyciela, a także wpływają relaksująco na



dzieci. Dostarczają dużo wiedzy o tym jak dbać o swoje zdrowie, i jak radzić sobie w trudnych sytuacjach. Stosowanie metod aktywizujących zbliża uczniów i nauczycieli do siebie oraz pozwala każdemu zaistnieć. Powoduje zwiększenie poczucia własnej wartości. Po pewnym czasie uczniowie czują się swobodnie, lubią się wypowiadać, nawet nieśmiali zabierają głos. Metody aktywizujące rozwijają możliwości twórcze, uczą negocjowania i tolerancji. Pomagają bardziej skutecznie przekazywać wiedzę o zdrowiu, uczą rozstrzygania problemów, formułowania wniosków i podejmowania odpowiedzialnych decyzji.

## PIŚMIENNICTWO

- Kołodziejczyk A., Czemirowska E. 1993. *Spójrz inaczej*. Edukatio, Kraków.
- Pękała Z., Tyczyński Z. 1995. *Regionalizm i krajoznawstwo w szkole*. Ostrowiec Świętokrzyski.
- Szymańska M. 1992. *Adaptacja metody edukacji do zdrowia „To jest Twoja decyzja”*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Szymańska M., Sokołowska M., Kręcisz A., Woynarowska B. 1994. *Zdrowie dla życia. Program edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie*. Warszawa.
- Woynarowska B., Sokołowska M. 1993. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Pierwsze doświadczenia*. Agencja Reklamowo-Wydawnicza HERA, Warszawa.



***Jerzy Nowocien***

Akademia Wychowania Fizycznego  
Warszawa

„Lepiej raz zobaczyć  
niż sto razy usłyszeć”  
Z mądrości Wschodu

## SZKOLNE WYCIECZKI TURYSTYCZNO-KRAJOZNAWCZE FORMĄ UPOWSZECHNIANIA ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

Tradycyjnie wycieczki są uznawane za swoistą formę organizacyjną procesu dydaktycznego. Wycieczki stwarzają uczniom możliwość pracy indywidualnej oraz zbiorowej, stwierdza Okoń (1970).

Przez szkolne wycieczki turystyczno-krajoznawcze rozumieć będziemy formę aktywności — zwłaszcza ruchowej — ucznia, polegającą na oddaleniu się od miejsca zamieszkania czy nauki. Najczęściej wycieczki zawierają wielorakość celów, zarówno dydaktycznych, jak i wychowawczych. Coraz częściej stają się one w polskiej szkole nie tylko atrakcyjnymi i skutecznymi formami pracy pedagogicznej, są także metodą realizacji celów dydaktycznych i wychowawczych.

W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się przede wszystkim na próbie uzasadnienia tezy, iż szkolne wycieczki turystyczno-krajoznawcze mogą być wykorzystane w praktyce pedagogicznej jako skuteczna i atrakcyjna forma upowszechniania zdrowego stylu życia.

Celem badań przeprowadzonych w szkołach podstawowych w latach 1993—1994 było m.in. poszukiwanie czynników warunkujących wpływ szkolnych wycieczek turystyczno-krajoznawczych na edukację zdrowotną w szkole. Badaniami objęto 432 uczniów szkół podstawowych z miast polskich różnych regionów. Wśród badanych 59,2% stanowiły dziewczęta, a 40,8% chłopcy. Główne źródło informacji stanowiły wyniki zebrane za pomocą kwestionariusza ankiety pt. „Ja — moje zdrowie — sport” wśród uczniów i nauczycieli oraz analiza planów dydaktyczno-wychowawczych i zapisów w dziennikach lekcyjnych.

### **Omówienie wyników badań**

„Wycieczka jest podstawową formą działalności krajoznawczo-turystycznej. Stanowi ona integralną część procesu dydaktyczno-wychowawczego i powinna być organizowana przez wszystkie szkoły w ramach zajęć lekcyjnych i pozalekcyjnych” — głosi Zarządzenie Ministra Oświaty i Wychowania z 12 V 1983 roku.



Z chwilą rozpoczęcia przez dziecko nauki w szkole zaczyna ono uczestniczyć w wycieczkach organizowanych w ramach poszczególnych przedmiotów nauczania. Zdaniem nauczycieli (63%) wysokie wymagania programowe stawiane szkołom sprawiają, że pozostaje zbyt mało czasu na ewentualne opuszczanie szkoły, a zwłaszcza oddalenie się od miejsca zamieszkania. Problem ten dotyczy także — zdaniem nauczycieli — tych przedmiotów, w ramach których — programowo — przewiduje się organizowanie wycieczek szkolnych.

Nauczyciele uznają wycieczkę za istotną formę edukacji (48%), jednakże niechętnie z niej korzystają. Sądzą oni, iż formą wycieczki można zrealizować treści wszystkich przedmiotów nauczania. Wycieczki w opinii nauczycieli (63%) mają przede wszystkim wartości wychowawcze, rekreacyjne i rozrywkowe, dlatego też wychowaniu fizycznemu przypisują oni główną rolę w ich organizacji. Nauczyciele twierdzą, iż szkolne wycieczki turystyczno-krajoznawcze winny wzbudzać i utrwalać zamiłowanie dzieci do uprawiania gier, ćwiczeń ruchowych oraz wzmacniać zdrowie przez przebywanie na świeżym powietrzu i racjonalne hartowanie organizmu. Nauczyciele wyraźnie podkreślają zdrowotną funkcję wycieczek turystyczno-krajoznawczych i jednocześnie konieczność równoległego stosowania funkcji: kształcącej, poznawczej, wychowawczej, rozrywkowo-wypoczynkowej.

Dla nauczycieli zdrowie posiada wartość niekwestionowaną. Większość z nich (81,8%) określa własny poziom wiedzy o zdrowiu jako wystarczający, 9% wyraża niezadowolony z poziomu własnej wiedzy o zdrowiu.

Dbałość o zdrowie nauczyciele upatrują przede wszystkim w zdrowym stylu życia, który wyraża się aktywnością ruchową, sposobem odżywiania i czystością środowiska. Na upowszechnienie tak rozumianego stylu życia w warunkach szkolnych mają szczególnie wpływ, zdaniem nauczycieli (75%), szkolne wycieczki turystyczno-krajoznawcze. Szczególne wartości posiadają, ich zdaniem, wprowadzone do szkół w latach dziewięćdziesiątych „Zielone szkoły”.

Mimo że nauczyciele dostrzegają w wycieczkach wielorakie wartości zdrowotne, w tym także upowszechnianie zdrowego stylu życia, to w praktyce pedagogicznej nie wykorzystują tej możliwości. Zgadza się z tym 67% nauczycieli, natomiast 30% twierdzi, iż wycieczka jest zbyt trudną formą, która wymaga dobrej organizacji, dostosowania do możliwości uczniów, a efekty dydaktyczno-wychowawcze dają niewielkie, nieproporcjonalne do wysiłku nauczyciela.

### Zdrowy styl życia w opinii uczniów

Z uzyskanych wyników badań wynika, iż podstawowym źródłem wiedzy uczniów o zdrowiu jest rodzina (83,3%), następnie szkoła (72,7%), środki masowego przekazu (50%). Ponad połowa uczniów przekonana jest o celowości prowadzonej przez szkołę działalności na rzecz promocji zdrowia. Badani uczniowie wśród form upowszechniania zdrowego stylu życia najrzadziej wymieniają wycieczki (36%), przy czym uczniowie przez wycieczkę rozumieją przynajmniej całodzienne przebywanie poza szkołą (76%). Uczniowie w większości (78,3%) nie łączą wycieczki z wartościami dydaktycznymi — uczeniem się. Często bardzo chętnie akceptują ją ze względu na „nieodbywanie się lekcji”.

Wśród wartości wycieczek badani podkreślają przede wszystkim korzystny ich wpływ na integrację grupy — klasy. Wymieniają ponadto: możliwość zdobycia przyjaciół (68,4%), poznanie zjawisk przyrodniczych (64,8%), zaspokojenie potrzeb ruchowych (63,9%), poznanie zabytków, dzieł sztuki (56,2%), rozwinięcie zainteresowań (46,9%).

Uczniowie w niewielkim procencie (18%) wymienili wycieczki jako formę upowszechniania zdrowego stylu życia. Jednak w odpowiedzi na pytanie „które z form działalności szkoły w stopniu najwyższym upowszechniają zdrowy styl życia?”, podawali turystykę na III miejscu po lekcjach wychowawczych i zajęciach w ramach przedmiotów nauczania: biologii, zajęć praktyczno-technicznych, wychowania fizycznego, przy czym wf. najczęściej utożsamiali z turystyką.

Zdaniem badanych uczniów zdrowy styl życia to: aktywność ruchowa (87,3%), sposób odżywiania (68,4%) oraz kontrola u lekarza (62,6%). Korzystny wpływ wycieczek na zdrowie jest w przekonaniu badanych oczywisty. Wyraża się on przede wszystkim: ruchem na świeżym powietrzu (92,3%), dodatnim wpływem na rozwój i wzrost organizmu (89,3%), pokonywaniem trudności i niewygód (76,3%), wpływa na rozwój sprawności fizycznej i hartuje organizm (76,2%). Wycieczki stanowią także możliwości nawiązywania kontaktów towarzyskich (89,7%), odprężenia psychicznego (92,3%), korzystnej zmiany środowiska przestrzennego i społecznego (82,9%).

Wycieczki turystyczno—krajoznawcze organizowane przez szkołę mają wiele korzystnych wartości. Niezaprzeczalne wartości zdrowotne wycieczek mogą być równie dobrze wypaczone. Dzieje się to głównie przez złą organizację, niewłaściwe ich przygotowanie — brak wyraźnych celów, czy nierozważne zachowanie uczestników, którzy często nie są odpowiednio przygotowani przez nauczyciela do udziału w wycieczce.

### Konstatacje

Prezentowane wyniki są tylko częściowo wykorzystane i mogą być potraktowane przyczynkowo do szerzej opracowywanego zagadnienia o rzeczywistej roli szkolnych wycieczek turystyczno-krajoznawczych na rzecz promocji zdrowia.

Dokonując analizy wypowiedzi uczniów, nauczycieli oraz zapisów w dokumentacji szkolnej, można byłoby pokusić się o próbę określenia warunków, które decydować będą o spełnieniu przez szkolne wycieczki turystyczno—krajoznawcze funkcji upowszechniania zdrowego stylu życia. Należać do nich będą:

- Rozbudzanie i wzmacnianie przez nauczyciela pozytywnych motywów świadomego uczestnictwa uczniów w różnych zorganizowanych formach turystyki.
- Uczynienie wszystkich wycieczek szkolnych, tych 1-godzinnych, jak i wielodniowych, istotną formą organizacyjną procesu pedagogicznego. Zapewnienie im wyraźnych celów, zwłaszcza dydaktycznych.
- Wykorzystanie wycieczek jak metody pracy pedagogicznej nauczyciela z uczniami, gwarantującej realizację treści nauczania i osiągania pozytywnych celów dydaktyczno-wychowawczych, w tym zawierających elementy promujące zdrowie.

- Dążenie do nabrania przez uczniów przekonań, a następnie utwierdzenia się w nich, iż uczyć się można również poza szkołą, właśnie w czasie wycieczki.
- Uczynienie ucznia jej świadomym uczestnikiem w aspekcie zaspokajania oczekiwań poznawczych, kształcących i zdrowotnych.
- Wdrażanie uczniom w czasie wycieczki wiadomości oraz kształtowanie umiejętności na temat własnego zdrowia i zdrowia innych jako wartości ponadczasowej, o którą należy dbać.
- Zapoznanie uczestników wycieczek ze sposobami racjonalnego odżywiania się, przechowywania produktów żywnościowych w różnych warunkach.
- Przygotowywanie do racjonalnego gospodarowania czasem wolnym, wykorzystywanie ćwiczeń ruchowych i wycieczek poza zajęciami szkolnymi w ramach zajęć własnych.
- Doskonalenie nauczycieli w zakresie organizacji zajęć turystyczno-krajoznawczych, w tym w aspekcie umacniania zdrowia i regeneracji sił w trakcie różnego rodzaju wysiłków fizycznych.
- Kształtowanie aktywnych postaw uczniów wobec szeroko rozumianej ekologii, demonstrowanie w czasie wycieczek różnych form troski o przyrodę, jej ochronę i likwidację zagrożeń.

Szkolne wycieczki turystyczno-krajoznawcze mogą stanowić wzorzec programowo-metodyczny i organizacyjny w upowszechnianiu metody i formy pracy pedagogicznej w zakresie profilaktyki zagrożeń zdrowia i regeneracji sił psychofizycznych podczas nauki i wypoczynku po nauce.

Zdrowotne znaczenie wycieczek polega m.in. na „przywracaniu człowieka przyrodzie”. W trakcie wycieczek uczeń powinien poznawać, przyswajać i przeżywać.

Wycieczki w stopniu najwyższym zbliżają ucznia do właściwego rozumienia zdrowia w jego aspektach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Dają mu możliwości bezpośredniego wyrażenia stosunku do stylu życia. Są one korzystnym środkiem w kształtowaniu i upowszechnianiu zdrowego stylu życia pod warunkiem, że będą właściwie przygotowane i prawidłowo przeprowadzone, zgodnie z wszelkimi cechami nowoczesnego procesu nauczania — uczenia się.

## PIŚMIENNICTWO

- Łobożewicz T. 1984. *Wycieczki turystyczne jako element programu kultury fizycznej w szkole*. AWF, Warszawa.
- Nowocien J. 1995/1996. *Wychowanie zdrowotne elementem pracy pedagogicznej nauczycieli szkół wiejskich*. (W:) *Problemy rozwoju, zdrowia, edukacji prozdrowotnej i ekologicznej*. Pod red. J. Rodziewicz-Gruhn i M. E. Pyzikowej. WSP, Częstochowa.
- Okoń W. 1970. *Zarys dydaktyki ogólnej*. PZWSz, Warszawa.
- Żukowska Z. 1995/1996. *Uczestnictwo w kulturze fizycznej a postawy prozdrowotne młodzieży*. (W:) *Problemy rozwoju, zdrowia, edukacji prozdrowotnej i ekologicznej*. WSP, Częstochowa.



Anna Kieszkowska

Medyczne Studium Zawodowe  
Morawica

## Z DOŚWIADCZEŃ MEDYCZNEGO STUDIUM ZAWODOWEGO IM. HANNY CHRZANOWSKIEJ W MORAWICY

Medyczne Studium Zawodowe przygotowuje wśród wielu zawodów — również pielęgniarki — młode osoby, które mają mieć wpływ na kształt korzystnych zmian w pielęgniarstwie i całej ochronie zdrowia. Uczymy młodzież, że człowiek jest samodzielnym i świadomym podmiotem, który zdolny jest kształtować siebie samego, swoje kompetencje i swoją motywację. Ta podmiotowość ucznia i nauczyciela w procesie wychowania oznacza, że są oni podmiotem w działaniu, a przedmiotem działania jest sytuacja. Takie sytuacje rodzi życie, a wychowawcy mają przygotować uczniów do twórczego i aktywnego życia, uczyć współuczestniczenia w definiowaniu właściwych problemów zdrowotnych, brać udział w identyfikacji czynników oddziałujących na ich zdrowie i zachowanie zdrowotne, oraz wpływać na kształtowanie i wdrażanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia własnego i zbiorowości.

Człowiek w każdej fazie swojego życia potrzebuje wiedzy o zdrowiu i sposobach jego ochrony. Refleksja nad efektywnością edukacji zdrowotnej zakłada jednak konieczność udzielania odpowiedzi na pytanie, w których fazach życia ludzkiego oddziaływania edukacyjne mają szansę przynieść najlepsze rezultaty. Nie ulega wątpliwości, że są nimi dzieciństwo i młodość, okresy najważniejsze w procesie socjalizacji człowieka. Bierze w nim udział całe otoczenie społeczne: rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza.

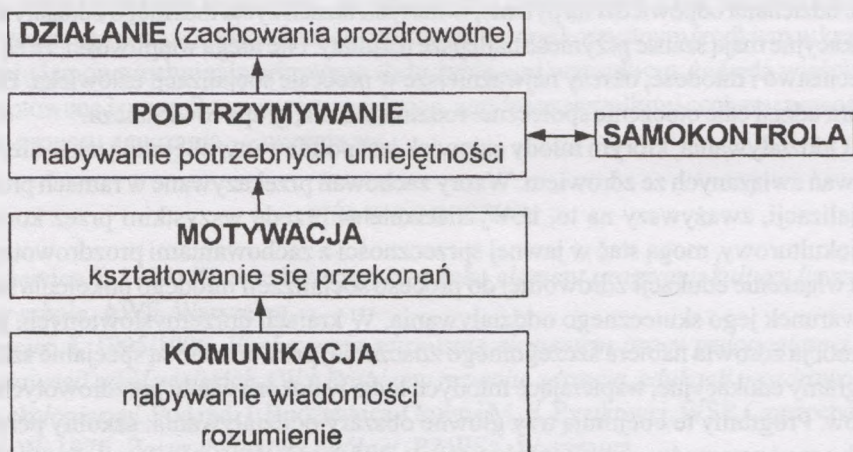
Oddziaływania, którym młody człowiek jest poddawany, obejmują także sferę zachowań związanych ze zdrowiem. Wzory zachowań przekazywane w ramach procesu socjalizacji, zważywszy na to, iż wyznaczone są przede wszystkim przez kontekst socjokulturowy, mogą stać w jawnej sprzeczności z zachowaniami prozdrowotnymi, stąd włączenie edukacji zdrowotnej do procesu socjalizacji młodego pokolenia stanowi warunek jego skutecznego oddziaływania. W krajach uprzemysłowionych, gdzie promocja zdrowia nabiera szczególnego znaczenia, prowadzone są specjalne szkolne programy edukacyjne, wspierające młodych ludzi w dokonywaniu prozdrowotnych wyborów. Programy te obejmują trzy główne obszary oddziaływania: szkolny personel medyczny i paramedyczny, materiały z zakresu edukacji zdrowotnej, środowisko szkolne. Jedną z głównych idei tych programów, obok dążenia do podniesienia poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie ochrony zdrowia, jest zwiększenie integracji środowisk szkolnych i zapewnienie uczniom społecznego wsparcia.

Rodzina jest potencjalnie najpoważniejszym sojusznikiem szkoły w kreowaniu prozdrowotnych zachowań uczniów. Generalnie można przyjąć, że rodzicom zależy na zdrowiu dziecka i niewielkie jest prawdopodobieństwo tego, aby świadomie uczyli je zachowań szkodliwych ze zdrowotnego punktu widzenia. Sami jednak mają często złe przyzwyczajenia, których szkodliwości nie rozumieją lub nie doceniają. Często zdarza się, że w rodzinach są utrwalone złe nawyki żywieniowe, skłonności do niskiej aktywności fizycznej i nałogów.

„Niezwykle ważne jest, aby wszelkie działania zmierzały do internalizacji przekonań prozdrowotnych. Internalizacja oznacza akceptację i włączenie do własnego systemu wartości przekonań głoszonych przez innych. Pamiętanie o konieczności osiągnięcia w procesie wychowania dla zdrowia internalizacji głoszonych zasad ma kluczowe znaczenie”<sup>1</sup>.

Niewątpliwie internalizacja przekonań prozdrowotnych, uznanie ich za własne, sprzyja wyrabianiu w młodych ludziach przeświadczenia o odpowiedzialności za własne zdrowie i umiejętności rozumienia własnego organizmu. Należy również pamiętać, że nie tylko ludzie młodzi wymagają edukacji zdrowotnej. To również świat ludzi dorosłych otacza młodego człowieka i oddziałuje na jego poglądy i zachowania. System wartości, normy społeczne, wiedza i umiejętności w sferze promowania zdrowia decydują ostatecznie o kształcie tego oddziaływania.

Tradycyjne wychowanie dla zdrowia winno się koncentrować na sferach ludzkiego zachowania, kluczowych dla zwiększania lub zachowania biopsychospołecznej wydolności człowieka. Należą do nich: odżywianie, aktywność fizyczna, używki, higiena osobista, zdrowie psychiczne, życie w rodzinie, życie seksualne, przestrzeganie warunków bezpieczeństwa, ochrona środowiska. Wychowanie zdrowotne jest procesem długotrwałym i złożonym.



Schemat wychowania zdrowotnego

<sup>1</sup> E. Aronson, *Człowiek — istota społeczna*. PWN, Warszawa 1978.

Przygotowanie osób potrafiących pełnić rolę doradcy zdrowia, nauczyciela zdrowia, organizatora edukacji zdrowotnej stało się obecnie najpilniejszym zadaniem. Na edukację zdrowotną składają się działania różniące się zakresem, strategią przyjętą w postępowaniu, celami możliwymi do osiągnięcia. Jest w niej również miejsce na jednorazowe okazjonalne czynności, w postaci np. instruktazu zdrowotnego. Właśnie te poczynania występują dość często w pracy pielęgniarek.

Mimo że odgrywają one ważną i pozytywną rolę w informowaniu społeczeństwa o zagadnieniach zdrowia, nie są wystarczającą bazą dla wychowania zdrowotnego, procesu zajmującego centralne miejsce w edukacji zdrowotnej. Podstawę taką stwarza dopiero nauczanie zdrowia rozumiane jako proces pobudzający aktywność człowieka w sferach: poznawczej, emocjonalnej i motywacyjnej. Nabywanie przez ludzi wiedzy np. na temat zdrowego stylu życia, nie jest równoznaczne z tym, że postępują czy będą skłonni postępować zgodnie z posiadanymi informacjami. Oznacza to, że kształtowanie się przekonań motywujących człowieka do robienia rzeczy korzystnych dla swojego zdrowia nie odbywa się na zasadzie prostej zależności przyczynowo-skutkowej (nowa wiedza — pożądane postępowanie).

Problem polega na tym, co człowiek już wie i jak żyje, co wiedzieć powinien, ale nie jest przekonany, nie ma w sobie gotowości, nie potrafi zmienić czy skorygować swego postępowania.

Pielęgniarka powinna umieć rozpoznać stan rzeczy i wykorzystać wszelkie sposoby nauczania w procesie wychowania zdrowotnego.

Zdrowotna Edukacja Rówieśnicza w Medycznym Studium Zawodowym w Morawicy powstała w grudniu 1992 roku. Było to podczas I Wojewódzkiej Sesji Popularnonaukowej na temat „Zadania młodzieży w promowaniu zdrowia w szkole”. Przygotowała ją przede wszystkim młodzież pod okiem nauczycieli. Sesja miała charakter referatowo-warsztatowy, pozwoliła na integrację młodzieży szkół medycznych z województwa kieleckiego, omówiono wiele problemów i wyciągnięto wnioski. Od tamtej pory różne było tempo samokształcenia i świadomego włączania się nauczycieli do realizacji programu edukacji zdrowotnej. Najważniejsze, że wzrastała integracja młodzieży i nauczycieli.

Wspólnie uczyliśmy się nowych zadań, przeżywaliśmy niepokój przed pierwszymi zajęciami w środowisku, radość kiedy wypadały dobrze, zgromadziliśmy doświadczenia. Związane są one z poszukiwaniem rozwiązań organizacyjnych, przygotowaniem merytorycznym i metodycznym do prowadzenia edukacji, dokumentowaniem naszej działalności, pozyskiwaniem sojuszników i sponsorów, jak również ze zmianą podejścia do nowej koncepcji zdrowia i jego promocji.

Wprowadziliśmy styl pracy, który zapewnił nam ciągłość realizacji programu wychowania zdrowotnego. Określiliśmy sposób bieżącej pracy nauczycieli z młodzieżą. Młodzież jest zorganizowana w zespoły zajmujące się określoną tematyką, każdy zespół ma nauczyciela—konsultanta, a organizacją całości edukacji zajmuje się nauczyciel—koordynator. Odbywają się cykliczne spotkania młodzieży poświęcone bieżącym problemom i wymianie doświadczeń. Wszystkie radości, sukcesy są przeżywane



wspólnie. Widoczny jest wzrost aktywności młodzieży, jej samodzielność, entuzjazm, zaangażowanie i pasja w pracy. Wiele dziewcząt i chłopców odnalazło swoje miejsce w szkole i zmieniło swoje zachowanie.

- Nauczanie zdrowia miało miejsce podczas wielu spotkań zdrowotnych takich jak:
- Wojewódzki Zjazd Liderów Zdrowotnej Edukacji Rówieśniczej (zapoznanie z metodami pracy młodzieży ze szkół: wrocławskiej, warszawskiej; pogadanka Z. Cendrowskiego — Zdrowy Styl Życia);
  - Akcja „rzucić palenie razem z nami” (plakaty, broszury, filmy, konkursy, happeningi i mityngi antynikotynowe dla szkół podstawowych i średnich);
  - Obchody „Tygodnia dla serca” (przemarsz młodzieży ulicami miasta z transparentami i hasłami prozdrowotnymi, broszury, bieg po zdrowie z udziałem społeczności lokalnej, punkty mierzenia ciśnienia — bezpłatne dla ludności, scenariusze zajęć, plakaty);
  - Światowe Dni Walki z AIDS (pantomima, scenariusze zajęć, plakaty, filmy);
  - Zdrowy Styl Życia (film, broszury, scenariusz zajęć);
  - Pierwsza Pomoc (praca z fantomem, pogadanka, film, przezrocza);
  - Dnia 10 maja — Festyn zdrowia i radości (dla klas IV—V — pokaz ćwiczeń zapobiegającym wadom postawy; dla kl. VI—VIII — pierwsza pomoc w warunkach polowych, pantomima pt. „Tolerancja”);
  - Dnia 31 maja — „Sport i kultura wolne od dymu tytoniowego” (przemarsz ulicami miasta „od dziś moda na niepalenie”, zajęcia sportowe dla klas szkoły podstawowej, konkursy, plakaty, inscenizacja).

Liderki zdrowia w tej szkole dostosowują tematykę spotkań do zapotrzebowania zgłaszanego przez rówieśników. Nauczyciele są zawsze w pobliżu, jako konsultanci merytoryczni pomagają młodzieży we wszystkich problemach, młodzi ludzie zaś wielokrotnie przekraczają swoje możliwości, co pozwala na odślonięcie przed nimi nowych horyzontów wartościowego życia.

## PIŚMIENNICTWO

- Charońska E., Janus B., Szczepka M. 1993. *Nauczanie zdrowia* (materiały pomocnicze). CMDNŚSzM, Warszawa.
- Karski J. (red.). 1992. *Promocja zdrowia*. JGNIS, Warszawa.
- Wentlandtowa H. (red.). 1980. *Oświata zdrowotna*. PZWL, Warszawa.

Alina Deluga

Akademia Medyczna

Lublin

## POZASZKOLNE SPOTKANIA EDUKACYJNE Z MŁODZIEŻĄ WIEJSKĄ (dojrzewanie i wychowanie seksualne)

W Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej w Lublinie powstał Program Wychowania Zdrowotnego pod red. dr M. Charzyńskiej-Guli. Został on przetestowany przez studentów Wydziału Pielęgniarskiego w szkołach podstawowych, średnich i zawodowych na terenie województwa lubelskiego oraz prowadzony przez nauczycieli w około 400 szkołach w całej Polsce.

W gminie Wąwolnica, położonej niedaleko Lublina, w szkole podstawowej studenci w ramach praktyk prowadzą na podstawie tego programu lekcje z wychowania zdrowotnego. Zajęcia cieszą się dużym zainteresowaniem zarówno wśród dzieci, jak i nauczycieli. Przedstawiane treści nie wyczerpują jednak w pełni poruszanych zagadnień ze względu na małą liczbę godzin przeznaczonych na ich realizację, dlatego też powstała propozycja zorganizowania pozaszkolnych spotkań edukacyjnych. W ich przygotowaniu pomógł ksiądz katecheta, który udostępnił salę w domu parafialnym. Dało to możliwość nawiązania szerszej współpracy pomiędzy pracownikami Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego a tamtejszą młodzieżą. W spotkaniach uczestniczyła głównie młodzież z kl. VII i kl. VIII szkoły podstawowej w liczbie około 30 osób. Odbywały się one co 2—3 tygodnie. Pierwsze miały charakter luźnych rozmów i były poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie: *Jakie treści z wychowania zdrowotnego, które są realizowane na lekcjach w szkole, powinny zostać poszerzone lub uzupełnione?*

Młodzież zgłaszała swoje propozycje wypowiadając się wprost lub pisząc anonimowo na kartkach, często formułując je poprzez stawianie pytań. Ta wstępna diagnoza pokazała, że poziom wiedzy młodzieży o życiu prorodzinnym, seksualnym, własnej płciowości jest bardzo niski. Dlatego też na spotkaniach edukacyjnych podjęto realizację takich tematów jak:

- Higiena okresu dojrzewania,
- Przyjaźń, miłość w małżeństwie i rodzinie,
- Różnice w przeżywaniu płciowości przez dziewczynę i chłopca,
- Bódcze pobudzające psychoseksualną wrażliwość człowieka,
- Antykoncepcja i jej skutki dla zdrowia,
- Fazy w rozwoju miłości.

Zajęcia były prowadzone w formie pogadanki, wykładu, pracy w małych grupach. Najlepszą z wymienionych okazała się praca w małych grupach, która umożliwiła stworzenie odpowiedniej bezpiecznej atmosfery, bardzo potrzebnej do prowadzenia spotkań o takiej tematyce. Młodzież dyskutując ustalała odpowiedzi na zadane pytania lub problemy, które następnie przedstawiała osobie prowadzącej. Opowiadała również o swoich trudnościach jakie obecnie przeżywa. Ta współpraca dała możliwość konfrontacji wiedzy i wymiany doświadczeń nt. rozwoju seksualnego. Pokazała też, że brak jest kompetentnych osób, które mogłyby służyć radą i pomocą w tym zakresie. Zdaniem młodzieży ani nauczyciele, ani rodzice nie spełniają dobrze tej roli. Świadczą o tym między innymi takie wypowiedzi jak:

*„... rodzice nigdy nie mają dla nas czasu, całe dni tylko pracują”,*

*„...nie interesują ich nasze problemy”,*

*„...mój ojciec to w ogóle nie rozmawia ze mną na takie tematy, zresztą nigdy nie ma go w domu”,*

*„...nauczycielom to nie warto nic mówić, bo zaraz o tym będzie wiedziała cała Wąwolnica”,*

*„...za mało jest takich lekcji w szkole, na których można byłoby swobodnie porozmawiać o tych sprawach”.*

Opinie te nie są odosobnione. Wyniki raportu z badań nad edukacją prorodzinną, seksualną i promocją zdrowia w polskich szkołach — które zostały przeprowadzone w latach 1994—1995 za aprobatą i poparciem MEN — pokazują, że:

*„według samooceny nauczycieli — 60% przypisuje tak sobie, jak i kolegom brak kwalifikacji do wykonywania zadań programowych. Ich zdaniem rodzice przerzucają cały ciężar edukacji prorodzinnej i seksualnej, może mniej prozdrowotnej na szkołę.*

*Do odpowiedzialności poczuwa się jedna trzecia rodziców...Tylko 27% matek czuje się w pełni odpowiedzialnymi za przygotowanie swoich córek do życia w rodzinie, a 15% za ich wychowanie seksualne — tylko 5% ojców rozmawia na ten temat z synami”<sup>1</sup>.*

Na taki stan składa się między innymi brak umiejętności wychowawczych, brak dialogu między młodszym i starszym pokoleniem, niski poziom wiedzy rodziców. Dlatego należy szukać rozwiązań, które wspierałyby trudny i odpowiedzialny proces wychowawczy. Pozaszkolne spotkania edukacyjne dały możliwość zweryfikowania treści zaplanowanych w programie wychowania zdrowotnego. Zauważono, że pewne jednostki tematyczne, które są przeznaczone do realizacji w kl.I szkoły średniej, można było przeprowadzić już w kl. VII szkoły podstawowej. Potwierdza to dużą elastyczność programu i możliwość dokonywania przesunięć w zaplanowanych treściach z uwzględnieniem przekazu takich informacji, które są proporcjonalne do etapu rozwojowego młodzieży.

Zadaniem tego typu spotkań jest jedynie pomoc i wspieranie rodziców w spełnianiu ich fundamentalnego prawa — obowiązku do wychowania własnych dzieci.

<sup>1</sup> Cyt. za: Streszczenie raportu z badań nad edukacją prorodzinną, seksualną i promocją zdrowia (seksualnego) w polskich szkołach w roku 1994/1995. (W:) Lider 1995, 11, 7.



„Okres dojrzewania, który stanowi etap początkowy młodości jest momentem, w którym człowiek odkrywa sam siebie. Budzi się wtedy uczucie miłości oraz naturalny popęd seksualny, rozpala się pragnienie nawiązywania kontaktów społecznych... Często jest to także wiek pytań, niespokojnych poszukiwań, odpowiedzi..., wiek pewnego rodzaju nieufności wobec innych...”<sup>2</sup>.

Ważne by towarzyszyć młodym w tym czasie, dlatego w celu nawiązania współpracy z rodzicami przekazano im list informujący o treściach przeprowadzonych zajęć.

Pozaszkolne spotkania edukacyjne z młodzieżą wiejską pokazały, że o pewnych swoich problemach i trudnościach młodzi ludzie są w stanie rozmawiać nie na lekcjach w szkole i nie w obecności znającego ich nauczyciela. Wymagają one zatem kontynuacji i uzupełniania całego procesu wychowania seksualnego.

---

<sup>2</sup> Cyt. za: Ludzka Płciowość: Prawda i Znaczenie. Papieska Rada ds. Świeckich. Łomianki 1996, 87, 41.



## OPINIA DZIEWCZĄT NA TEMAT ZWIĄZKÓW ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH MATKI ZE ZDROWIEM DZIECKA

„Niedaleko pada jabłko od jabłoni”, w tym znanym powszechnie powiedzeniu wydaje się być zawarty cały sens oddziaływań i przejmowania zachowań zdrowotnych matki przez córkę, również potencjalnie przyszłą matkę. Wiąż matki i córki, zwłaszcza w początkowym okresie życia, kiedy kształtują się podstawowe umiejętności życia, jest zdominowana autorytetem matki, który potem przejmie nauczyciel, trener, kolega, katecheta, ale także gwiazda filmowa czy idol ulubionej muzyki młodzieżowej. Prawo pierwszych połączeń wyciska jednak najsilniejsze piętno w naszej świadomości (Dyoniziak i wsp. 1994, Minkiewicz 1995, Robacha 1995). Autorów pracy interesuje na ile matka stanie się tym obiektem, którego zachowania zdrowotne córka zinternalizuje, a nie tylko im ulegnie. Jednakże często matka, mimo najlepszych chęci, przekazuje córce złe nawyki, ponieważ są one jej własnymi, wynikającymi z kulturowych lub rodzinnych tradycji, czy też nierzadko są efektem niewiedzy, zwykłego zaniedbania, a nawet po prostu lenistwa.

### **Cel pracy**

1. Ocena zachowań zdrowotnych matki, widzianych oczyma córki.
2. Wskazanie podobieństw i różnic w zachowaniach zdrowotnych córki i matki.
3. Przedstawienie opinii dziewcząt o wpływie matki na ich zdrowie.

### **Materiał badań**

Badaniami ankietowymi objęto grupę 150 uczennic VII klas szkół podstawowych Wrocławia. Wytypowano trzy różne szkoły podstawowe, kierując się prawdopodobnym zróżnicowaniem statusu ekonomicznego dziewcząt do nich uczęszczających. Były to: typowa szkoła publiczna z centrum miasta, szkoła znajdująca się na osiedlu przy-



zakładowym i wreszcie szkoła społeczna w dzielnicy willowej, o wysokim standardzie życia mieszkańców. Dziewczęta odpowiadały na pytania dotyczące nawyków żywieniowych matki, jej aktywności fizycznej, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosunku do córki. Wydawały także opinie o własnych preferencjach w tych dziedzinach, a jednocześnie oceniały, które z nawyków matki korzystnie, a które niekorzystnie wpływają na ich zdrowie. Ostatnia grupa pytań dotyczyła opinii w jakich sferach życia córka chciałaby identyfikować się z matką i ją naśladować, czy jest ona w jakiegokolwiek dziedzinie dla niej autorytetem. Uzyskano także informacje o poziomie wykształcenia matek i statusu ekonomicznego rodziny.

### Omówienie wyników badań

Analiza uzyskanych wypowiedzi pozwoliła na wyróżnienie trzech modeli zachowań zdrowotnych matek w oczach córek, rzutujących jednocześnie na interakcje między matką a córką. Tak się składa, że odpowiadają one założonemu (a priori) podziałowi środowisk. Okazuje się, że wypowiedzi dziewcząt w obrębie poszczególnych szkół są wysoce zbieżne, a jednocześnie istotnie różne pomiędzy tymi środowiskami (szkołami). Charakterystyki tych grup przedstawiono na ryc. 1, 2, 3.

**Model I** — szkoła społeczna (ryc. 1) — godny podkreślenia jest w tej grupie wysoki standard życia. W wypowiedziach córek zwraca uwagę fakt, że stać je na wyrażenie własnego zdania i pewną dozę krytycyzmu w stosunku do matki. „Mama ciągle gdzieś się śpieszy i bez przerwy odchudza, a tak w ogóle to nie jest moim ideałem” — powie jedna z dziewcząt, o swojej matce.

**Model II** — szkoła publiczna w centrum miasta (ryc. 2) — dziewczęta podkreślają, że ich matki są na etapie dokonywania wyborów za nie we wszystkich dziedzinach życia, ale nieśmiało zaczynają oceniać zachowania zdrowotne matki. „Mama jest bardzo fajna, ale ciągle przypomina o nauce, żeby mieć lepsze życie od niej” — mówi z kolei jedna z dziewcząt w tej szkole.

**Model III** — (szkoła publiczna, mieszcząca się na peryferiach miasta, niedaleko zakładu przemysłowego, w którym zatrudnieni są przeważnie ojcowie rodziny), 23% matek nie pracuje, 26% matek ma tylko wykształcenie podstawowe. „Mama jest bardzo dobra dla mnie i mojego rodzeństwa, ale jak dorosnę, chciałabym wyglądać jak piosenkarka Madonna”.

### Dyskusja

Trzy szkoły, trzy modele, a jednak występują cechy wspólne, dotyczące zresztą **nieprawidłowych zachowań zdrowotnych matek** w opinii córek. Należą do nich palenie papierosów, co potwierdzają inni autorzy, tacy jak: Robacha 1995, Trawińska 1995, Wilk i Lisicki 1995, a także **umiejętność radzenia sobie ze stresem** (w każ-

**MATKA**

- średnia wieku — 40,5 roku
  - czynna zawodowo — 100%
  - dobrze sytuowana — 100%
  - wykształcenie wyższe 65%
  - średnie 35%
  - dwoje dzieci — 81%
- czyta — „Politykę”, „Wprost”, „Playboy'a”, „Twój Styl”

**Matka w oczach córki****Córka — samoocena****zabrania**

- późnego wracania do domu (46%)
- oglądania TV (30%)

**złe nawyki**

- palenie papierosów (57%)
- ciągłe diety odchudzające (45%)
- nerwowość

**dobre nawyki**

- gimnastykowanie się (85%)
- ograniczone spożycie alkoholu (52%)

**sposób żywienia**

- dba o linię (76%)
- (sauna, siłownia, salon masażu)

**wypoczynek**

- organizuje czynny odpoczynek dla rodziny (54%)
- (jazda konna, windsurfing, tenis, jazda na rowerze, jazda na nartach)

**sytuacje stresowe**

- zapala papierosa (43%)
- pije drinka (19%)

**matka jest dla mnie ideałem pod względem:**

- wyglądu (30%)
- wykonywanego zawodu (30%)
- wcale (27%)

**Przejęłam od matki**

- nieregularne spożywanie posiłków (23%)
- nerwowość (17%)
- gimnastykowanie się (85%)
- dbanie o wygląd (84%)

- żywię się tak samo jak matka (50%)
- preferuję wegetarianizm (15%) (za zgodą matki)

- preferuję biernie spędzanie wolnego czasu (73%) (słuchanie muzyki, rozmowy z koleżankami)

- kłóczę się z matką (42%)
- płaczę (23%)

Ryc. 1. Model I



**MATKA**

- średnia wieku — 38,2 roku
- czynna zawodowo — 100%
- wykształcenie wyższe 58%
- średnie 26%, zawodowe 58%
- dwoje dzieci — 51%, troje i więcej 32%
- czyta — „Poradnik Domowy”, „Przyjaciółkę”, „Zwierciadło”

**Matka w oczach córki****zabrania**

- późnego wracania do domu (29%)
- późnego udawania się na spoczynek (32%)

**złe nawyki**

- palenie papierosów (87%)
- jądanie słodyczy (86%)
- czas wolny spędza przy TV (85%)

**dobre nawyki**

- wyjazdy na łono natury (93%)
- jądanie surówek (89%)
- odpowiednia ilość snu (89%)

**sposób żywienia**

- jada zbyt dużo mięsa (23%)
- jada zbyt dużo słodyczy (23%)

**wypoczynek**

- organizuje czynny wypoczynek dla rodziny (83%) (wycieczki rowerowe, wędrówki piesze, spacer po parku)

**sytuacje stresowe**

- sięga po papierosa (54%)
- kładzie się (25%)

**Córka — samoocena****matka jest dla mnie ideałem pod względem:**

- traktowania dzieci (51%)
- wcale (27%)

**Przejęłam od matki**

- spożywanie dużej ilości słodyczy (38%)
- odpoczywanie przy TV (38%)
- częste przebywanie na świeżym powietrzu (87%)

- żywię się tak identycznie jak matka (87%)
- preferuję wegetarianizm pomimo sprzeciwu matki (3%)

- gdy to ode mnie zależy, preferuję bierne spędzanie wolnego czasu (72%) (odwiedzanie koleżanek)

- kłócę się z matką (51%)
- płaczę (45%)

Ryc. 2. Model II



**MATKA**

- średnia wieku — 40,5 roku
- czynna zawodowo — 74%
- wykształcenie wyższe 6%
- średnie 23%, zawodowe 45%, podstawowe 26%
- troje i więcej — 61%
- czyta — „Panią domu”, „Halo”,  
„Życie na gorąco”

**Matka w oczach córki****Córka — samoocena****zabrania**

- oddalania się od domu (42%)
- późnego udawania się na spoczynek (42%)

**matka jest dla mnie ideałem pod względem:**

- traktowania dzieci (58%)
- wcale (6%)

**złe nawyki**

- palenie papierosów (38%)
- tłuste jedzenie (36%)
- picie kawy (37%)

**Przejęłam od matki**

- objadanie się (51%)
- krzykliwość (31%)
- dbałość o czystość mieszkania (90%)
- umiejętność dobrego gotowania (91%)

**dobre nawyki**

- picie mleka (96%)
- sprzątanie mieszkania (95%)

**sposób żywienia**

- nadwaga (67%) (spożywanie dużej ilości mięsa i ciast)

- żywię się tak identycznie jak matka (90%)
- też mam nadwagę z winy mamy (41%)

**wypoczynek**

- organizuje czynny wypoczynek dla rodziny (83%) (grzybobranie, majówka, wyjazd do lasu i nad wodę)

- gdy to ode mnie zależy, preferuję biernie spędzanie wolnego czasu (75%) (odwiedzanie koleżanek)

**sytuacje stresowe**

- sięga po papierosa (35%)
- kładzie się (28%)

- kłóczę się z matką (25%)
- płaczę (29%)

Ryc. 3. Model III

dym modelu matka sięga w trudnej sytuacji po papierosa). Jeśli chodzi o zachowania dziewcząt w ich własnej ocenie, to w każdym modelu jest preferowane **biernie spędzanie wolnego czasu** (co być może wiąże się z awersją do aktywności fizycznej w okresie pokwitania), a także pojawia się nieumiejętność radzenia sobie ze stresem (najwyraźniej problem ogólnospołeczny).

**Różnice** dotyczą przede wszystkim samych zachowań zdrowotnych oraz stosunków matki i córki. Inny jest także sposób dokonywania ocen przez córki. Córka z **I modelu** potrafi już sama definiować własne problemy (matka zostawia jej pewną swobodę wyboru, być może związaną z brakiem czasu). Matki z tej grupy realizują się zawodowo i nie ograniczają swoich ambicji życiowych do macierzyństwa (co nazbyt często charakteryzuje matki z modelu III — 61% ma troje i więcej dzieci — o bardzo tradycyjnym podejściu do rodziny). W tej też grupie córki najczęściej potrafią formułować pretensje i zarzuty oraz polemizować z matką.

Córka z **modelu II** jest jeszcze na etapie ulegania zachowaniom matki, niewiele dziewcząt potrafi formułować krytyczne oceny.

**Model III** — córka najczęściej biernie przejmuję nawyki matki, nie potrafi jeszcze definiować własnych problemów, tradycyjnie uważa, że matka ma zawsze rację, a jednak instynktownie wzorców zachowania poszukuje poza domem.

We wszystkich modelach pojawiają się jednak wpływy propagowania wiedzy dotyczącej np. nikotyny czy żywienia (jak widać nie zawsze zbieżne z preferencjami domu rodzinnego), w których wyraźnie widać zasięg edukacji zdrowotnej prowadzonej przez media czy szkołę. Różnice charakteryzujące poszczególne modele wskazują na konieczność odmiennego podejścia do promocji zdrowia. Ze względu na posiadaną już wiedzę, a także — co wyraźnie wynika z opinii dziewcząt — również kondycję ekonomiczną. Wyniki badań obligują do podkreślenia, że problem numer jeden obok nikotyny jest we wszystkich środowiskach, związana ze sferą psychiczną, niemożność dostosowania się do sytuacji trudnych. W tym kierunku powinny pójść działania przede wszystkim edukacyjne. Problem ten dotyczy zarówno matek, jak i córek (w opinii córek). Odejście od dydaktyzmu na korzyść metod aktywizujących nie tylko córki, lecz również matki ma szanse odnieść większy skutek, niż sama edukacja zdrowotna (Minkiewicz 1995, Słońska 1985, 1992, Woynarowska 1991).

### Wnioski

1. Status zawodowy i ekonomiczny matki w dużej mierze wpływa na internalizację zachowań zdrowotnych przez córkę.
2. W środowiskach o niskim poziomie wykształcenia rolę wzorców przejmują media i grupy rówieśnicze.
3. W środowiskach o wysokim statusie ekonomicznym córka często identyfikuje się z postawami i zachowaniami matki.
4. Istnieje potrzeba indywidualizacji programów promujących zdrowie w zależności od typu środowiska lokalnego.

## PIŚMIENNICTWO

- Dyoniziak R., Iwanicka K., Karwińska A., Pucek Z. 1994. *Społeczeństwo w procesie zmian*. Zarys socjologii ogólnej. Kraków.
- Minkiewicz Z. 1995. *Psychospołeczne aspekty kształtowania postaw prozdrowotnych i sportowych młodzieży*. Pamiętniki Krajowego Sympozjum „Być zdrowym i szczęśliwym w rodzinie”. Łódź.
- Robacha J. 1995. *Zachowania prozdrowotne i własne zdrowie w autoocenie uczniów szkół państwowych i społecznych*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 1.
- Słońska Z. 1989. *Ocena aktualnego stanu wiedzy przekazywanej w szkołach nt. właściwych zachowań zdrowotnych i stopnia jej percepcji*. Kultura Fizyczna, 11—12.
- Słońska Z. 1992. *Modele edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*. Lider, 7—8.
- Trawińska M. 1995. *Wychowanie prorodzinne i seksualne w szkole polskiej (raport z badań)*. Lider, 11.
- Wilk B., Lisicki T. 1995. *Z badań nad postawami prozdrowotnymi uczniów Trójmiasta*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 5.
- Wojnarowska B. 1991. *Aktualne tendencje w edukacji zdrowotnej w rozwiniętych krajach Europy i w Polsce*. Kultura Fizyczna, 11—12.





***Helena Popławska, Elżbieta Huk-Wieliczuk***

Instytut Wychowania Fizycznego i Sportu  
Biała Podlaska

## NAUCZYCIEL WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WOBEC PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH W SZKOLE

### Wstęp

Wychowanie zdrowotne to wszechstronna działalność wychowawcza, kształtująca prawidłowo osobowość ucznia oraz jego postawę wobec zdrowia i kultury zdrowotnej. Obok rodziny wiodącą rolę w tym zakresie powinna pełnić szkoła. Warunkiem koniecznym do promowania zdrowia w szkole jest dobre przygotowanie metodyczne i merytoryczne nauczycieli, w tym nauczycieli wychowania fizycznego. Ta grupa pedagogów kojarzona jest głównie z rywalizacją sportową lub w najlepszym przypadku ze szkolnym wychowaniem fizycznym. Ruch, będąc jednym z najdoskonalszych leków natury, działa tylko wtedy efektywnie, jeśli jest skojarzony z pozostałymi czynnikami zdrowego życia (Krawański 1996). Nauczyciel swoją postawą, prezentowanym sposobem myślenia powinien zachęcać do naśladownictwa, prowokować do pytań, rozstrzygać kwestie szczegółowe, wymagające wiedzy o uwarunkowaniach zdrowia. Jedynie posiadając rzetelną wiedzę merytoryczną można wpajać zagadnienia zdrowotne w sposób prawidłowy i skuteczny (Osińska 1996).

Wydawało się celowe ocenienie stanu wiedzy przyszłych nauczycieli — studentów III roku Instytutu Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej o HIV/AIDS. Również przeanalizowano kwestie dotyczące ich uświadomienia seksualnego i stosunku do rozpowszechniania w środkach masowego przekazu zagadnień seksualnych i pornografii.

### Material i metody

Badaniami ankietowymi objęto 153 studentów III roku Instytutu Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej, w wieku 21—30 lat. Analizując zagadnienia uświadomienia seksualnego przebadano oddzielnie grupę studentów (98 osób) i studentek (55 osób). Badania przeprowadzono w kwietniu 1995 r.

Do oceny stanu wiedzy studentów o HIV/AIDS zastosowano ankietę National Health Interview Survey—AIDS Knowledge and Attitudes, używaną przez U. S. Public Health Servis, natomiast zagadnienia dotyczące uświadomienia seksualnego ba-

danych zostały przeanalizowane poprzez zastosowanie kwestionariusza, który został opracowany przez pracowników Samodzielnego Zakładu Promowania Zdrowia Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach. Oba kwestionariusze, przeznaczone do wypełnienia audytoryjnego, zawierały na wstępie instrukcję zapewniającą uczestników o anonimowości badań.

### Wyniki badań

W ostatnim okresie obserwujemy gwałtowne upowszechnianie praktycznych zaleceń promocji zdrowia, a stało się to za przyczyną pojawienia się w osiemdziesiątych latach pandemii zakażeń HIV. Jedynie w pełni doinformowane społeczeństwo jest w stanie skutecznie walczyć z każdą chorobą, w tym także z zakażeniem HIV. Przedstawione w 1993 roku na Międzynarodowym Kongresie na temat AIDS w Berlinie zbiorcze wyniki badań wskazują, że wiedzę o HIV/AIDS większości młodzieży w Polsce można uznać za zadowalającą, choć nie zwalnia to z obowiązku stałego poszerzania jej i uzupełniania (Doleżał 1995). Potwierdzają to także badania przeprowadzone na studentach Instytutu Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej.

Studenci udzielili odpowiedzi na 11 pytań dotyczących ogólnej wiedzy o HIV/AIDS (tab. 1). Stan wiedzy badanych był zadowalający. Wszyscy ankietowani wiedzą, że AIDS jest chorobą wywołaną przez wirus (100%), że wirus HIV niszczy mechanizmy odpornościowe organizmu (90%), że osoba chora może zarazić tym wirusem zdrową osobę podczas stosunku płciowego (100%), że kobieta w ciąży zakażona wirusem HIV może zarazić tym wirusem płód (99%). Najniższy odsetek prawidłowych odpowiedzi dotyczył pytania: czy wirus AIDS może atakować mózg? Otrzymało tylko 16% prawidłowych odpowiedzi.

Tabela 1. Ogólna wiedza studentów o HIV/AIDS

Wyszczególnienie	% odpowiedzi n = 153		
	prawda	falsz	nie wiem
1. AIDS jest chorobą wywołaną przez wirus	100	—	—
2. AIDS może zniszczyć mechanizm odporności organizmu przeciwko chorobom zakaźnym i nowotworowym	90	10	—
3. Wirus AIDS może atakować mózg	16	54	30
4. Człowiek może być zakażony wirusem AIDS i nie chorować	95	5	—
5. Można tylko po wyglądzie człowieka stwierdzić, że jest on chory na AIDS	20	77	3
6. Każda zakażona wirusem HIV osoba może zarazić zdrową osobę podczas stosunku płciowego	100	—	—
7. Kobieta w ciąży zakażona wirusem HIV może tym wirusem zarazić płód	99	1	—
8. Istnieje już szczepionka zapobiegająca zakażeniu wirusem HIV, do powszechnego zastosowania	25	70	5
9. Nie ma skutecznych sposobów leczenia chorych na AIDS do chwili obecnej	81	19	—



Tabela 2 dotyczy wiedzy studentów o drogach szerzenia się AIDS. Zdecydowana większość badanych wie, że wirusem HIV można się zarazić poprzez transfuzję krwi (96%), używając wspólnych igieł i strzykawek (100%) oraz przez stosunki płciowe z chorym na AIDS (100%). Pewne wątpliwości u ankietowanych budziły stwierdzenia dotyczące możliwości zakażenia się wirusem pracując z osobą chorą na AIDS (18%), korzystając z toalety publicznej (10%), poprzez kichanie i kaszel chorego na AIDS (11%), a 32% studentów dopuściło możliwość zakażenia się wirusem HIV przez wymianę śliny w czasie głębokiego pocałunku. Jak wiadomo, wirus HIV może się przemieszczać za pośrednictwem śliny, ale jego ilość w niej jest mała i w ślinie wirus ten nie rozmnaża się, a zatem ginie. Jeśli nie dostanie się do krwi, zakażenie nie występuje.

Tabela 2. Wiedza studentów o drogach szerzenia się AIDS

Wyszczególnienie	% odpowiedzi n = 153		
	prawda	falsz	nie wiem
1. Przez transfuzję krwi	96	4	—
2. Oddając krew	68	32	—
3. Pracując z osobą chorą na AIDS	18	80	2
4. Jedząc posiłek przygotowany przez chorego na AIDS	8	89	3
5. Przez wymianę śliny w czasie głębokiego pocałunku	32	60	18
6. Podając rękę lub dotykając chorego na AIDS	2	98	—
7. Korzystając z publicznej toalety	10	88	2
8. Używając igieł i strzykawek do wstrzykiwania narkotyków wspólnie z chorym na AIDS	100	—	—
9. Całując w policzek chorego na AIDS	2	98	—
10. Poprzez kichanie lub kaszel chorego na AIDS	11	80	9
11. Uczęszczając do szkoły razem z chorym na AIDS	2	98	—
12. Poprzez ukłucie komarów lub innych owadów	5	90	5
13. Poprzez kontakt ze zwierzętami domowymi lub dzikimi	28	70	2
14. Poprzez stosunki płciowe z chorym na AIDS	100	—	—

Epidemia choroby AIDS przyczyniła się do wzrostu zainteresowania badaniami zachowań seksualnych młodych ludzi (Izdebski 1992, Lew-Starowicz 1994). W edukacji seksualnej uczniów, która stanowi część wychowania prozdrowotnego w szkole, istotną rolę powinien odgrywać nauczyciel posiadający dogłębną merytoryczną wiedzę o wybranych zagadnieniach z życia seksualnego.

W tabeli 3 zawarta jest informacja o źródłach uświadczenia seksualnego przebadanej grupy dziewcząt i chłopców. Obie ankietowane grupy uzyskiwały swą wiedzę o zachowaniach seksualnych głównie poprzez oglądanie filmów i czytanie różnego rodzaju czasopism. Mniejszą rolę przypisano rodzicom i nauczycielom (15—16%). Otrzymane wyniki wskazują na potrzebę zwiększonej realizacji tych zagadnień przez nauczyciela w szkole. Nie każdy nauczyciel posiada odpowiednią wiedzę fachową w tym zakresie. Sądzymy, że studenci kończący Akademię Wychowania Fizycznego powinni posiadać kompetencje w realizacji zagadnień uświadczenia seksualnego w swej przyszłej pracy.

Tabela 3. Źródła uświadomienia seksualnego przebadanych studentów (w procentach)

Wyszczególnienie	Mężczyźni	Kobiety
Rodzice	15	18
Nauczyciele	15	14
Koledzy/koleżanki	30	31
Wydawnictwa, filmy	40	37

Kolejnym analizowanym problemem był wiek inicjacji seksualnej studentów. Większość badanych odbyła swój pierwszy stosunek płciowy między 15 a 19 rokiem życia (mężczyźni — 45%, kobiety — 32%). Wcześniej tę najpełniejszą formę aktywności seksualnej mieli tylko za sobą nieliczni mężczyźni (5%).

Czym kierowali się młodzi ludzie podejmując współżycie płciowe? Za dominujące w tym zakresie należy uznać: silne podniecenie (mężczyźni — 45%, kobiety — 33%), z ciekawości (24% mężczyźni, kobiety — 16%), za namową partnerki (mężczyźni — 11%, kobiety — 14%). Należy zaznaczyć, że 24% studentek i tylko 11% studentów rozpoczęło życie seksualne z innych powodów, podając jako główny motyw — miłość.

Zróżnicowane jest podejście badanych do stosowanych obecnie metod zapobiegania ciąży. Większość mężczyzn używa prezerwatyw (40%), a tylko 13% kobiet próbuje tę formę antykoncepcji. Fakt stosowania prezerwatywy ma olbrzymie znaczenie, ponieważ oprócz zagrożenia niepożądaną ciążą pojawiło się zagrożenie ze strony AIDS. Studenci mając dużą wiedzę na temat tej choroby (przedstawione w pracy wyniki badań) winni preferować tę metodę antykoncepcji. Znaczna część badanych stosowała sposoby bardzo niepewne — stosunek przerywany i metody naturalne (tab. 4).

Tabela 4. Stosowane metody zapobiegania ciąży przez badane osoby (w procentach)

Wyszczególnienie	Mężczyźni	Kobiety
1. Metody naturalne	16	35
2. Stosunek przerywany	31	36
3. Tabletki antykoncepcyjne doustne	1	6
4. Spirala wewnątrzmaciczna	1	1
5. Prezerwatywa	40	13
6. Środki dopochwowe	5	9
7. Nie stosuję żadnych, bo nie dbam o to	6	—

Badani studenci są za rozpowszechnianiem zagadnień seksualnych oraz pornografii, ale tylko wśród dorosłych w środkach masowego przekazu (tab. 5). Przeciwni są pokazywaniu zgwałceń i orgii seksualnych (mężczyźni — 27%, kobiety — 38%) oraz zachowań zboczonych (odpowiednio 33% i 36%). Analizując stosunek badanych do pornografii, zarówno mężczyźni, jak i kobiety są za zakazem poruszania w mediach problemów pedofilii i gwałtu oraz tematyki związanej z okrucieństwem.

Tabela 5. Stosunek studentów do rozpowszechniania zagadnień seksualnych i pornografii w środkach masowego przekazu (w procentach)

Wyszczególnienie	Mężczyźni	Kobiety
<b>Zagadnienia seksualne</b>		
1. Powinien obowiązywać zakaz pokazywania seksu	1	1
2. Nie powinno być żadnych ograniczeń w pokazywaniu seksu	16	6
3. Można pokazywać nagie ciało, ale bez narządów płciowych	11	8
4. Nie należy pokazywać stosunków płciowych	12	11
5. Nie należy pokazywać zgwałceń i orgii seksualnych	27	38
6. Nie należy pokazywać zachowań zboczonych	33	36
<b>Pornografia</b>		
1. Dopuszczona do obrotu, ale dla osób dorosłych	35	35
2. Dopuszczona do obrotu, ale z zakazem dla tematyki pedofilnej	26	20
3. Dopuszczona do obrotu, ale z zakazem dla tematyki gwałcicielskiej	19	21
4. Dopuszczona do obrotu, ale z zakazem dla okrucieństwa	20	24

### Wnioski

1. Badani studenci wykazali się dobrą znajomością zespołu objawów chorobowych AIDS i podstawowych dróg jego szerzenia się.
2. Ogólny poziom uświadomienia seksualnego w badanych grupach należy uznać za zadowalający.
3. Na podstawie przeanalizowanego materiału badawczego należy stwierdzić, że ankietowana grupa młodzieży wykazuje przygotowanie do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole.
4. Studenci jako przyszli nauczyciele powinni zwrócić większą uwagę na współpracę z rodzicami w uświadomieniu seksualnym dzieci i młodzieży.

### PIŚMIENNICTWO

- Doleżał M. 1995. *Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS w świetle założeń holistycznego systemu „Promocja zdrowia”*. Styl życia a zdrowie. Polskie Towarzystwo Pedagogiczne, Olsztyn.
- Izdębski Z. 1992. *Seksualizm młodzieży (chłopcy)*. Relacje z badań. Kultura Fizyczna, 1—2.
- Krawański A. 1996. *Nauczyciel wf. w procesie społecznej edukacji prozdrowotnej*. Kultura Fizyczna i Zdrowotna, 2.
- Lew-Starowicz Z. 1994. *AIDS i zachowania seksualne*. Relacje z badań. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2.
- Osińska B. 1996. *Przygotowanie nauczycieli do promowania zdrowia*. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2.





***Anna Skarpańska-Stejnborn***

Instytut Wychowania Fizycznego  
Gorzów Wielkopolski

## ZNAJOMOŚĆ ZASAD PRAWDLIWEGO ŻYWIENIA PRZEZ UCZNIÓW KOŃCZĄCYCH SZKOŁĘ PODSTAWOWĄ

### Wprowadzenie

Żywnienie jest ważnym elementem w życiu każdego człowieka. Na sposób żywienia człowieka ma wpływ wiele czynników, z których za najważniejszy uważa się rodzinę (Narojek 1995). Złe nawyki żywieniowe powodują, że przeciętny Polak odżywia się nieprawidłowo, a choroby powstałe na tle wadliwego żywienia są szeroko rozpowszechnione w naszym kraju (Sikorska 1993, Gibiński 1986). Zdaniem Bożkowej i wsp. (1989) wynika to zapewne z niedostatecznej wiedzy na temat racjonalnego odżywiania oraz konsekwencji wynikających z takiego postępowania.

Edukację żywieniową powinno się prowadzić już od najmłodszych lat, nie tylko ze względu na szczególne znaczenie żywienia w tym okresie, ale także z uwagi na podatność na nowe wzorce żywieniowe.

W polskim szkolnictwie ogólnokształcącym nauka o żywieniu jest realizowana na ogół w ramach dwóch przedmiotów: biologii i zajęć praktyczno-technicznych; kończy się w ósmej klasie. Nauka o żywieniu jest prowadzona na lekcjach biologii w klasach IV i VII. Program obejmuje następujące zagadnienia: składniki pokarmowe ich znaczenie i wartość odżywcza, przechowywanie i przygotowanie posiłków, przyczyny i skutki niewłaściwego odżywiania. Dodatkowo w klasie VII omawia się trawienie i wchłanianie pokarmów. Nauka o żywieniu jest przewidziana na zajęciach praktyczno-technicznych w programie klasy VI. Uczeń oprócz wiadomości o produktach spożywczych i potrzebach pokarmowych człowieka powinien także umieć zaplanować jadłospis, przygotować niektóre posiłki (kanapki, naleśniki, koktajle, sałatki, ciasta) oraz nakryć do stołu.

Wzorce prawidłowego żywienia uczeń powinien także poznać poprzez stołówkę i sklepik szkolny. Jednak z badań Ignar-Golinowskiej (1995) wynika, że w sklepikach szkolnych oferowano głównie ciastka i słodczyce, rzadziej pieczywo czy gotowe kanapki, a tylko w niektórych szkołach można było zakupić owoce. Z żywienia zbiorowego w stołówkach szkolnych korzystało niewielu uczniów, a w niektórych szkołach, jak wykazały ww. badania, nie było nawet pomieszczeń przeznaczonych do tego celu.

Zamierzeniem autorki niniejszej pracy była ocena znajomości zasad prawidłowego żywienia przez uczniów kończących szkołę podstawową.

### Material i metoda

Badaniami przeprowadzonymi wiosną 1996 roku objęto 165 uczniów klas ósmych gorzowskich szkół (wybrano losowo po jednej klasie ze szkoły). W badaniach zastosowano samodzielnie skonstruowaną anonimową ankietę audytoryjną. Pytania ankiety dotyczyły: część I — danych socjalno-bytowych oraz nawyków i umiejętności żywieniowych uczniów, część II stanowił test wiadomości o żywieniu, opracowany na podstawie analizy programów nauczania z zakresu różnych przedmiotów szkoły podstawowej. Za każdą poprawną odpowiedź uczeń mógł uzyskać jeden punkt (maksymalna liczba punktów wynosiła 19). Poszczególne osoby oceniano według sześciostopniowej skali: 19—18 punktów — ocena celująca, 17—16 — bardzo dobra, 15—14 dobra, 13—12 — dostateczna, 11—10 — mierna, 9 i mniej — niedostateczna.

W niniejszej pracy wykorzystano część materiału ankietowego dotyczącą poziomu umiejętności i wiedzy uczniów z zakresu żywienia oraz źródeł wiedzy o żywieniu. W opracowaniu wyników badań uwzględniono wartości procentowe, średnie arytmetyczne oraz istotność różnic między średnimi. Analizy statystycznej dokonano na poziomach istotności \* $p \leq 0,05$  oraz \*\* $p \leq 0,01$ .

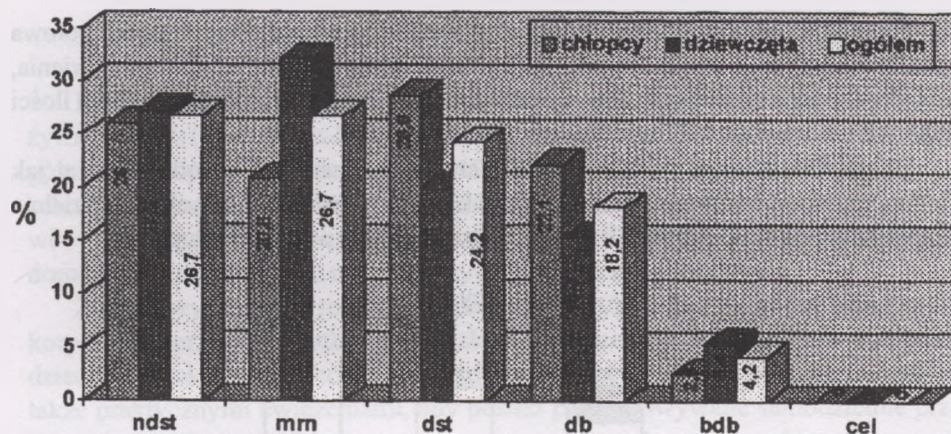
### Wyniki

W teście wiedzy o żywieniu badani ogółem uzyskali średnio 11 punktów, co odpowiada ocenie miernej. Różnice średniej liczby punktów zdobytych przez dziewczęta i chłopców są nieistotne statystycznie. Na ryc. 1 przedstawiono rozkład procentowy ocen otrzymanych przez badanych w teście wiadomości o żywieniu.

Ponad połowę badanych cechowała wiedza na poziomie oceny niedostatecznej i miernej (11 i mniej punktów). Maksymalnej liczby punktów (18—19) nie uzyskał nikt z badanych, a 16—17 punktów (bardzo dobry) tylko 4,2% ogółu badanych (ryc. 1).

Na ryc. 2 przedstawiono źródła wiedzy badanych uczniów o żywieniu. Z oferowanych wariantów odpowiedzi uczniowie mogli wybrać dowolną liczbę. Najczęściej wymieniane były radio i telewizja (szczególnie programy telewizyjne takie jak: „Kawa czy herbata”, „Gotowanie na ekranie”, „Czas na zdrowie”), następnie „inne” i tu wymieniano najczęściej pisma młodzieżowe (Claudia, Tina, itp.). Najmniejszy odsetek badanych wskazuje na rodzinę jako źródło wiedzy o żywieniu (tylko 9% dziewcząt i 12% chłopców). Szkoła w opinii badanych dostarcza wiedzy o żywieniu tylko 50% dziewcząt i 40% chłopców, jednak wiadomości uzyskane w szkole, zdaniem badanych, mają wpływ na co czwartego chłopca i prawie co trzecią z dziewcząt (ryc. 3).



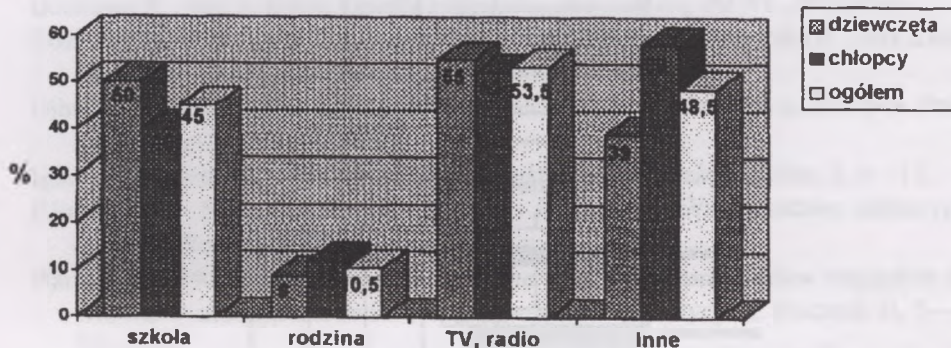


Oceny uzyskane w teście wiadomości

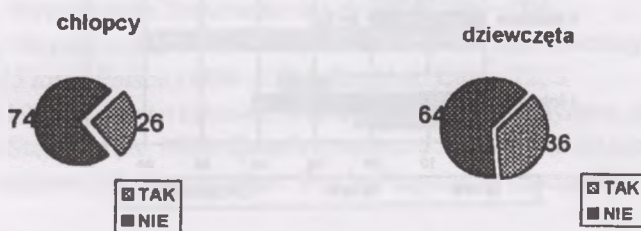
Skala ocen: ndst 9 i mniej punktów  
mm 10 do 11 punktów  
dst 12 do 13 punktów

bdb 16 do 17 punktów  
db 14 do 15 punktów  
cel 18 do 19 punktów

Ryc. 1. Wyniki testu oceny wiadomości uczniów o żywności (rozkład procentowy)



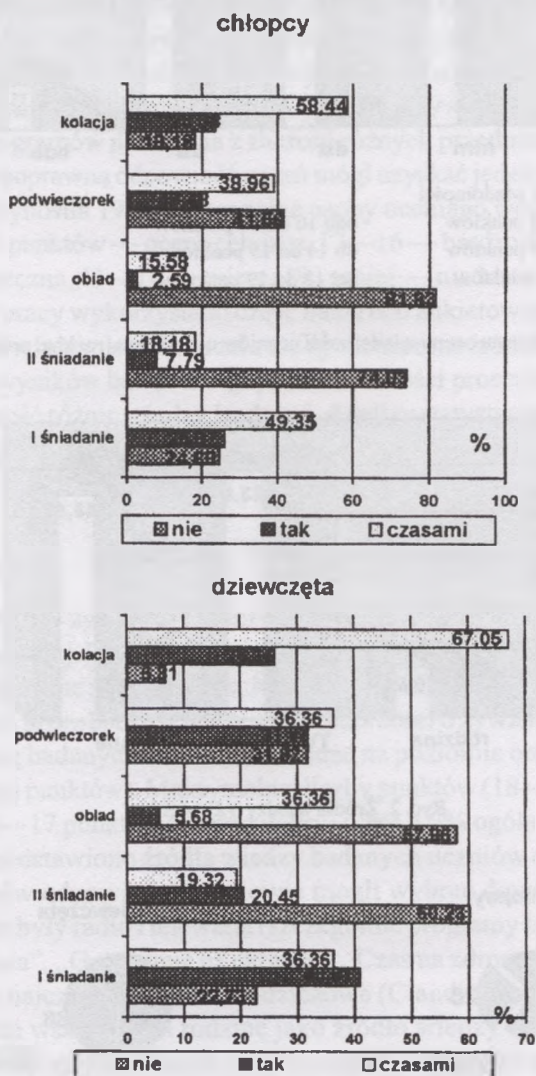
Ryc. 2. Źródła wiedzy o żywności



Ryc. 3. Czy wiadomości uzyskane w szkole mają wpływ na twoje żywienie?

Analizując poziom wiedzy badanych o żywieniu stwierdzono, że ponad połowa ankietowanych nie potrafiła wymienić chorób powstałych na tle wadliwego żywienia, a zdrowy sposób odżywiania kojarzył im się najczęściej ze spożywaniem dużej ilości witamin.

Najczęściej przygotowywanymi posiłkami (ryc. 4) zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców było I śniadanie, podwieczorek i kolacja. Najmniej badanych samodzielnie przygotowywało sobie obiad i II śniadanie (szczególnie w grupie chłopców).



Ryc. 4. Procent badanych przygotowujących poszczególne posiłki



### Podsumowanie

1. Niedostateczny poziom wiedzy o żywieniu sprzyja powstawaniu wielu błędów żywieniowych (Skarpańska-Stejnborn 1996), które są szeroko rozpowszechnione szczególnie w młodym pokoleniu (Pułtorak 1995). Z przeprowadzonych badań wynika, że szkoła nie tylko nie odgrywa w, tym zakresie odpowiedniej roli, ale także nie — stanowi — zdaniem uczniów — podstawowego źródła wiedzy o żywieniu, a uzyskane wiadomości, nie mają wpływu na sposób żywienia większości badanych.

2. Błędy wynikające z rodzinnych tradycji i nawyków żywieniowych powinny być korygowane przede wszystkim przez szkołę ( powszechność i obowiązek szkolny dla dzieci do 16 roku życia). Teoretyczne podstawy nauki o żywieniu powinny być poparte także praktycznymi ćwiczeniami, aby posiłki przygotowywane samodzielnie przez dzieci, były pełnowartościowe.

3. W badaniach nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie wiedzy i umiejętności zależnych od płci ucznia.

### PIŚMIENNICTWO

- Bożkowska K., Sito A. 1994. *Opieka zdrowotna nad rodziną*. PZWL, Warszawa.
- Bożkowska K., Brzeziński Z. J., Kopczyńska-Sikorska J., Woynarowska B. 1989. *Zdrowie dzieci i młodzieży a edukacja*. Warszawa-Kraków.
- Gibiński K. 1986. *Zdrowie społeczeństwa, perspektywy i rola nauk medycznych*. Przegląd Lekarski, 10, 638—646.
- Ignar-Golinowska B. 1995. *Warunki do nauki w polskiej szkole*. Lider, 5, 9—12.
- Klimuszko B. 1994. *Biologia 4. Człowiek i środowisko*. Wydawnictwo edukacyjne Zofii Dąbkowskiej, Warszawa.
- Narojek L. 1995. *Społeczno-psychologiczne uwarunkowania postaw względem żywienia*. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna. Rocznik II, 5—6, 91—100.
- Program szkoły podstawowej. *Biologia z higieną klasy IV—VIII*. 1990. Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa.
- Stepaniuk M. 1994. *Przykładowe rozkłady materiału nauczania techniki w klasach IV—VIII*. Wychowanie Techniczne w Szkole, 4, 196—206.
- Pułtorak M., Woynarowska B. 1995. *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w wieku 11—15 lat w Polsce 1990—1994*. Część II. Lider, 12, 3.
- Sikorska B. 1993. *Raport o zdrowiu Polaków*. Magazyn Medyczny, nr. 4, s. 3—5.
- Skarpańska-Stejnborn A. 1996. *Sposób żywienia 15-latków na tle poziomu wykształcenia rodziców*: Maszynopis Inst. Wych. Fizyczn. w Gorzowie.





## LEKCJA BIOLOGII JAKO WYCHOWANIE DLA ZDROWIA

Proces wychowania zdrowotnego, promowania i zapobiegania chorobom, ukierunkowany na ucznia, w atmosferze mikroklimatu wychowawczego, specyficznego dla każdej szkoły, powinien uwzględniać trzy wiodące problemy:

1. troskę o samego siebie,
2. kontakty międzyludzkie,
3. relację — szkoła a środowisko i społeczeństwo.

Wychowanie zdrowotne w biologii, jako przedmiocie nauczania, wynika już niejako z nazwy — Biologia z higieną. Treści anatomiczne, fizjologiczne i higiena układow są realizowane w ujęciu programowym przez każdego nauczyciela. Jednak biologia jako przedmiot nauczania może być czymś więcej. Oprócz przekazania wiadomości o zdrowiu, może w znacznie większym stopniu kształtować umiejętności i postawy prozdrowotne. Staram się tak kierować pracą na lekcji, aby osiągnąć jak najwięcej celów z tego zakresu, a przy tym nie pozbawić dzieci właściwej ich wiekowi radości.

Wśród założonych celów za najważniejsze uważam:

1. rozwijanie umiejętności pielęgnowania zdrowia,
2. kształtowanie pozytywnej motywacji oraz nawyków i zachowań prozdrowotnych, potęgujących zdrowie,
3. nauczenie dokonywania osobistego wyboru właściwych zachowań i podejmowania decyzji,
4. rozwijanie samooceny własnych postaw i przekonań,
5. wskazywanie sposobów nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi.

Wprawdzie zdrowie jest wypadkową dziedziczenia genetycznego, postaw i warunków w jakich żyjemy, to jednak decyzja wyboru sposobu zaspokajania potrzeb biologicznych, psychicznych i społeczno-kulturowych należy już do nas samych. Staram się to uczniom uświadamiać. W swojej strategii pracy przyjąłem trzy ogólne kierunki działania i pragnę je realizować w tzw. „międzyczasie”, nie jako ścieżkę międzyprzedmiotową, ale jako ścieżki wewnątrzprzedmiotowe. Są to:

1. żyć w zgodzie z naturą (wiedza o samym sobie, wzmaganie własnej obronności organizmu — hartowanie, zdrowie psychiczne — umiejętność walki ze stresem oraz życzliwość dla innych),

2. ruch warunkiem zdrowia (utrzymanie wszechstronnej aktywności fizycznej),
3. higiena osobista i otoczenia (zdrowy styl odżywiania się, przeciwdziałanie nałogom, walory środowiska a zdrowie).

W podjętej edukacji zdrowotnej za szczególnie ważną uważam zasadę nazwaną przez Cendrowskiego (1993) „potrzebą największej praktycznej przydatności”, opartą na prawie określonym jako „minimax” (minimum środków, maksimum efektów). W każdym zagadnieniu analizowanym na lekcji biologii staram się wyodrębnić to co jest możliwe do osiągnięcia przez każdego ucznia, bez angażowania czynników zewnętrznych. To na co sami mogą mieć wpływ i o czym mogą decydować.

Nie wystarczą nawet najlepsze programy prozdrowotne, gdy nie przygotujemy uczniów do podejmowania rozumnych decyzji związanych z ich zdrowiem. Uczniowie muszą mieć nie tylko wiedzę, ale i umiejętności korzystania z niej w sytuacji konkretnego działania. Uczeń nie tylko wie, że swoim życiem może kierować, ale robi z tej wiedzy praktyczny użytek, kiedy zaczyna działać.

Najwięcej treści dotyczących zdrowia zawiera program nauczania biologii w klasach IV i VII. Nie oznacza to jednak, że uczniowie klas V, VI, VIII nie powinni być pozbawieni możliwości wychowania do zdrowia. Przy każdej jednostce lekcyjnej staram się sformułować problem zdrowotny, który pozwoli uczniowi ustosunkować się do samego siebie, do swojego zachowania, postępowania. Po określeniu problemu, w miarę możliwości z uczniami:

- szukamy przyczyn istnienia problemu,
- definiujemy warunki, które powinny być zmienione,
- określamy możliwe działania,
- określamy przeszkody i bariery,
- ustalamy najważniejsze, możliwe działania.

Ponadto uczeń wybiera działania, które sam może podjąć.

Przy biomedycznym modelu nauczania edukacja często nie odnosi zamierzonego skutku, a wręcz przeciwnie. Dzieje się tak dlatego, że ostrzeganie młodych ludzi przed możliwością zachorowania w przyszłości jest zbyt abstrakcyjne. Przypadki chorych osób są tylko statystyką, w związku z czym nie ma pewności, czy staną się one udziałem konkretnej osoby.

Nierzadki jest wśród młodzieży pogląd, że zdrowie jest niezależne od zachowań ludzi. Zdarza się często tak, iż ludzie którzy prowadzą niehigieniczny tryb życia, niekiedy rzadko chorują, inni zaś, przestrzegający zasad higieny, chorują częściej lub przedwcześnie umierają. Obserwacja ta podważa w umyśle laików wartość zasad higieny. Jeśli jednak uwzględnimy zmienność wszystkich istot żywych, to łatwo jest pojąć, że zapewne wiele osób nie skarżących się na zdrowie, pomimo nadużyć, czułoby się lepiej, gdyby prowadziło rozsądniejszy tryb życia. Skłonność do różnych chorób jest różna u różnych ludzi, a ponadto sprawę komplikują okoliczności przypadkowe.

Nauczyciel musi porzucić biomedyczny sposób myślenia na rzecz koncepcji zdrowia, która pozwala uczniom myśleć, że są w stanie poprawić własne samopoczucie, jeśli zdecydują się na modyfikację swoich codziennych zachowań.



Oprócz oczywistych zagadnień z higieny, dwa bloki tematyczne z zakresu edukacji zdrowotnej, a mianowicie: zdrowie psychiczne oraz ruch jako warunek zachowania zdrowia, są tak ważne, moim zdaniem, że każda nadarzająca się sytuacja powinna być wykorzystywana do kształtowania konkretnych postaw, korzystnych z punktu widzenia zdrowia. Po pierwsze staram się, aby lekcja biologii nie była jeszcze jednym stresem. Rozmawiam z uczniami na tematy:

- prowadzenia obserwacji organizmu pod kątem reakcji emocjonalnych na różne bodźce,
- akceptacji różnorodności ludzkich osobowości,
- kontaktowania się z ludźmi w sposób niekonfliktowy.

Staram się, aby nie były to moralizatorskie „kazania”, ponieważ lekcja to takie laboratorium wychowawcze, podczas którego dzieje się wiele rzeczy. Trzeba tylko umieć je baczenie obserwować i w stosownym momencie zwrócić na nie uwagę. Obserwując uważnie uczniów, rozmawiając z nimi możemy wiele się o nich dowiedzieć, a później pomóc im w dyskretny sposób. Podstawą pozytywnych doświadczeń w tym zakresie jest szczerłość i otwartość względem uczniów. Nauczyciel musi być sobą. Jeśli uczniowie odkryją nasze „fałszerstwo”, tracimy autorytet, ich zaufanie.

Na lekcjach biologii szczególny nacisk kładę także na aktywność ruchową. Uczeń powinien umieć:

- przybrać prawidłową postawę w różnych sytuacjach,
  - dobrać odpowiedni dla siebie rodzaj sportu,
  - systematycznie dozować swój wysiłek fizyczny
- oraz mieć przekonanie o znaczeniu aktywności fizycznej dla jego całościowego rozwoju.

Gdybym jednak chciała teoretycznie uzmysławiać uczniom zalety określonych zachowań, bez przykładu i konkretnego zastosowania, nie spełniłoby to moich oczekiwań, bo byłoby którymś z kolei powtórzeniem ważnych, ale jakże „nudnych prawd”.

Od kilku lat jestem propagatorem idei: „codziennie jedna lekcja poza ławką szkolną”, sama zaś to założenie realizuję. W wielu lekcjach tylko z pozoru nie można zastosować elementów motoryki.

W swoim opracowaniu, przeznaczonym dla nauczycieli biologii, podzieliłam się doświadczeniami w zakresie stosowania ruchu na lekcji biologii, jako antidotum na kilkugodzinne siedzenie w ławce szkolnej.

Ważnym zagadnieniem jest ewaluacja poglądów i działań uczniów w stosunku do problematyki zdrowotnej. Obserwuję ją na przestrzeni pięciu lat. Uczniowie klas młodszych traktują zdrowie, a właściwie jego brak, jako coś właściwego ludziom dorosłym, wręcz starym. Wraz z wiekiem, osiąganiem dojrzałości, uczniowie traktują je jako coś, co dotyczy także ich samych. Zresztą ewaluację poglądów w tym zakresie obserwuję na swoim przykładzie. Mój stosunek do samego problemu jak i hierarchia ważności pewnych treści ulegają zmianie.

Sprawą trudną jest określenie sukcesu w edukacji zdrowotnej. Nie może on być mierzony zasobem posiadanych wiadomości z zakresu biologii, dotyczących różnych problemów zdrowotnych, ani też przez ocenę zachowań zdrowotnych (bo ze względu na ograniczony czas kontaktu nie jest to możliwe do zmierzenia, chociaż obserwuje się pewne przejawy).

Wskaźnikiem skuteczności jest chęć i zdolność uczniów do działania w kierunku wpływania na życie własne i społeczności, w której żyją.

Dla mnie pewnym miernikiem, oczywiście dającym mi wiele satysfakcji, jest to, że biologia prowadzona przeze mnie jest przedmiotem lubianym. Także to, że chociaż nie mam formalnego wychowawstwa, skupia się wokół mnie tzw. trudna młodzież z klas, które uczę. Wiem o nich wiele. Znam ich kłopoty domowe, znam przyczyny wagarów. Wiem kto pali i dlaczego. Uczniowie moi mają odwagę rozmawiać o swoich często bardzo intymnych sprawach wobec klasy nie bojąc się dezaprobaty. Daje to nadzieję, że w sytuacji kiedy staną przed dylematem, jaką podjąć decyzję, będą mieli odwagę zwrócić się o pomoc do kogoś kompetentnego.

Lekcja biologii to nie tylko wiedza o przyrodzie, ale o zdrowym człowieku, który może wiele dla niej znaczyć.

## PIŚMIENNICTWO

- Cendrowski Z. 1993. *Dekalog zdrowego stylu życia*. Agencja Promo—Lider, Warszawa.
- Demel M. 1968. *O wychowaniu zdrowotnym*. PZWS, Warszawa.
- Dudzikowa M. 1978. *Wychowanie w toku procesu lekcyjnego*. WSiP, Warszawa.
- Pańczyk W. 1992. *Ku zdrowej szkole*. WOM, Zamość.
- Ziejewska-Stajszyk E. 1992. *Zdrowa szkoła a nauczanie biologii*. WOM, Zamość.

***Beata Penar, Emilian Zadarko***

Wyższa Szkoła Pedagogiczna  
Rzeszów

## SZKOLENIE UCZNIÓW SZKÓŁ ŚREDNICH Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY

### Wstęp

Rosnąca częstotliwość i różnorodność nieszczęśliwych wypadków stwarzają potrzebę poznania przez społeczeństwo podstawowych zasad udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej. Umiejętność ta zabezpiecza poszkodowanego przed dodatkowymi urazami na miejscu wypadku, pozwala więc nie tylko na uratowanie życia, ale i na przywrócenie mu optymalnego zdrowia. Dużo zależy od umiejętności ratownika, jego spokoju i opanowania, których to cech zwykle brakuje przypadkowym świadkom wypadku. Dotarcie do szerokich kręgów społecznych z wiedzą dotyczącą ratowania życia jest sprawą niezmiernie ważną.

Idealne warunki takiego kształcenia zapewnia szkoła. W szkołach średnich prowadzone jest szkolenie z zakresu pierwszej pomocy w ramach programu przedmiotu przysposobienie obronne, w wymiarze 28 godzin lekcyjnych. Interesujące jest więc jak przebiega proces kształcenia i nauczania umiejętności udzielania pierwszej pomocy w szkołach średnich.

### Cel pracy

Celem badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie — jak nauczyciele są przygotowani do działalności szkoleniowej oraz zobrazowanie stanu wiedzy uczniów szkół średnich o umiejętności udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

### Charakterystyka badanej populacji i metoda badań

W badaniach wzięło udział 110 osób. Pięćdziesięcioosobową grupę badawczą stanowili nauczyciele — studenci trzeciego i piątego roku studiów zaocznych kierunku Pedagogika z Wychowaniem Obronnym Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Krakowie



oraz nauczyciele pracujący w liceach krakowskich i rzeszowskich. Pozostałą grupę — 60 osób — stanowiła młodzież klas III, XIII i XXVIII LO w Krakowie, która zakończyła edukację z przedmiotu przysposobienie obronne.

Przeprowadzono badania ankietowe na podstawie wcześniej opracowanego kwestionariusza swoistego sprawdzianu wiedzy.

## Wyniki badań

### Nauczyciele

Według oceny sprawdzianu tylko 8% prezentowało wysoki poziom wiedzy, 10% miało wiedzę w stopniu dobrym, 16% dostatecznie orientowało się w problematyce udzielania pierwszej pomocy, aż 54% posiadało niedostateczną wiedzę z omawianej tematyki. Najwięcej problemów stwarzały nauczycielom pytania dotyczące zagadnień związanych z reanimacją.

### Uczniowie

Wysoki poziom wiedzy prezentowało 10% respondentów, w stopniu dobrym opowiadało wiedzę 17% uczniów, dostateczne informacje posiadało 43%. Poziom niedostatecznej znajomości tematyki reprezentowało 30%. Najwięcej trudności sprawiły uczniom pytania, na które należało udzielić samodzielnej pisemnej odpowiedzi. Najwięcej poprawnych odpowiedzi było na pytania dotyczące reanimacji i krwotoku.

Po zanalizowaniu wyników sprawdzianów wśród uczniów XXVIII i XIII LO zaobserwowano istotną różnicę. Uczniowie XXVIII LO uzyskali dużo lepsze wyniki w teście niż uczniowie XIII LO.

Sądzę, że fakt ten wynika z różnicy w programach nauczania w obu szkołach średnich. W XXVIII LO prowadzony jest przedmiot promocja zdrowia, na którym jest realizowana tematyka pierwszej pomocy w wymiarze 26 godzin.

### Zainteresowanie młodzieży szkoleniem i źródła pozyskiwania informacji

Badania wykazały, że głównymi źródłami czerpania przez młodzież wiadomości z zakresu pierwszej pomocy są:

- nauczyciele przysposobienia obronnego (60%),
- książki, czasopisma, literatura specjalistyczna i środki masowego przekazu (49%); nauczyciele promocji zdrowia (21%), kursy ratowników wodnych i kursy kierowców (13%), nauczyciele wf. i biologii (12%).

Tylko 3% respondentów podało jako źródło informacji swoich rodziców, a nikt wychowawcy klasowego.

Wśród przyczyn zainteresowania pierwszą pomocą znalazły się: wartości humanitarne (73,3%), definiowane przez uczniów jako:

- pomoc innym, najbliższemu,
- ja decyduję o czyimś życiu,
- życie jako najwyższa wartość,
- obojętność nie jest ludzka;

wartości praktyczne ze względu na:

- przydatność wiedzy (wzrost wypadków, kurs prawa jazdy, możliwość znalezienia się w sytuacji potrzebującego, wiem ja, wiedzą inni) (53,3%);

skutki prawne:

- strach przed konsekwencjami prawnymi w razie nieudzielenia pierwszej pomocy (40%).

### **Trudności w organizacji szkolenia medycznego w szkole średniej**

W świetle danych uzyskanych od nauczycieli okazało się, że większość z nich (54%) uważa, że szkolenie jakie prowadzą jest niewystarczające dla uczniów. Jako główne przyczyny trudności podają:

- brak środków finansowych na zakup pomocy (19,64%),
- brak odpowiedniego przygotowania nauczycieli (24,1%),
- brak zainteresowania tematyką ze strony uczniów (29,46%),
- zbyt mała liczba godzin przeznaczonych na szkolenie (6,25%),
- brak funduszy dla nauczycieli prowadzących drużyny medyczno-sanitarne (16%).

### **Wnioski**

1. Poziom wiedzy nauczycieli PO w zakresie udzielania pierwszej pomocy okazał się niewystarczający. Stwierdzono m.in. brak podstawowej wiedzy z zakresu reanimacji.
2. Według opinii badanych programy nauczania zarówno w szkole średniej, jak i w toku studiów w niezadowalającym stopniu uwzględniają zagadnienia dotyczące pierwszej pomocy.
3. W wyniku procesu nauczania na lekcjach PO większość uczniów przygotowano tylko do udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach i urazach prostych.
4. W szkole, w której jest realizowany autorski program „Promocja Zdrowia” poziom wiedzy uczniów jest statystycznie wyższy.
5. Wiązanie omawianej tematyki z przedmiotem przysposobienie obronne jest niewłaściwe.





*Irena Tymecka, Maria Karska, Alina Trojanowska*

---

Akademia Medyczna

Lublin

## ROLA RODZICÓW W PROCESIE WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Doświadczenia wielu państw przodujących w ochronie zdrowia wskazują, że pozytywne wyniki promocji zdrowia uwidaczniają się dopiero po 15—20 latach konsekwentnych działań promocyjnych (Karski — red. 1994).

Zachowania korzystne dla zdrowia (prozdrowotne) i niekorzystne dla zdrowia mogą się zmieniać w różnych okresach życia człowieka, ale kształtowane są przede wszystkim w dzieciństwie i młodości (Titkow 1983, Słońska 1992). Podkreślić tu należy wpływy wzorcowe rodziny na późniejszy styl życia i postawy zdrowotne następnego pokolenia. Rodzice są pierwszymi nauczycielami wielu zachowań i postaw, których znaczna część wiąże się z dbaniem o zdrowie. W rodzinie dziecko rozwija swoje przyzwyczajenia dietetyczne, nawyki związane z odżywianiem, wypoczynkiem i pracą, higieną osobistą i otoczenia. Generalnie można przyjąć, że rodzicom zależy na zdrowiu dziecka i mało jest prawdopodobne, aby świadomie uczyli je zachowań szkodliwych ze zdrowotnego punktu widzenia. Sami rodzice mają często złe przyzwyczajenia, których szkodliwości nie rozumieją lub nie doceniają. Tylko zdrowa rodzina, tzn. taka, która jest pozbawiona wszelkiej patologii, przekazuje właściwe wzory zachowania i zapewnia warunki do promowania zdrowego stylu życia (Demel 1980). W publikacjach poświęconych problematyce promocji zdrowia (Karski — red. 1994, Słońska 1992) podkreślane jest, że działania prozdrowotne głównie zależą od wiedzy jednostek o uwarunkowaniach zdrowia oraz chęci do konsekwentnej realizacji zachowań prozdrowotnych (wiedza, która powinna być odzwierciedlana w zachowaniach prozdrowotnych).

### Cel pracy

Celem niniejszej pracy było poznanie stopnia zainteresowania rodziców zdrowiem swoich dzieci i kształtowaniem zachowań prozdrowotnych.

## Material, metody i organizacja badań

Badania przeprowadzono w 1995 roku wśród 58 rodziców dzieci uczęszczających do 2 przedszkoli w woj. chełmskim. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz wywiadu oraz test wiadomości, a uzyskane dane poddano analizie opisowej.

Przedmiotem zainteresowania autorek niniejszej pracy była wiedza prozdrowotna, deklarowana przez samych rodziców, oraz stan faktyczny — odzwierciedlony w zachowaniach, a sprawdzany specjalnie do tego celu skonstruowanym niestandardyzowanym testem wiadomości. Rodzice uczestniczący w badaniach wypełniali testy wiadomości razem z kwestionariuszem wywiadu, w obecności osoby prowadzącej badania. Test wiadomości składał się z 25 pytań, które dotyczyły: żywienia i higieny dziecka, zapobiegania stresom i nałogom, wypoczynku i aktywności fizycznej dziecka, prozdrowotnego stylu życia i wychowania zdrowotnego. Wśród uczestniczących w badaniach przeważały (71,0%) matki dzieci. Rodzice byli osobami młodymi, głównie (43,0%) w przedziale wiekowym 26—30 lat. Większość badanych (90%) mieszkała w mieście. Ponad połowa (58,5%) badanych miała wykształcenie średnie, a wyższe 20,0% badanych. Wśród matek najwięcej było nauczycielek, wśród ojców mechaników. Swoją sytuację materialną badani głównie oceniali jako średnią i dobrą.

## Wyniki badań

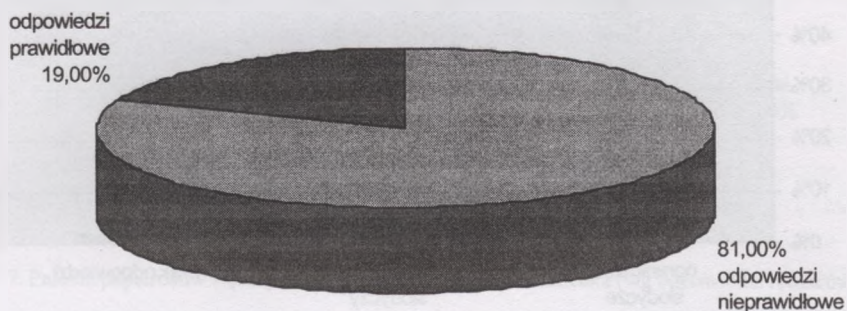
Zdecydowana większość rodziców (82,5%) podawała, że nie miała problemów zdrowotnych ze swoimi dziećmi. Rodzice ci oceniali swoje dzieci jako zdrowe, nie chorujące. Jedynie 17,5% badanych podawało, że ich dzieci często chorują, głównie są podatne na infekcję układu oddechowego i alergie. Dane te nie potwierdzają opinii o wzrastającej chorobowości wśród dzieci uczęszczających do przedszkoli.

Rodzice uczestniczący w badaniach wykazali się dość dużą wiedzą na temat rozwoju fizycznego swojego dziecka: 82,7% potrafiło podać aktualną wagę, wzrost dziecka i odpowiednio je zanalizować. Taki sam procent rodziców wykazał się znajomością wyników tzw. bilansu zdrowia, terminarza szczepień ochronnych i stanu uzębienia dziecka.

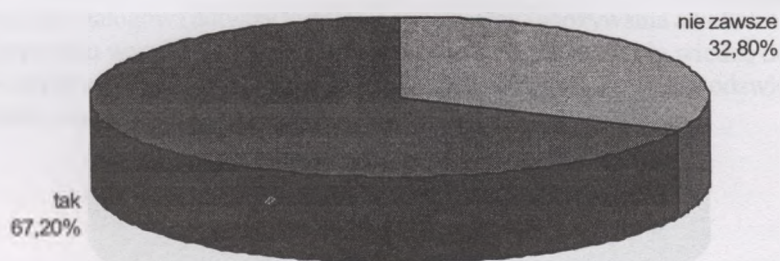
Zdecydowanie gorsze wyniki uzyskiwali rodzice odpowiadając na pytania z zakresu żywienia dzieci. Wyniki przedstawiono na ryc. 1, 2, 3, 4.

Z analizy rycin wynika, że 81,0% badanych rodziców podawało nieprawidłowe definicje racjonalnego żywienia (przeważały odpowiedzi, że: „jest to zaspokojenie głodu”, „jest to zdrowa żywność”, „regularne żywienie” — cyt. badania własne). Jedynie 67,2% rodziców przyrządzało swoim dzieciom I śniadanie przed wyjściem z domu (w przedszkolu dzieci dostają II śniadanie). Głównej zasady dotyczącej częstości posiłków dla dzieci w tej grupie wiekowej 22,5% badanych rodziców nie przestrzegało. Aż 37,0% podaje dziecku słodczyce bez żadnych ograniczeń („kiedy dziecko tylko chce”).

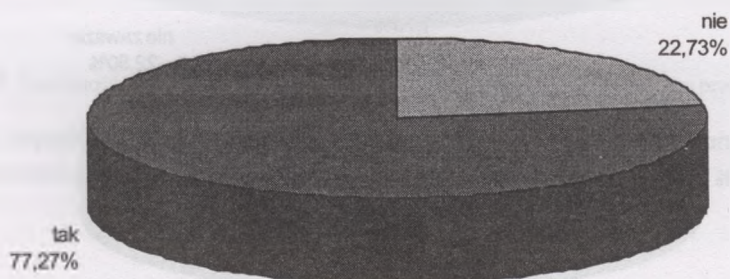
Ponad połowa badanych (61,6%) uzupełnia przedszkolny jadłospis dziecka owocami i warzywami, ale aż 19,1% nie interesuje się tym, co dziecko je w przedszkolu i nie uzupełnia przedszkolnego jadłospisu dziecka.



Ryc. 1. Ocena znajomości definicji: racjonalne żywienie (wg odpowiedzi rodziców)

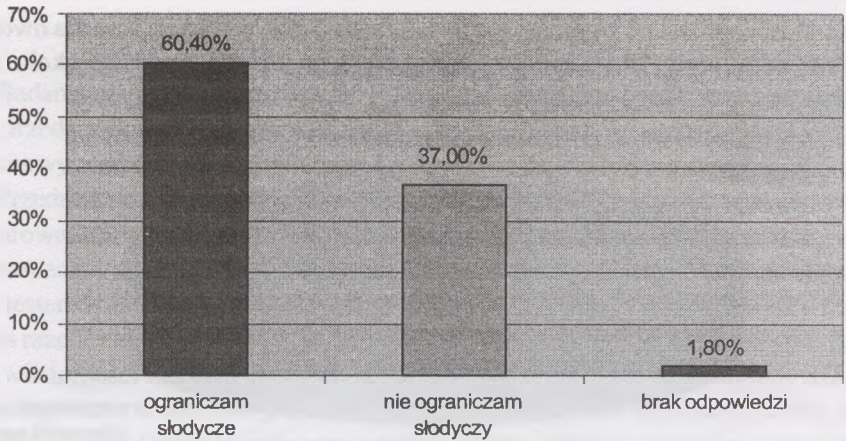


Ryc. 2. Podawanie dziecku pierwszego śniadania przed wyjściem z domu (wg odpowiedzi rodziców)



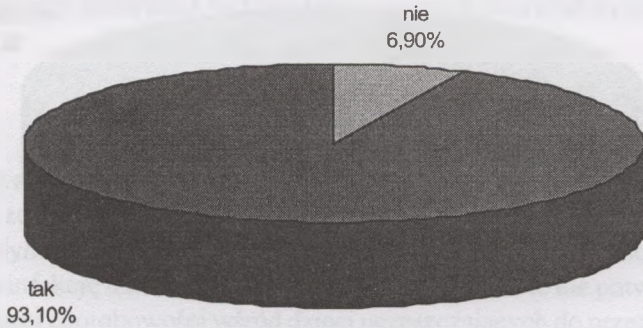
Ryc. 3. Spożywanie przez dziecko 4—5 posiłków dziennie zawsze o tej samej porze (wg odpowiedzi rodziców)



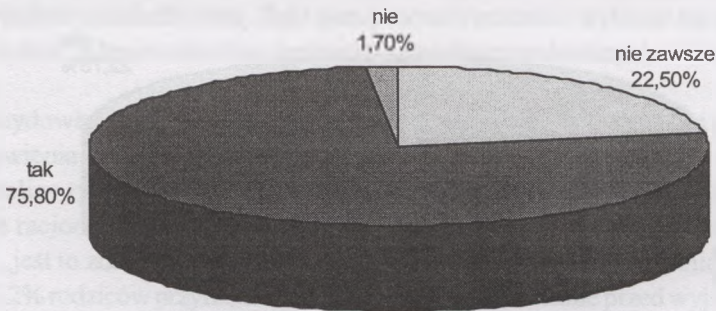


Ryc. 4. Podawanie dziecku słodyczy, kiedy sobie tego życzy (wg odpowiedzi rodziców)

Rodzice największą wagę przywiązywali do kształtowania nawyków higienicznych u dzieci oraz do aktywności ruchowej i wypoczynku. Wyniki przedstawiono na ryc. 5 i 6.

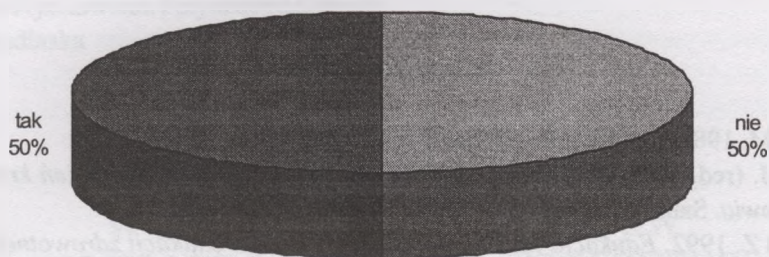


Ryc. 5. Posiadanie przez dziecko w domu własnych przyborów toaletowych (wg wypowiedzi rodziców)



Ryc. 6. Zwracanie uwagi na mycie rąk przez dziecko przed posiłkiem i po wyjściu z ubikacji (wg odpowiedzi rodziców)

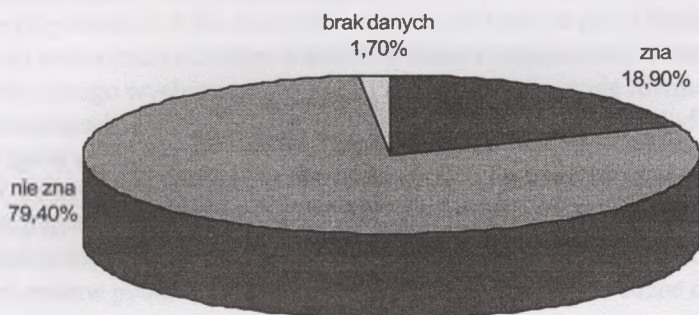
Większość rodziców (68,9%) podawała, że ich dzieci spędzają wolny czas (od 1—3 godz. dziennie) na spacerach i zabawach na powietrzu.



Ryc. 7. Palenie papierosów i spożywanie alkoholu w obecności dziecka (wg odpowiedzi rodziców)

Z analizy danych uzyskanych z testu wiadomości i wywiadu, przedstawionych na ryc.7 wynika, że połowa badanych rodziców pali papierosy i spożywa alkohol w obecności dziecka. Duży odsetek rodziców (43,5%) podaje, że jako jedyną formą zapobiegania nałogom u dzieci (nikotynizm, alkoholizm, narkomania) stosuje perswazję i rozmowy na temat ich szkodliwości, bez popierania tego własnym zachowaniem, polegającym na unikaniu tych nałogów (dotyczy to palenia papierosów i spożywania alkoholu).

Z wywiadu wynikało, że rodzice dość wysoko oceniali swoją wiedzę dotyczącą pozytywnych zachowań prozdrowotnych. Nie została jednak ta wiedza odzwierciedlona w teście wiadomości (ryc. 8).



Ryc. 8. Znajomość zasad prozdrowego stylu życia przez rodziców dzieci w wieku przedszkolnym

Jak wynika z ryc. 8, jedynie 18,9% rodziców wykazało się znajomością zasad prozdrowotnego stylu życia.

## Wnioski

1. Sprawdzone testem wiedza i umiejętności rodziców w zakresie kształtowania zachowań prozdrowotnych u dzieci w wieku przedszkolnym były zadowolające jedynie w zakresie higieny dziecka, organizacji czasu wolnego i aktywności ruchowej.

2. W zakresie racjonalnego żywienia i zapobiegania nałogom wiedza ta wymaga uzupełnienia.

## PIŚMIENNICTWO

Demel M. 1980. *Pedagogika zdrowia*. WSiP, Warszawa.

Karski J. (red.) 1994. *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*. Sanmedia, Warszawa.

Słońska Z. 1992. *Edukacja ludzi młodych jako element edukacji zdrowotnej zorientowanej na wzmocnienie potencjału zdrowia*. Lider, 7, 8.

Titkow A. 1983. *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*. PAN, Warszawa.



## MAŁŻEŃSTWO I ŻYCIE RODZINNE W ŚWIADOMOŚCI STUDENTÓW UCZELNI WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Badania podjęto z założeniem rozpoznania zainteresowań studentów uczelni wychowania fizycznego zagadnieniami małżeństwa i życia rodzinnego, zarówno w sensie ogólnym, jak również i przede wszystkim w kontekście perspektyw funkcjonowania tej młodzieży w instytucji małżeństwa i rodziny.

Podjęcie badań dotyczących powyższej problematyki właśnie w tym środowisku młodzieży wydaje się w pełni uzasadnione, zwłaszcza gdy uwzględni się fakt, że tego rodzaju problematyką nie interesowano się w dotychczasowych pracach naukowo-badawczych w powyższych uczelniach. Uwzględniono również okoliczności, że studenci uczelni wychowania fizycznego są przygotowywani głównie do zawodu nauczycielskiego, w związku z czym znajomość problemów małżeństwa i życia rodzinnego może być im przydatna nie tylko na użytek osobisty, ale także w pracy dydaktyczno-wychowawczej z młodzieżą i dziećmi w szkole średniej i podstawowej w realizacji programu obowiązującego wychowawców klas. Program ten obejmuje również problematykę wychowania seksualnego i szerzej rozumianego przygotowania młodzieży do małżeństwa i życia w rodzinie.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety anonimowej na temat: „Modele małżeństwa i życia rodzinnego w świadomości studentów uczelni wychowania fizycznego”. Kwestionariusz zawierał ten sam zestaw pytań dla studentów I i IV roku studiów oraz różne dla każdego roku pytania dodatkowe, dotyczące małżeństwa i rodziny.

Badania były przeprowadzone w roku akademickim 1988/89 wśród studentów I i IV roku studiów w czterech uczelniach wychowania fizycznego (Warszawa, Biała Podlaska, Gdańsk, Kraków).

Na pytania kwestionariusza ankiety udzieliło odpowiedzi 893 studentów (łącznie I i IV rocznik).

Pierwsze z pytań brzmiało: jaki jest stosunek studentów do modelu małżeństwa i życia rodzinnego ich rodziców?

Przyjęto hipotezę, że przeważa wśród studentów pozytywna opinia o modelu małżeństwa i życia rodzinnego ich rodziców. Uzyskane wyniki badań w pełni potwierdziły powyższą hipotezę. Zdecydowana większość studentów pozytywnie ocenia małżeństwo swoich rodziców.

Przy łącznym uwzględnieniu różnych stopni tej oceny (małżeństwo: bardzo udane, udane, raczej udane) zadeklarowało ją 83% mężczyzn i 71% kobiet na I roku studiów oraz 83% mężczyzn i 79% kobiet na IV roku studiów. Jako podstawę pozytywnej oceny małżeństwa rodziców, we wszystkich grupach respondentów — niezależnie od roku studiów i płci — na pierwszym miejscu podawano zgodność charakterów. Z innych czynników relatywnie często wymieniano brak konfliktów oraz miłość i wzajemny szacunek.

Z tymi wynikami koresponduje i je potwierdza deklarowana przez studentów aprobatą dla wzorca osobowego ojca i matki. Dominuje wprawdzie aprobatą częściową (od 48 do 64% — w zależności od roku studiów i płci respondentów), łącznie jednak z aprobatą całkowitą pozytywny stosunek do wzorca osobowego ojca deklaruje 81% mężczyzn i 78% kobiet I roku studiów oraz 82% mężczyzn i 84% kobiet IV roku studiów. Jeszcze większą aprobatę uzyskał wzorzec osobowy matki, zaaprobowano bowiem ten wzorzec (łącznie: akceptacja całkowita i częściowa) aż 90% mężczyzn i 94% kobiet na I roku studiów oraz 94% mężczyzn i 98% kobiet na IV roku studiów.

Na uwagę zasługuje fakt szczególnie dużego uznania młodzieży dla wzorca osobowego matki — niezależnie od wieku i płci studentów.

Przeprowadzone badania zmierzały również do uzyskania odpowiedzi na pytanie: jaką studenci mają wizję własnego małżeństwa i życia rodzinnego? Przyjęto przy tym hipotezę, że przeważa wśród studentów aprobatą małżeństwa nowoczesnego, partnerskiego, funkcjonującego w zasadzie zgodnie z uniwersalnymi normami moralnymi i współżycia społecznego. Wyniki badań i tę hipotezę w pełni potwierdziły.

Znajduje to wyraz już w określeniu przez studentów głównego celu małżeństwa. Wszystkie grupy podają na pierwszym miejscu prokreacyjną funkcję małżeństwa — wskazuje na nią 62% mężczyzn i 67% kobiet rozpoczynających studia oraz 75% mężczyzn i 69% kobiet na IV roku studiów. Na drugim miejscu wymieniano miłość, a na trzecim potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa i serdeczności.

Charakterystyczna jest bardzo duża tolerancja dla współżycia seksualnego przed ślubem, uznaje je bowiem jako dopuszczalne i raczej dopuszczalne (łącznie) 71% mężczyzn i 61% kobiet rozpoczynających studia oraz 81% mężczyzn i 79% kobiet na IV roku studiów. Równocześnie z podobnie dużą dezaprobatą odnoszą się studenci do pozamałżeńskiego współżycia seksualnego, które potępia lub nie akceptuje 69% mężczyzn i 70% kobiet na I roku studiów oraz 77% mężczyzn i 75% kobiet na IV roku studiów. Znaczna część respondentów (od 48% na I roku studiów do 54% na IV roku studiów) krytycznie ocenia nawet jednorazowy akt zdrady małżeńskiej.

Pozytywna weryfikacja omawianej hipotezy wyraża się także w stosunku młodzieży do trwałości małżeństwa. Wprawdzie większość studentów wypowiada się za jego nierozzerwalnością z pewnymi zastrzeżeniami (raczej nierozzerwalne), łącznie jednak z respondentami zdecydowanie opowiadającymi się za trwałym małżeństwem, potrzebę utrzymania jego trwałości uznaje 71% mężczyzn i 75% kobiet rozpoczynających studia oraz 75% mężczyzn i równie 75% kobiet na IV roku studiów.

W związku z omawianym pytaniem i weryfikacją towarzyszącej mu hipotezy, na uwagę zasługuje pogląd respondentów na temat podziału ról w małżeństwie.

Wśród mężczyzn najliczniej jest reprezentowany pogląd, że rola żony i matki jest ważniejsza od aspiracji i sukcesów w pracy zawodowej. Kobiety natomiast niezbyt wyraźnie określają swoje preferencje. Zwraca jednak uwagę dość liczna grupa respondentek, którym trudno było jednoznacznie zadeklarować określone stanowisko w tej sprawie. Znamienne jest także stanowisko mężczyzn opowiadających się za rolą kobiety przede wszystkim jako żony i matki; większość z nich uważa, że w takiej sytuacji powinni oni odciążyć kobietę od troski o utrzymanie rodziny.

W związku ze środowiskiem studentów objętych badaniami, szczególnego znaczenia nabiera odpowiedź na pytanie: jaki jest stosunek tych studentów do uwzględnienia problematyki małżeństwa i życia rodzinnego w procesie studiów wychowania fizycznego. Przyjęto przy tym hipotezę, że większość studentów chętnie by uczestniczyła w zajęciach na określone tematy z zakresu powyższej problematyki.

Wyniki badań potwierdziły tę hipotezę. Za celowością uwzględnienia w toku studiów wychowania fizycznego problematyki przygotowania do małżeństwa i życia rodzinnego opowiedziało się 71% mężczyzn i 75% kobiet rozpoczynających studia (tego pytania nie mieli studenci IV roku studiów). Interesujący jest fakt, że występuje stosunkowo duże podobieństwo między mężczyznami i kobietami w preferowanych tematach zajęć.

Ponad 50% respondentów obojga płci zadeklarowało zainteresowanie takimi tematami, jak:

1. Współżycie uczuciowe w małżeństwie. Kształtowanie uczuć, dynamika i kultura życia uczuciowego.
2. Ciąża, poród, opieka nad niemowlęciem.
3. Małżeństwo — szczęście czy obowiązek. Psychiczne aspekty współżycia.
4. Pożycie przedmałżeńskie. Wybór partnera życiowego.
5. Integracja i partnerstwo w małżeństwie.
6. Życie seksualne człowieka dorosłego.
7. Walory moralne małżonków czynnikiem szczęścia rodzinnego.

Ponad 50% mężczyzn wybrało ponadto temat: Erotyzm a prawo moralne. Erotyzm a sumienie.

Na podkreślenie zasługuje również fakt, że wśród innych czynności i obowiązków, do jakich powinny wdrażać studia wychowania fizycznego — poza przygotowaniem do określonego zawodu — studenci wyżej ocenili przygotowanie do odpowiedzialnego pełnienia ról małżeńskich i rodzicielskich, niż do działalności społecznej w środowisku.

Kolejne pytanie dotyczyło ewentualnych różnic w poglądach na temat małżeństwa i rodziny, między studentami I i IV roku studiów. Zgodnie z przyjętą hipotezą zakładano, iż będą różnice głównie w odpowiedziach na pytania dotyczące związków małżeńskich badanych.

Trudno jednoznacznie określić stopień weryfikacji tej hipotezy, ponieważ frekwencja odpowiedzi niejednokrotnie była inna wśród mężczyzn, a inna wśród kobiet na I i IV roku studiów. Studenci obojga płci IV roku liczniej niż studenci I roku studiów wskazywali na:



- prokreacyjną funkcję małżeństwa, jako główny jego cel;
- dopuszczalność współżycia seksualnego przed ślubem;
- niewłaściwość pozamałżeńskich stosunków seksualnych;
- potrzebę regulacji urodzeń;
- dopuszczalność przerywania ciąży.

Najmniej owocne okazały się próby odpowiedzi na ostatnie pytanie badawcze, dotyczące relacji między poglądami studentów uczelni wychowania fizycznego na temat małżeństwa i rodziny a analogicznymi danymi pochodzącymi z badań przeprowadzonych wśród studentów innych szkół wyższych. Wiąże się to głównie z faktem bardzo nielicznych tego rodzaju badań przeprowadzonych wśród studentów innych szkół wyższych. W sumie jednak wyniki przeprowadzonych badań wnoszą nowe elementy do wiedzy o studentach uczelni wychowania fizycznego, pogłębiają znajomość ich poglądów i postaw wobec mało rozpoznanej sfery ich życiowych problemów. Wyniki tych badań mogą również przyczynić się do dostrzeżenia potrzeby uwzględniania w działalności reformatorskiej uczelni wychowania fizycznego aspektów i rozwiązań praktycznych, dotychczas niemal całkowicie pomijanych.

### Wnioski

1. Wprowadzić w uczelniach wychowania fizycznego zajęcia fakultatywne dotyczące problematyki małżeństwa i życia rodzinnego, poprzedzając tego rodzaju zajęcia wywiadem sondażowym, przeprowadzonym wśród studentów zainteresowanych określoną problematyką — wykorzystując m.in. informacje na ten temat, zawarte w tym opracowaniu.
2. Rozważyć możliwość wkomponowania do programu studiów wychowania fizycznego zakresów treści realizowanych w programach szkół podstawowych i ponadpodstawowych, dotyczących problematyki edukacji seksualnej i rodziny, w celu pełniejszego przygotowania absolwentów naszych uczelni do prowadzenia zajęć także z tego zakresu.
3. Podjąć próbę przeprowadzenia kompleksowych badań wśród studentów różnych uczelni, na temat poglądów społeczności studenckiej dotyczących problemów małżeństwa i życia rodzinnego, opierając się na założeniu jednolitości programu i czasu przeprowadzenia takich badań.

***Anna Irzmańska***

Akademia Medyczna  
Lublin

## WYCHOWANIE SEKSUALNE MŁODZIEŻY JAKO ELEMENT WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO

W Polsce wychowanie dzieci i młodzieży w zakresie życia seksualnego wciąż stoi pod znakiem zapytania. Poszukuje się sposobów przedstawienia zagadnień życia seksualnego tak, aby młode pokolenie było przygotowane do kierowania własnymi zachowaniami seksualnymi. Stawiane są również pytania, kto ma prowadzić tego typu zajęcia z młodzieżą oraz gdzie takie zajęcia mają się odbywać.

Tworzone w ostatnich latach programy promocji zdrowia dotyczą coraz to innych środowisk życia człowieka: domu, szkoły, uczelni, zakładu pracy, wsi, miasta itd. Nie sposób promować zdrowia, za które odpowiedzialny jest przede wszystkim sam człowiek, bez odpowiedniego wychowania zdrowotnego (Kawczyńska-Butrym 1995, Young i Williams 1989). Oczekiwania z tym związane skierowane są przede wszystkim do grup i instytucji zajmujących się wszelkim wychowaniem — a więc do rodziny, a następnie szkoły. W środowiskach tych młody człowiek poznaje świat, uczy się samodzielnego życia, kształtują się tu jego postawy i system wartości (Gromadecka-Sutkiewicz i Ulińska 1995). Wychowanie zdrowotne może zatem dać najlepsze efekty w życiu dorosłym jeśli będzie obejmowało każdego człowieka już od pierwszych dni jego życia, kształtując jednocześnie prozdrowotny styl życia.

Poszukując skutecznej metody edukacji zdrowotnej ucznia, zespół pracowników Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej w Lublinie opracował, pod kierunkiem dr Marianny Charzyńskiej-Guli, program wychowania zdrowotnego dla szkoły podstawowej i ponadpodstawowej, wydany w postaci czterech zeszytów pod tytułem: „Program wychowania zdrowotnego”.

W ramach „Programu wychowania zdrowotnego” mieści się wychowanie seksualne jako nieodzowny element warunkujący zdrowie człowieka. Podstawowym celem tego programu jest zdobycie przez ucznia sprawności w samodzielnym wyborze zachowań właściwych dla własnego zdrowia i zachowań chroniących zdrowie innych ludzi (Charzyńska-Gula 1993).

Tematy poruszone w tym programie zawierają treści, które mają ukazywać dzieciom i młodzieży optymalne warunki do rozwoju człowieka. Rozwój ten nie jest możliwy bez miłości w jakiej człowiek ma wzrastać. Obecność kochanych i kochających rodziców oraz rodzeństwa tworzy atmosferę prawdziwego, zdrowego domu, który jest

kolebką zdrowego społeczeństwa. Treści wyżej wspomniane są przekazywane uczniom w ramach ich rozwoju psychosomatycznego za pomocą programu w układzie spiralnym, czyli w każdej z kolejnych klas treści są podawane w coraz szerszym zakresie i na wyższym poziomie. Podstawową metodą nauczania na lekcjach wychowania zdrowotnego jest dialog między nauczycielem a nauczonym. Dialog dotyczy m.in. powstawania rodziny, roli matki i ojca oraz babci i dziadka, „przekazywania życia”, rozwoju dziecka w organizmie matki, okresu dorastania, męskości i kobiecości, etapów rozwoju miłości, płodności i współżycia seksualnego, wpływu nałogu picia alkoholu i palenia papierosów na płodność małżonków i zdrowie ich przyszłego dziecka, metod sterowania płodnością i skutków ich stosowania. Treści lekcji zwracają uwagę na zachowania seksualne jako należące do natury człowieka, na to że są one wyrazem szczególnej więzi między ludźmi, oraz że związane są z prokreacją. Zachowania te, tak jak inne, wymagają kierowania i konieczności brania odpowiedzialności za ich konsekwencje, które mogą być różnorodne.

Program, oprócz treści mówiących o pozytywnych aspektach funkcjonowania i rozwoju relacji między dwoma różnymi płciami, zawiera też sygnały o zagrożeniu płynącym z nierozumienia lub lekceważenia pewnych zasad życia płciowego. Do tych zagrożeń należą: choroby szerzące się drogą płciową, poczęcie dziecka przez ludzi zupełnie nie przygotowanych do tego faktu, utrata płodności.

Według „Programu wychowania zdrowotnego” elementy dotyczące wychowania seksualnego powinny być, tak jak i inne tematy, realizowane w szkole na lekcji w ramach przedmiotu „wychowanie zdrowotne”.

Z doświadczeń autorów i studentów realizujących eksperymentalnie ten program w szkołach wynika także potrzeba uwzględnienia, oprócz lekcji, czasu i miejsca na indywidualne spotkania nauczyciela wychowania zdrowotnego z uczniami.

Podkreślenia wymaga takie przekazywanie treści lekcji, które przyczyniałyby się do integracji wszystkich działań podejmowanych w ramach szkolnego programu wychowania zdrowotnego. Wzmocnienia te mają poszerzyć lub utrwalić zdobyte na lekcji wiadomości, przyczynić się do wykształcenia pożądanых postaw poprzez przeniesienie omawianych na lekcji WZ problemów do innych środowisk przebywania ucznia, tak aby zaangażowani byli w to przyjaciele, inni nauczyciele, rodzina, pielęgniarka szkolna itp. W ramach tychże wzmocnień wychowania seksualnego pobudza się ucznia do refleksji, proponuje się mu przeprowadzanie rozmowy z rodzicami na pewne tematy lub pisemne opracowania omawianego tematu w ramach innych przedmiotów, takich jak biologia, język polski, katecheza itp.

Nie można zaprzeczyć temu, że wychowanie seksualne dotyczy treści bardzo intymnych dla człowieka, czasami wręcz krępujących, szczególnie człowieka młodego, dlatego problemy tego typu wymagają wytworzenia ciepłej, życzliwej atmosfery. Największe szanse daje w tej dziedzinie dom rodzinny. Rodzice nie zawsze potrafią i mogą sprostać temu wymaganiu. Co pewien czas uczniowie otrzymują na piśmie informacje dla rodziców o realizowanej tematyce wychowania seksualnego na lekcjach WZ. W ramach tej współpracy organizowane są w szkole spotkania rodziców



z nauczycielem WZ, w czasie których rodzice też mają możliwości uzupełnić wiedzę na tematy dotyczące życia w rodzinie i dbania o zdrowie poszczególnych jej członków.

Po tym krótkim przedstawieniu celów, treści, metod i miejsca realizowania wychowania seksualnego w ramach „Programu wychowania zdrowotnego”, pozostaje jeszcze kwestia kto miałby prowadzić tego typu zajęcia. Według propozycji autorek „Programu wychowania zdrowotnego”, za realizację i przebieg całego programu odpowiedzialni będą specjaliści — nauczyciele WZ, czyli osoby przygotowane merytorycznie — z wiedzy o zdrowiu, warunkach jego zachowania i wzmacniania oraz metodycznie.

Doświadczenia autorek, studentek i absolwentek Wydziału Pielęgniarskiego, nauczycielek WZ w szkole, wskazują na to, że osoba która spełnia te wymagania darzona jest przez dzieci i młodzież ogromnym zaufaniem i jest autorytetem w dziedzinie zdrowia, wynikającym z jej kompetencji.

Przedstawiona tu propozycja realizowania wychowania seksualnego, jako integralnej części wychowania zdrowotnego, zakłada możliwości korzystania z innych szczegółowych opracowań i programów dotyczących wychowania seksualnego pod warunkiem, że będą one wykorzystane tak, aby pozytywnie wpływać na zdrowie dzieci i młodzieży również w dziedzinie płciowości i prokreacji.

## PIŚMIENNICTWO

- Charzyńska-Gula M. 1993. *Program wychowania zdrowotnego*. Komisja Profilaktyki Zarządu Głównego PTK, Lublin.
- Gromadecka-Sutkiewicz M., Ulińska R. 1995. *Wychowanie zdrowotne w domu*. (W:) *Problemy rodziny*, 3.
- Kawczyńska-Butrym Z. 1995. *Uczelnia promująca zdrowie*. UMCS, Lublin.
- Young I., Williams T. 1989. *Zdrowa szkoła*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.



## NAUCZANIE WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO W SZKOLE SPECJALNEJ

Nauczanie w szkole specjalnej ma na celu rozwój i wychowanie jednostek w miarę możliwości samodzielnych, odpowiedzialnych i współdecydujących o własnym losie (Lausch 1994, Sękowska 1994, Pawlak 1994, Pilecki i wsp. 1992, Urbańska 1996). Wychowankowie posiadają określony poziom zdrowia i powinni umieć o nie dbać.

Jak wskazują doświadczenia własne i opinie nauczycieli Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Lublinie, edukacja zdrowotna może być stałym elementem programów dydaktyczno-wychowawczych w szkołach specjalnych.

Zachowania zdrowotne obserwowane u uczniów, często niewłaściwie — wyniesione ze środowiska rodzinnego — wzorce (Urbańska 1996) ujawniają braki w zakresie wiadomości i umiejętności utrzymania higieny, ochrony zdrowia i zapobiegania chorobom, co potwierdza tylko konieczność realizacji wychowania zdrowotnego w tym środowisku.

Właściwa realizacja programów edukacji zdrowotnej zakłada, że treści, zakres i metody WZ będą uwzględniać oczekiwania głównego odbiorcy działań edukacyjnych (Charzyńska-Gula 1993). Zasada ta powinna być również przestrzegana w nauczaniu wychowania zdrowotnego w szkole specjalnej.

Przed opracowaniem programu, jak i w czasie jego realizacji wskazany jest częsty kontakt nauczyciela WZ z innymi nauczycielami. Dobór metody edukacji zdrowotnej dziecka upośledzonego zależy od jego indywidualnych możliwości i potrzeb, które ustala się w bezpośrednim kontakcie z uczniem i weryfikuje na podstawie informacji uzyskanych od innych nauczycieli-opiekunów.

W realizacji zajęć zdrowotnych w szkole specjalnej sprawdziły się następujące metody pracy:

- indywidualna praca,
- praca w małych grupach, dzielonych na 2—3-osobowe zespoły pracujące pod kierunkiem nauczyciela,
- mini wykład,
- elementypogadanki,
- „burza mózgów” — w starszych klasach, odpowiednio przygotowana i prowadzona.



Program przeznaczony do realizacji w szkołach specjalnych powinien zawierać więcej elementów zabawowych (Urbańska 1996), które mobilizowałyby uczestników do wyzwolenia samodzielnej aktywności. Propozycje zabawy powinny pozwolić dziecku:

- poznać swoje ciało i jego możliwość,
- dostrzec zależność pomiędzy ruchem a zdrowiem,
- zwiększać sprawność,
- kształtować pozytywny obraz samego siebie,
- uczyć relaksacji (Siwek i wsp. 1996, Sokołowska i Urynek 1996).

Realizacja programu musi uwzględniać korelację w nauczaniu, co oznacza merytoryczne łączenie ze sobą treści należących do różnych przedmiotów nauczania i tworzenie układów integrujących w sobie treści tych przedmiotów. Uczy to wykorzystywać zdobyte wiadomości, stymuluje proces rozwoju i przystosowania społecznego (Sekowska 1994).

Za realizację i przebieg procesu wychowania zdrowotnego w szkole powinien odpowiadać nauczyciel wychowania zdrowotnego — osoba przygotowana (merytorycznie i metodycznie) do realizacji zagadnień dotyczących ochrony zdrowia i pracy z dzieckiem specjalnej troski.

Podsumowując doświadczenia uzyskane w toku prowadzonych w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym zajęć należy podkreślić, iż:

1. najistotniejsze treści wychowania zdrowotnego stanowią zagadnienia mające na celu przygotowanie do bezpiecznego funkcjonowania w codziennym życiu (dotyczące głównie zapobiegania wypadkom, utrzymania higieny osobistej, radzenia w sytuacjach choroby);

2. zakres podawanych treści w czasie zajęć musi być dostosowany do poziomu i zdolności percepcji uczniów;

3. przedstawiane treści wymagają metod aktywizujących, opartych na pokazie z wykorzystaniem różnorodności środków audiowizualnych i pomocy dydaktycznych.

Nauczanie wychowania zdrowotnego w szkole specjalnej musi uwzględniać określone zasady. Program nauczania nie może być obszerny, musi istnieć podział treści na „niewielkie porcje”, co ograniczy zakres podawanych informacji do minimum, ułatwiając zapamiętywanie.

Uczniowie szkoły specjalnej rozwijają się bardzo powoli, mają duże trudności z opanowaniem abstrakcyjnych pojęć (Siwek i wsp. 1996). W programie trzeba przewidzieć naukę poprzez zajęcia o charakterze praktycznym (ćwiczenia, pokaz), rozwijające umiejętności naśladowania bezpośredniego i rozumnego, dostrzegania prostych prawidłowości, zdyscyplinowanego wykonywania czynności przechodzących stopniowo w nawyki.

Praca powinna odbywać się w małych grupach, co umożliwi indywidualizację nauczania i dostosowanie tempa pracy do możliwości percepcji treści przez uczniów.

Upośledzone dzieci i młodzież trudniej przyswajają wiedzę i krócej ją pamiętają. Należy więc zajęciom nadawać charakter cykliczności i systematyczności. Prowadzenie zajęć edukacyjnych łączy się z czynnościami ciągłego utrwalania poprzez powta-

rzanie w dość krótkich odstępach czasu, uogólnienie treści. Wzrośnie w ten sposób prawdopodobieństwo zapamiętania większej ilości przekazywanych treści.

Organizacja i przebieg zajęć w grupie wymagają przestrzegania zasad:

- podmiotowego traktowania członków programu,
- dobrowolności uczestnictwa w zajęciach i wykonywania poszczególnych ćwiczeń, zadań,
- stopniowania trudności.

Mniejsza możliwość koncentracji ucznia podczas zajęć wychowania zdrowotnego wymusza stosowanie zamiennie różnych form zajęć w krótkim czasie.

Istotne znaczenie w edukacji zdrowotnej w szkole specjalnej mają pomoce dydaktyczne. Korzystne efekty przynosi film dydaktyczny oraz różnego rodzaju foldery, planse, broszury. Stanowią one pomoc w przyswajaniu treści. Mogą też być umieszczone na gazetkach ściennych i rozdawane dzieciom.

## Aneks

### Przykładowa realizacja wybranych treści programowych

Temat: Zasady udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej w przypadku złamań, zwichnięć, krwawień i omdleń

Blok tematyczny programu „Wychowanie zdrowotne w szkole podstawowej i ponadpodstawowej”: Bezpieczeństwo w codziennym życiu.

Uwaga! W celu realizacji problematyki w szkole specjalnej treści lekcji zostały podzielone. Został też wydłużony czas na realizację zajęć.

W pracy została pokazana przykładowa realizacja I części — Postępowanie w krwotokach.

#### Cele zajęć

- zapoznanie uczniów z zasadami udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku krwawień,
- kształtowanie u uczniów umiejętności samodzielnego udzielania pierwszej pomocy w przypadku krwawień.

#### Pomoce

- film wideo „Recepta na życie — życie masz tylko jedno”,
- plakat „Masz tylko 5 minut dla uratowania życia”,
- tablice:
  - kontrola pracy układu serca
  - kontrola stanu krążenia
- foliogramy — zasady udzielania pierwszej pomocy w krwotokach,
- bandaże i środki opatrunkowe.

## Plan zajęć

1. Rozmowa wprowadzająca,
2. Charakterystyka krwotoków — postępowanie,
3. Podsumowanie zajęć.

### 1. Rozmowa wprowadzająca

Pierwsza pomoc przedlekarska to proste zabiegi wykonywane u poszkodowanych w nagłych wypadkach zagrażających ich życiu lub zdrowiu. Zakres tej pomocy obejmuje czynności ratownicze (możliwe do wykonania przez osoby nie posiadające fachowego wykształcenia) wykonywane za pomocą prostych, ogólnie dostępnych środków. Pierwsza pomoc udzielona o czasie może nawet decydować o uratowaniu życia człowieka, dlatego też każdy powinien być przygotowany do udzielania pierwszej pomocy.

Nauczyciel korzystając z filmu wideo prezentuje uczniom sytuację obrazującą wypadek i sposoby postępowania w określonej sytuacji. W czasie prezentacji zwraca uwagę uczniów na istotne elementy. Po wyświetlonym filmie przeprowadza krótką dyskusję nt. obejrzanego filmu podkreślając określone zachowanie w sytuacji krwotoku.

### 2. Nauczyciel wykorzystując tablice 1 i 2 oraz foliogramy charakteryzuje krwotok

#### Przykład foliogramu

**Krwotok** — przerwanie ciągłości naczynia krwionośnego (pokazuje tę sytuację na tablicy obrazującej układ krążenia), w wyniku którego dochodzi do krwawienia — utraty krwi.

#### **Krwotok tętniczy** — objawy:

- rytmiczne tryskanie krwi silnym strumieniem,
- barwa krwi jasnoczerwona (zawiera tlen).

#### **Krwotok żylny** — objawy:

- obfity strumień krwi spływający z rany,
- barwa krwi wiśniowo—czerwona (krew nie zawiera tlenu).

**Krwotok mięszowy** — powstaje wskutek przzerwania większej liczby naczyń włosowatych w uszkodzonych mięśniach lub narządach mięszowych. W tym przypadku krew spływa z całej powierzchni uszkodzenia.

Omawiając krwotoki nauczyciel wykorzystuje tablice obrazujące poszczególne rodzaje krwotoków, odwołuje się również do obejrzanego wcześniej filmu. Następnie posługując się foliogramem „Zasady udzielania pierwszej pomocy w krwotokach” omawia postępowanie wykorzystując przy tym materiał i sprzęt potrzebny do zahamowania krwawienia. Pokazuje uczniom jak wykonać poszczególne czynności.

- W przypadku krwawienia z naczyń włosowatych tamujemy je przez nałożenie zwykłego opatrunku gazowego.
- W przypadku silnego krwawienia żylnego należy przykryć ranę opatrunkiem — w kolejności:
  - gaza,
  - mocno zwinięta (ściśnięta) wata lub lignina,



— dość mocno zaciśnięta opaska z gazy lub opaska elastyczna.

● W przypadku krwawienia na kończynie należy unieść ją na kilkanaście minut (powyżej poziomu serca).

● W przypadku krwotoku tętniczego w pierwszym momencie należy zastosować ucisk ręczny tętnicy, który polega na dociśnięciu jej palcem lub pięścią do kości. Następnie trzeba założyć opatrunek uciskowy w kolejności:

— gaza, wata lub lignina,

— dociśnięta opaska elastyczna lub opaska uciskowa.

Ucisk powinien być czasowy, gdyż zapobiega to niedokrwieniu kończyny.

Ćwiczenia pod kierunkiem nauczyciela

Po pokazie uczniowie ćwiczą zakładanie opatrunku uciskowego oraz opaski uciskowej, nauczyciel nadzoruje czynności, poprawia błędy, udziela wskazówek. Zwraca uwagę na powtarzanie i utrwalanie nowych treści.

### 3. Podsumowanie zajęć

Nauczyciel prezentuje plakat „Masz tylko 5 minut dla uratowania życia” i prosi uczniów o udzielanie odpowiedzi na pytania:

● Co należy zrobić, aby zatamować krwotok?

● Co jest potrzebne do zahamowania krwotoku?

Po lekcji wszystkie plakaty i tablice używane w czasie zajęć są rozwieszane w świetlicy w widocznym dla uczniów miejscu.

## PIŚMIENNICTWO

- Charzyńska-Gula M. 1993. *Program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*. Instytut Kardiologii, Lublin.
- Dobczyńska S. 1996. *Korelacja w nauczaniu dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim na przykładzie realizacji programu nauczania wybranych przedmiotów w klasie VIII*. Szkoła Specjalna, 1, 41.
- Lausch K. M. 1994. *Wybrane zagadnienia wychowania seksualnego oraz moralności i grzechu osób głębiej upośledzonych umysłowo*. (W:) *Wokół osób niepełnosprawnych*. Pod red. M. Wątorskiej, W. Otrębskiego. AM, Lublin.
- Sękowska Z. 1994. *Koncepcja stymulacji rozwoju osób z niedorozwojem umysłowym*. (W:) *Wokół osób niepełnosprawnych*. Pod red. M. Wątorskiej, W. Otrębskiego. AM, Lublin.
- Siwek K., Strzelecka G., Świder E. 1996. *Nauczanie matematyki w szkole specjalnej w świetle możliwości matematycznych uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*. Szkoła Specjalna, 3, 149.
- Sokołowska A., Urynek M. 1996. *Terapia zaburzeń psychoruchowych i emocjonalnych u dzieci z głębokim upośledzeniem umysłowym*. Szkoła Specjalna, 1, 38.

- Pawlak A. 1994. *System kształcenia specjalnego na terenie województwa lubelskiego — stan aktualny i kierunki zmian.* (W:) *Wokół osób niepełnosprawnych.* Pod red. M. Wątorskiej, W. Otrębskiego. AM, Lublin.
- Pilecki J., Pilecka W., Baran J. 1992. *Wychowanie dzieci o obniżonej sprawności umysłowej w internacie.* WSP, Kraków.
- Pileccy W. i J. (red.). 1995. *Stymulacja psychoruchowa rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej.* WSP, Kraków.
- Urbańska E. 1996. *Program siedmiu kroków w internacie szkoły specjalnej zawodowej — uwagi do realizacji.* Szkoła Specjalna, 3, 175.

**Teresa Oleńska-Pawlak**

Wyższa Szkoła Pedagogiczna  
Kraków

## EDUKACYJNE IMPLIKACJE PROMOWANIA ZDROWIA W PRACY REWALIDACYJNEJ OŚRODKÓW LECZNICZO-WYCHOWAWCZYCH

W okresie wyczekiwania na reformę oświaty należy zmobilizować wysiłki ludzi, których działaniom przyświeca idea promowania zdrowia oraz świadomość, iż nie umysł dziecka chodzi do szkoły, ale ono całe.

Fundamentalność **idei promowania zdrowia, rozumiana jako proces i program planowanych działań na rzecz wzmocnienia i/lub korekcji rozwoju osobowości jednostki w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym**, winna stanowić nowoczesne pojmowanie edukacji szkolnej.

Współczesne, holistyczne rozumienie zdrowia sprawiło, że w opracowanym „Narodowym Programie Zdrowia” (1994) oraz w zakresie szeroko zakrojonych działań Polskiego Zespołu ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie i Narodowej Rady Promocji Zdrowia zawarte są zasadnicze treści dotyczące kształcenia zdrowego stylu życia, odpowiedzialności za zdrowie własne i innych oraz wyposażenia jednostki w umiejętności dokonywania wyborów i radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Tym samym realne staje się wprowadzenie do polskiej oświaty głoszonych w świecie idei edukacji kreatywnej, aksjologicznej, integracyjnej — rzeczywiste realizowanie idei psychologii i pedagogiki humanistycznej. W ten sposób stwarzamy realne, a nie incydentalne, szanse dla wszechstronnego rozwoju osobowości dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Tak przyjęty sens edukacji staje się siłą sprawczą zmian w oświacie, zarówno w odniesieniu do reformy treści kształcących, jak i reformy strukturalnej.

Szczególne znaczenia nabiera kształcenie zdrowego stylu życia, promowanie zdrowia, u dzieci i młodzieży z różnymi zaburzeniami w stanie zdrowia i rozwoju, w tym rewalidowanych w ośrodkach leczniczo-wychowawczych. **Ośrodki te**, z racji funkcji jakie mają spełniać wobec dzieci z niezadowolającym stanem zdrowia, przewlekłe chorych czy z dysfunkcją narządu ruchu, są **potencjalnymi „siedliskami” Szkół Promujących Zdrowie**.

Aby tak się stało, należy między innymi zmodyfikować dotychczasowy kierunek, zakres i metodykę pracy rewalidacyjnej określaną, jak wiadomo, treścią celów kształcenia specjalnego, ale jednocześnie i treścią celów ogólnych edukacyjnych.



Należy zaznaczyć, iż główne cele określające prace rewalidacyjne pedagoga w ośrodkach leczniczo-wychowawczych, tj.:

- wzmacnianie i pobudzanie mechanizmów obronnych osobowości przez odpowiednie organizowanie obciążeń układu nerwowego,
- odpowiednie działania readaptacyjne umożliwiające dziecku powrót do środowiska macierzystego: domu i szkoły są nadal aktualne (Doroszevska 1981, s. 556—557). Należy je wzbogacić nowymi treściami i metodyką pracy.

Pożądana aktualnie hierarchia i treść celów kształcenia, w tym edukacji specjalnej, to pomoc w samorozwoju, kreatywności i autonomii jednostki, to świadomość i umiejętność zdrowego stylu życia swojego oraz środowiska: na tej bazie budowanie świata wartości, jego poznawanie przez przeżywanie i aktywne działanie. Ponieważ koncepcja Szkoły Promującej Zdrowie (Woynarowska i Sokołowska 1993) jest również szkołą skutecznego działania, więc diagnoza i zaplanowanie pracy w wybranym obszarze pracy ośrodków leczniczo-wychowawczych (dział szkolny) było wyborem właściwym i przedmiotem badań autorki niniejszej pracy.

Celem badań było ukazanie konieczności modyfikacji treści kształcących oraz kierunku i strategii postępowania psychoedukacyjnego pedagogów wobec dzieci i młodzieży przewlekle chorej i z dysfunkcją narządu ruchu.

Przedmiotem badań uczyniono:

- czynniki utrudniające realizację idei promowania zdrowia;
- określenie kierunku i zakresu pracy rewalidacyjnej pedagogów, wynikającej z koncepcji Szkół Promujących Zdrowie, z holistycznej i personalistycznej idei promocji zdrowia;
- wskazanie priorytetowych metod i form pracy w ośrodku pozwalających dziecku na aktywne poznawanie, przeżywanie i uczenie się świata.

Terenem badań, trwających nadal, są 3 Szkoły Przyszpitalne i 6 ośrodków leczniczo-wychowawczych z Polski Południowej i ze Śląska.

Podmiotem badań byli wychowawcy i nauczyciele (część z nich studiowała pedagogikę specjalną) oraz dzieci i młodzież z chorobami układów oddechowego, moczowego i z dysfunkcją narządu ruchu.

W niniejszym opracowaniu, ze względu na ograniczone ramy publikacji, ukazano kierunek, zakres oraz projektowanie strategii postępowania specjalistycznego pedagogów.

W wyniku dotychczas uzyskanego materiału empirycznego przyjęto, że pożądana zmiana kierunku pracy rewalidacyjnej winna obejmować 3 etapy.

1. Diagnoza aktualnych możliwości psychofizycznych dziecka — sfery emocjonalnej i instrumentalnej.

2. Klasyfikacja symptomów zachowania się dziecka, dokonana względem zaburzonych obszarów rozwoju osobowości jednostki, określonych aspektami przystosowania społecznego, doświadczeniami emocjonalno-społecznymi w relacjach interpersonalnych na poziomie:

- ja — obraz własnej osoby, obraz świata,
- ja — koledzy,

- ja — dorośli,
- ja — zadanie, problem.

3. Opracowanie strategii postępowania kompensacyjno-korekcyjnego w odniesieniu do edukowanych obszarów rozwoju osobowości dzieci, z uwzględnieniem zajęć lekcyjnych i pozalekcyjnych.

Implikacją przyjęcia kierunku idei promowania zdrowia, jej holistycznej i personalistycznej koncepcji, jest stosowanie odpowiedniej strategii w pracy metodycznej pedagogów, opartej na kompetencjach pedagoga specjalnego (Oleńska 1996). Strategii opartej na innej niż dotychczas roli pedagoga, w której osią działań nie jest on — autorytet, ale dziecko — człowiek z chęcią bycia aktywnym, wysłuchanym, twórczym i autonomicznym w decyzjach.

W ten sposób autorka sugeruje modyfikację dotychczasowego kierunku pracy pedagogów i uwzględnienie (również na etapie diagnozy) pierwszoplanowej roli sfery emocjonalno-wolicjonalnej dzieci, a nie jak dotychczas, głównie sfery instrumentalnej osobowości. Podstawą tak rozumianych oddziaływań rewalidacyjnych pedagogów jest zaplanowanie i stosowanie programu psychoedukacyjnego (psychokorekcyjnego) wobec wychowanków — uczniów — uwzględniając zakres i kolejność obszarów rozwojowych osobowości oraz treść scenariuszy i sesji.

Spostrzeżenia wynikające z badań wstępnych skłaniają do stwierdzenia, że: układając scenariusze zajęć należy mieć **świadomość istnienia i przestrzegania etapów, faz oraz układu strukturalnego zajęć psychoedukacyjnych**. Poniżej omówiono je kolejno.

Ogólnie można wyróżnić 3 etapy: przygotowawczy, realizacyjny, badawczy. Z kolei w każdym etapie należy wyszczególnić fazy charakteryzujące podejmowane czynności i ich kolejność.

**W etapie przygotowawczym** są to:

- rozpoznanie problemu — zagadnienia na podstawie diagnozy (np. liczba dzieci nieprzystosowanych, aspekty nieprzystosowania społecznego);
- określenie warunków działania (miejsca, czasu przeznaczanego na sesje — spotkania, liczba dzieci, osoby wspomagające, tj. nauczyciel, wychowawca itp.);
- planowanie kolejności obszarów osobowości dzieci, które chcemy wzmocnić, korygować;
- projektowanie scenariusza dla danego obszaru w aspekcie liczby sesji i ćwiczeń oraz formy i techniki pracy;
- określenie pomocy i przestrzeni potrzebnych do przeprowadzenia spotkań.

**Etap realizacyjny** zawiera następujące fazy:

- nawiązanie kontaktu z grupą: ćwiczenia rozluźniające, bądź pobudzające, tzw. ćwiczenia na rozgrzewkę;
- wspólne ustalenie zasad pracy w grupie i ich przestrzeganie;
- realizowanie zaprojektowanych ćwiczeń przestrzegając w fazie wstępnej tzw. ćwiczeń **metaforycznych**, przygotowujących do mówienia o sobie, poznawania siebie i innych.

W etapie badawczym wyróżniono 2 fazy: weryfikującą i prognozującą. W tej części badań zastosowane będą metody: projekcji (techniki werbalne i graficzne) oraz wywiadu, pozwalające na ocenę trafności wyboru obszaru i doboru ćwiczeń oraz ich szybką korektę.

Na podstawie coraz liczniej ukazujących się publikacji (m.in. Ostrowska 1994, Chomczyńska i Pankowska 1995, Hamer 1994) można przyjąć, że układ strukturalny każdej sesji zajęć psychoedukacyjnych powinien zawierać kilka podstawowych elementów. Są to:

- cele operacyjne ćwiczenia, ćwiczeń;
- opis przebiegu ćwiczenia z uwzględnieniem form pracy uczestników;
- czas trwania;
- materiały pomocnicze;
- omówienie (!) ćwiczenia, ćwiczeń.

Jak wynika z dotychczasowych badań, wypowiedzi uczestników sesji, tj. pedagogów i dzieci sugerują, iż najefektywniej przebiegają ćwiczenia prowadzone szczególnie w okresie adaptacyjnym — według następującej kolejności form:

- praca w małych grupkach (3—4 osoby),
- praca w dużej grupie (zespołe),
- praca indywidualna.

Tak rozumiany kierunek i zakres pracy rewalidacyjnej wobec dzieci i młodzieży leczonych w ośrodkach specjalistycznych wymaga przygotowania nauczycieli i wychowawców. Oprócz osobistego udziału w warsztacie (treningu, kursie) psychoedukacyjnym konieczne są zmiany w planach i programach studiów pedagogicznych, przede wszystkim kształcących tzw. nauczycieli—przedmiotowych, w aspekcie **umiejętności kompetentnych oddziaływań na całą osobowość dziecka—ucznia**. Jednocześnie istotne jest współtworzenie w ośrodku prawidłowego klimatu socjopsychicznego, w tym tak zwanych grup wsparcia pracujących tam ludzi.

## PIŚMIENNICTWO

- Chomczyńska M., Pankowska D. 1995. *Polubić szkołę*. WSiP, Warszawa.
- Doroszewska J. 1981. *Pedagogika Specjalna*. PWN, Warszawa.
- Hamer H. 1994. *Klucz do efektywności nauczania*. Veda 1994. Narodowy Program Zdrowia (maszynopis). Warszawa.
- Oleńska-Pawlak T. 1996. *Kompetencje pedagoga specjalnego. (W:) System kształcenia pedagogów*. Pod red. J. Wyczesany i H. Kosentki. WSP, Kraków (w druku).
- Woynarowska B., Sokołowska M. 1993. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Warszawa.



... ..

... ..

... ..

... ..

# ANEXOS

... ..

... ..



### **Wystąpienie końcowe — podsumowanie**

Modny jest dzisiaj protokół rozbieżności i protokół zgody. Stwierdzam z przyjemnością, podsumowując nasze obrady, że zgody jest więcej niż niezgody. Być może przesadzam, ale te punkty, które pozwolę sobie wymienić są najmocniejsze:

Po pierwsze: stosunki między wychowaniem zdrowotnym a promocją zdrowia. Tutaj wdzięczność należy się Pani Profesor B. Woynarowskiej, która — fizycznie nieobecna — tekst swój była uprzejma nam przekazać. Jest to już znaczne zbliżenie, a zanośli się na konflikt; zaczęto pisać: „od wychowania zdrowotnego do promocji zdrowia”, co jest nonsensem.

Jeżeli ktoś chciał ciągnąć linię historyczną od wychowania zdrowotnego do promocji zdrowia, nie był w porządku z logiką. Wychowanie zdrowotne nigdy nie odbywało się w próżni, zawsze było obudowane medycyną szkolną, higieną szkolną, wychowaniem fizycznym itd. Nigdy nikt nie głosił autonomii wychowania zdrowotnego. Zestawienie promocji zdrowia z jego elementem, jakim była i pozostaje zdrowotna edukacja, to był błąd, z którego krytycy wychowania zdrowotnego wycofują się i za to im chwała.

Druga sprawa to miejsce kultury fizycznej w promocji zdrowia i miejsce wychowania fizycznego w wychowaniu zdrowotnym. Wyraźnie wynikało to z referatów, że promocja zdrowia rozstrzyga się na przecięciu medycyny i pedagogiki w ich całości, natomiast kultura fizyczna czy wychowanie fizyczne wpada nam w środek tej sprawy — jako element, a to z dwóch powodów: po pierwsze, bo zawiera realia zdrowia. Pozwoliłem sobie w swoim referacie te realia wymienić: sprawność, odporność, wydolność. I to jest skarb niezbywalny dla promocji zdrowia. I z drugiego powodu dlatego, że kultura fizyczna była zawsze nośnikiem idei zdrowia pozytywnego.

Rozróżnia się wychowanie fizyczne i wychowanie zdrowotne dlatego, gdyż wychowanie zdrowotne jest monowalentne. Jedna jest tu wartość — zdrowie. Wychowanie fizyczne jest poliwalentne, realizuje wiele wartości, podobnie jak cała kultura fizyczna. A tam, gdzie jest wiele wartości, występują konflikty aksjologiczne. Toteż zdrowie w kulturze fizycznej bywa niszczone w imię innych wartości. A zatem kultura fizyczna nie jest immanentną częścią, jest tylko (choć mocno) zazębiona z kulturą zdrowotną. Na tej samej zasadzie wychowanie fizyczne jest zazębione z wychowaniem zdrowotnym. I to jest druga sprawa, w której osiągnięta jest zgoda.

A jaka jest półzgoda? Mianowicie co do historii. To jest problem: historia a historyzm. Historia może być oddzielona grubą kreską, opisana i osobno wyłożona, natomiast historyzm jest to ewolucyjny sposób patrzenia na rzecz, jej rozwój. Bywa tak, że



spotkam w jakimś podręczniku, w jakiejś książce podstawowej, wstęp historyczny, gdzie jest wiele o tych Śniadeckich i innych, a później idzie 600 stron, na których ten Śniadecki jest już nieobecny, jest niepotrzebny. Odnosi się wrażenie jakby Śniadecki, czy Kopczyński został zatrzymany w przedpokoju, nie proszony na pokoje, w których się mądrzą współcześni. Historia przeraża się w historyzm wówczas, kiedy jest w nas, kiedy pytamy o coś historii, kiedy wchodzimy z nią w dialog. Kiedy nam pomaga albo ostrzega.

A gdzie jest mniej zgody, a może nawet niezgoda. Nowa filozofia zdrowia. Proszę Państwa, zawsze pytam: dla kogo nowa? Bo spotykam się i z takimi ludźmi, którzy mają pewien schemat, przeważnie z importu, i od kilku lat są głosicielami swoich olśnień. To jest dla takiego człowieka nowe, ale on nie powinien według siebie sądzić. Każda dziedzina powinna być studiowana systematycznie; i to daje odporność na pozory nowości.

Badania historyczne pokazują na czym polegało w danej epoce myślenie potoczne, masowe, ale też odkrywają myśli tych, którzy wyprzedzali epokę, luminary właśnie i my odnosimy się do tej awangardy. Ci, którzy twierdzą, że promocja zdrowia jest czymś nowym, widzą przeszłość w pryzmacie myślenia potocznego. Usiłują nam wmówić, że innej myśli o zdrowiu nie było.

Czy wszystko jest w historii? Z pewnością nie, bo są problemy nowe, przed którymi staje ludzkość. Ale proszę zauważyć, że są również pozory nowości, np. AIDS. Epidemiologicznie jest to sprawa nowa, ale jest to szczególny przypadek problemu. któremu na imię trąd, dżuma itd. I tu się kłania historia ze starymi pytaniami: czy izolacja, czy leprozoria, czy integrować itd. itd.

Są jednak problemy całkiem nowe. Przepraszam, że wrócę do oklepanego przykładu Śląska. Tam gdzie katastrofa ekologiczna lub jej przedroże, tam występuje konflikt z kulturą fizyczną, która głosi ćwiczenia na świeżym powietrzu. Jak ćwiczyć na świeżym powietrzu, jeśli takiego nie ma? Tam przecież wzmoczona wentylacja płuc jest niewskazana. Wypada więc odbywać te ćwiczenia w klimatyzowanych izolatoriach.

Proszę Państwa, przepraszam, że ponudzę jeszcze w sprawie organizacji. Niech nam znowu patronuje Śniadecki, który powiedział, że doskonałość nie jest rzeczą ludzką, i to powinno nam wystarczyć.

Co było niedoskonałego? Według mnie niedoskonałe było arbitralne przydzielenie po 10 minut każdemu. Zalecałbym na przyszłość, aby autorzy mieli wpływ na przydział czasu, w każdym razie, żeby mieli więcej swobody.

A teraz to co najmiłsze: podziękowania dla organizatorów. To wielka rzecz stworzyć trybunę, zgromadzić nas z całej Polski. To jest ogromne osiągnięcie Pani Doktor i całego Zespołu. Wdzięczność należy się także autorom referatów, tym zwłaszcza, którzy przygotowali teksty oryginalne, nie zaś „towar obwoźny”.

No i prosimy o szybką publikację, żebyśmy mogli to sobie przetrawić i przenieść na swoje seminaria.

**Wnioski z obrad sesji nt. „Przegląd programów nauczania wychowania zdrowotnego w placówkach oświatowo-wychowawczych”**

1. Przygotowanie programów dotyczących wychowania zdrowotnego w szkole jest bardzo zróżnicowane pod względem stopnia i treści.
2. Realizacja programów wychowania zdrowotnego zarówno w szkole, jak i uczelniach kształcących nauczycieli jest również bardzo zróżnicowana i w różnym stopniu realizowana.
3. Kształcenie nauczycieli w zakresie wychowania zdrowotnego, szczególnie o profilu pedagogicznym, jest realizowane w sposób zróżnicowany, niemniej niewystarczający.
4. Wydaje się słuszne uwzględnienie w programach wychowania zdrowotnego tematyki wychowania do starości.





**Wnioski z obrad sesji nt. „Metody pracy z dziećmi i młodzieżą  
w procesie wychowania zdrowotnego”**

1. Realizacja programów wychowania zdrowotnego w szkołach jest bardzo zróżnicowana zarówno pod względem treści, jak i stopnia zaawansowania.
2. Wskazane jest, aby wykładowcy przedmiotu: „Żywienie człowieka” w AWF-ach wymienili pomiędzy sobą programy i doświadczenia, co pozwoli zwiększyć efektywność nauczania tego przedmiotu.
3. W programach wychowania zdrowotnego powinno się uwzględnić współczesną wiedzę z zakresu żywienia człowieka.
4. Programy wychowania zdrowotnego powinny uwzględnić właściwą relację pomiędzy wszystkimi dziedzinami wpływającymi na zdrowie człowieka.
5. W przygotowaniu nauczycieli nauczania początkowego z zakresu metodyki wychowania fizycznego należy podkreślić znaczenie wychowania zdrowotnego.
6. Wskazane jest, aby organizatorzy Konferencji wyróżnili dyplomem lub inną nagrodą pracę studentów Uniwersytetu Opolskiego pt.: „Efektywność wychowania zdrowotnego w badaniach koła naukowego”.



## SPIS TREŚCI

Wprowadzenie . . . . .	3
SESJA: PRZEGLĄD PROGRAMÓW NAUCZANIA WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO W PLACÓWKACH OŚWIATOWO-WYCHO- WAWCZYCH . . . . .	5
M. Sokołowska, B. Woynarowska, M. M. Szymańska, <i>Koncepcja i przebieg prac nad programem wszechstronnej edukacji zdrowotnej w szkole</i> . . . . .	7
J. Rzepka, A. Czok, <i>Program wychowania zdrowotnego realizowany przez Samodzielny Zakład Promowania Zdrowia Akademii Wychowania Fi- zycznego w Katowicach</i> . . . . .	11
W. Chalcarz, <i>Zadania i cele żywienia w promocji zdrowia w szkole</i> . . . . .	15
M. Charzyńska-Gula, <i>Środowiskowy program szkolnej edukacji zdrowotnej. Ocena dwuletniej realizacji programu w Polsce</i> . . . . .	21
B. Zawadzka, <i>Efekty edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie i tra- dycyjnej</i> . . . . .	33
G. Kołomyjska, <i>Wychowanie do starości jako wyzwanie dla współczesnego człowieka</i> . . . . .	39
B. Zawadzka, <i>Edukacja zdrowotna nauczycieli w uczelniach pedagogicznych (na przykładzie Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Kielcach)</i> . . . . .	45
D. Woitas-Ślubowska, <i>Skuteczność szkolnej promocji zdrowia jamy ustnej w świetle wyników badań zachowań i wiedzy uczniów w zakresie profi- laktyki próchnicy</i> . . . . .	49
D. Woitas-Ślubowska, <i>Zachowania zdrowotne pracowników kultury fizycz- nej: stan i wybrane uwarunkowania</i> . . . . .	55
B. Smyła, <i>Przedmiot „Higiena żywienia sportowców” jako integralny skład- nik programu wychowania zdrowotnego</i> . . . . .	61
B. Fedyn, <i>Wychowanie zdrowotne jako przedmiot studiów w Kolegium Na- uczycielskim</i> . . . . .	65
A. Olek, A. Gregorasz, K. Matras, <i>Efektywność wychowania zdrowotnego w badaniach koła naukowego</i> . . . . .	71
M. Krysa, <i>Szkolne programy promocji zdrowia — współpraca Wydziału Zdro- wia ze szkołami w roku szkolnym 1995/96</i> . . . . .	75
M. Kosińska, B. Bik, <i>Prezentacja tworzenia Ciechanowskiej Sieci Szkół Pro- mujących Zdrowie</i> . . . . .	79
I. Pająk, <i>Minimum sanitarne jako program wychowania zdrowotnego dla do- rosłych</i> . . . . .	87



U. Hoppe, <i>Dlaczego prostopadłościan prawidłowej postawy, a nie rzut boczny i przednio—tylny</i> . . . . .	91
J. Pelczar, <i>Wczesna diagnostyka oraz profilaktyka skolioz i wad postawy u dzieci i młodzieży. Nowosądeckie doświadczenia</i> . . . . .	99
G. Antoszczuk, <i>Wychowanie zdrowotne w przedszkolu a wyniki wychowania zdrowotnego i fizycznego po pierwszym roku nauki szkolnej</i> . . . . .	107
M. Jokieli, <i>Ocena programu nauczania o nowotworach w szkołach</i> . . . . .	115
B. Makowska, <i>Eksperymentalne zajęcia dla uczniów klasy I szkoły podstawowej z zakresu udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach</i> . . . . .	119
T. Przewłocka, B. Mościcka, <i>Program edukacyjny o higienie wieku dojrzewania. „Czas Przemian” — wyniki badań nad jego wdrożeniem</i> . . . . .	121
M. Bytniewski, <i>Realizacja treści programowych w nauczaniu wychowania zdrowotnego w wybranych placówkach oświatowo-wychowawczych</i> . . . . .	125
<b>SESJA: METODY PRACY Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ W PROCESIE WYCHOWANIA ZDROWOTNEGO.</b> . . . . .	129
I. Laudańska, A. Kaiser, A. Krawański, <i>Umiejętność tworzenia zdrowia — nowe wyzwanie dla edukatora</i> . . . . .	131
M. M. Szymańska, <i>Metoda alternatywnej edukacji zdrowotnej dla młodzieży „To jest Twoja decyzja”</i> . . . . .	139
M. Wawrzak-Chodaczek, <i>Realizacja zadań w zakresie wychowania zdrowotnego przez szkoły i środki masowego przekazu</i> . . . . .	143
M. M. Szymańska, <i>Metoda „Narysuj i napisz” w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży</i> . . . . .	149
M. Bytniewski, K. Kałuża, <i>Znaczenie wychowania fizycznego w opinii uczniów liceów ogólnokształcących</i> . . . . .	153
W. Pańczyk, <i>Szkoła wobec potrzeb warunkujących rozwój fizyczny i zdrowie dziecka (propozycje zamojskie)</i> . . . . .	159
P. Kowolik, A. Mazur, M. Pindera, <i>Wychowanie zdrowotne w klasach I—III (metody i formy) — oczekiwania i możliwości</i> . . . . .	165
M. Kaliszewska, <i>Wykorzystanie niektórych technik Celestyna Freineta w procesie przekazywania treści zdrowotnych uczniom klas czwartych</i> . . . . .	169
M. Biedroń, <i>Promocja zdrowia — praktyka szkolna</i> . . . . .	175
A. Abramczyk, <i>Pozaszkolne metody i formy pracy z dziećmi i młodzieżą w procesie wychowania zdrowotnego</i> . . . . .	181
E. Walkowicz, <i>Realizacja programów edukacji zdrowotnej poprzez aktywizujące metody nauczania</i> . . . . .	185
J. Nowocien, <i>Szkolne wycieczki turystyczno-krajoznawcze formą upowszechniania zdrowego stylu życia</i> . . . . .	191
A. Kieszkowska, <i>Z doświadczeń Medycznego Studium Zawodowego im. Hanny Chrzanowskiej w Morawicy</i> . . . . .	195

A. Deluga, <i>Pozaszkolne spotkania edukacyjne z młodzieżą wiejską (dojrzenie i wychowanie seksualne)</i> . . . . .	199
A. Lintowska, F. Lwow, <i>Opinia dziewcząt na temat związków zachowań zdrowotnych matki ze zdrowiem dziecka</i> . . . . .	203
H. Popławska, E. Huk-Wieliczuk, <i>Nauczyciel wychowania fizycznego wobec problemów zdrowotnych w szkole</i> . . . . .	211
A. Skarpańska-Stejnborn, <i>Znajomość zasad prawidłowego żywienia przez uczniów kończących szkołę podstawową</i> . . . . .	217
E. Ziejewska-Stajszczyk, <i>Lekcja biologii jako wychowanie dla zdrowia</i> . . . . .	223
B. Penar, E. Zadarko, <i>Szkolenie uczniów szkół średnich z zakresu pierwszej pomocy</i> . . . . .	227
I. Tymecka, M. Karska, A. Trojanowska, <i>Rola rodziców w procesie wychowania zdrowotnego dzieci w wieku przedszkolnym</i> . . . . .	231
K. Włostowska, <i>Małżeństwo i życie rodzinne w świadomości studentów uczelni wychowania fizycznego</i> . . . . .	237
A. Irzmańska, <i>Wychowanie seksualne młodzieży jako element wychowania zdrowotnego</i> . . . . .	241
H. Kachaniuk, <i>Nauczanie wychowania zdrowotnego w szkole specjalnej</i> . . . . .	245
T. Oleńska-Pawlak, <i>Edukacyjne implikacje promowania zdrowia w pracy rewalidacyjnej ośrodków leczniczo-wychowawczych</i> . . . . .	251
ANEKS. . . . .	255
M. Demel, <i>Wystąpienie końcowe — podsumowanie</i> . . . . .	257
J. Rzepka, W. Chalcarz, <i>Wnioski z obrad sesji nt. „Przegląd programów nauczania wychowania zdrowotnego w placówkach oświatowo-wychowawczych”</i> . . . . .	259
W. Chalcarz, <i>Wnioski z obrad sesji nt. „Metody pracy z dziećmi i młodzieżą w procesie wychowania zdrowotnego”</i> . . . . .	261











56846

Biblioteka Główna AWF w Krakowie



1800009553