

Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum w świetle opinii wybranej grupy uczniów

Marianna Charzyńska-Gula¹, Małgorzata Jaworska², Renata Bogusz³, Katarzyna Kocka¹, Renata Domżał-Drzewicka¹, Anna Wasil¹

¹ Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej WPiNoZ UM w Lublinie

² Studenckie Koło Naukowe Katedry Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej WPiNoZ UM w Lublinie

³ Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny Katedry Nauk Humanistycznych WPNNoZ UM w Lublinie

Charzyńska-Gula M, Jaworska M, Bogusz R, Kocka K, Domżał-Drzewicka R, Wasil A. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum w świetle opinii wybranej grupy uczniów. Med. Og. Nauk Zdr. 2013; 19(4): 431–438.

Streszczenie

Pozyskiwanie opinii uczniów na temat edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole jest jedną z podstawowych zasad dobrze prowadzonych praktyk w obszarze zdrowia.

Celem podjętych badań było ustalenie, jak uczniowie postrzegają realizację szkolnej edukacji zdrowotnej w swoich szkołach i czy, w świetle ich opinii, istnieją różnice w tym procesie w szkołach funkcjonujących na różnym poziomie w środowisku jednego małego miasta. W badaniach poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania: *Czy gimnazjum i szkoła ponadgimnazjalna kontynuują proces inwestowania w świadomość zdrowotną ucznia zapoczątkowany w szkole podstawowej? Jaki model edukacji zdrowotnej wyłania się z zebranych opinii?*

Badano 368 uczniów ze szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum. Uczniowie najczęściej nie wiedzieli, że w ich szkołach jest prowadzona edukacja zdrowotna, ci zaś, którzy wiedzieli, oceniali ją raczej negatywnie. Tylko niespełna ¼ uczniów przyznała, że szkoła dba o ich zdrowie. Z zebranych opinii wynika, że im starszy uczeń, tym aktywność szkoły w promocji aktywności ruchowej jest mniejsza, a udział uczniów w różnych formach zdrowej aktywności ruchowej rzadszy. Zarówno tematyka, jak i formy realizacji zajęć z edukacji zdrowotnej często nie odpowiadają ich potrzebom, a przydatność zajęć jest mała. Nie są diagnozowane potrzeby edukacyjne uczniów.

Istnieją wyraźne różnice zarówno w jakości, jak i różnorodności form przekazu informacji zdrowotnej w poszczególnych szkołach. Gimnazjum i liceum nie kontynuują procesu inwestowania w świadomość zdrowotną ucznia zapoczątkowanego w szkole podstawowej. W szkołach badanych uczniów nadal dominuje autorytatywny model edukacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe

opinia, uczniowie, edukacja zdrowotna, szkoła, promocja zdrowia, Szkoła Promująca Zdrowie

WPROWADZENIE

Postęp cywilizacyjny niesie za sobą duże zagrożenie dla zdrowia oraz wiele nowych schorzeń i chorób. Dlatego kształtowanie odpowiedzialności za własne zdrowie jest sprawą największej wagi. Najlepszym i najbardziej ekonomicznym sposobem na zwalczanie różnych problemów, w tym złej kondycji, jest nie tylko zapobieganie chorobom, ale przede wszystkim promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Wiele raportów wykazuje, że jesteśmy społeczeństwem o coraz słabszym zdrowiu. Zdaniem M. Demela, twórcy polskiej szkoły edukacji zdrowotnej, „...*jestemy społeczeństwem tragicznie zaniedbanym i w świadomości i w obyczajach, i w ekologii...*” [1]. Aby ludzie dokonywali zmian w stylu swojego życia oraz środowisku, potrzebna jest im do tego wiedza oraz kompetencje nabyte w procesie edukacji [2,3]. Edukacja zdrowotna jest elementem działań we wszystkich obszarach i aspektach promocji zdrowia. Jej wartość ukazano na posiedzeniu III Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Sundsvall w Szwecji w 1991 roku [4, 5]. Uświadomienie tych faktów jednostkom i społeczeństwu jest możli-

Adres do korespondencji: Marianna Charzyńska-Gula, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej WPiNoZ UM w Lublinie.

e-mail: jaligula@o2.pl

tel. (0-81) 718 75 14

tel. kom. 502 349 859

Nadesłano: 7 stycznia 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 27 maja 2013 roku

we poprzez wszechstronną, odpowiednio zaprogramowaną i realizowaną edukację zdrowotną. Szczególną rolę ma tu do spełnienia szkoła, gdyż:

- edukacja do zdrowia jest fundamentalnym prawem każdego dziecka,
- zdrowie jest ważne dla samej edukacji, zdrowy uczeń ma lepszą dyspozycję do nauki, może osiągnąć w niej lepsze wyniki,
- inwestycja w szkolną edukację zdrowotną jest najbardziej skuteczna i opłacalna, można nią objąć całą populację dzieci i młodzieży oraz ich rodziców [6].

Formalny system edukacji daje ogromną szansę pozytywnego wpływu na zdrowie dzieci i młodzieży. Co prawda, w procesie socjalizacji dominujące znaczenie dla małego dziecka ma jego rodzina, a liczne badania dowodzą, że np. wzory zachowań (żywieniowych, związanych z paleniem tytoniu, aktywnością fizyczną) utrwalone w dzieciństwie są najczęściej kontynuowane później w dorosłym życiu [7], to jednak pominięcie szkoły jako miejsca edukacji zdrowotnej w generalnej strategii promocji zdrowia jest sytuacją absolutnie wykluczoną. Szkoła jest miejscem, w którym „tworzy się zdrowie”. Jako masowa i powszechna organizacja umożliwia systematyczną edukację zdrowotną młodych ludzi i także – pośrednio – ich rodziców i opiekunów, jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją w zdrowie społeczeństwa [8].

Wynikiem różnorodnych zmian, w szczególności kulturowych i socjoekonomicznych, związanych w konsekwencji ze zmianą paradygmatu zdrowia, było ukształtowanie się trzech relacji istniejących w procesie edukacji zdrowotnej między nadawcą i odbiorcą. Ich charakter i wymiar ma szczególne znaczenie dla zrozumienia warunków, jakim powinna odpowiadać szkolna edukacja zdrowotna.

W modelu autorytatywnym („medycznym”, „paternalistycznym”), opartym na precyzyjnym przekazie „informacji i wartości (co należy dokładnie zrobić, aby nie stracić zdrowia), informacje przekazywane bieżą w jednym kierunku – od nauczyciela – np. lekarza, pielęgniarki szkolnej – do ucznia. Jest to emocjonalnie neutralny instruktaż, którego celem jest uchronienie ucznia przed pojawieniem się zagrożenia zdrowia i choroby [9,10]. Skuteczność tego modelu jest bardzo mała. Człowiek zyskuje co prawda nowe informacje, ale nie wprowadza ich w życie, ponieważ nie został na przykład przekonany o istnieniu różnych wariantów wprowadzenia w swoje życie zmiany, której powinien dokonać.

Model uczestniczący opiera się na wymianie informacji między nauczycielem a uczniem, który jest aktywny w poszukiwaniu porady. Zna swoje warunki życia, chce poprawić swój stan zdrowia, chce wymienić poglądy z ekspertem i ustalić, czy myśli i robi dobrze. Informacje bieżą tutaj w dwóch kierunkach, a obie strony łączą zaufanie. Uczeń jest w tym modelu traktowany „poważnie” – to znaczy jako osoba zdolna do oceny i wykorzystania rady, którą przyjął [11, 12]. Efekty zastosowania tego modelu są zdecydowanie większe niż omawianego poprzednio, lecz nie do końca wystarczające, ponieważ w dalszym ciągu dotyczy on eliminacji czegoś, co jest złe dla zdrowia (zapobiegania), a aktywność osoby bądź grupy pojawia się także w związku z chęcią uniknięcia jakiegoś zagrożenia lub wyrównania nierówności. Nadal także ekspert/nauczyciel dominuje w tej relacji.

Model promujący zakłada wzajemne świadczenie między dwiema stronami procesu edukacyjnego. Tutaj nie ma klasycznego nauczyciela i ucznia. Są ludzie, którzy mają inne kompetencje i poglądy, ale w równym stopniu są zainteresowani zmianą, którą ma przynieść rozpoczęta edukacja. Ich kontakt polega na tym, aby ustalić różnice występujące między osobą edukującą i osobą edukowaną i aby ta ostatnia na drodze samorefleksji i samoorganizacji, działając wspierana przez edukatora, zmieniła swoje doświadczenia. W tym modelu niezwykle istotną rolę przybiera klimat relacji pomiędzy obu stronami procesu edukacyjnego [13, 14]. Szansa na osiągnięcie trwałego sukcesu, czyli wyposażenia osoby edukowanej w umiejętności zdrowego życia, jest w tym modelu największa.

CEL PRACY

Celem podjętych badań było ustalenie, jak uczniowie postrzegają realizację szkolnej edukacji zdrowotnej w swoich szkołach i czy w świetle ich opinii istnieją różnice w tym procesie w szkołach funkcjonujących na różnym poziomie w środowisku jednego małego miasta. W badaniach podjęto także próbę odpowiedzi na następujące pytania: *Czy gimnazjum i szkoła ponadgimnazjalna kontynuują proces inwestowania w świadomość zdrowotną ucznia zapoczątkowany w szkole podstawowej? Jaki model edukacji zdrowotnej wylania się z zebranych opinii?* Założono, że uzyskane wyniki będą stanowiły podstawę modyfikacji programów szkolnej edukacji zdrowotnej w szkołach będących terenem badań.

MATERIAŁ I METODA

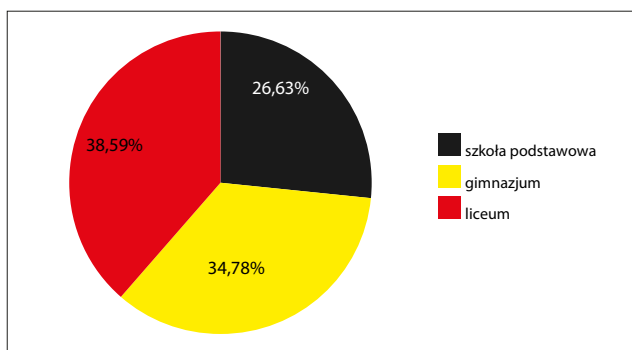
Badano opinie uczniów trzech szkół Lubartowa, stolicy powiatu będącego częścią podregionu lubelskiego. Były to szkoła podstawowa mająca od 2002 roku status Szkoły Promującej Zdrowie, gimnazjum i liceum ogólnokształcące. W badaniach, przeprowadzonych na przełomie kwietnia i maja 2012 roku, zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z autorskim kwestionariuszem ankiety opracowanym dla potrzeb badania. Ankietę skierowano do 413 uczniów. Do analizy zakwalifikowano 368 ankiet (89,1% wypełnionych).

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 MannaWhitneya. 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 368 badanych uczniów – 54,89% ($n=202$) stanowiły dziewczęta, a 45,11%, ($n=166$) chłopcy. W badanej grupie 26,63% ($n=98$) młodzieży uczęszczało do szkoły podstawowej, 34,78% ($n=128$) do gimnazjum i 38,59% ($n=142$) do liceum (ryc. 1).

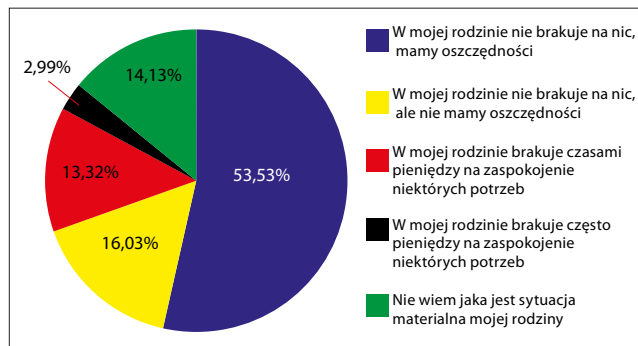


Rycina 1. Odsetek ankietowanych z uwzględnieniem miejsca nauki

W każdej ze szkół badano uczniów najstarszych klas. Ankietowani uczniowie w 64,40% ($n=237$) mieszkali w mieście, zaś 35,60% ($n=131$) badanych mieszkało na wsi. Matki badanych uczniów były lepiej wykształcone niż ich ojcowie. Większość matek ankietowanych uczniów miała wykształcenie wyższe ($n=136$; 36,95%), natomiast 4,08% ($n=15$) matek miało wykształcenie podstawowe, 25,27% ($n=93$) średnie i 33,70% ($n=124$) zawodowe. Ojcowie najczęściej mieli wykształcenie zawodowe ($n=175$; 47,55%), wykształcenie podstawowe

6,25% (n=23), wykształcenie średnie 22,55% (n=83) i wyższe 23,65% (n=87).

Samoocena rodzinnej sytuacji ekonomicznej, jakiej dokonali uczniowie, wskazała na dominującą grupę tych, w których rodzinach niczego nie brakuje i rodzice mają oszczędności (n=197; 53,53%). Jednak pozostali uczniowie wskazywali na jakies braki w tej sferze (ryc. 2).



Rycina 2. Odsetek ankietowanych z uwzględnieniem wyników samooceny sytuacji materialnej rodziny

Opinie uczniów na temat stanu realizacji edukacji zdrowotnej w szkole

W zdecydowanej większości badani uczniowie twierdzili, że w ich szkołach nie są prowadzone zajęcia nt. zasad zachowania zdrowia (n=286; 77,72%), zaś 22,28% (n=82) ankietowanych stwierdziło, że takie zajęcia są prowadzone. Stwierdzono, że uczniowie ze szkoły podstawowej oraz uczniowie mieszkający w mieście (niedojeżdżający do szkoły) istotnie częściej potwierdzali odbywanie się takich zajęć aniżeli ich starsi koledzy z gimnazjum i liceum (tab. 1; tab. 2).

Tabela 1. Prowadzenie zajęć o zasadach zachowania zdrowia w opiniach uczniów na kolejnych poziomach edukacji

Szkoła	Prowadzone zajęcia		Ogółem
	Tak	Nie	
	L %	L %	L %
Podstawowa	38	60	98
	38,78	61,22	100,00
Gimnazjum	29	99	128
	22,66	77,34%	100,00
Liceum	15	127	142
	10,56	89,44%	100,00
Razem	82	286	368
	22,28	77,72	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=26,67$; $p<0,00001^*$

Spośród tych, którzy potwierdzili realizację takich zajęć 22,28% (n=44) uznało je, niestety, za „nieciekawe”. „Ciekawe” okazały się dla 11,96% uczniów (n=82). Istotnie częściej ciekawe były dla uczennic (dziewczęta: 13,37%, n=27; chłopcy: 10,24% n=17; $p=0,0008$) (tab. 3) oraz dla uczniów szkoły podstawowej. Uczniowie ze szkoły podstawowej istotnie częściej uważali, że zajęcia o tematyce zdrowotnej są ciekawe (19,39%, n=19) w porównaniu z opinią gimnazjalistów (10,16%, n=13) i licealistów, (8,45%, n=12). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,03$) (tab. 4).

Tabela 2. Miejsce zamieszkania a opinie uczniów na temat prowadzenia w szkole zajęć o zasadach zachowania zdrowia

Miejsce zamieszkania	Prowadzone zajęcia		Ogółem
	Tak	Nie	
	L %	L %	L %
Miasto	64	173	237
	27,00	73,00	100,00
Wieś	18	113	131
	13,74	86,26	100,00
Razem	82	286	368
	22,28	77,72	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=8,57$; $p=0,003^*$

Tabela 3. Opinia ankietowanych na temat atrakcyjności zajęć o tematyce zdrowotnej, z uwzględnieniem płci uczniów

Płeć	Ocena			Ogółem
	Tak	Nie	Nie ma takich zajęć	
	L %	L %	L %	L %
Uczennice	27	30	145	202
	13,37	14,85	71,78	100,00
Uczniowie	17	52	97	166
	10,24	31,33	58,43	100,00
Razem	44	82	242	368
	11,9	22,28	65,76	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=14,31$; $p=0,0008^*$

Tabela 4. Opinia ankietowanych na temat atrakcyjności zajęć o tematyce zdrowotnej, z uwzględnieniem rodzaju szkoły

Szkoła	Ocena			Ogółem
	Tak	Nie	Nie ma takich zajęć	
	L %	L %	L %	L %
Podstawowa	19	22	57	98
	19,39	22,45	58,16	100,00
Gimnazjum	13	34	81	128
	10,16	26,56	63,28	100,00
Liceum	12	26	104	142
	8,45	18,31	73,24	100,00
Razem	44	82	242	368
	11,96	22,28	65,76	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=10,58$; $p=0,03^*$

Uczniowie z miasta nieznacznie częściej uważali, że zajęcia o tematyce zdrowotnej są ciekawe (14,35%, n=34) w porównaniu z badanymi ze wsi (7,63%, n=10). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,13$).

Odpowiadając na pytanie: *Czy szkoła dba o zdrowie uczniów?*, większość młodzieży nie potrafiła ocenić, czy tak jest, czy nie (n=175; 47,55%), natomiast 24,18% (n=89) ankietowanych przyznało, że tak. Byli również i tacy, którzy wyrazili opinię, że tak nie jest (28,26%; n=104). Uczniowie

mieli za zadanie ocenić, jak często szkoła organizuje różne zajęcia sportoworekreacyjne, realizując w praktyce treści z edukacji zdrowotnej i inwestując w ich zdrowie. W pogłębianej analizie ilościowej opinii uczniów, wyrażane wyboorem odpowiedzi „często”, „rzadko”, „nigdy”, zamieniono na punkty („często” – 5 pkt., „rzadko” – 3 pkt., „nigdy” – 0 pkt.) i obliczono sumę częstości imprez występujących w szkołach. Maksymalna ocena wynosiła 25 pkt., co oznaczało, że w szkole były często organizowane różne tego rodzaju imprezy. Średnia ocena częstości organizowanych imprez w szkołach wynosiła $12,85 \pm 5,79$ pkt. (mediana = 14). Stwierdzono, że według opinii uczniów w szkole podstawowej częściej niż w gimnazjum i liceum były organizowane imprezy sportoworekreacyjne. Różnice były istotne statystycznie ($p=0,008$) (tabela 5). Badania wykazały, że młodzież z miasta oceniała, że zajęcia sportowe w szkole odbywają się częściej niż twierdzili to uczniowie ze wsi. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,0005$) (tabela 6).

Tabela 5. Częstość organizowania imprez sportowych przez szkoły

Szkoła	średnia	odch. std	mediana
Podstawowa	14,14	6,54	14,50
Gimnazjum	12,91	4,82	13,00
Liceum	11,89	5,92	12,00

Analiza statystyczna: $H=9,58$; $p=0,008^*$

Tabela 6. Miejsce zamieszkania badanych a częstość organizowania imprez sportowych przez szkołę

Miejsce zamieszkania uczniów	średnia	odch. std	mediana
Miasto	13,67	5,61	14,00
Wieś	11,37	5,85	11,00

Analiza statystyczna: $Z=3,50$; $p=0,0005^*$

Analogicznie ustalono deklarowaną przez uczniów częstość uczestniczenia przez nich w imprezach sportoworekreacyjnych organizowanych przez szkołę („często” – 5 pkt.; „rzadko” – 3 pkt., „wcale” – 0 pkt.). Obliczono sumę częstości uczestniczenia w imprezach. Maksymalna ocena wynosiła 25 pkt., co oznacza, że ankietowani często uczestniczyli w organizowanych imprezach sportowych. Średnia ocena częstości uczestniczenia w imprezach organizowanych przez szkołę wynosiła $10,14 \pm 7,11$ pkt. (mediana = 10). W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono także, że w gimnazjum i szkole podstawowej młodzież istotnie częściej uczestniczyła w zajęciach sportoworekreacyjnych w porównaniu z ankietowanymi z liceum. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie ($p<0,0001$) (tabela 7).

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z miasta istotnie częściej uczestniczyli w zajęciach sportowych orga-

Tabela 7. Częstość uczestnictwa w szkolnych imprezach sportoworekreacyjnych w samoocenie uczniów

Szkoła	średnia	odch. std	mediana
Podstawowa	11,76	6,80	11,00
Gimnazjum	12,54	6,88	13,00
Liceum	6,87	6,29	6,00

Analiza statystyczna: $H=52,12$; $p<0,0001^*$

nizowanych przez szkołę w porównaniu z badanymi ze wsi. Różnice te były wysoce istotne statystycznie, ($p<0,000001$) (tabela 8).

Tabela 8. Miejsce zamieszkania a częstość uczestnictwa w szkolnych imprezach sportoworekreacyjnych w samoocenie uczniów

Miejsce zamieszkania	średnia	odch. std	mediana
Miasto	11,69	7,04	12,00
Wieś	7,34	6,38	6,00

Analiza statystyczna: $Z=5,68$; $p<0,000001^*$

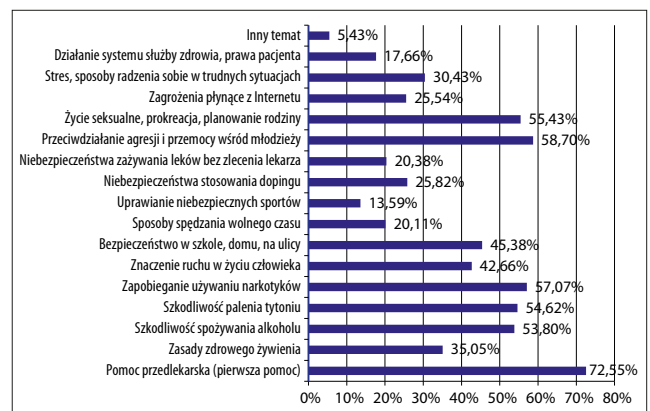
Przeprowadzona analiza korelacji wykazała istotny związek pomiędzy częstością organizowanych imprez sportoworekreacyjnych w szkołach a częstością uczestnictwa badanych w tych imprezach w szkole podstawowej ($R=0,50$), gimnazjum ($R=0,52$) i liceum ($R=0,29$). Stwierdzono, że większa częstość organizowania imprez przez szkołę wpływa na większą częstość uczestniczenia w tych zajęciach uczniów. Najsilniejszy związek stwierdzono w szkole gimnazjalnej i podstawowej, natomiast w liceum otrzymane wyniki świadczyły o słabym związku (tabela 9).

Tabela 9. Związek między częstością organizowania imprez sportoworekreacyjnych w szkołach a częstością uczestnictwa badanych uczniów w tych imprezach na kolejnych poziomach edukacji

Szkoła	Analiza statystyczna	
	R	p
Podstawowa	0,50	$<0,000001^*$
Gimnazjum	0,52	$<0,000001^*$
Liceum	0,29	0,0005*

Tematyka i formy realizacji zajęć z edukacji zdrowotnej i ich przydatność w opiniach młodzieży

Z relacji uczniów wynika, że najczęściej w szkole na zajęciach były poruszane takie tematy jak: pomoc przedlekarska (pierwsza pomoc) (72,55%; $n=267$), przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród młodzieży (58,70%; $n=216$), zapobieganie używaniu narkotyków (57,07%; $n=210$), życie seksualne, prokreacja, planowanie rodziny (55,43%; $n=204$), szkodliwość spożywania alkoholu (53,80%; $n=198$), szkodliwość palenia tytoniu (54,62%; $n=201$) (ryc. 3).



Rycina 3. Tematyka najczęściej uwzględniana na zajęciach z edukacji zdrowotnej – opinie badanych uczniów

Dla zobrazowania różnorodności tematyki zajęć z edukacji zdrowotnej potwierdzanej przez uczniów i porównania jej w poszczególnych szkołach potraktowano pełną listę tematów jako maksymalną ocenę możliwą do uzyskania przez szkołę. Wynosiła ona 17 pkt., co oznaczało, że szkoła realizowała każdy z tych tematów łącznie z innymi niewymienionymi w kwestionariuszu. Średnia ocena realizacji tematów w poszczególnych szkołach wynosiła, w świetle opinii uczniów, tylko $6,43 \pm 4,62$ (mediana = 6). Ustalono, że uczniowie ze szkoły podstawowej oceniali, że tematyka edukacji zdrowotnej jest w ich szkole realizowana w szerszym zakresie aniżeli badani z gimnazjum i liceum. Różnice te były istotne statystycznie, ($p < 0,0001$). Taką opinię częściej też wyrażały dziewczęta niż chłopcy. Różnice te były także wysoce istotne statystycznie ($p = 0,000003$) (tabela 10, 11).

Tabela 10. Ocena realizacji różnych tematów edukacji zdrowotnej opinie uczniów z uwzględnieniem typu szkoły

Szkoła	średnia	odch.std	mediana
Podstawowa	7,88	4,27	9,00
Gimnazjum	6,17	5,26	5,00
Liceum	5,67	4,00	5,00

Analiza statystyczna: $H=20,37$; $p < 0,0001^*$

Tabela 11. Ocena realizacji różnych tematów edukacji zdrowotnej opinie uczniów z uwzględnieniem płci uczniów

Płeć	średnia	odch.std	mediana
Dziewczęta	7,18	3,91	7,00
Chłopcy	5,52	5,23	4,00

Analiza statystyczna: $Z=-4,66$; $p=0,000003^*$

Uczniowie ocenili także częstotliwość różnych form realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej. Aby porównać opinie z poszczególnych szkół nadano odpowiedziami punkty („często” – 5 pkt., „rzadko” – 3 pkt., „nigdy” – 0 pkt.) i obliczono wartość średnią. Badania wykazały, że ankietowani ze szkoły podstawowej częściej niż z gimnazjum i liceum uznawali, że w szkole uczniowie na zajęciach rozmawiają z nauczycielem ($p=0,007$), również uczniowie ze szkoły podstawowej najczęściej ze wszystkich typów szkół wybierali odpowiedzi wskazujące na to, że w szkole są prowadzone lekcje samodzielnie przygotowane przez uczniów ($p=0,002$), są przedstawiane różne scenki rodzajowe ($p < 0,0001$) oraz prowadzone ćwiczenia różnych umiejętności i czynności (np. udzielanie pomocy, radzenie sobie ze stresem) ($p=0,001$), a także jest analizowanie filmów, różnych utworów literackich, tekstów pod kątem zdrowia ($p=0,008$). Także w szkole podstawowej i gimnazjum istotnie częściej niż w liceum ma miejsce rozwiązywanie problemów w małych grupach ($p=0,006$) (tabela 12).

Ankietowani uczniowie najczęściej uważali, że skuteczność stosowanych w szkole form przekazywania informacji o zdrowiu jest mała. Tak uważało ponad 40% ankietowanych (tabela 13).

Wykorzystując średnią wartość dokonanych ocen („duża” – 5 pkt.; „średnia” – 4; pkt.; „mała” – 3 pkt.) ustalono, że uczniowie ze szkoły podstawowej istotnie częściej, w porównaniu z ankietowanymi z gimnazjum i liceum, oceniali dużą skuteczność stosowania takich metod jak: mowa nauczyciela ($p=0,02$), samodzielne przygotowywanie i prowadzenie lekcji przez uczniów ($p=0,006$), przygotowywanie i odgrywanie różnych scenek rodzajowych ($p=0,0001$) (tabela 14).

Tabela 12. Ocena częstotliwości stosowania różnych form przekazu informacji zdrowotnej - z uwzględnieniem typu szkoły

Sposoby przekazu	Szkoła						Analiza statystyczna
	Podstawowa		Gimnazjum		Liceum		
	średnia	odch. std	średnia	odch. std	średnia	odch. std	
Mówi tylko nauczyciel	2,76	1,78	2,82	1,74	2,77	1,88	$H=0,07$; $p=0,96$
Uczniowie dyskutują z nauczycielem	2,98	1,75	2,49	1,95	2,20	1,84	$H=9,95$; $p=0,007^*$
Samodzielne przygotowywanie i prowadzenie lekcji przez uczniów	1,97	1,78	1,15	1,69	1,50	1,82	$H=12,32$; $p=0,002^*$
Przygotowywanie różnych potraw w kuchni szkolnej	0,65	1,44	0,84	1,67	0,65	1,48	$H=1,01$; $p=0,60$
Przeglądanie różnych stron internetowych i ocenianie ich	1,26	1,68	1,27	1,82	0,99	1,58	$H=2,16$; $p=0,34$
Przygotowywanie i odgrywanie różnych scenek rodzajowych (wchodzenie w role)	2,56	1,93	1,82	1,91	1,13	1,57	$H=33,41$; $p < 0,0001^*$
Ćwiczenie różnych umiejętności i czynności (np. udzielanie pomocy, radzenie sobie ze stresem) itp.	2,58	1,78	1,95	1,78	1,75	1,69	$H=12,28$; $p=0,001^*$
Rozwiązywanie problemów w małych zespołach	1,71	1,86	1,73	1,71	1,13	1,62	$H=10,28$; $p=0,006^*$
Analizowanie filmów, różnych utworów literackich, tekstów pod kątem zdrowia	2,07	1,98	1,32	1,83	1,18	1,61	$H=14,22$; $p=0,0008^*$

Tabela 13. Ocena skuteczności form przekazywania informacji o zdrowiu w szkole – wszyscy uczniowie

Sposoby przekazu	Skuteczność					
	Duża		Średnia		Mała	
	L	%	L	%	L	%
Mówi tylko nauczyciel	28	7,61	153	41,58	187	50,82
Uczniowie dyskutują z nauczycielem	89	24,18	125	33,97	155	42,12
Samodzielne przygotowywanie i prowadzenie lekcji przez uczniów	47	12,77	98	26,63	223	60,60
Przygotowywanie różnych potraw w kuchni szkolnej	36	9,78	65	17,66	267	72,55
Przeglądanie różnych stron internetowych i ocenianie ich	41	11,14	108	29,35	219	59,51
Przygotowywanie i odgrywanie różnych scenek rodzajowych (wchodzenie w role)	53	14,40	110	29,89	205	55,71
Ćwiczenie różnych umiejętności i czynności (np. udzielanie pomocy, radzenie sobie ze stresem) itp.	55	14,95	98	26,63	175	47,55
Rozwiązywanie problemów w małych zespołach	66	17,93	103	27,99	199	54,08
Analizowanie filmów, różnych utworów literackich, tekstów pod kątem zdrowia	47	12,77	97	26,36	224	60,87

Tabela 14. Ocena skuteczności stosowanych form przekazywania informacji o zdrowiu w szkołach z uwzględnieniem typu szkoły

Sposoby przekazu	Szkoła						Analiza statystyczna
	Podstawowa		Gimnazjum		Liceum		
	śred-nia	odch. std	śred-nia	odch. std	śred-nia	odch. std	
Mówi tylko nauczyciel	3,72	0,67	3,53	0,61	3,49	0,60	H=8,06; p=0,02*
Uczniowie dyskutują z nauczycielem	3,92	0,76	3,84	0,81	3,73	0,80	H=3,79; p=0,15
Samodzielne przygotowywanie i prowadzenie lekcji przez uczniów	3,69	0,74	3,51	0,73	3,42	0,65	H=10,23; p=0,006*
Przygotowywanie różnych potraw w kuchni szkolnej	3,38	0,68	3,38	0,66	3,37	0,64	H=0,01; p=0,99
Przeglądanie różnych stron internetowych i ocenianie ich	3,48	0,69	3,60	0,70	3,46	0,67	H=3,70; p=0,16
Przygotowywanie i odgrywanie różnych scenek rodzajowych (wchodzenie w role)	3,81	0,78	3,63	0,73	3,40	0,64	H=18,82; p=0,0001*
Ćwiczenie różnych umiejętności i czynności (np. udzielanie pomocy, radzenie sobie ze stresem) itp.	3,89	0,85	3,88	0,86	3,62	0,77	H=8,57; p=0,01*
Rozwiązywanie problemów w małych zespołach	3,70	0,78	3,71	0,78	3,53	0,75	H=5,69; p=0,06
Analizowanie filmów, różnych utworów literackich, tekstów pod kątem zdrowia	3,64	0,78	3,54	0,73	3,42	0,63	H=5,09; p=0,08

Tabela 15. Opinie ankietowanych dotyczące możliwości dzielenia się z koleżankami i kolegami na lekcjach z edukacji zdrowotnej swoją wiedzą, poglądami i doświadczeniem

Szkoła	Ocena			Ogółem
	Tak	Nie	Nie ma takich zajęć	
	L %	L %	L %	
Podstawowa	28	5	65	98
	28,57	5,10	66,33	100,00
Gimnazjum	19	8	101	128
	14,84	6,25	78,91	100,00
Liceum	15	18	109	142
	10,56	12,68	76,76	100,00
Razem	62	31	275	368
	16,85	8,42	74,73	100,00

Analiza statystyczna: $\chi^2=17,98$; $p=0,001^*$

Udział uczniów w planowaniu i realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej

Badani uczniowie najczęściej wyrażali opinię, że nie są pytani o to, jakie tematy związane ze zdrowiem są dla nich interesujące (n=353; 95,92%). Tylko 4,08% (n=15) uczniów uznało, że są o to pytani. Także niewielka grupa uczniów

przyznała, że na lekcjach z edukacji zdrowotnej może dzielić się z koleżankami i kolegami swoją wiedzą, poglądami i doświadczeniem 16,85% (n=62), natomiast 8,42% (n=31) badanych stwierdziło, że nie ma takiej możliwości, chociaż są zajęcia z edukacji zdrowotnej. Pozostali uznali, że nie ma takich zajęć, które stwarzałyby takie możliwości (74,73%; n=275). Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, że uczniowie ze szkoły podstawowej istotnie częściej uznali, że mają takie możliwości w swojej szkole (28,57%; n=28), w porównaniu z ankietowanymi z gimnazjum (14,84%; n=19) i liceum (10,56%; n=15) (p=0,001) (tabela 15).

DYSKUSJA

Mimo że pozyskiwanie opinii uczniów na temat edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole jest jedną z podstawowych zasad dobrze prowadzonych praktyk w obszarze zdrowia [11, 12, 13] i koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie [14, 15, 16], to doniesień na ten temat pozwalających na odniesienie uzyskanych wyników do doświadczeń innych badaczy w zasadzie brak. Co prawda, w wielu szkołach zbiera się takie opinie, są one jednak traktowane najczęściej tylko jako podstawa konstrukcji programów edukacji zdrowotnej dla tychże szkół. Także w najnowszym, kolejnym już raporcie HBSC z badań młodzieży szkolnej [17] oraz innych, obszernych

opracowaniach [18, 19] odnajdujemy bogatą dokumentację opinii i ocen uczniów dotyczących różnych aspektów życia uczniowskiego (nierówności społecznych, relacji z rodziną, z rówieśnikami, postrzegania szkoły, zadowolenia z życia i swojego zdrowia, różnych zachowań zdrowotnych i zagrożeń występujących w środowisku szkoły), jednak bez analizy jej zadań w obszarze edukacji zdrowotnej.

Wyniki uzyskane w prezentowanym badaniu wyraźnie wskazują z jednej strony na wartość koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie (przypomnijmy: szkoła podstawowa, której uczniowie byli badani była właśnie taką szkołą), z drugiej strony na swego rodzaju fiasko aktualnego systemu planowania, realizacji i oceny szkolnej edukacji zdrowotnej. Zebrane opinie pośrednio świadczą o tym, że główni adresaci edukacyjnych inicjatyw podejmowanych w gimnazjum i liceum w zasadzie z nich nie korzystają. Działanie te są nie tylko nieatrakcyjne i nie uwzględniają oczekiwań uczniów, ale uczniowie nie są świadomi tego, że w ogóle mają miejsce. Przypomnijmy: niemal 90% licealistów i ponad 77% gimnazjalistów wyraziło opinie, że takich zajęć w ich szkole nie ma! Przyczyny takiego stanu rzeczy są złożone. M. Krajewska i współautorzy, badając opinie nauczycieli gimnazjum gdańskiego na temat edukacji zdrowotnej, ustaliła, że nauczyciele nie są dobrze (a czasami w ogóle) przygotowani do realizacji zajęć z wychowania zdrowotnego, mają trudności w diagnozowaniu potrzeb zdrowotnych uczniów i nie potrafią właściwie zastosować nawet dużej wiedzy w postaci efektywnych form prowadzenia edukacji zdrowotnej gimnazjalisty [21]. Zgodnie z podstawą programową kształcenia ogólnego (od 2008 roku), zajęcia z edukacji zdrowotnej powinny być realizowane w ramach puli zajęć fakultatywnych z wychowania fizycznego [22]. Wydawać by się zatem mogło, że taki stan prawny będzie wspomagał nauczycieli wychowania fizycznego w trudnym zadaniu, jakim jest szkolna edukacja zdrowotna. Niestety, zarówno zebrane opinie, jak też wyniki innych badań wskazują na to, że nie tylko nie poprawiła się realizacja edukacji zdrowotnej, ale spadła jakość działań podejmowanych w obszarze kultury fizycznej. Nauczyciel wychowania fizycznego ma być liderem szkolnej edukacji zdrowotnej i do takiej roli jest przygotowywany. Świadomość tej grupy studentów w tym względzie potwierdziły W. Wrona-Wolny i B. Makowska, badając studentów krakowskiej AWF [23]. Jednak w swojej pracy P. Nowak, w badaniach 307 nauczycieli województwa opolskiego, wykazał, że to nie nauczyciel WF jest liderem edukacji zdrowotnej we współczesnej polskiej szkole, ale inni nauczyciele prowadzący różne przedmioty (najczęściej nauczyciele biologii), a aż 30% badanych nie dostrzega lidera edukacji zdrowotnej w swojej szkole [24]. A przecież do takiej właśnie roli są przygotowywani studenci wychowania fizycznego. Generalnie złe opinie na temat realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej pozyskane od uczniów w naszym badaniu znajdują częściowe wytłumaczenie w jednej z ostatnich prac B. Woynarowskiej [25] Wskazane są tam bariery w realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Między innymi jest to oferowanie szkołom ogromnej liczby programów edukacyjnych o tematyce zdrowotnej, opracowanych przez różne organizacje, instytucje (w tym firm produkujących żywność, kosmetyki, środki czystości), które jednocześnie promują własne produkty, „wychowując” tym samym przyszłych konsumentów. Większość programów ma charakter jednorazowy, akcyjny i nie ma związku z podstawą programową. Ich realizacja zajmuje czas, nie są sprawdzane efekty zajęć z uczniami. Szkoły chętnie przyjmują takie

programy i nie uaktywniają się same. Taki stan praktyczny wyklucza kontynuację programu edukacji zdrowotnej w postaci programu spiralnego na wszystkich poziomach kształcenia obowiązkowego (podstawowe i gimnazjalne) i ponadgimnazjalnego. Brak tej ciągłości wyraźnie ilustrują uzyskane wyniki.

Na złą opinie uczniów nt. szkolnej edukacji zdrowotnej składa się także praca pielęgniarek szkolnych. W pracach A. Piątek i M. Koszołko [26] oraz A. Leńczuk-Gruby i współautorów [27] odnajdujemy kluczowe powody stosunkowo niskiej efektywności działań edukacyjnych podejmowanych przez pielęgniarki szkolne (w skali 6-stopniowej: 3.43 pkt.). Najczęściej są to: brak godzin lekcyjnych przeznaczonych na realizację edukacji zdrowotnej, wiele zadań, jakimi obciążona jest pielęgniarka, ograniczony czas pobytu pielęgniarki w placówce oświatowowychowawczej, a także utrudniona współpraca nie tylko z rodzicami uczniów, ale również z nauczycielami [28].

Otrzymane wyniki potwierdzają obserwacje innych autorów (Woynarowska, Cendrowski [29], Słońska [30], Piechaczek [31], Charzyńska-Gula [32]) dotyczące ubożego warsztatu metodycznego, jakim dysponują i jaki wykorzystują realizatorzy szkolnej edukacji zdrowotnej. O ile jeszcze w szkole podstawowej, będącej w sieci SzPZ, możemy dostrzec elementy modelu uczestniczącego, a nawet promocyjnego (wymiana zdrowotnych doświadczeń na zajęciach, wspólna analiza problemów), o tyle w gimnazjum i w liceum zdecydowanie dominuje model autorytatywny.

WNIOSKI

Szkolna edukacja zdrowotna to – w opiniach uczniów – często działania, o których oni nie wiedzą lub też nie łączą edukacyjnych działań szkoły z promocją ich zdrowia. Uczniowie nie zostali wprowadzeni w rolę współtwórcy programu szkolnej edukacji zdrowotnej. Obecny kształt edukacji zdrowotnej często oceniają jako nieatrakcyjny i nieskuteczny.

Istnieją wyraźne różnice zarówno w jakości, jak też w różnorodności form przekazu informacji zdrowotnej w poszczególnych szkołach. Najkorzystniejsze opinie na ten temat pozyskano od uczniów szkoły podstawowej. Należy przypuszczać, że fakt posiadania przez tę szkołę statusu Szkoły Promującej Zdrowie wpłynął na taki właśnie wynik.

W świetle zebranych opinii, gimnazjum i liceum nie kontynuują procesu inwestowania w świadomość zdrowotną ucznia zapoczątkowanego w szkole podstawowej.

Niestety, mimo pozytywnych elementów modelu uczestniczącego i promocyjnego (obecnych głównie w szkole podstawowej), w opiniach uczniów dominują informacje przemawiające za tym, że działania podejmowane w obszarze edukacji zdrowotnej są ujęte w autorytatywny model edukacji zdrowotnej.

Zebrane informacje potwierdzają generalną złą opinię o stanie realizacji, efektach i realizatorach szkolnej edukacji zdrowotnej po wprowadzeniu obecnie obowiązującej podstawy programowej kształcenia ogólnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Piechaczek-Ogierman G. Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania. Wydawnictwo Adam Marszałek. Warszawa, 2009: 8–9.

2. Kowalski M, Gawęł A. *Zdrowie. Wartość. Edukacja*. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków. 2007:125–126.
3. Miler M. Pojęcie zdrowia i jego uwarunkowań, promocja zdrowia – pojęcia podstawowe, definicje, zakres. W: Miler M., Gębska-Kuczerowska A. (red.). *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa, PZH 2002: 7–18.
4. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2008: 137–8.
5. Roszkiewicz I. Ochrona zdrowia psychicznego jako zadanie szkoły. W: Ozimek E, (red.). *Zdrowie – dobro wspólne*. Fundacja Bonum Commune, Poznań, 2006: 90–91.
6. Nakajima H. Wprowadzenie w szkole wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Lider*, 1993(5), 3.
7. Kapka-Skrzypczak L, Bergier B, Diatczyk J, Niedźwiecka J, Biliński P, Wojtyła A. Dietary habits and body image perception among Polish adolescents and young adults – population based study. *Ann Agric Environ Med* 2012; 19, 2: 299–308.
8. Charzyńska-Guła M. Szkolna edukacja zdrowotna jako priorytet zdrowia publicznego. W: *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Szymborski J, (red.) t. II, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012: 119–130.
9. Charzyńska-Guła M. Szkolna edukacja zdrowotna jako element strategii działań na rzecz zdrowia publicznego. *Wyd. LIBER*. Lublin 2001.
10. Nutbeam D. The challenge to provide “evidence” in health promotion. *Health Promotion International*. 1999; 14,(2): 99–101.
11. Demel M. O wychowaniu zdrowotnym. *PZWS*, Warszawa 1968.
12. *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*. Wydanie specjalne. Zeszyt 10–11. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. Warszawa 2006.
13. Słońska Z. *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. J.B. Karski (red.). Wyd. Ignis. Warszawa 1999: 304–317.
14. Syrek E. *Promocja zdrowia poprzez edukację zdrowotną w systemie kształcenia ogólnego dzieci i młodzieży – współczesna potrzeba i konieczność*. *Zdrowie-Kultura Zdrowotna-Edukacja*, AWFIS w Gdańsku, 2009, t.III: 17–24.
15. World Health Organization Regional Office for Europe: *European Strategy for Child and Adolescent Health*. Copenhagen 2005.
16. World Health Organization, *Planning for Health Education in Schools*, WHO, Geneva 1966.
17. Wyniki badań HBSC 2010 Raport 2. *Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. IMiDz, Warszawa 2011.
18. *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*. Szymborski J, Jakóbk K. (red.), Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2008.
19. *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Raport z badań. Oblacińska A, Woynarowska B (red.). Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006.
20. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce*. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(4): 445452.
21. Krajewska M, Grabowska H, Grabowski W. *Edukacja zdrowotna w opinii nauczycieli gimnazjum*. ANNALES UNIVERSITATIS MARIAE CURIESKŁODOWSKA. LUBLIN POLONIA. Vol. LX. 247: 97101.
22. Woynarowska B. *Historia edukacji zdrowotnej w podstawach programowych kształcenia ogólnego 1997–2009*. *Zdrowie-Kultura Zdrowotna-Edukacja*, AWFIS w Gdańsku, 2009, t.III: 29–40.
23. WronaWolny W, Makowska B. *Opinie studentów przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego dotyczące realizowania przez nich zajęć z edukacji zdrowotnej w szkole*. *Hygeia Public Health* 2011; 46(4): 477–483.
24. Nowak PF. *Liderzy edukacji zdrowotnej we współczesnej szkole*. *Zdr Publ* 2012; 122 (2): 185188.
25. Woynarowska B. *Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom, szkole i społeczeństwu?* *Meritum*. Mazowiecki Kwartalnik Edukacyjny. 2012; 3: 611.
26. Piątek A, Koszołko M. *Efektywność edukacji zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania*. *Zdr Publ* 2003; 113(1/2): 148152.
27. LeńczukGruba A, Kobos E, Wrońska I. *Przyczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w opinii pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania*. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007; 15(4): 217–222.
28. *Wojciechowska M, Piejak M. Problemy w realizacji świadczeń pielęgniarki szkolnej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielanej w środowisku nauczania i wychowania*. *Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej*. Szczecin 2012.
29. *Woynarowska B, Cendrowski Z. Sprawozdanie z prac zespołu problemowego ds. edukacji zdrowotnej*. W: *Materiały z VII Sejmiku Szkolnej Kultury Fizycznej*, Warszawa listopad 2010: 35–37.
30. Słońska Z. *Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych*. W: *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Szymborski J. (red.) t. II, Warszawa 2012: 110–118.
31. *Piechaczek W. Edukacja zdrowotna w klasach I-III chorzowskich szkół podstawowych*. *Zdr Publ* 2002; 112,4: 456–459.
32. *Charzyńska-Guła M. Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej i szanse na jej osiągnięcie w obecnej podstawie programowej*. *Zdrowie-Kultura Zdrowotna-Edukacja*, AWFIS w Gdańsku, 2009; t.III: 59–64.

Implementation of health education in elementary, junior high and secondary schools in opinions of a selected group of schoolchildren

Abstract

Obtaining the opinions of schoolchildren concerning health education at school is one of the basic good practices in the area of health. The purpose of the presented study was to determine how schoolchildren perceive the implementation of health education in their schools, and whether in their opinion there are differences regarding this process between schools functioning on various levels within one town. The research aimed at finding answers to the following questions: Do junior high and secondary schools continue the process of investing in schoolchildren's health awareness initiated in elementary school? What kind of health education model emerges from the collected opinions? 368 schoolchildren attending elementary, junior high and secondary schools participated in the survey. Most of them did not know that health education is implemented in their schools, and those who knew about it assessed it in a rather negative way. As little as below ¼ of the schoolchildren admitted that their school takes care of their health. The opinions collected suggest that the older the child, the lower the activity of the school in promoting physical activity, and the lower the participation of schoolchildren in various forms of healthy motor activities. Both the subject matter and the forms of implementing health education classes often do not meet the schoolchildren's needs, and their usefulness is low. The educational needs of the children have not been diagnosed. There are also clear differences in the quality and variety of forms of communicating health-related information in individual schools. Junior high and secondary schools do not continue the process of investing in students' health awareness initiated in primary school. An authoritative health education model still prevails in the schools attended by the schoolchildren examined.

Key words

opinion, schoolchildren, health education, school, health promotion, Health Promoting School