

Rodzina i szkoła jako źródła informacji zdrowotnej – opinie uczniów

Marianna Charzyńska-Gula¹, Małgorzata Jaworska², Renata Bogusz³, Agnieszka Bartoszek¹, Katarzyna Kocka¹

¹ Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Studenckie Koło Naukowe Katedry Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny Katedry Nauk Humanistycznych, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Charzyńska-Gula M, Jaworska M, Bogusz R, Bartoszek A, Kocka K. Rodzina i szkoła jako źródła informacji zdrowotnej – opinie uczniów. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(3): 242–250.

Streszczenie

Wychowanie zdrowotne to kategoria oddziaływań wychowawczych, których celem jest rozbudzenie świadomości i aktywności jednostki w zakresie ochrony i rozwoju własnego zdrowia. Skuteczność tego procesu zależy od dobrej współpracy szkoły i rodziny ucznia we właściwym wykorzystywaniu informacji o zdrowiu pochodzącej z obu tych środowisk.

Celem badań było poznanie opinii wybranej grupy uczniów szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum na temat znaczenia rodziny i szkoły jako źródeł informacji zdrowotnej, a także udziału ich rodziców w planowaniu i realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej.

Opinie zebrano w grupie 368 uczniów najstarszych klas szkoły podstawowej posiadającej status Szkoły Promującej Zdrowie, gimnazjum i liceum ogólnokształcącego. Badania prowadzono na przełomie kwietnia i maja 2012 roku. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z autorskim kwestionariuszem ankiety.

Wyniki wskazują na stosunkowo małe znaczenie zarówno rodziców, jak i szkoły jako atrakcyjnych dla badanych uczniów źródeł informacji zdrowotnej. Odsetek uczniów, którzy stwierdzili, że w ich szkole w ogóle nie ma edukacji zdrowotnej i tym samym nie ma także osób, które byłyby dobrym źródłem informacji zdrowotnej wyniósł niemal 66%. Bardzo mała okazała się grupa uczniów, która uznała, że takie zajęcia są i są ciekawe (prawie 12%). Tematyka najczęściej poruszana na tych zajęciach nie zawsze wiązała się z przekonaniem uczniów co do tego, iż osoby prowadzące zajęcia są najlepszym źródłem informacji na ten właśnie temat.

Szkoła i rodzice, jako bardzo ważne dla uczniów źródła informacji o zdrowiu, nie współpracują ze sobą. Mimo oczekiwań uczniów, aby szkoła włączyła rodziców do zadań związanych z edukacją zdrowotną, nie są dostrzegalne działania, które potwierdzałyby otwarcie szkół na taką współpracę.

Słowa kluczowe

uczeń, rodzice, szkoła, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia

WPROWADZENIE

Skuteczność realizowanego w szkole programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia zależy między innymi od zmiany dotychczasowej niestety spotykanej najczęściej jednostronnej współpracy rodziców i szkoły. Współpracę ową inspirują głównie nauczyciele, ale i tak jest ona skoncentrowana na ocenie ucznia, a nie na rzetelnej, prowadzonej w dobrej atmosferze dyskusji nad problemami, jakie może on mieć (w sferze szeroko rozumianego zdrowia). Większość rodziców jest bierna, a szkoła nie ma pomysłu na zaangażowanie ich w jej działalność wychowawczą [1, 2, 3]. Jest to bardzo poważny problem, gdyż rodzina jest potencjalnie najpoważniejszym sojusznikiem szkoły w kreowaniu prozdrowotnych zachowań uczniów. [4, 5] Generalnie, należy przyjąć, że rodzicom zależy na zdrowiu dziecka i jeżeli sami zachowują się „antyzdrowotnie” to nie mają świadomości wpływu tych zachowań na własne dzieci [6]. Także współpraca szkoły w ramach realizacji

programu szkolnej edukacji zdrowotnej z przedstawicielami społeczności lokalnej (osobami znaczącymi, liderami) daje szanse wzmocnienia treści programu. Konieczna jest tutaj synchronizacja lokalnych działań edukacyjnych z inicjatywami zaplanowanymi w programie, a także z działaniami lokalnych środków społecznego przekazu, których wpływ na zachowania młodych ludzi jest ogromny. Szczególnie jednak dobre relacje szkoła rodzice mogą się przełożyć na ogromnie ważny efekt promocji zdrowia ucznia, a mianowicie zmniejszenie lub całkowite wyeliminowanie „konfliktu danych” („co innego mówią w szkole, a co innego w domu”), wprowadzającego ucznia w chaos informacyjny utrudniający krytyczną ocenę innych niż szkoła i dom rodzinny źródeł informacji zdrowotnej (np. Internet lub grupa rówieśnicza).

CEL PRACY

Poznawczym celem badań było ustalenie opinii wybranej grupy uczniów szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum na temat znaczenia rodziny i szkoły jako źródeł informacji zdrowotnej niezbędnej w procesie kształtowania świadomości zdrowotnej młodego człowieka, a także udziału

Adres do korespondencji: Marianna Charzyńska-Gula, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin
e-mail: jaligula@o2.pl

Nadesłano: 7 stycznia 2013; zaakceptowano do druku: 7 maja 2013

ich rodziców w planowaniu i realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej. Praktyczno-wdrożeniowy cel badań odnosił się do zastosowania uzyskanych wyników w programowaniu współpracy szkół (stanowiących teren badań) z rodzicami uczniów w realizacji edukacji zdrowotnej.

MATERIAŁ I METODA

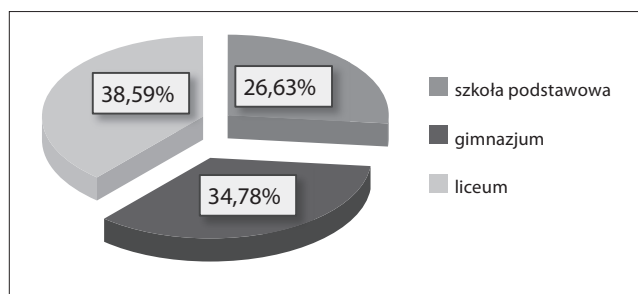
Opinie zebrano w grupie 368 uczniów najstarszych klas szkoły podstawowej posiadającej status Szkoły Promującej Zdrowie, gimnazjum i liceum ogólnokształcącego. Badania prowadzono na przełomie kwietnia i maja 2012 roku. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z autorskim kwestionariuszem ankiety opracowanym dla potrzeb badania.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację R Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska).

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

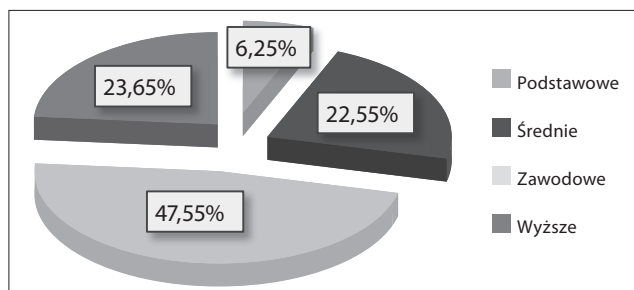
W grupie badanych uczniów 54,89% stanowiły dziewczęta, a 45,11% chłopcy. W badanej grupie 26,63% młodzieży uczęszczało do szkoły podstawowej, 34,78% do gimnazjum i 38,59% do liceum (Ryc. 1).



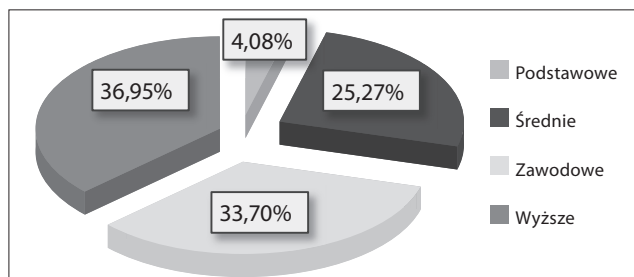
Rycina 1. Odsetek ankietowanych z uwzględnieniem miejsca nauki

Uczniowie w 64,40% mieszkali w mieście, zaś 35,60% na wsi. Matki badanych uczniów były lepiej wykształcone aniżeli ich ojcowie. Najczęściej ojcowie uczniów mieli wykształcenie zawodowe (47,55%), 6,25% ojców miało wykształcenie podstawowe, 22,55% średnie i 23,65% wyższe (Ryc. 2).

Matki najczęściej miały wykształcenie wyższe (36,95%), 4,08% matek miało wykształcenie podstawowe, 25,27% średnie i 33,70% wykształcenie zawodowe (Ryc. 3).

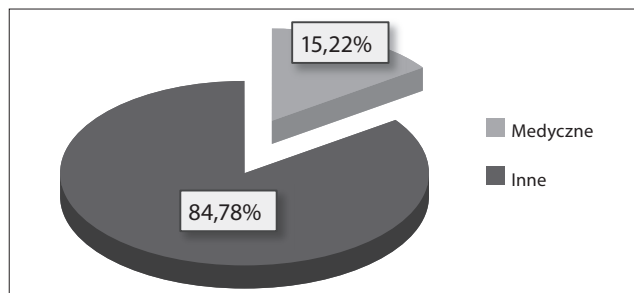


Rycina 2. Odsetek ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia ojca



Rycina 3. Odsetek ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia matki

Ponad 15% uczniów miało rodziców, z których przynajmniej jedno miało wykształcenie medyczne 15,22% (Ryc. 4).



Rycina 4. Odsetek ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia medycznego któregoś z rodziców

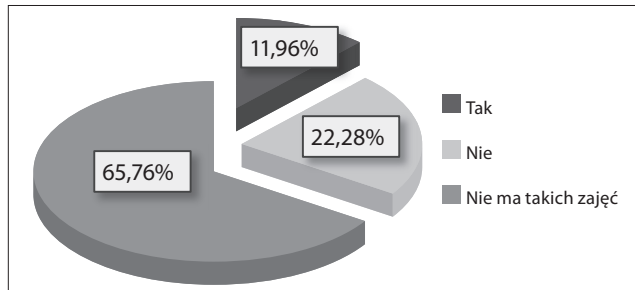
Samoocena rodzinnej sytuacji ekonomicznej, jakiej dokonali uczniowie, wskazała na dominującą grupę tych, w których rodzinach niczego nie brakuje i rodzice mają oszczędności (53,53%). Jednak pozostali uczniowie wskazywali na jakieś braki w tej sferze (Ryc. 5).



Rycina 5. Odsetek ankietowanych z uwzględnieniem wyników samooceny sytuacji materialnej rodziny

Opinie uczniów na temat szkolnej edukacji zdrowotnej i jej realizatorów

Ustalono, że zdecydowana większość badanych uczniów nie dostrzega w swojej szkole żadnych działań z obszaru edukacji zdrowotnej (65,76%). Ci, którzy potwierdzili istnienie takich zajęć, w 11,96% uważali, że zajęcia te są ciekawe, natomiast 22,28% ankietyowanych uważało, że nie są ciekawe (Ryc. 6).



Rycina 6. Odsetek badanych uczniów z uwzględnieniem ich opinii na temat atrakcyjności zajęć z edukacji zdrowotnej (Czy zajęcia z edukacji zdrowotnej są ciekawe?)

Uczniowie, których rodzice mieli wykształcenie medyczne nieznacznie częściej uważali, że zajęcia o tematyce zdrowotnej są ciekawe (17,86%) w porównaniu z ankietyowanymi, których rodzice nie mieli medycznego wykształcenia (10,90%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,28$) (Tab. 1).

Tabela 1. Opinie uczniów na temat atrakcyjności zajęć z edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem wykształcenia medycznego rodziców

Wykształcenie medyczne rodziców	Ocena			Ogółem
	Tak	Nie	Nie ma takich zajęć	
	L	L	L	
	%	%	%	%
Tak	10	10	36	56
	17,86	17,86	64,29	100,00
Nie	34	72	206	312
	10,90	23,08	66,03	100,00
Razem	44	82	242	368
	11,96	22,28	65,76	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=2,53$; $p=0,28$

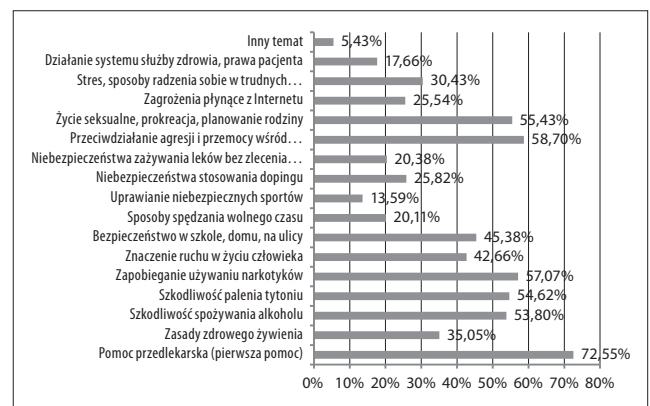
Uczniowie, poproszeni o wskazanie tematyki poruszanej podczas zajęć o tematyce zdrowotnej, najczęściej wskazywali pomoc przedlekarską (pierwsza pomoc) (72,55%), zapobieganie używaniu narkotyków (57,07%), przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród młodzieży (58,70%), życie seksualne, prokreację, planowanie rodziny (55,43%) (Tab. 2; Ryc. 7).

Z uczniowskich opinii odnoszących się do osób, które realizują w szkole zajęcia o tematyce zdrowotnej wynikało, że rzadko są to osoby spoza szkoły. Najczęściej zajęcia te były prowadzone przez nauczyciela biologii (46,74%), wychowawcę (40,76%) oraz pielęgniarkę (42,39%). Kategoria „nigdy” pojawiła się najczęściej przy nauczycielu wychowania fizycznego (60,33%), innym nauczycielu (73,10%) i specjalście spoza szkoły (54,89%) (Tab. 3).

Analizę częstości realizowania zajęć z edukacji zdrowotnej przez poszczególne osoby pogłębiono, nadając wybranym odpowiedziom odpowiednią punktację (często – 5 pkt., czasami – 3 pkt., nigdy – 0 pkt.) i obliczając średnią „aktywność”

Tabela 2. Tematyka najczęściej uwzględniana na zajęciach z edukacji zdrowotnej opinie wszystkich uczniów

Tematyka zajęć	Ocena			
	Tak		Nie	
	L	%	L	%
Pomoc przedlekarska (pierwsza pomoc)	267	72,55	101	27,45
Zasady zdrowego żywienia	129	35,05	239	64,95
Szkodliwość spożywania alkoholu	198	53,80	170	46,20
Szkodliwość palenia tytoniu	201	54,62	167	45,38
Zapobieganie używaniu narkotyków	210	57,07	158	42,93
Znaczenie ruchu w życiu człowieka	157	42,66	211	57,34
Bezpieczeństwo w szkole, domu, na ulicy	167	45,38	201	54,62
Sposoby spędzania wolnego czasu	74	20,11	294	79,89
Uprawianie niebezpiecznych sportów	50	13,59	318	86,41
Niebezpieczeństwa stosowania dopingu	95	25,82	273	74,18
Niebezpieczeństwa zażywania leków bez zlecenia lekarza	75	20,38	293	79,62
Przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród młodzieży	216	58,70	152	41,30
Życie seksualne, prokreacja, planowanie rodziny	204	55,43	164	44,57
Zagrożenia płynące z Internetu	94	25,54	274	74,46
Stres, sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach	112	30,43	256	69,57
Działanie systemu służby zdrowia, prawa pacjenta	65	17,66	303	82,34
Inny temat	20	5,43	348	94,57



Rycina 7. Tematyka najczęściej uwzględniana na zajęciach z edukacji zdrowotnej opinie badanych uczniów

Tabela 3. Osoby prowadzące edukację zdrowotną w szkołach – opinie wszystkich uczniów

Osoba prowadząca	Częstość organizowania					
	Często		Czasami		Nigdy	
	L	%	L	%	L	%
Nauczyciel wychowania fizycznego	42	11,41	104	28,26	222	60,33
Nauczyciel biologii	58	15,76	172	46,74	138	37,50
Nauczyciel wychowawca	42	11,41	150	40,76	176	47,83
Pielęgniarka	47	12,77	156	42,39	165	44,84
Inny nauczyciel	51	13,86	48	13,04	269	73,10
Specjalista (z zewnątrz szkoły, n. policjant)	33	8,97	133	36,14	202	54,89
Nie ma takich zajęć	45	12,23	44	11,96	279	75,82

tych osób oraz jej związek z określonym typem szkoły, w której uczyli się badani uczniowie. Wykazano, że uczniowie z gimnazjum istotnie częściej oceniali, że nauczyciel wychowania fizycznego prowadzi edukację zdrowotną, w porównaniu z ankietowanymi ze szkoły podstawowej i liceum ($p=0,001$). Uczniowie ze szkoły podstawowej istotnie częściej twierdzili, że zajęcia z edukacji zdrowotnej są częściej prowadzone przez wychowawcę, w porównaniu z gimnazjalistami i licealistami ($p=0,0008$). Badania wykazały także, że ankietowani z gimnazjum istotnie częściej oceniali, że zajęcia są prowadzone przez pielęgniarkę, niż badani z pozostałych szkół, ($p=0,04$), natomiast ankietowani ze szkoły podstawowej istotnie częściej podawali, że inny nauczyciel ($p=0,03$) oraz specjalista z zewnątrz ($p<0,00001$) częściej prowadzą zajęcia z edukacji zdrowotnej, w porównaniu z oceną tych osób dokonaną przez gimnazjalistów i licealistów (Tab. 4).

Tabela 4. Ocena częstotliwości prowadzenia zajęć edukacji zdrowotnej w szkołach przez wybrane osoby

Osoba prowadząca	Szkoła						Analiza statystyczna
	Podstawowa		Gimnazjum		Liceum		
	śred-nia	odch. stand.	śred-nia	odch. stand.	śred-nia	odch. stand.	
Nauczyciel wychowania fizycznego	1,40	1,81	1,71	1,91	1,17	1,77	H=10,74; p=0,001*
Nauczyciel biologii	2,10	1,89	2,22	1,87	2,23	1,78	H=2,90; p=0,09
Nauczyciel wychowawca	2,27	1,71	1,98	1,94	1,30	1,67	H=11,30; p=0,0008*
Pielęgniarka	1,73	1,97	2,39	1,77	1,60	1,72	H=4,31; p=0,04*
Inny nauczyciel	1,96	2,27	0,71	1,51	0,82	1,65	H=4,55; p=0,03*
Specjalista (z zewnątrz szkoły, n. policjant)	2,42	1,89	1,59	1,68	0,87	1,49	H=28,10; p<0,0001*
Nie ma takich zajęć	1,24	1,96	0,90	1,80	0,85	1,64	H=4,00; p=0,05*

Najczęściej uczniowie oceniali, że nauczyciele (39,67%) i pielęgniarki (40,67%) są raczej kompetentnymi osobami do realizowania edukacji zdrowotnej. Natomiast ocenę „zdecydowanie kompetentny” otrzymał najczęściej specjalista spoza szkoły (35,87%) (Tab. 5).

Tabela 5. Kompetencje osób realizujących szkolną edukację zdrowotną w opiniach badanych uczniów

Osoba prowadząca	Ocena kompetencji							
	Zdecydowanie tak		Raczej tak		Raczej nie		Zdecydowanie nie	
	L	%	L	%	L	%	L	%
Nauczyciele	46	12,50	146	39,67	111	30,16	65	17,67
Pielęgniarka	119	32,34	150	40,76	40	10,87	59	16,03
Specjalista spoza szkoły	132	35,87	117	31,80	60	16,30	59	16,03

Rodzice jako źródło informacji zdrowotnej i osoby współtworzące program szkolnej edukacji zdrowotnej w opiniach uczniów

Interesowano się tym, w jakim stopniu uczniowie wykorzystują członków swojej rodziny jako źródło informacji na temat zdrowia i czy informacje tam pozyskiwane są przydatne w ich życiu. Za najbardziej przydatne źródło informacji uczniowie uznali lekarza (50,54%). Natomiast najczęściej jako bardzo przydatne ocenili informacje pochodzące z takich źródeł jak (w kolejności): rodzice (38,32%), Internet (29,89%), pielęgniarka (30,71%) oraz inni pracownicy służby zdrowia (30,16%). Za średnio ważne źródła najczęściej uczniowie uznawali: dziadków (37,77%), szkołę (36,68%), telewizję (34,78%) oraz koleżanki, przyjaciół (33,70%). Za zupełnie nieprzydatne źródła informacji zdrowotnej uznawali najczęściej księdza (41,85%) i psychologa (28,80%). Oceny źródeł informacji na temat zdrowia dokonywali w skali od 1 do 5 (1 – żadna, 2 – bardzo mała, 3 – średnia, 4 – bardzo duża, 5 – duża) (Tab. 6).

Tabela 6. Przydatność różnych źródeł informacji na temat zdrowia w opiniach badanych uczniów

Źródło wiedzy o zdrowiu	Jego przydatność									
	Największa		Bardzo duża		Średnia		Bardzo mała		Żadna	
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
Rodzice	135	36,68	141	38,32	77	20,92	7	1,90	8	2,17
Rodzeństwo	18	4,89	53	14,40	114	30,98	83	22,55	101	27,45
Dziadkowie	37	10,05	77	20,92	139	37,77	59	16,03	56	15,22
Szkoła, nauczyciele, wychowawcy	23	6,25	69	18,75	135	36,68	62	16,85	79	21,47
Internet	115	31,25	110	29,89	99	26,90	26	7,07	18	4,89
Telewizja	44	11,96	98	26,63	128	34,78	62	16,85	36	9,78
Prasa młodzieżowa	14	3,80	35	9,51	90	24,46	94	25,54	135	36,68
Grupa koleżeńska, приятели	25	6,79	53	14,40	124	33,70	97	26,36	69	18,75
Pielęgniarka	81	22,01	113	30,71	85	23,10	40	10,87	49	13,32
Lekarz	186	50,54	101	27,45	39	10,60	18	4,89	24	6,52
Inny pracownik służby zdrowia (np. położna, ratownik)	95	25,82	111	30,16	80	21,74	29	7,88	53	14,40
Ksiądz, katecheta	17	4,62	25	6,79	91	24,73	81	22,01	154	41,85
Psycholog	25	6,79	55	14,95	102	27,72	80	21,74	106	28,80

Pogłębiona analiza statystyczna powyższych opinii pozwoliła na ustalenie, że uczniowie ze szkoły podstawowej oceniali rodziców, dziadków i prasę młodzieżową za istotnie lepsze źródło informacji na temat zdrowia niż ankietowani z gimnazjum i liceum ($p=0,02$) (Tab. 7).

Analiza odpowiedzi na pytanie: *Które ze źródeł informacji są najbardziej przydatne w poszukiwaniu konkretnych danych?* przyniosła dosyć zaskakujące wyniki. Uczniowie najczęściej oceniali, że rodzice są najlepszym źródłem informacji na temat zdrowego żywienia (39,67%) oraz bezpieczeństwa w szkole, w domu i na ulicy (53,80%). Z kolei od szko-

Tabela 7. Uczniowska ocena przydatności źródeł informacji na temat zdrowia (według kolejnych poziomów edukacji)

Źródło wiedzy o zdrowiu	Szkoła						Analiza statystyczna
	Podstawowa		Gimnazjum		Liceum		
	śred-nia	odch. std	śred-nia	odch. std	śred-nia	odch. std	
Rodzice	4,37	0,74	3,99	0,91	3,89	0,99	H=15,50; p=0,0004*
Rodzeństwo	2,54	1,30	2,47	1,14	2,42	1,13	H=0,27; p=0,87
Dziadkowie	3,40	1,21	2,82	1,09	2,75	1,15	H=21,14; p<0,0001*
Szkoła, nauczyciele, wychowawcy	2,76	1,15	2,73	1,23	2,67	1,16	H=0,24; p=0,89
Internet	3,73	1,18	3,66	1,19	3,85	1,00	H=1,05; p=0,59
Telewizja	3,13	1,23	3,23	1,20	3,07	1,00	H=1,34; p=0,51
Prasa młodzieżowa	2,37	1,08	2,23	1,19	2,01	1,12	H=7,67; p=0,02*
Grupa koleżeńska, przyjaciele	2,53	1,20	2,75	1,09	2,62	1,14	H=2,80; p=0,25
Pielęgniarka	3,26	1,36	3,53	1,33	3,31	1,23	H=3,61; p=0,16
Lekarz	4,16	1,15	4,13	1,24	4,04	1,14	H=1,50; p=0,47
Inny pracownik służby zdrowia (np. położna, ratownik)	3,39	1,31	3,60	1,35	3,36	1,35	H=3,31; p=0,19
Ksiądz, katecheta	2,21	1,11	2,18	1,22	1,99	1,18	H=3,70; p=0,16
Psycholog	2,65	1,30	2,53	1,20	2,35	1,22	H=4,14; p=0,13

ły, nauczycieli i wychowawców najczęściej można uzyskać wiarygodne informacje na temat zdrowotnych zalet ruchu (29,35%), pierwszej pomocy przedmedycznej (37,23%) i substancji uzależniających (21,20%). Szczególnie ciekawe jest to,

Tabela 8. Źródła wiedzy o zdrowiu według badanych uczniów

Tematyka wiedzy o zdrowiu	Źródło wiedzy o zdrowiu											
	Rodzice, dom rodzinny		Szkoła, nauczyciele, wychowawcy		Internet, telewizja, prasa		Grupa koleżeńska, przyjaciele		Pielęgniarka, lekarz, inny „medyk”		Psycholog	
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
Zdrowe żywienie	146	39,67	23	6,25	112	30,43	6	1,63	80	21,74	1	0,27
Zdrowotne zalety ruchu	68	18,48	108	29,35	107	29,08	27	7,34	53	14,40	5	1,36
Seksualność człowieka	56	15,22	58	15,76	104	28,26	63	17,12	40	10,87	47	12,77
Zalety i niebezpieczeństwa zażywania leków	66	17,93	20	5,43	43	11,68	12	3,26	215	58,42	12	3,26
Przyczyny i istota różnych chorób	43	11,68	34	9,24	55	14,95	11	2,99	18	4,89	8	2,17
Pierwsza pomoc przedmedyczna (np. w wypadku ulicznym)	27	7,34	137	37,23	39	10,60	21	5,71	142	38,59	2	0,54
Sposoby spędzania wolnego czasu, najlepsze dla kogoś w Twoim wieku	55	14,95	22	5,98	67	18,21	209	56,79	10	2,72	8	2,17
Bezpieczeństwo w szkole, domu, na ulicy	198	53,80	100	27,17	28	7,61	24	6,52	8	2,17	10	2,72
Stres, sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach	103	27,99	19	5,16	53	14,40	44	11,96	9	2,45	140	38,04
Działanie systemu ochrony zdrowia i prawa pacjenta	27	7,34	21	5,71	74	20,11	10	2,72	225	61,14	11	2,99
Substancje uzależniające	39	10,60	78	21,20	72	19,57	44	11,96	64	17,39	71	19,29
Zagrożenia płynące z Internetu	92	25,00	89	24,18	109	29,62	12	3,26	7	1,90	59	16,03

że Internet, telewizja lub prasa to, według uczniów, źródła wiarygodnych informacji na temat seksualności człowieka (28,26%) oraz zagrożeń płynących z Internetu (29,62%)! Od rówieśników zaś najczęściej wiarygodne informacje można uzyskać na temat sposobów spędzania wolnego czasu (56,79%). Pielęgniarka i lekarz to źródła rzetelnej informacji na temat zalet i niebezpieczeństw zażywania leków (58,42%) i zasad działania systemu ochrony zdrowia i praw pacjenta (61,14%). Od psychologa najlepiej jest uzyskać wiarygodne informacje w zakresie stresu i sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach (38,04%) (Tab. 8).

Uczniowie zdecydowanie opowiedzieli się za tym, że szkoła powinna współpracować z rodzicami w planowaniu i realizowaniu różnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów („tak” – 51,90%; „nie” – 48,10% badanych). Istotnie statystycznie częściej opowiadali się za tym uczniowie gimnazjum i uczennice. Także nieco częściej taką decyzję wyrazili uczniowie mający rodziców „medyków” (różnice bliskie istotności). Natomiast miejsce zamieszkania uczniów nie miało statystycznego znaczenia dla tej opinii (Tab. 9–12).

Tabela 9. Poziom edukacji a współpraca rodziny i szkoły w planowaniu i realizowaniu działań w zakresie edukacji zdrowotnej w wypowiedziach badanych

Szkoła	Ocena		Ogółem
	Tak	Nie	
	L %	L %	
Podstawowa	56	42	98
	57,14	42,86	100,00
Gimnazjum	77	51	128
	60,16	39,84	100,00
Liceum	58	84	142
	40,85	59,15	100,00
Razem	191	177	368
	51,90	48,10	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=11,52$; $p=0,003^*$

Tabela 10. Płeć badanych a ich opinie na temat współpracy rodziny i szkoły w planowaniu i realizowaniu działań w zakresie edukacji zdrowotnej

Płeć	Ocena		Ogółem
	Tak	Nie	
	L %	L %	L %
Dziewczęta	123	79	202
	60,89	39,11	100,00
Chłopcy	68	98	166
	40,96	59,04	100,00
Razem	191	177	368
	51,90	48,10	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=14,49$; $p=0,0001^$*

Tabela 11. Opinia ankietowanych na temat, czy szkoła powinna współpracować z rodzicami w planowaniu i realizowaniu różnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów (z uwzględnieniem medycznego wykształcenia rodziców)

Wykształcenie medyczne rodziców	Ocena		Ogółem
	Tak	Nie	
	L %	L %	L %
Tak	29	27	56
	51,79	48,21	100,00
Nie	162	150	312
	51,92	48,08%	100,00%
Razem	191	177	368
	51,90	48,10	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=0,02$; $p=0,90$

Tabela 12. Opinia ankietowanych na temat, czy szkoła powinna współpracować z rodzicami w planowaniu i realizowaniu różnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów (z uwzględnieniem miejsca zamieszkania ucznia)

Miejsce zamieszkania	Ocena		Ogółem
	Tak	Nie	
	L %	L %	L %
Miasto	132	105	237
	55,70	44,30	100,00
Wieś	59	72	131
	45,04	54,96%	100,00%
Razem	191	177	368
	51,90	48,10	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=3,84$; $p=0,05$

Uczniowie, którzy uważali, że szkoła powinna współpracować z rodzicami w planowaniu i realizowaniu różnych działań w obszarze edukacji zdrowotnej uczniów (51,90%), najczęściej uznawali, iż współpraca ta powinna dotyczyć zdrowego żywienia (43,98%), pierwszej pomocy przedmedycznej (44,50%) i seksualności człowieka (34,03%). Również często, jednak nieco słabiej, uczniowie akcentowali potrzebę takiej współpracy z rodzicami w realizowaniu zajęć poświęconych zdrowotnym zaletom ruchu (43,98%), zaletom i niebezpieczeństwom zażywania leków (46,07%), sposobom spędzania wolnego czasu (33,51%), bezpieczeństwa w szkole,

domu i na ulicy (43,46%; $n=83$), stresowi, sposobom radzenia sobie w trudnych sytuacjach (45,03%), substancjom uzależniającym (45,55%), przyczynom i istocie różnych chorób (46,07%), zagrożeniom płynącym z Internetu (34,55%) oraz działaniu systemu ochrony zdrowia i prawom pacjenta (38,22%) (Tab. 13).

Tabela 13. Potrzeba współpracy z rodzicami w zakresie określonych obszarów tematycznych w opiniach badanych

Tematyka wiedzy o zdrowiu	Potrzebna współpraca z rodzicami							
	Zdecydowanie tak		Raczej tak		Raczej nie		Zdecydowanie nie	
	L	%	L	%	L	%	L	%
Zdrowe żywienie	84	43,98	76	39,79	26	13,61	5	2,62
Zdrowotne zalety ruchu	68	35,60	84	43,98	32	16,75	7	3,66
Seksualność człowieka	65	34,03	64	33,51	43	22,51	19	9,95
Zalety i niebezpieczeństwa zażywania leków	61	31,94	88	46,07	34	17,80	8	4,19
Pierwsza pomoc przedmedyczna	85	44,50	69	36,13	30	15,71	7	3,66
Sposoby spędzania wolnego czasu	27	14,14	64	33,51	57	29,84	43	22,51
Bezpieczeństwo w szkole, domu, na ulicy	48	25,13	83	43,46	46	24,08	14	7,33
Stres, sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach	71	37,17	86	45,03	26	13,61	8	4,19
Działanie systemu ochrony zdrowia, prawa pacjenta	48	25,13	73	38,22	52	27,23	18	9,42
Substancje uzależniające	66	34,55	87	45,55	25	13,09	13	6,81
Przyczyny i istota różnych chorób	50	26,18	88	46,07	40	20,94	13	6,81
Zagrożenia płynące z Internetu	37	19,37	66	34,55	61	31,94	27	14,14

Opinie uczniów dotyczyły również pracowników szkoły i tzw. zewnętrznych ekspertów jako źródeł informacji bardzo istotnych dla procesu edukacji zdrowotnej toczącego się w szkole. Z badań wynika, że zazwyczaj spotkania z różnymi specjalistami w szkole w ramach edukacji zdrowotnej odbywały się rzadko lub nigdy. Rzadko miały miejsce spotkania z pielęgniarką (50,00%; $n=184$), policjantem (58,70%), a także pedagogiem szkolnym (51,63%). Niemal nigdy nie dochodziło do spotkań z lekarzem (80,43%), ratownikiem medycznym (80,71%), psychologiem (60,60%) i innym specjalistą, np. ds. uzależnień (80,16%) (Tab. 14).

Tabela 14. Częstotliwość spotkań ze specjalistami

Tematyka wiedzy o zdrowiu	Częstość spotkań					
	Często		Rzadko		Nigdy	
	L	%	L	%	L	%
Pielęgniarka	14	3,80	184	50,00	170	46,20
Lekarz	8	2,17	64	17,39	296	80,43
Policjant	40	10,87	216	58,70	112	30,43
Pedagog szkolny	67	18,21	190	51,63	111	30,16
Ratownik medyczny	10	2,72	61	16,58	297	80,71
Psycholog	26	7,07	119	32,34	223	60,60
Inny specjalista	22	5,98	51	13,86	295	80,16

W celu przeprowadzenia analizy statystycznej częstości spotkań ze specjalistami z uwzględnieniem typu szkoły nadano poszczególnym odpowiedziom odpowiednie punkty (5 pkt. – często; 3 pkt. – rzadko i 0 pkt. – nigdy). Okazało się, że w gimnazjum istotnie częściej były organizowane spotkania z pielęgniarką aniżeli w szkole podstawowej i liceum ($p < 0,0001$), natomiast spotkania z lekarzem, policjantem, pedagogiem szkolnym, ratownikiem medycznym, psychologiem i innymi specjalistami istotnie częściej odbywały się w szkole podstawowej ($p = 0,005$) (Tab. 15).

Tabela 15. Częstość spotkań ze specjalistami w poszczególnych szkołach

Tematyka wiedzy o zdrowiu	Szkoła						Analiza statystyczna
	Podstawowa		Gimnazjum		Liceum		
	śred-nia	odch. std	śred-nia	odch. std	śred-nia	odch. std	
Pielęgniarka	1,42	1,76	2,23	1,37	1,39	1,59	H=23,65; p<0,0001*
Lekarz	0,98	1,52	0,68	1,35	0,35	1,03	H=14,86; p=0,0006*
Policjant	3,12	1,55	2,66	1,34	1,42	1,55	H=71,79; p<0,0001*
Pedagog szkolny	3,06	1,70	2,20	1,81	2,28	1,71	H=16,27; p=0,0003*
Ratownik medyczny	1,37	1,73	0,45	1,15	0,29	0,93	H=41,45; p<0,0001*
Psycholog	1,84	1,92	1,16	1,59	1,12	1,60	H=10,64; p=0,005*
Inny specjalista	1,16	1,76	0,47	1,29	0,63	1,41	H=14,33; p=0,0008*

W badaniach podjęto także kwestię spotkań dwóch źródeł informacji zdrowotnej, to znaczy rodziców i specjalistów szkolnych i pozaszkolnych w ramach działań inicjowanych przez szkoły, w których uczyli się badani uczniowie. Z zebranych od uczniów informacji wynika, że najczęściej rodzice nie uczestniczyli niestety w żadnych spotkaniach ze specjalistami (ponad 80,00%). Rzadko rodzice brali udział w spotkaniach z pedagogiem szkolnym (14,13%) i psychologiem (10,60%), a także pielęgniarką (10,05%) oraz policjantem (9,51%) (Tab. 16).

Tabela 16. Częstość spotkań ze specjalistami – z uwzględnieniem wszystkich typów szkół

Tematyka wiedzy o zdrowiu	Udział Twoich rodziców w spotkaniach:					
	Często		Rzadko		Nigdy	
	L	%	L	%	L	%
Pielęgniarka	6	1,63	37	10,05	325	88,32
Lekarz	15	4,08	31	8,42	322	87,50
Policjant	12	3,26	35	9,51	321	87,23
Pedagog szkolny	13	3,53	52	14,13	303	82,34
Ratownik medyczny	7	1,90	25	6,79	336	91,30
Psycholog	7	1,90	39	10,60	322	87,50
Inny specjalista	10	2,72	22	5,98	336	91,30

Analogicznie jak poprzednio pogłębiono analizę statystyczną, ustalając częstość spotkań rodziców ze specjalistami z uwzględnieniem typu szkoły. Rodzice uczniów

szkoły podstawowej częściej uczestniczyli w spotkaniach ze specjalistami niż rodzice uczniów gimnazjum i liceum. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w udziale rodziców w spotkaniach z pielęgniarką, lekarzem, policjantem, ratownikiem medycznym i psychologiem ($p = 0,02$) (Tab. 17).

Tabela 17. Częstość spotkań rodziców ze specjalistami w poszczególnych szkołach

Tematyka wiedzy o zdrowiu	Szkoła						Analiza statystyczna
	Podstawowa		Gimnazjum		Liceum		
	śred-nia	odch. std	śred-nia	odch. std	śred-nia	odch. std	
Pielęgniarka	0,67	1,38	0,29	0,97	0,27	0,90	H=9,86; p=0,007*
Lekarz	0,73	1,52	0,37	1,14	0,35	1,13	H=7,51; p=0,02*
Policjant	0,87	1,64	0,35	1,08	0,25	0,87	H=14,74; p=0,0006*
Pedagog szkolny	0,70	1,39	0,52	1,33	0,61	1,32	H=1,80; p=0,41
Ratownik medyczny	0,56	1,38	0,23	0,84	0,18	0,77	H=7,82; p=0,02*
Psycholog	0,66	1,41	0,18	0,77	0,45	1,14	H=10,46; p=0,005*
Inny specjalista	0,50	1,33	0,21	0,91	0,28	0,96	H=4,30; p=0,12

DYSKUSJA

Otrzymane wyniki wskazują na stosunkowo małe znaczenie zarówno rodziców, jak i szkoły jako atrakcyjnych dla badanych uczniów źródeł informacji zdrowotnej. Konkluzję tę uzasadnia zarówno odsetek uczniów (niemal 66%), którzy stwierdzili, że w ich szkole w ogóle nie ma edukacji zdrowotnej (a zatem, w ich opinii, nie ma także osób, które byłyby dobrym źródłem informacji zdrowotnej), jak też bardzo mała grupa uczniów, która uznała, że takie zajęcia są i są ciekawe (tylko ok. 12%). Tematyka najczęściej poruszana na tych zajęciach (pomoc przedlekarska, zapobieganie używaniu narkotyków, przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród młodzieży, życie seksualne, prokreacja, planowanie rodziny) nie zawsze wiązała się z uznaniem przez uczniów uczniów, iż osoby prowadzące zajęcia są najlepszym źródłem informacji na ten właśnie temat. Na przykład Internet, telewizja lub prasa, a nie specjaliści ze szkoły, są według uczniów źródłami najbardziej wiarygodnych informacji na temat seksualności człowieka oraz zagrożeń płynących z Internetu. W 2012 r. Główny Urząd Statystyczny po raz pierwszy badał temat dotyczący korzystania z Internetu w sprawach związanych ze zdrowiem. Odsetek osób korzystających z Internetu w celu wyszukania informacji dotyczących zdrowia wyniósł 31,4%. Badanie dotyczyło osób od 15. roku życia. Zdecydowanie rzadziej respondenci w tym badaniu wykorzystywali Internet do umawiania się na wizytę lekarską lub zamawiania produktów związanych ze zdrowiem (odpowiednio 4,3% i 3,8%) [7].

W świetle prezentowanych w niniejszej pracy opinii badanych uczniów najbardziej wartościowym źródłem informacji na temat zdrowia okazał się lekarz, z którym praktycznie nie mają żadnego kontaktu na gruncie szkoły, co więcej, nie mają z nim kontaktu także ich rodzice. Najlepsze pomysły na sposoby spędzania wolnego czasu ma krąg rówieśników,

a rodzina ma tutaj znaczenie niewielkie (niepełna 15% odpowiedzi). Dla porównania: w pracy Kubańskiej i Korpaka aktywność fizyczna gimnazjalistów w czasie wolnym od nauki była spowodowana przez rodziców uczniów I klas w 43%, w klasie II w 63%, a w klasie III aż w 52% [8].

W literaturze przedmiotu dominują doniesienia poszukujące związku między statusem społeczno-ekonomicznym rodziców a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów. Możemy je jednak pośrednio odnieść do otrzymanych wyników. W badaniach HBSC wskazuje się na zasadność uwzględniania w analizie uwarunkowań zachowań zdrowotnych uczniów sytuacji społeczno-ekonomicznej okolicy zamieszkania ucznia, statusu społeczno-ekonomicznego rodziny ucznia oraz relacji w rodzinie. Często są one znaczące zarówno dla rodzaju, jak też nasilenia ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży. Mają także znaczenie dla opinii wyrażanych przez uczniów, co potwierdzono w otrzymanym materiale. Jednak, o ile nie ma wątpliwości co do wpływu statusu społeczno-ekonomicznego na zdrowie małych dzieci i osób dorosłych, wnioski dotyczące młodzieży nie są tak jednoznaczne i mogą wiązać się z silniejszym wpływem grupy rówieśniczej niż rodziny na wybory i zachowania zdrowotne [9, 10, 11]. Informacje uzyskane w naszym badaniu pokazują grupę rówieśniczą jako bardzo istotne źródło informacji zdrowotnej niezależnie od rodziców i szkoły.

Wyniki badań uzyskane w najnowszym badaniu HBSC z 2010 roku potwierdzają ochronną rolę dobrych relacji w rodzinie dla zdrowia i samopoczucia nastolatków [12, 13], chociaż w analizie uwarunkowań zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży ze wsi podnosi się także znaczenie świadomości zdrowotnej ich rodziców. Często, mimo dobrej komunikacji z dziećmi, nie stanowią oni dobrych wzorców takich zachowań i nie wiedzą, jakie zachowania przejawiają ich dzieci [14].

Szkoła w ramach inicjowanych działań edukacyjnych ma szansę przekazania ważnych informacji zdrowotnych i kształtowania świadomości zdrowotnej rodziców nie tylko w kontekście ich relacji z dziećmi, ale również własnych wyborów i zachowań zdrowotnych. Potwierdza się związek rejestrowanych zachowań dzieci i młodzieży ze wsi z wykształceniem ich rodziców i sytuacją ekonomiczną gospodarstwa. Jest on wprost proporcjonalny. Im wyższe wykształcenie rodziców i status materialny rodziny dziecka, tym np. zachowania żywieniowe dziecka lepsze i bardziej prozdrowotne profile zachowań [15, 16].

Edukacja zdrowotna prowadzona w szkole jest szczególnie potrzebna dzieciom i młodzieży pochodzącej z rodzin, które nie przygotowują dzieci do troski o zdrowie [17, 18]. Dobra współpraca szkolnych liderów edukacji zdrowotnej z rodzicami uczniów, mająca na celu ich zaistnienie w roli współtworzących zdrowe, przyjazne środowisko pracy dzieci, inwestujące w ich zdrową przyszłość, to jednocześnie element działań, których efektem może być zmniejszenie nierówności społecznych w dostępie do zdrowia. W świetle opinii pozyskanych od uczniów w przeprowadzonych badaniach osiągnięcie takiego efektu będzie bardzo trudne.

Przeprowadzone badania nie odnosiły się do oceny szkół, które stanowiły teren badań, w kontekście działań, jakie podejmują one dla zaktywizowania współpracy z rodzicami uczniów w realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej. Wydaje się jednak, że wprowadzenie standardowych form takiej współpracy, jak np. wspólna dyskusja nad nowymi programami, lokalne przedsięwzięcia prozdrowotne inicjowane

wspólnie przez radę rodziców i dyrekcję szkoły lub też biblioteka multimedialna z dobrą bazą informacji prozdrowotnej z dostępem dla rodziców (także coraz częściej już w wersji on-line), poprawiły tę współpracę.

WNIOSKI

1. Szkoła i rodzice jako bardzo ważne dla uczniów źródła informacji o zdrowiu nie współpracują ze sobą. Sytuacja taka rodzi zagrożenie chaosu informacyjnego i dominacji innych, niekontrolowanych źródeł wiedzy o zdrowiu, jego uwarunkowaniach i sposobach radzenia sobie z różnymi zdrowotnymi problemami doświadczanymi przez uczniów (Internet, grupa rówieśnicza).
2. Mimo oczekiwań uczniów, aby szkoła włączyła rodziców do zadań związanych z edukacją zdrowotną, nie są dostrzegalne działania, które potwierdzałyby otwarcie szkół na taką współpracę.
3. Zebrane opinie wskazują na to, że wiele istotnych dla rozwoju świadomości zdrowotnej młodego człowieka pytań pozostaje bez żadnej lub bez odpowiedzi właściwej. W świetle uzyskanych wyników można stwierdzić, że badani uczniowie nie otrzymują pomocy informacyjnej, ważnej dla ich zdrowego dojrzwania, ani ze strony rodziny, ani też w swojej szkole.

PIŚMIENICTWO

1. Woynarowska B. Zdrowie i szkoła. PWN. Warszawa 2000.
2. Bergier B, Czermińska A. Szkolna promocja zdrowia w opinii rodziców klas szóstych ze szkół podstawowych w Sierpcu i w Susku (woj. Mazowieckie). (W): Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży wiejskiej (red. J. Zagórski, H. Popławska, M. Skład. IMW Lublin; 2004: 368375.
3. Tołwińska-Królikowska E. Mała wiejska szkoła podstawowa – niezbędny ośrodek rozwoju społeczności lokalnej, W: Warunki życia na wsi. Szanse edukacyjne na obszarach wiejskich. Biuletyn. Forum debaty publicznej nr 6, Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, czerwiec 2011: 91–97.
4. Charzyńska-Gula M. Szkolna edukacja zdrowotna jako element strategii działań na rzecz zdrowia publicznego. Wyd. LIBER. Lublin; 2001.
5. Słońska Z. Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania społecznych problemów zdrowotnych; W: Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, red. Szymborski J., t. II, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa; 2012: 110–118.
6. Poczarska-Dec A. Rola rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego w kształtowaniu postaw prozdrowotnych. Rozprawy Społeczne 2011; 1(V): 101–106.
7. Doktor Internet <http://media2.pl/internet/97349-Doktor-Internet-leczy-polskich-internautow.html> (dostęp 4.01.2013)
8. Kubańska Z, Korpak K. Uwarunkowania rodzinne aktywności fizycznej w czasie wolnym uczniów gimnazjum nr 2 w Białej Podlaskiej. W: Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży wiejskiej. Zagórski J, Popławska H. (red.) IMW Lublin; 2004: 641648..
9. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. IMiDz Warszawa 2011
10. Sygit K. Zachowania zdrowotne młodzieży ze środowiska wiejskiego: Zdr Publ. 2009; 119(4): 387–390.
11. Sygit K, Kołłątaj W, Wojtyła A, Sygit M, Bojar I, Owoc A. Engagement in risky behaviours by 15-19-year-olds from Polish urban and rural areas. Ann Agric Environ Med. 2011; 18(2): 404–409.
12. Wyniki badań HBSC 2010 Raport 2. Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej. IMiDz, Warszawa 2011.
13. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, red. Szymborski J, Jakóbk K. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa; 2008.
14. Sygit K. Zachowania zdrowotne młodzieży ze środowiska wiejskiego: Zdr Publ. 2009; 119(4): 387–390.
15. Coffield JE, Metos JM, Utz RL, Waitzman NJ. A Multivariate Analysis of Federally Mandated School Wellness Policies on Adolescent Obesity. J Adolesc Health 2011; 49: 363–370.

16. Kołłątaj W, Sygit K, Sygit M, Karwat ID, Kołłątaj B. Eating habits of children and adolescents from rural regions depending on gender, education, and economic status of parents. *Ann Agric Environ Med.* 2011; 18(2): 393–397.
17. Woynarowska B. Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom, szkole i społeczeństwu? *Meritum. Mazowiecki Kwartalnik Edukacyjny.* 2012; 3: 611.
18. Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych. Raport z badań; red. Oblacińska A, Woynarowska B. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa; 2006.

Family and school as sources of health-related information – students' opinions

■ Abstract

Health education is a category of educational activities aimed at raising awareness and spurring-on the activity of individuals in terms of health care and development. The effectiveness of the process depends on the quality of cooperation between school and family in the proper use of health-related information from both mentioned sources. The purpose of the research was to gather the opinions of a selected group of primary, lower secondary and secondary school students on the significance of family and school as sources of health-related information and on the participation of their parents in the planning and implementation of health education at school.

The opinions were gathered among 368 students of the last grades of primary, lower secondary and secondary school with a status of a Health-Promoting School. The survey was conducted at the turn of May 2012. The diagnostic survey method was applied with the use of a questionnaire prepared by the authors. The results point to a relatively low significance of parents and school as sources of health-related information attractive for the surveyed students. The percentage of students who stated that in their school health education does not exist, and also there are no persons who would be a good source of health-related information, amounted to nearly 66%. A very small group of students claimed that such classes exist and are interesting (almost 12%). The usual subject matter of these classes did not always make the students think that persons conducting the classes are the best source of information on this issue.

School and parents, two sources of very important health-related information for students, do not cooperate with each other. Despite the students' expectations towards the school to include parents in the activities related to health education, there are no visible signs of the school's openness to such cooperation.

■ Key words

student, parent, school, health education, health promotion