

Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym – badanie opinii i oczekiwań uczniów gimnazjów i liceów

Aleksander Truszkiewicz¹, Dominik Olejniczak¹, Urszula Religioni¹, Joanna Skonieczna¹

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Truszkiewicz A, Olejniczak D, Religioni U, Skonieczna J. Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym – badanie opinii i oczekiwań uczniów gimnazjów i liceów. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(1): 24–28. doi: 10.5604/20834543.1142354

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Edukacja zdrowotna stanowić winna jedno z nadrzędnych zadań systemu szkolnictwa. Zdobycie we wczesnym okresie rozwoju podstawowej wiedzy dotyczącej zachowań zdrowotnych może korzystnie wpłynąć na stan zdrowia społeczeństwa. Zapewnienie uczniom dostępu do wiedzy na temat zdrowia może stanowić wyzwanie, niemniej korzyści są niepodważalne.

Celem pracy jest określenie stanowiska młodzieży na temat pomysłu wprowadzenia do szkół edukacji zdrowotnej oraz oczekiwań, co do treści i metod nauczania takiej tematyki.

Materiał i metody. Badaniem objęto 200 respondentów: 100 chłopców oraz 100 dziewcząt. Wśród nich było 100 gimnazjalistów oraz 100 licealistów. Rozkład respondentów według zmiennych umożliwił porównanie wyników uzyskanych w gimnazjach i liceach.

Zastosowano autorski kwestionariusz składający się z 15 pytań zamkniętych oraz jednego otwartego.

Wyniki. 91% gimnazjalistów i 83% licealistów wie, czym jest edukacja zdrowotna. Najistotniejsze źródła informacji o zdrowiu dla gimnazjalistów i licealistów to odpowiednio: rodzice, rodzina: 26% i 24%, Internet: 20% i 23%, szkoła: 16%, i 12%. Edukację zdrowotną w szkole za potrzebną uważa 72% gimnazjalistów i 65% licealistów. 13 respondentów z gimnazjum oraz 21 z liceum nie miało styczności z żadną formą edukacji zdrowotnej.

Wnioski. W szkołach zaniedbywane jest przekazywanie treści związanych ze zdrowiem. Należy dołożyć starań, aby ta tematyka była omawiana w szerszym zakresie.

Należy szukać nowych sposobów prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej, angażować odpowiednio do tego przygotowane osoby oraz nie powtarzać tych samych treści. Nieprzestrzeganie tych warunków powoduje, iż odbiorcy nie czerpią z zajęć pożądaných korzyści.

Słowa kluczowe

edukacja zdrowotna, szkoła, uczniowie

WPROWADZENIE

Już w latach 60-tych zwrócono uwagę na szczególną rolę, jaką odgrywa edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym. Demel pisał: „dobra szkoła to taka, która posiada pełny program wychowawczy, w skład którego muszą wchodzić zagadnienia zdrowia”. Podkreślał, że zdrowie jest niezbędnym warunkiem prawidłowego przebiegu procesu wychowania. Zwrócił uwagę na fakt, iż aby cieszyć się pełnią zdrowia trzeba na nie pracować, a praca ta ma charakter pedagogiczny. Zauważył potrzebę kształcenia u wychowanków szkół trwałych nawyków higienicznych, postaw wobec zdrowia i wychowania fizycznego. Umiejętności te miały być sprzężone ze zdobywaną wiedzą. Spostrzeżenia Demela były nowatorskie i rzuciły nowe światło na wychowanie zdrowotne. Zaznaczona została rola nauczyciela w procesie edukacji zdrowotnej jako „awangardowa, czołowa pozycja na froncie zdrowia”. Od tej pory wychowanie zdrowotne zyskało status integralnej części procesu pedagogicznego [1, 2, 3].

Obecnie edukacja zdrowotna jest jednym z podstawowych praw dziecka. Zadaniem szkoły jest rozwój intelektualny, fizyczny, psychiczny oraz duchowy. Edukacja zdrowotna

w środowisku szkolnym jest elementem integralnego wychowania, co oznacza, iż wszystkie dziedziny wychowania przyczyniają się do pełnego rozwoju człowieka [2, 4].

Związek pomiędzy edukacją a zdrowiem podkreślony został w 1997 r. podczas I Konferencji Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. W rezolucji konferencji znalazł się szereg zapisów zwracających uwagę na powiązanie edukacji i zdrowia [1].

Obecnie w polskich szkołach edukacja zdrowotna realizowana jest jako proces, który wynika z holistycznego ujęcia zdrowia. Charakteryzuje się ciągłością i systematycznością, jest wynikiem zaplanowanych, monitorowanych oraz ewaluowanych działań. Edukacja zdrowotna jest integralnie połączona z całą edukacją szkolną. Celem jest kształtowanie świadomości, wiedzy, umiejętności, przekonań, motywacji i postaw ucznia. Efektem tych działań jest ukształtowanie prozdrowotnej postawy ucznia, który staje się propagatorem zdrowego stylu życia w swoim środowisku [4].

CEL PRACY

Celem prowadzonych badań było poznanie opinii uczniów gimnazjum i liceum na temat propozycji wprowadzenia do szkół dodatkowego przedmiotu z zakresu edukacji zdrowotnej oraz ich oczekiwań, co do treści i metod nauczania.

Adres do korespondencji: Dominik Olejniczak, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
E-mail: dominikolejniczak@op.pl

Nadesłano: 06 października 2014 roku; Zaakceptowano do druku: 24 listopada 2014 roku

MATERIAŁ I METODY

Grupę badaną stanowiło 200 respondentów: 100 uczniów oraz 100 uczennic. Wśród nich 50 dziewcząt i 50 chłopców było grupą uczącą się w gimnazjum, natomiast 50 dziewcząt i 50 chłopców było grupą uczącą się w liceum. Rozkład respondentów według zmiennych był taki sam, aby możliwe było porównanie wyników uzyskanych w gimnazjach i liceach.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystanym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz składający się z 15 pytań zamkniętych, wśród których znalazło się 9 pytań wielokrotnego wyboru i 6 pytań jednokrotnego wyboru. W ankiecie znalazło się również jedno pytanie otwarte.

Zastosowaną metodą statystyczną był test Chi-kwadrat, a przyjęty poziom istotności to $p < 0,05$.

WYNIKI

Respondentów zapytano o znajomość pojęcia edukacja zdrowotna. Wyniki wykazały, że zdecydowana większość badanych deklaruje, iż wie, czym jest edukacja zdrowotna (91% respondentów z gimnazjum oraz 85% z liceum).

Źródła informacji o zdrowiu dla gimnazjalistów to kolejno: rodzice, rodzina (26%), Internet (20%), szkoła (16%), lekarz pierwszego kontaktu (15%), znajomi (9%), poradniki i książki o tematyce medycznej (7%), prasa młodzieżowa (4%) oraz inne (3%), w tym telewizja, zajęcia pozaszkolne.

Respondenci z liceum jako źródła informacji o zdrowiu wymieniają kolejno: rodziców, rodzinę (24%), Internet (23%), lekarza pierwszego kontaktu (20%), szkołę (12%), znajomych (10%), poradniki i książki o tematyce medycznej (6%), prasę młodzieżową (5%). W obu grupach na pierwszym miejscu plasują się rodzice i rodzina, na drugim Internet.

Większość respondentów opowiedziała się za potrzebą wdrażania edukacji zdrowotnej do szkół. Wśród gimnazjalistów 72% ankietowanych uważa, że edukacja zdrowotna w szkole jest potrzebna, 21% nie ma na ten temat zdania, a tylko 7% uważa ją za niepotrzebną. Wśród licealistów blisko 65% uważa edukację zdrowotną w szkole za potrzebną, 27% nie ma zdania, 8% uważa za niepotrzebną. Gimnazjaliści nieco częściej od licealistów dostrzegają potrzebę prowadzenia w szkole zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej. Wśród uczniów liceum nieco więcej respondentów jest niezdecydowanych co do potrzeby prowadzenia tego typu działań. Zdaniem gimnazjalistów, główną korzyścią płynącą z edukacji zdrowotnej w szkołach jest wiedza, która może przydać się w trudnych sytuacjach (46%). Korzyści wymieniane w dalszej kolejności to: świadomość zagrożeń, która spowoduje większe dbanie o zdrowie (32%), kształtowanie zachowań prozdrowotnych owocujących na przyszłość (19%). Zdaniem 2% gimnazjalistów, edukacja zdrowotna nie przyniesie żadnych korzyści.

Licealiści za najważniejszą korzyść uznali wiedzę, która może przydać się w trudnych sytuacjach (44% respondentów). Na kolejnych miejscach wskazali kształtowanie zachowań prozdrowotnych owocujących na przyszłość (26%) oraz świadomość zagrożeń powodujących większe zwracanie uwagi na zdrowie (26%). Opinię, że edukacja zdrowotna w szkole nie przyniesie żadnych korzyści wyraziło 4% licealistów.

Zdaniem 45% uczniów gimnazjum i 58% uczniów liceum, czas poświęcany na edukację zdrowotną w szkole jest

niewystarczający. Blisko 35% gimnazjalistów i 18% licealistów uważa, że jest on odpowiedni. Mimo iż obie grupy zgadzają się co do tego, że na edukację zdrowotną w szkołach poświęca się za mało czasu, to różnica w liczbie odpowiedzi jest widoczna.

Blisko 71% badanych gimnazjalistów opowiedziało się za wprowadzeniem dodatkowego przedmiotu z edukacji zdrowotnej, w tym 50% uważa, że powinien być nieobowiązkowy. Kategoryczny sprzeciw zgłosiło 29% badanych.

Wśród licealistów tylko 54% odniosło się pozytywnie do pomysłu, z czego 40% zaznaczyło, że przedmiot powinien być nieobowiązkowy. Duża grupa badanych (46%) była zdania, iż pomysł wprowadzenia dodatkowego przedmiotu z dziedziny edukacji zdrowotnej jest zły.

Respondenci zostali poproszeni o podanie powodu, dla którego wprowadzenie dodatkowego przedmiotu jest złym pomysłem. Wśród gimnazjalistów głównym powodem okazała się zbyt duża liczba dotychczasowych przedmiotów (46%). Kolejnym była obawa przed powtarzaniem treści, które ankietowani już znają (33%).

Podobnie kształtowały się odpowiedzi respondentów z liceum. Zbyt duża liczba dotychczasowych przedmiotów stanowiła 43% wszystkich odpowiedzi. Obawa, że przekazywane wcześniej treści zostaną powtórzone ujawniła się w 26% odpowiedzi. Zdaniem 11% respondentów, posiadają oni już wystarczającą wiedzę na temat zdrowia, 10% badanych nie interesuje się tematyką zdrowia. Kolejne 10% zauważa brak odpowiedniej kadry, która mogłaby poprowadzić takie zajęcia.

Ankietowani zostali zapytani, czy byliby gotowi chodzić na dodatkowy, nieobowiązkowy przedmiot z zakresu edukacji zdrowotnej. Gimnazjaliści w większości nie są zdecydowani (45%). Wśród badanych gimnazjalistów – chętnych do uczęszczania na dodatkowy przedmiot było 40%. Zdecydowany sprzeciw wyraziło 15%. Blisko 41% licealistów nie uczęszczałoby na dodatkowe zajęcia, 33% jest niezdecydowana, jedynie 26% wyraziło chęć udziału w dodatkowych zajęciach.

Gimnazjaliści (N=64) na zajęciach z edukacji zdrowotnej najbardziej chcieliby przyswoić wiedzę z dziedziny pierwszej pomocy (45%). Istotne dla badanej grupy są zagadnienia z dziedziny profilaktyki chorób (30%). Wskazywano również chęć pozyskania wiedzy z zakresu seksualności (6%), zdrowego odżywiania (5%), skutków narażeń (5%).

Licealiści (N=28) najbardziej zainteresowani są wiedzą z zakresu profilaktyki chorób (54%). Kolejne kwestie to: pierwsza pomoc (18%), zdrowe odżywianie (14%), domowe sposoby walki z niektórymi chorobami (7%) i szkodliwość narażeń (4%).

Respondentów zapytano o to, kogo widzieliby w roli prowadzącego dodatkowy przedmiot z dziedziny edukacji zdrowotnej.

Badani z gimnazjum w większości wskazywali specjalistów zapraszanych w zależności od tematu (52%). Następnie osobę wykształconą w kierunku, który umożliwiłby prowadzenie zajęć związanych ze zdrowiem, np. specjalistę zdrowia publicznego (24%), pielęgniarkę szkolną (11%), nauczyciela biologii (8%) oraz pracownika służby zdrowia (5%).

Ankietowani z liceum wskazywali najczęściej gości zapraszanych w zależności od tematu (45%). Następnie: osobę wykształconą w sposób pozwalający prowadzić przedmiot z zakresu edukacji zdrowotnej (26%), pielęgniarkę szkolną (13%), nauczyciela biologii (9%) oraz pracownika służby zdrowia (7%).

Wśród badanych gimnazjalistów 47% miało kontakt z edukacją zdrowotną w szkole podstawowej i gimnazjum, 23% tylko w gimnazjum, 17% tylko w szkole podstawowej. Blisko 13% gimnazjalistów nie miało kontaktu z edukacją zdrowotną na żadnym etapie kształcenia. Wśród licealistów edukację zdrowotną na każdym etapie kształcenia miało 27% respondentów, 23% tylko w gimnazjum, 10% w gimnazjum i liceum, 10% w szkole podstawowej i gimnazjum, 6% tylko w liceum i 3% tylko w szkole podstawowej. Blisko 21% ankietowanych licealistów nie miało styczności z edukacją zdrowotną na żadnym etapie swojego kształcenia. Liczba osób, które nie zetknęły się z edukacją zdrowotną jest prawie dwukrotnie większa wśród respondentów z liceum niż wśród respondentów z gimnazjum.

Badani poproszeni zostali o zaznaczenie treści związanych z edukacją zdrowotną, z którymi mieli styczność. Pytanie miało na celu wykazanie, którym kwestiom poświęca się najwięcej czasu, a które wymagają większej uwagi.

Respondenci z gimnazjum jako najczęściej poruszane kwestie związane z edukacją zdrowotną wskazali informacje na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych (27%) oraz higieny i dbałości o ciało (27%). Kolejne tematy to: przeciwdziałanie agresji (15%), bezpieczeństwo i zapobieganie urazom (13%) i seksualność (13%). Najmniej czasu poświęca się zdrowiu psychospołecznemu (5%).

Odpowiedzi badanych licealistów kształtowały się następująco: kwestie związane z seksualnością (24%), szkodliwość substancji psychoaktywnych (23%), higiena i dbałość o ciało (22%), bezpieczeństwo i zapobieganie urazom (14%) oraz przeciwdziałanie agresji (11%). Na ostatnim miejscu uplasowały się kwestie związane ze zdrowiem psychicznym (6%).

Według ankietowanych gimnazjalistów, pogadanka (53%) była najczęstszym sposobem prowadzenia zajęć związanych z edukacją zdrowotną. Na drugim miejscu znalazło się oglądanie filmu (23%). Kolejne metody to zajęcia aktywizujące (18%) oraz wycieczka (6%). Respondenci z liceum na pierwszym miejscu również wskazali pogadankę (47%). Na drugim miejscu znalazło się oglądanie filmu (33%), następnie zajęcia aktywizujące (16%) oraz wycieczka (3%). Obydwie badane grupy potwierdzają, iż najpopularniejszymi sposobami prowadzenia zajęć z dziedziny edukacji zdrowotnej są pogadanka i oglądanie filmu.

Respondentów zapytano o to, kto w środowisku szkolnym prowadził zajęcia z dziedziny edukacji zdrowotnej, z którymi mieli styczność.

Ankietowani z gimnazjum najczęściej wskazywali pielęgniarkę szkolną (44%) oraz wychowawcę (21%). Kolejne wymieniane osoby to: pracownik ochrony zdrowia zapraszany przez szkołę (17%), inny nauczyciel (11%) oraz pedagog szkolny (7%). Wśród innych nauczycieli najczęściej wymieniano nauczyciela wychowania do życia w rodzinie. Respondenci z liceum wskazywali najczęściej pielęgniarkę szkolną (36%) oraz pedagoga szkolnego (23%). Następnie pracownika ochrony zdrowia zaproszonego przez szkołę (21%), innego nauczyciela (12%) oraz wychowawcę (8%). Wśród innych nauczycieli ankietowani wskazywali najczęściej nauczyciela biologii.

Obie badane grupy wskazały, że pielęgniarka szkolna jest osobą, która najczęściej prowadzi zajęcia z dziedziny edukacji zdrowotnej. Wśród gimnazjalistów na drugim miejscu znalazł się wychowawca, wśród licealistów pedagog szkolny. Może to być spowodowane większą aktywnością pedagoga w liceum, ponieważ porusza on kwestie wymagające większej dojrzałości.

Osoby, które miały styczność z edukacją zdrowotną zapytano, czy ich zdaniem skorzystali z zajęć, w których uczestniczyli. Spośród ankietowanych z gimnazjum z zajęć edukacji zdrowotnej skorzystało 57% badanych. Około 16% uważa, że zajęcia do niczego im się nie przydały. Blisko 58% respondentów z liceum twierdzi, że skorzystało z edukacji zdrowotnej, a 25% nie wyniosło z zajęć żadnych korzyści. Wyniki wykazały, że w obu grupach korzyści z zajęć wyniosła niewiele ponad połowa respondentów.

Respondentów, którzy nie skorzystali z edukacji zdrowotnej, którą mieli podczas dotychczasowego toku edukacji, zapytano o powody. Dla respondentów z gimnazjum głównymi powodami były sposób prowadzenia zajęć, który nie potrafił zainteresować odbiorców (36%) oraz fakt, iż ankietowani posiadali już przekazywaną wiedzę (36%). Inne powody to powtarzanie tych samych treści (21%) oraz prowadzenie zajęć przez nieodpowiednią osobę (7%). Dla ankietowanych licealistów głównym powodem był fakt, iż posiadali już przekazywaną wiedzę (43%). Kolejne powody to: powtarzanie tych samych treści (33%), zajęcia prowadzone w sposób, który nie potrafił zainteresować odbiorców (15%) oraz prowadzenie zajęć przez nieodpowiednią osobę (9%).

Wykonano test Chi-kwadrat w celu zbadania zależności (istotność $p < 0,05$). Wykazano, iż:

- uczniowie, którzy zadeklarowali, że wiedzą, czym jest edukacja zdrowotna uważają, że jest ona potrzebna – $\chi^2(2) = 25,59611$; $p = 0,00001$;
- płeć istotnie wpływa na ocenę potrzeby edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym – dziewczęta istotnie częściej wskazują, iż edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym jest potrzebna – $\chi^2(2) = 8,568370$; $p = 0,01378$;
- dziewczęta i chłopcy wskazywali zwykle odmienne źródła informacji na temat zdrowia; źródłami najczęściej wskazywanymi przez dziewczęta są rodzice, rodzina i lekarz pierwszego kontaktu – $\chi^2(7) = 46,36992$; $p < 0,001$;
- uczniowie, którzy wskazali potrzebę edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym, częściej niż pozostali respondenci deklarowali, że w szkołach nie poświęca się wystarczająco dużo czasu na zagadnienia związane z edukacją zdrowotną – $\chi^2(4) = 87,50728$; $p < 0,001$.
- uczniowie deklarujący, że w szkołach poświęca się odpowiednio dużo czasu na zagadnienia związane z edukacją zdrowotną, są przeciwni wprowadzeniu do szkół odrębnego przedmiotu z dziedziny edukacji zdrowotnej – $\chi^2(4) = 62,04840$; $p < 0,001$;
- większość uczniów, którzy wskazali na potrzebę wprowadzenia do szkół odrębnego przedmiotu z dziedziny edukacji zdrowotnej, deklaruje uczestnictwo w tego rodzaju zajęciach – $\chi^2(4) = 104,2022$; $p < 0,001$.

DYSKUSJA

Zagadnienie edukacji zdrowotnej prowadzonej w szkołach było wielokrotnie poruszane w szeregu badań.

Ukleja w badaniu przeprowadzonym wśród nauczycieli szkolnych wykazuje, iż 31% ankietowanych nauczycieli uważa, że edukacja zdrowotna powinna być realizowana w ramach odrębnego przedmiotu w szkołach. Zarówno uczniowie, jak i opiekunowie są zwolennikami edukacji zdrowotnej w szkole lub nie sprzeciwiają się jej w zdecydowany sposób. Wyniki badania własnego wykazały, iż 71% ankietowanych gimnazjalistów uważa takie rozwiązanie za dobry pomysł.

Pomysł cieszył się mniejszym poparciem wśród licealistów (54%). Połowa licealistów i 40% gimnazjalistów uważa, że przedmiot ten nie powinien być obowiązkowy. Można zatem uznać, że oczekiwania nauczycieli i uczniów w tym zakresie są zbieżne [5].

Badanie „Metamorfoza”, przeprowadzone w klasach pierwszych liceum, dało podobne wyniki. Ankieta, którą sprawdzano stan początkowej wiedzy uczniów oraz chęć wzięcia udziału w zajęciach, wykazała, iż inicjatywa przeprowadzenia programu spotyka się z aprobatą. Tematyka programu obejmowała m.in. konstruowanie prawidłowych jadłospisów, unikanie błędów żywieniowych, radzenie sobie ze stresem, dbanie o higienę i profilaktykę uzależnień. Wyniki programu wykazały, iż 72% uczniów uznało, że takie zajęcia są potrzebne. Wynik ten jest zbieżny z wynikiem badań własnych uzyskanych wśród gimnazjalistów (71%). Zapytano o źródła, z których ankietowani czerpią wiedzę na temat zdrowia. Najwięcej osób jako główne źródło wskazało rodzinę. Również ten wynik jest zbieżny z wynikiem badań własnych, gdzie badani jako główne źródło informacji o zdrowiu wskazali rodziców i rodzinę [6, 7].

Badanie przeprowadzone na grupie 800 uczniów wykazało, że 66% ankietowanych mimo posiadanej wiedzy z zakresu pierwszej pomocy nie potrafi z niej korzystać. Wyniki te mają odzwierciedlenie w badaniach własnych. Gimnazjaliści na pierwszym miejscu (45%) oczekiwali treści związanych właśnie z pierwszą pomocą. Również wśród licealistów duży odsetek (18%) odpowiedzi stanowiły treści związane z pierwszą pomocą. Oznacza to niedobór wiedzy w tym zakresie, co może uniemożliwić podjęcie odpowiednich czynności w sytuacjach zagrożenia życia [8].

O potrzebie wdrażania intensywnej edukacji zdrowotnej w szkole świadczą wyniki badania *Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-national Study* (N=6383). Badanie stwierdziło liczne niedostatki w zakresie zachowań prozdrowotnych takich jak: niski poziom aktywności fizycznej u 65% nastolatków, poważne błędy żywieniowe wśród 31% młodzieży, niespożywanie posiłku w szkole (26%), niespożywanie owoców (56%) czy warzyw (74%). Słodycze spożywało codziennie 36% respondentów. Wyniki tego badania pokazują dobitnie, iż istnieje pilna potrzeba zintensyfikowania działań z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole. Potrzebę potwierdzają również wyniki badań autora dotyczące opinii o przydatności takich zajęć w szkole [9].

Woynarowska zwraca uwagę, że do zachowań antyzdrowotnych młodzieży zaliczają się bójki, zachowania antyspołeczne i używanie substancji psychoaktywnych. Jako czynnik kształtujący zachowania zdrowotne zostało wymienione przyzwolenie na palenie tytoniu i picie alkoholu. Szczególnie ten ostatni czynnik jest istotny w kontekście wyników badania własnego, dotyczących źródeł pozyskiwania wiedzy o zdrowiu. Wobec oznaczenia odpowiedzi „rodzic/rodzice” przez 26% gimnazjalistów i 24% licealistów można stwierdzić, iż przykład, który młodzież obserwuje w domu oraz brak reakcji na negatywne zachowania zdrowotne ma zdecydowany wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych [10].

Przeprowadzone badanie może stanowić głos w dyskusji nad problematyką związaną z edukacją zdrowotną w środowisku szkolnym. Wyniki oraz dyskusja nakreślają kierunki działań, które mogą zostać zaimplementowane m.in. przez

placówki należące do polskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie oraz przez placówki aspirujące. Położenie szczególnego nacisku na potrzeby uczniów – głównych odbiorców edukacji zdrowotnej – stwarza szanse na zwiększenie jej skuteczności.

WNIOSKI

Wyniki badań przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej pozwoliły na sformułowanie poniższych wniosków.

Młodzi ludzie, obok rodziców, uznają szkołę za jedno z głównych źródeł wiedzy o zdrowiu. Należy kłaść nacisk, aby wszelka wiedza o zdrowiu przekazywana w środowisku szkolnym była rzetelna, obszerna i podawana w sposób łatwy do zrozumienia i przyswojenia przez młodych ludzi.

Młodzież zauważa potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym, dlatego wszystkie działania z tego zakresu uznaje się za zasadne i niezbędne jest ich kontynuowanie. Należy podjąć działania zmierzające do zwiększenia ilości czasu poświęcanego na edukację zdrowotną w szkołach. Wprowadzenie dodatkowego przedmiotu z edukacji zdrowotnej powinno być rozważone w pierwszej kolejności w szkołach gimnazjalnych.

Główną korzyścią wynikającą z edukacji zdrowotnej dla badanych jest zdobycie wiedzy, która może przydać się w trudnych sytuacjach. Szczególną uwagę należy zwrócić na przekazywanie informacji praktycznych (np. udzielanie pomocy osobom poszkodowanym, sposoby radzenia sobie z lżejszymi chorobami, stresem) oraz treści związanych ze zdrowiem psychospołecznym.

Pomimo iż edukacja zdrowotna w szkole jest obowiązkowa, część osób nie miało z nią do czynienia. Należy położyć nacisk na to, aby edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym docierała do jak najszerszego grona odbiorców.

Należy szukać nowych sposobów prowadzenia zajęć edukacji zdrowotnej, dokładać starań, aby prowadziły je odpowiednie osoby oraz nie powtarzać cały czas tych samych treści. Nieprzestrzeganie tych warunków powoduje, iż odbiorcy nie czerpią z zajęć żadnych korzyści.

PIŚMIENNICTWO

1. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN; 2012.
2. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (dostęp: 2014.10.03).
3. Demel M. O wychowaniu szkolnym. Warszawa: PZWS; 1968.
4. Kulik T, Wolna B, Pacian A, (red.). Edukacja zdrowotna w naukach medycznych i społecznych. Lublin: Wydawnictwo Diecezjalne w Sandomierzu; 2008.
5. Ukleja H. Funkcje rodziny w edukacji zdrowotnej dzieci. Instytut Badań Edukacyjnych; 2002.
6. Karski JB. Kulturowe uwarunkowania zdrowia. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; 2008.
7. Gnich J, Olejniczak D, Duda-Zalewska A. Edukacja zdrowotna w szkole – to da się zrobić!. *Probl Hig Epidemiol.* 2007; 2(7): 240–241.
8. Grad T. Niektóre problemy edukacji zdrowotnej w polskich szkołach. W: Gwoździcka-Piotrowska M, Zduniak A, (red.). Edukacja XXI wieku. Edukacja w społeczeństwie ryzyka. Bezpieczeństwo jako wartość. Poznań: Wyd. Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa; 2006.
9. Woynarowska B, Mazur J. Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej: wyniki badań HBSC 2002. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114(2): 159–167.
10. Woynarowska B. Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej. *Zdrowie Publiczne* 2002; 112(3): 391–395.

Health education in rural environment – study of opinions and expectations of junior high and secondary school adolescents

■ Abstract

Introduction and objective. Health education should be one of the primary tasks of the education system. An acquisition of basic knowledge concerning health behaviours during an early period of development may exert a positive effect on the state of health of society. The provision of schoolchildren with access to knowledge pertaining to health may constitute a challenge; nevertheless, the benefits are undeniable.

The objective of the study was the determination of adolescents' attitudes concerning the introduction of health education in schools, and their expectations with respect to contents and methods of education within this scope of problems.

Material and methods. The study covered 200 respondents, 100 boys and 100 girls, including 100 junior high and 100 secondary school adolescents. The respondents' distribution according to variables enables the comparison of the results obtained in junior high and secondary schools.

The study was conducted using a questionnaire designed by the author, consisting of 15 closed questions and 1 open question.

Results. As many as 91% of adolescents attending junior high school, and 83% of those from secondary school, knew the meaning of health education. The most important sources of information concerning health for adolescents attending junior high and secondary schools were: parents, family – 26% and 24%, the Internet – 20% and 23%, school – 16%, and 12%, respectively. 72% of junior high and 65% of secondary school adolescents considered health education at school as necessary, whereas 13 respondents from junior high school, and 21 from secondary school had no contact with any form of health education.

Conclusions. At schools, the imparting of knowledge related with health is neglected. Efforts should be undertaken in order to more comprehensively discuss this cope of problems.

It is necessary to seek new methods of conducting classes in health education, engage properly prepared persons, and not to repeat the same contents. Due to the lack of observance of these conditions the recipients do not derive the desired benefits from classes.

■ Key words

health education, school, adolescents