

Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli

Paweł F. Nowak

Katedra Metodyki Wychowania Fizycznego, Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii, Politechnika Opolska

Nowak PF. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 171-175.

Streszczenie

W wyniku reform w polskiej szkole edukacja zdrowotna po raz pierwszy w historii zajmuje znaczące miejsce, co znajduje odzwierciedlenie w dokumentach oświatowych. Jednak pojawia się szereg problemów z jej praktyczną realizacją. Celem pracy jest przedstawienie opinii nauczycieli na temat poziomu realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Przebadano 307 nauczycieli uczących różnych przedmiotów z 37 szkół różnych typów na terenie województwa opolskiego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. W pracy wykazano, iż badani nauczyciele potwierdzają, że w szkołach prowadzone są różne akcje oraz programy promocji zdrowia, które wspiera dyrekcja. Nauczyciele młodszy stażem (pracujący w oświacie do 10 lat) gorzej oceniają edukację zdrowotną w szkołach niż ich starsi stażem koledzy. Blisko połowa nauczycieli nie wykazuje zainteresowania edukacją zdrowotną w szkole. Nie potrafią oni wymienić nazwy ani jednego programu promocji zdrowia, który jest realizowany w ich szkole. Edukacja zdrowotna w praktyce będzie realizowana w szkołach wówczas, gdy będą w niej pracować nauczyciele o wysokich kompetencjach w tym zakresie. Obecnie istnieje pilna potrzeba kształcenia liderów, animatorów, krzewicieli zdrowia, nie tylko w ramach studiów pedagogicznych, ale również dokształcania zawodowego.

Słowa kluczowe

edukacja zdrowotna, nauczyciele, szkoła, poziom realizacji.

WPROWADZENIE

Formalne istnienie edukacji zdrowotnej w polskim systemie oświaty gwarantuje Ministerstwo Edukacji Narodowej, jednak w praktyce ten istotny obszar edukacji leży w gestii dyrektorów szkół i nauczycieli. Poziom realizacji nowej podstawy programowej, w której kształcenie i wychowanie w zakresie zdrowego stylu życia uzależnione jest od kompetencji i identyfikacji z tą problematyką wszystkich nauczycieli uczących w danej placówce, nie napawa optymizmem [1]. Uczelnie wyższe nie przygotowują przyszłych nauczycieli w należyty sposób do tej istotnej roli [2, 3].

Próby wprowadzenia odrębnego przedmiotu o nazwie *zdrowie, wychowanie zdrowotne* lub podobnej niestety nie doszły do skutku [4]. Nie oznacza to, że edukacja zdrowotna w szkole nie istnieje i nie ma potencjału rozwojowego. Idea promocji zdrowia zakłada wielopłaszczyznową, interdyscyplinarną współpracę różnych środowisk dlatego, że zdrowie istnieje ogrom czynników na nie wpływających [5].

Obecnie wdrażany w polskich szkołach model edukacji zdrowotnej spełnia ten warunek. Założono w nim dominującą rolę wychowania fizycznego, a nauczyciela tego przedmiotu postrzega się jako lidera promocji zdrowia, jednocześnie wiele treści programowych przewidziano do realizacji na innych przedmiotach nauczania [6]. Wychowanie fizyczne teoretycznie zawsze bliskie było wychowaniu zdrowotnemu. Cele tych dwóch obszarów edukacyjnych są w dużej mierze zbieżne. Niestety, w praktyce nauczyciele wychowania

fizycznego skupiają się na działaniach zmierzających do maksymalizacji osiągnięć psychomotorycznych uczniów, bardzo często przedkładając je nad wyrabianie pozytywnych postaw i nawyków wobec zdrowia.

Szkoła od zawsze była i jest znaczącym miejscem edukacji zdrowotnej, a obecnie zapotrzebowanie na tę edukację zarysowuje się jeszcze silniej. Demel [7] twierdzi, że wychowanie zdrowotne jest integralnym składnikiem kształtowania pełnej osobowości.

Według T. Williamsa [8] edukacja zdrowotna jest procesem, w którym ludzie uczą się, jak dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją. Polega on na nabywaniu lub korekcie wiedzy o zdrowiu, zwiększaniu jego potencjału i weryfikacji czynników stwarzających ryzyko dla zdrowia; kształtowaniu postaw wobec zdrowia własnego i innych; umiejętności zdrowego stylu życia, radzenia sobie z nowymi sytuacjami, podejmowania właściwych decyzji.

Celem pracy jest przedstawienie opinii nauczycieli na temat poziomu realizacji edukacji zdrowotnej w szkole.

MATERIAŁ I METODA

Na potrzeby niniejszej pracy przebadano 307 uczących różnych przedmiotów nauczycieli z 37 szkół różnych typów z województwa opolskiego. Populacja składała się z 250 kobiet oraz 57 mężczyzn, zaś w całej badanej grupie 27 osób było nauczycielami wychowania fizycznego. Wszystkich badanych podzielono według stażu pracy, uwzględniając czasowe przedziały funkcjonowania reformy oświatowej (model treści rozproszonych – obligatoryjna ścieżka międzyprzedmiotowa 1999-2008, ostatnia reforma – model edukacji zdrowotnej sprzężonej z wychowaniem fizycznym od 2009 r.).

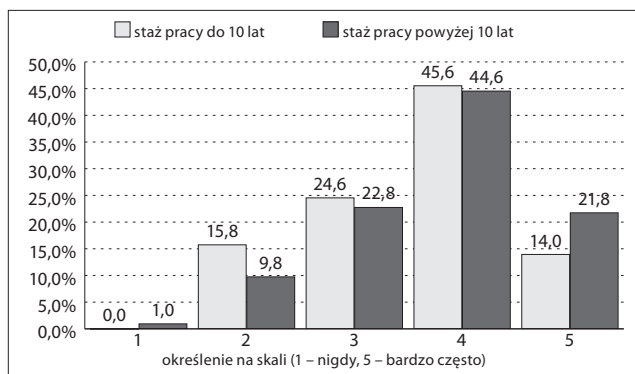
Adres do korespondencji: Paweł F. Nowak, Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii, Politechnika Opolska, ul. Prószkowska 76, 45-758 Opole.
E-mail: p.nowak@po.opole.pl

Nadesłano: 29 września 2012; zaakceptowano do druku: 30 czerwca 2012

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, składającego się z 10 pytań, w większości zamkniętych. Badania miały charakter anonimowy i audytoryjny; przeprowadzono je w ramach cyklu szkoleń dotyczących badania jakości pracy szkoły. Badani odpowiadali na pytania zamknięte, określając swoje odczucia względem określonego problemu w skali rosnącej 1-5. W przypadku pytania otwartego przeprowadzono jakościową analizę treści wypowiedzi.

ANALIZA WYNIKÓW

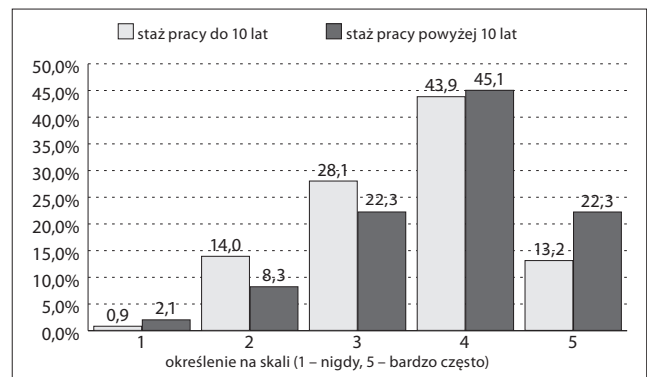
Działania edukacyjne w obszarze zdrowia mogą przebiegać w postaci akcji jednorazowych bądź cyklicznych. Akcyjność jest prostą formułą, niewymagającą tak dużego i stałego zaangażowania, jak w przypadku prowadzenia programów promocji zdrowia. Badani – zarówno ci z krótszym, jak i dłuższym stażem zawodowym – w większości stwierdzili, że w ich macierzystych placówkach prowadzone są różnego rodzaju akcje prozdrowotne. Osoby pracujące w zawodzie ponad 10 lat dostrzegają więcej tego rodzaju działań edukacyjnych niż nauczyciele z krótszym stażem, spośród których niemal 16% nie zauważa w szkole jakichkolwiek akcji, skierowanych na promowanie zdrowego stylu życia (Ryc. 1).



Rycina 1. Akcje prozdrowotne prowadzone w szkole w opiniach nauczycieli o zróżnicowanym stażu zawodowym. $\chi^2 = 3,737$ dla $df=3$ (przy połączonych odpowiedziach grup 1 i 2 dla niskich liczebności) i $p=0,28$

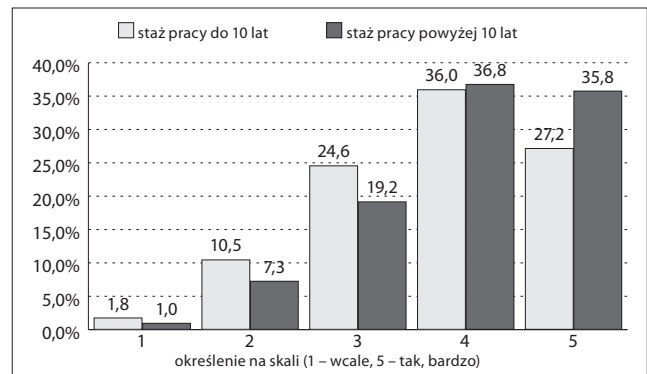
Skuteczniejszą formą edukacji zdrowotnej (w porównaniu z jednorazowymi akcjami) jest realizowanie programów o problematyce zdrowotnej. W działaniach programowych uwidatnia się systemowe i długofalowe podejście do problemu. Większość nauczycieli zauważa w swojej szkole funkcjonowanie rozmaitych programów promocji zdrowia. W większym stopniu dostrzegają je nauczyciele starsi stażem aniżeli młodsi (Ryc. 2). Aż 14,9% nauczycieli pracujących w oświacie po 1999 roku (kiedy wprowadzono obowiązek realizowania ścieżek międzyprzedmiotowych, m.in. ścieżki prozdrowotnej) nie dostrzega w swojej placówce programowanych działań w dziedzinie promocji zdrowia. Całkiem możliwe, że pewne programy są prowadzone, być może są słabo nagłaśniane lub też zupełnie nie angażuje się w nie młodych nauczycieli, a oni sami nie wykazują zainteresowania tą problematyką.

Każdą szkołą kieruje dyrektor i to on jest odpowiedzialny za właściwą organizację procesu dydaktyczno-wychowawczego w placówce. Badani nauczyciele pozytywnie oceniają troskę dyrekcji o kształt edukacji zdrowotnej w szkole. Młod-



Rycina 2. Programy promocji zdrowia prowadzone w szkole w opiniach nauczycieli o zróżnicowanym stażu zawodowym. $\chi^2 = 5,395$ dla $df=3$ (przy połączonych odpowiedziach grup 1 i 2 dla niskich liczebności) i $p=0,12$

si stażem gorzej oceniają zaangażowanie dyrektora w tym zakresie niż starsi, spośród których blisko 36% uważa, że dyrekcja przykładą bardzo dużą wagę do edukacji zdrowotnej w szkole (Ryc. 3).

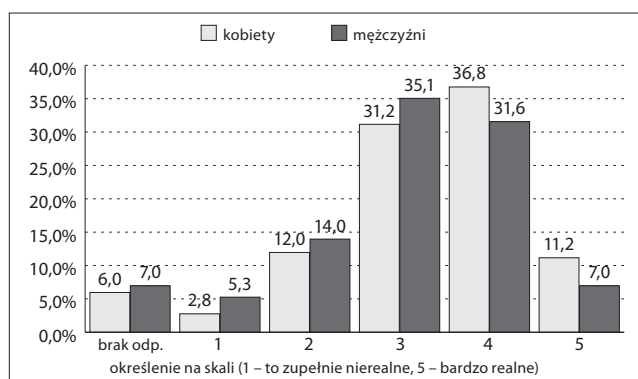


Rycina 3. Dyrekcja szkoły przykładą wagę do edukacji zdrowotnej w szkole w opiniach nauczycieli o zróżnicowanym stażu zawodowym. $\chi^2 = 3,776$ dla $df=3$ (przy połączonych odpowiedziach grup 1 i 2 dla niskich liczebności) i $p=0,28$

Podstawa programowa kształcenia ogólnego to jeden z najważniejszych dokumentów oświatowych. Jej znajomość i praca w oparciu o nią jest obowiązkiem wszystkich nauczycieli. Nowa podstawa programowa zakłada spójność kształcenia na kolejnych etapach edukacyjnych, należy zatem zapoznać się nie z jednym, a z kilkoma etapami edukacyjnymi, po to, by nie powtarzać nauczanych treści, a pogłębiać je.

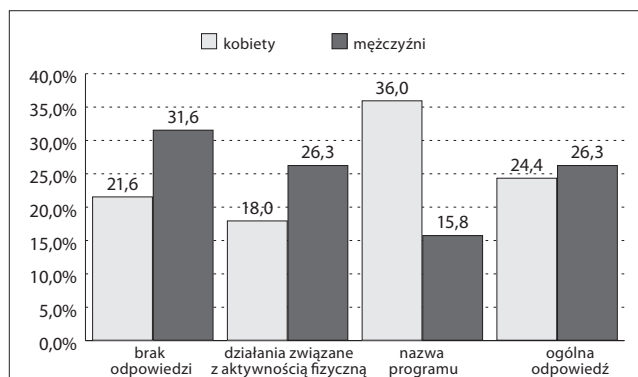
Cele podstawy programowej zostały opisane językiem wymagań, co wymusza na nauczycielach realizację konkretnych, zaplanowanych działań edukacyjnych, zmierzających do podniesienia określonych kompetencji uczniów. Z przeprowadzonych badań wynika, iż część nauczycieli (6% kobiet i 7% mężczyzn) w ogóle nie udzieliła odpowiedzi na temat realności (możliwości) realizacji treści programowych, które weszły do szkół we wrześniu 2009 roku – Rycina 4. Można domniemywać, iż nauczyciele ci nie mieli styczności z dokumentem lub nie zapoznali się z nim w zadowalającym stopniu.

Badani zostali poproszeni o wymienienie przykładowych oddziaływań prozdrowotnych we własnej placówce. Ponad 31% mężczyzn i 21% kobiet nie udzieliło na to otwarte pytanie żadnej odpowiedzi, natomiast około 25% respondentów



Rycina 4. Realność realizacji nowej podstawy programowej w opiniach nauczycieli. $\chi^2 = 1,961$ dla $df=3$ (przy połączonych odpowiedziach grup 1 i 2 dla niskich liczebności) i $p=0,58$

udzieliło bardzo ogólnej odpowiedzi bez podania nazwy programu realizowanego w szkole (wymieniano np. akcje prozdrowotne, różne konkursy, prelekcje, pogadanki). Więcej mężczyzn niż kobiet wskazało działania związane z aktywnością fizyczną (np. imprezy sportowe, turystyczne, taneczne, zajęcia wychowania fizycznego czy gimnastyki korekcyjnej). Kobiety zaś (36%) potrafiły wymienić konkretne nazwy programów promocji zdrowia realizowane w szkole. Zaledwie 15,8% mężczyzn wymieniło nazwę jakiegoś programu bądź akcji promującej zdrowie (Ryc. 5). Niektórzy



Rycina 5. Przykłady aktualnych oddziaływań prozdrowotnych w szkole. $\chi^2 = 9,561$ dla $df=3$ i $p=0,022$

(zazwyczaj kobiety) wypisali kilka nazw, najczęściej były to: *Trzymaj formę, Stop narkotykom, Pij mleko, Wolność oddechu, Piękny uśmiech, Bezpieczna szkoła*. Brak odpowiedzi lub ogólna odpowiedź świadczyć mogą o braku bezpośredniego uczestnictwa czy zainteresowania edukacją zdrowotną w macierzystej placówce.

DYSKUSJA

Duża medialna popularność problematyki zdrowego stylu życia niewątpliwie sprzyja jej rozpowszechnieniu. Obserwujemy je również w polskim systemie oświaty za sprawą ostatnich reform, ale także coraz bardziej popularnych programów i akcji prozdrowotnych. W czasach niżej demograficznego, a co za tym idzie rywalizacji o ucznia, szkoły zabiegają o wizerunek zdrowego i bezpiecznego środowiska. Potrzeba prowadzenia w szkołach nauczania o zdrowiu, zdrowym stylu życia znajduje uzasadnienie w badaniach

naukowych. Wynika z nich, że młodzi ludzie nie przypisują wysokiej rangi zdrowiu w ogólnym systemie wartości [9]. To niepokojące zjawisko, gdyż w sposób bezpośredni rzutuje ono na obecny sposób życia młodzieży. W Polsce tę grupę cechują wyższe wskaźniki zachowań antyzdrowotnych niż u młodzieży z innych krajów Unii Europejskiej [10, 11, 12].

Zdaniem B. Woynarowskiej [13] edukacja zdrowotna może być skutecznie realizowana tylko wówczas, gdy wprowadzone zostaną systemowe działania. Autorka uważa, że w szkołach powinno się upowszechniać horyzontalne programy promocji zdrowia (społeczno-ekologiczne podejście do zdrowia, uwzględniające potrzeby lokalne), a nie wertykalne (podejście biomedyczne, ustalenia na poziomie centralnym eliminujące samodzielne wybory i decyzje w sprawach własnego zdrowia).

Nie wszystkie programy prowadzone w szkołach są skuteczne. Nie każdy zakłada ewaluację wyników, co zdecydowanie obniża ich jakość [14]. Często w szkołach prowadzone są programy inicjowane przez producentów (np. żywności), które *de facto* są kampaniami marketingowymi określonych firm, traktujących programy jako sposób przywiązania do marki produktu czy usługi. Te zjawiska, z pewnością dyskusyjne, a czasami wręcz niepokojące, wynikają z modnej w ostatnich latach idei – tzw. społecznej odpowiedzialności biznesu, którą realizują w szkołach koncerty spożywcze, wydawnicze i inne.

W nowoczesnej szkole, wzorem programu *Szkoła Promująca Zdrowie*, powinien pracować lider, edukator, promotor zachowań prozdrowotnych jako osoba zajmująca się koordynowaniem wszystkich akcji i programów promocji zdrowia. Bez względu na specjalność, każdy pedagog winien przypisać sobie rolę nauczyciela zdrowego stylu życia. Współczesność wymaga, by szkoła była środowiskiem sprzyjającym zdrowiu, kształtującym nawyki, umiejętności i postawy wobec zdrowia własnego i innych. Analizując źródła edukacji zdrowotnej, można dostrzec, że szkoła utraciła swój autorytet i wyłączność w tym zakresie. Obecnie środki masowego przekazu, w tym głównie Internet, pełnią dominującą rolę w krzewieniu oświaty zdrowotnej [15, 16]. Jednak wciąż od środowiska szkolnego oczekuje się autorytetu, wyznaczania kierunku wszelkich ludzkich zachowań. Niestety nie wszystkie szkoły na odpowiednio wysokim poziomie realizują swoją misję, skoro ok. 15% nauczycieli nie dostrzega w swym środowisku pracy żadnych działań edukacyjnych na rzecz zdrowia ani akcji czy programów promocji zdrowia. Z pewnością respondenci nie są zaangażowani w szkolną edukację zdrowotną, która istnieje być może tylko w bardzo niewielkim zakresie.

Ministerstwo Edukacji Narodowej w listopadzie 2010 roku opublikowało w postaci raportu informację o wynikach monitorowania wdrażania podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w roku szkolnym 2009/2010 [17]. Wynika z niej, iż nauczyciele, przede wszystkim przedszkolaki i szkół podstawowych, w wysokim stopniu zapoznali się nową podstawą programową. Wszelkie zalecenia organizacyjne MEN zostały w większości wdrożone bądź są stopniowo wdrażane. Rozwiązania metodyczne, stosowane w przedszkolach i szkołach, są zgodne z zaleceniami ministerstwa. Jednakże brakuje w tym raporcie informacji o realizacji edukacji zdrowotnej – jednym z kluczowych i formalnie nowo wprowadzonych obszarów edukacji w reformującej się szkole.

Duży sceptycyzm nauczycieli co do nowej podstawy programowej i jej wdrażania wynika z niechęci do jakichkolwiek

zmian, ale także z niedokładnego zaznajomienia się z dokumentem. Ministerstwo w dokumencie pokontrolnym opisuje powszechną dostępność do źródeł informacji. W swoich badaniach ujawnia sposoby zapoznawania się nauczycieli z nową podstawą programową, z których wynika, że zdecydowanie przeważał sposób tradycyjny, co oznacza, że nauczyciele zapoznawali się z aktami prawnymi indywidualnie bądź w posiedzeniach rad pedagogicznych, zdecydowanie rzadziej w ramach zespołów przedmiotowych.

Opublikowany w 2010 roku raport Najwyższej Izby Kontroli, dotyczący wychowania fizycznego i sportu w szkołach publicznych, ujawnił wiele nieprawidłowości [18]. W co piątej szkole nie wdrożono nowej podstawy programowej wychowania fizycznego. Jedna trzecia uczniów oświadczyła, że zajęcia są dla nich nieatrakcyjne. Stwierdzono, że w 75% szkół nie zapewnia się bezpiecznych warunków odbywania lekcji wychowania fizycznego.

Istnieją liczne problemy z realizacją ideowych założeń nowej reformującej się szkoły. Szczególnie widoczny jest opór środowiska nauczycieli wychowania fizycznego, którym powierzono dodatkowe zadania natury organizacyjnej i dydaktycznej w dziedzinie edukacji zdrowotnej [19]. W dalszym ciągu brakuje skutecznego systemu kontroli nad pracą nauczycieli, jak i mechanizmów motywujących do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, szczególnie w obszarze edukacji zdrowotnej.

WNIOSKI

- Badani nauczyciele potwierdzają, że w szkołach prowadzone są różne akcje oraz programy promocji zdrowia, które wspiera dyrekcja.
- Nauczyciele młodszy stażem, pracujący w oświacie do 10 lat, gorzej oceniają edukację zdrowotną w szkołach niż ci starszy stażem.
- Blisko połowa nauczycieli nie wykazuje zainteresowania edukacją zdrowotną w szkole. Nie potrafią oni wymienić nazwy ani jednego programu promocji zdrowia, który w ich szkole jest realizowany.
- Edukacja zdrowotna w praktyce będzie realizowana w szkołach wówczas, gdy będą w niej pracować nauczyciele o wysokich kompetencjach w tym zakresie. Obecnie istnieje pilna potrzeba kształcenia liderów, animatorów, krzewicieli zdrowia, nie tylko w ramach studiów pedagogicznych, ale również dokształcania zawodowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Jagusz M, Nowak PF. Health education – in realities of the Polish school. W: Szerłaż A, (red.). Health in pedagogical discourses and school practices. Selected Perspectives. Kraków: Impuls; 2010: 151-161.
2. Krawański A. Prozdrowotnie zorientowana edukacja fizyczna elementem kształcenia ogólnego. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*. 2010; 5: 83-88.
3. Huk-Wieliczuk E, Marcinkowski JT. Uczelnie wyższe wychowania fizycznego wobec aktualnych potrzeb edukacji zdrowotnej. *Probl Hig Epidemiol*. 2009; 90(4): 470-476.
4. Jaworski Z. O krzewieniu kultury zdrowotnej w polskiej szkole – blaski i cienie, *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*. 2009; 3: 7-12.
5. Downie RS, Fyfe C, Tannahill A. Health Promotion. Models and values. Oxford Medical Publications. New York: Oxford University Press; 1994.
6. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z dnia 15 stycznia 2009 r.)
7. Demel M. O wychowaniu zdrowotnym. Warszawa: PZWL; 1968.
8. Williams T. Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 1988; (7-8): 195-197.
9. Łuczak J. Znaczenie wartościowania zdrowia i jego oceny w kształtowaniu się zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. *Med Wiek Rozw*. 2004; 3(1): 485-497.
10. HBSC. Health Behaviour in School-aged Children, International Report from the 2005/2006 Survey 2008. <http://www.hbsc.org/>
11. Woynarowska B, Mazur J, Kołolo H, Małkowska A. Zdrowie zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej. Warszawa: UW, Instytut Matki i Dziecka; 2005.
12. Wojtyniak B, Goryński P. (red.). Sytuacja zdrowotna ludności polski. Warszawa: NIZP-PZH; 2008.
13. Woynarowska B. Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia *Probl Hig Epidemiol*. 2009; 90(3): 293-298.
14. Posłuszna M. Edukacja zdrowotna we współczesnej szkole – program prozdrowotny. *Probl Pielęg*. 2010; 18(2): 226-231.
15. Nowak PF, Szepelawy M. The origins of health education – opinion of post-secondary-school pupils. W: Daniluk J, (red.). Education vs. wellness. Lublin: NeuroCentrum; 2009: 309-320.
16. Turbiarz A, Kadłubowska M, Kolonko J, Bąk E. Rola mediów w promocji zdrowia. *Probl Pielęg*. 2010; 18(2): 239-242.
17. Informacja o wynikach monitorowania wdrażania podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w roku szkolnym 2009/2010. Warszawa: MEN Departament Programów Nauczania i Podręczników; Listopad 2010.
18. Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych. Warszawa: Departament Nauki, Oświaty i Dziedzictwa Narodowego; 2010.
19. Pośpiech J. O reformowaniu wychowania fizycznego – refleksje zamiast polemiki, *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*. 2009; 4: 159-163.

Implementation of health education in schools – in opinions of teachers

■ Abstract

As a result of the transformation of the Polish school system, for the first time in history, health education occupies a meaningful place in educational documents. In practice, however, there are several problems with its practical implementation. The objective of the study was the presentation of teachers' opinions concerning the level of implementation of health education at school.

The study covered 307 teachers from 37 schools of different types from the Opole Region, and was conducted by means of a diagnostic survey with the use of a self-designed questionnaire.

The study showed that the teachers examined confirmed various actions by schools and that health promotion programmes are being carried out at schools which are supported by school management.

Teachers who had a shorter period of employment (employed for less than 10 years) evaluated health education at schools in more negative terms than their older colleagues.

Nearly a half of the teachers did not show interest in health education at school. They were not able to mention the name of any health promotion programme implemented at their school.

Health education will be implemented in practice provided that teachers employed at schools have a high level of competence in this field. At present, there is an urgent need for educating leaders, socio-cultural animators, and promoters of health – not only during pedagogical studies, but also for the further improvement of qualifications.

■ Key words

health education, teachers, school, level of implementation