

Prof. dr hab. med. Barbara Wojnarowska

Dlaczego edukacja zdrowotna jest potrzebna uczniom, nauczycielom, szkole i społeczeństwu?

„Zdrowie” należy do najczęściej wypowiedzianych słów w codziennym życiu i w odświętnych sytuacjach. Życzymy sobie zdrowia, mówimy: „zdrowie jest najważniejsze”, „obyśmy zdrowi byli”, pijemy za zdrowie. Prośby o zdrowie własne i innych są najczęstszą intencją w modlitwach¹. Wyniki Diagnozy Społecznej wskazują, że od 20 lat większość (około 65% Polaków) wymienia zdrowie jako warunek udanego, szczęśliwego życia². Zdrowie uznajemy zatem za wartość, dobro, stan pożądany. W praktyce jest to jednak częściej wartość deklarowana niż realizowana. Wyniki badań wskazują, że większość ludzi dorosłych przejawia bierną postawę wobec własnego zdrowia. Szacuje się, że zaledwie kilka procent społeczeństwa prowadzi względnie trwałe „zdrowe” życie, tzn. z uwzględnieniem różnego typu działań prozdrowotnych³.

*Zdrowie to nie dar niebios dany ludziom raz na zawsze. Nad zdrowiem trzeba pracować i praca ta ma charakter pedagogiczny*⁴. Dla utrzymania dobrego zdrowia i jego doskonalenia niezbędne są odpowiednie kompetencje, w tym umiejętności poznawcze i społeczne, które warunkują motywację i zdolności jednostek do zdobywania informacji o zdrowiu/chorobie i ich wykorzystania w codziennym życiu dla zwiększania potencjału

zdrowia, zapobiegania chorobom i ich leczenia⁵. Pomoc ludziom w uzyskiwaniu tych kompetencji jest celem formalnej i nieformalnej edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna potrzebna jest ludziom we wszystkich okresach życia. W każdym z nich pojawiają się nowe sytuacje, zadania i zagrożenia, które wymagają podejmowania decyzji i wyborów mogących mieć wpływ na zdrowie. Jest ona szczególnie potrzebna we współczesnym świecie gwałtownych, nieoczekiwanych zmian. Trudno zatem zrozumieć, dlaczego większość ludzi, a także osoby tworzące w Polsce politykę zdrowotną i edukacyjną, nie dostrzegają potrzeby edukacji zdrowotnej. Edukacja ta, podobnie jak zdrowie, pozostaje nadal w sferze deklaracji i zapisów w wielu dokumentach i aktach prawnych.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie aktualnego statusu szkolnej edukacji zdrowotnej, znaczenia edukacji zdrowotnej dla uczniów, nauczycieli, szkoły i społeczeństwa oraz barier w jej wdrażaniu. W opisie tym korzystam z 20-letnich doświadczeń i starań o nadanie edukacji zdrowotnej odpowiedniego miejsca w programie szkoły oraz rozwijania w Polsce ruchu szkół promujących zdrowie.

¹ Libiszowska-Żółtkowska M. *Zdrowie w religijnym systemie wartości i prozdrowotnej aktywności Kościoła katolickiego*, Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna nr 12-13/1997, s. 22-36.

² Czapiński J., Panek T. *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011, s. 220.

³ Puchalski K., Korzeniowska E. *Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej* [w:] Piątkowski W. [red.] *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004, s. 107-126.

⁴ Demel M. *O wychowaniu zdrowotnym*, PZWS, Warszawa 1968, s. 8.

⁵ Umiejętności te określa się terminem „alfabetyzacji zdrowotnej” (*health literacy*).

Aktualny status edukacji zdrowotnej w szkole

Termin „edukacja zdrowotna” pojawił się po raz pierwszy w podstawie programowej kształcenia ogólnego w Polsce w 1997 roku⁶. Wcześniej nie był on używany w programach szkolnych, choć treści wchodzące w jego zakres znajdowały się w różnych przedmiotach. W 1999 roku, w wyniku reformy strukturalnej i programowej systemu edukacji, do podstawy programowej kształcenia ogólnego wprowadzono ścieżki edukacyjne, w tym edukację prozdrowotną⁷. W kolejnej zmianie podstawy programowej w 2008 roku⁸ zrezygnowano ze ścieżek edukacyjnych i wprowadzono nowe rozwiązania.

- W części wprowadzającej do podstawy programowej dla wszystkich etapów edukacyjnych zapisano, że ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.
- Ściśle powiązано edukację zdrowotną z wychowaniem fizycznym:
 - na I etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”,
 - na II, III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej,
 - w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „edukacja zdrowotna”.
- Wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono w wielu przedmiotach (jest to nienazwana ścieżka międzyprzedmiotowa). Ilość tych wymagań i ich zakres jest większy niż w poprzedniej podstawie programowej.
- W wychowaniu fizycznym rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności życiowych (osobistych i społecznych). Wśród tych umiejętności w bloku „edukacja zdrowotna” wymieniono: pozytywne myślenie, budowanie poczucia własnej wartości, wiary w siebie, podejmowanie decyzji, utrzymywanie dobrych relacji z innymi, dawanie i przyjmowanie wsparcia, rozwiązywanie problemów, gospodarowanie

czasem, radzenie sobie z presją, krytyką, negatywnymi emocjami, stresem. Wymagania dotyczące umiejętności życiowych znajdują się w wielu przedmiotach.

W komentarzu do podstawy programowej wychowania fizycznego zapisano, że:

- *Edukacja zdrowotna jest procesem dydaktyczno-wychowawczym, w którym uczniowie uczą się, jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki.*
- *Celem edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży jest udzielanie im pomocy w:*
 - *poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych,*
 - *zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać,*
 - *rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi,*
 - *wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości,*
 - *rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia,*
 - *przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej (edukacja zdrowotna jest ważnym elementem edukacji obywatelskiej)*⁹.

Dlaczego edukacja zdrowotna potrzebna jest uczniom?

W dzieciństwie i w okresie dorastania człowiek zdobywa podstawowe kompetencje związane ze zdrowiem oraz kształtuje swój styl życia, który może sprzyjać lub zagrażać zdrowiu i decyduje o zdrowiu w dalszych latach życia. Zmiana niekorzystnych zachowań zdrowotnych w wieku dorosłym jest bardzo trudna.

W kształtowaniu odpowiednich kompetencji służących zdrowiu dzieci i młodzieży, obok rodzi-

⁶ Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 r. w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów w szkole podstawowej i ponadpodstawowej (Dz. Urz. MEN z 1997 r. Nr 5, poz. 23).

⁷ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. z 1999 r. Nr 14, poz. 129).

⁸ 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 2009 r. Nr 4, poz. 17).

⁹ Podstawa programowa z komentarzami „Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa”, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2009, s. 56.

ny, główną rolę powinna odgrywać szkoła. Uzasadniają to następujące przesłanki:

- edukacja zdrowotna jest prawem każdego dziecka, tak jak nauka czytania, pisania i liczenia,
- tylko szkoła może zapewnić ponad 5 milionom dzieci i młodzieży systematyczną edukację zdrowotną i pośrednio oddziaływać na ich rodziców,
- u dzieci i młodzieży istnieje wiele niedostatków w zachowaniach prozdrowotnych oraz częste są zachowania ryzykowne dla zdrowia; wskazują na to przedstawione w tabeli 1 wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w 2010 roku na reprezentatywnych próbach uczniów klas V szkół podstawowych (11-12 lat), klas I i III gimnazjów (13-14 lat, 15-16 lat) oraz klas II szkół ponadgimnazjalnych (17-18 lat)¹⁰. Niepokojące jest to, że częstość większości niekorzystnych dla zdrowia zachowań młodzieży zwiększa się z wiekiem,
- szczególnie potrzebna jest edukacja zdrowotna dzieciom pochodzących z rodzin, które nie przygotowują dzieci do troski o zdrowie, tym samym szkoła może włączyć się do działań zmniejszających nierówności społeczne dotyczące zdrowia,
- edukacja zdrowotna, a zwłaszcza rozwijanie umiejętności życiowych, może wspierać uczenie się, radzenie sobie uczniów z problemami zdrowotnymi, społecznymi i szkolnymi.

Korzyści z realizacji edukacji zdrowotnej dla nauczycieli

Zawód nauczyciela wiąże się ze specyficznymi obciążeniami, które mogą powodować wystąpienie:

- zaburzeń zdrowia fizycznego: choroby narządu głosu, zaburzenia słuchu, częste infekcje układu oddechowego, dolegliwości ze strony kręgosłupa, nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu krążenia oraz zaburzenia psychosomatyczne¹¹ (skutek powtarzających się nadmiernych stresów i negatywnych stanów emocjonalnych),
- zaburzeń zdrowia psychospołecznego, w tym przede wszystkim zespół wypalenia zawodowego, depresja, nadużywanie alkoholu.

Ryzyko wystąpienia tych zaburzeń jest większe, gdy współlistnieją czynniki pozazawodowe,

Tab. 1. Odsetki uczniów, u których wstępują niedostatków zachowań prozdrowotnych oraz zachowania ryzykowne (2010).

Zachowanie	Uczniowie w wieku			
	11-12 lat	13-14 lat	15-16 lat	17-18 lat
NIEDOSTATKI ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH				
Nie zjadają śniadania codziennie w dni szkolne	36,6	41,0	43,4	47,8
Nie spożywają codziennie owoców	61,1	69,3	76,8	81,9
Nie spożywają codzienne warzyw	69,3	74,6	73,8	79,7
Spożywają codziennie słodycze	26,7	33,9	33,1	25,3
Piją codziennie coca-cola lub inne słodkie napoje	24,8	30,8	27,3	16,5
Poziom aktywności fizycznej jest niższy niż zalecany	72,7	82,2	83,8	89,7
Czyszczą zęby tylko 1 raz dziennie lub rzadziej	36,7	36,3	27,5	--
ZACHOWANIA RYZYKOWNE DLA ZDROWIA				
Pałają tytoni codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu	1,2	8,6	14,9	25,6
Pili alkohol w ostatnich 30 dniach	12,2	26,6	51,0	76,6
Piją piwo codziennie lub w każdym tygodniu	0,9	4,7	5,7	--
Upili się w życiu 2-3 razy lub więcej	2,0	11,6	31,6	57,0
Używali marihuany lub haszyszu w ostatnich 12 miesiącach	--	--	15,1	23,1
Odbyli inicjację seksualną	--	--	16,8	41,5

Źródło: Mazur J., Małkowska-Szkatnik A. [red.] *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

¹⁰ Dane z kolejnej serii badań międzynarodowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study* [w:] Mazur J., Małkowska-Szkatnik A. [red.] *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

¹¹ Zaburzenia psychosomatyczne powstają pod wpływem czynników psychogennych. U ich podstaw leży stres lub sytuacja konfliktowa. Należą do nich dolegliwości (objawy czynnościowe) ze strony różnych układów, w przypadku których nie stwierdza się uszkodzenia organicznego (określa się je terminem „nerwice narządowe”). Inną grupę stanowią zaburzenia (choroby), w których reakcją na stres towarzyszą potwierdzone w badaniach lekarskich zaburzenia organiczne. Należą do nich m.in.: astma oskrzelowa, choroba wrzodowa dwunastnicy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, reumatoidalne zapalenie stawów.

w tym także niekorzystne czynniki w środowisku rodzinnym oraz styl życia zagrażający zdrowiu¹².

Zapisy w podstawie programowej kształcenia ogólnego dotyczą różnorodnych aspektów zdrowia. Realizacja tych treści stwarza nauczycielom możliwość:

- uaktualnienia/rozszerzenia przydatnej dla nich samej wiedzy o zdrowiu, jego ochronie, doskonaleniu,
- refleksji nad swoimi zachowaniami zdrowotnymi, zwłaszcza że wśród nauczycieli, podobnie jak u uczniów, stwierdza się wiele niedostatków zachowań prozdrowotnych (tabela 2)¹³,
- identyfikacji własnych problemów zdrowotnych,
- doskonalenia własnych umiejętności życiowych – osobistych i społecznych.

Kompetencje prozdrowotne nauczycieli są im niezbędne do prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów oraz tworzenia wzorców właściwych zachowań zdrowotnych. Warunki, w jakich powinna być realizowana edukacja zdrowotna i stosowane metody aktywizujące sprzyjają dobremu komunikowaniu się z uczniami i wspólnemu uczeniu się. Niezbędne jest jednak przyjęcie przez nauczycieli roli przewodników, doradców uczniów, a nie ekspertów. Obawy nauczycieli, że nie posiadają wystarczającej wiedzy, w tym zwłaszcza medycznej, są jedną z przyczyn niepodejmowania przez nich edukacji zdrowotnej uczniów.

Korzyści dla szkoły wynikające z edukacji zdrowotnej

- Skuteczna edukacja zdrowotna sprzyja dobremu samopoczuciu i zdrowiu uczniów, a to z kolei sprzyja:
 - ich dobrej dyspozycji do uczenia się: procesom koncentracji uwagi, myślenia, pamięci, przyswajaniu wiedzy, opanowywaniu różnych umiejętności,
 - dobremu przystosowaniu do szkoły, motywacji do uczenia się, osiągnięciom szkolnym i satysfakcji ze szkoły,
 - rozwijaniu uzdolnień, zainteresowań i kreatywności,
 - dobrym relacjom z rówieśnikami i dorosłymi.
- Edukacja zdrowotna jest bezpośrednio powiązana z programem wychowawczym, a szczególnie programem profilaktyki, do których opracowania zobowiązana jest każda szkoła. Celem szkolnego programu profilaktyki jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym, problemom zdrowia psychicznego i problemom behawioralnym uczniów, takim jak:
 - używanie substancji psychoaktywnych,
 - agresja w relacjach rówieśniczych,
 - ryzykowne zachowania seksualne i związane z nimi ryzyko zakażenia HIV,
 - nowe zagrożenia behawioralne, w tym m.in. problemy związane ze stosowaniem przemocy w mediach elektronicznych, uzależnienie od Internetu,

Tab. 2. Odsetki nauczycieli, którzy podejmują zawsze lub prawie zawsze wybrane zachowania prozdrowotne, tzn. zachowują się zgodnie z zaleceniami.

Zachowanie	Podejmują dane zachowanie zawsze lub prawie zawsze (%)
Jedzą śniadanie w domu codziennie	57,0
Jedzą codziennie owoce co najmniej 1 raz	35,2
Jedzą codziennie warzywa co najmniej 1 raz	36,4
Ograniczają jedzenie słodczy	12,5
Czyszczą zęby co najmniej 2 razy dziennie	86,6
Chodzą do dentysty na badania kontrolne co 6 miesięcy	40,2
Śpią w nocy około 6-7 godzin	52,8
Przeznaczają codziennie co najmniej 30 minut na zajęcia związane z umiarkowanym lub dużym wysiłkiem fizycznym	19,4
Zwiększają ilość ruchu i wysiłków fizycznych w codziennym życiu	29,8
Pozytywnie myślą o sobie i świecie	26,3
Zwracają się do innych osób o pomoc w trudnych dla siebie sytuacjach (np. do rodziny, przyjaciół)	22,1

Źródło: Woynarowska-Soldan M., Węziak-Białowolska D. *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie nauczycieli*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2012 (w druku).

¹² Woynarowska B. *Nauczyciel/wychowawca – ochrona i promocja jego zdrowia* [w:] Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K. *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, PWN, Warszawa 2010, s. 309-336.

¹³ Woynarowska-Soldan M., Węziak-Białowolska D. *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie nauczycieli*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2012 (w druku) – dane wykorzystano za zgodą autorek.

- zachowania autodestrukcyjne i samobójcze dzieci i młodzieży,
- zaburzenia odżywiania, zaburzenia nastroju i inne problemy zdrowia psychicznego charakterystyczne dla okresu dojrzewania,
- otyłość i nadwaga.

Zagadnienia te znajdują się w wymaganiach szczegółowych podstawy programowej różnych przedmiotów. Wspólnym elementem edukacji zdrowotnej i szkolnego programu wychowawczego oraz programu profilaktyki jest rozwijanie umiejętności życiowych uczniów.

Należy jednak podkreślić, że skuteczność edukacji zdrowotnej zależy nie tylko od realizacji podstawy programowej. Zdaniem T. Williamsa, współtwórcy koncepcji szkoły promującej zdrowie, *jeśli to, czego dziecko uczy się w klasie, nie jest zbliżone do tego, co widzi i stosuje w szkole, domu i swym otoczeniu, to cała wiedza jest niewiarygodna i nie ma żadnego wpływu na młodego człowieka*¹⁴. Ważna jest zatem odpowiednia polityka szkoły dotycząca zdrowia. Powinna ona uwzględniać:

- włączenie zdrowia do programu szkoły – zdrowie jako wartość uniwersalna powinno być uznane za jeden z filarów ogólnej polityki oraz programu dydaktycznego, wychowawczego i profilaktyki, jej organizacji, procedur funkcjonowania, obowiązujących przepisów,
- powiązanie edukacji zdrowotnej z programami realizowanymi z inicjatywy organizacji istniejących w szkole (PCK, harcerstwo) oraz oferowanymi szkole przez różne organizacje i instytucje,
- inwestowanie w rozwój osobisty, społeczny i zawodowy nauczycieli,
- tworzenie w szkole środowiska wspierającego edukację zdrowotną – poprawa warunków sanitarnych i bezpieczeństwa, tworzenie klimatu społecznego sprzyjającego dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników, umożliwienie im praktykowania zachowań sprzyjających zdrowiu (np. posiłki szkolne, dostępność wody pitnej, odpowiedni asortyment produktów w sklepikach szkolnych, organizacja przerw międzylekcyjnych),
- współdziałanie z pielęgniarką szkolną – powinna ona uczestniczyć w programowaniu, realizacji i ewaluacji edukacji zdrowotnej, pełnić rolę konsultanta medycznego dla dyrektora szkoły i nauczycieli, a także być łącznikiem

- między szkołą i placówkami służby zdrowia oraz stacją sanitarno-epidemiologiczną,
- pozyskiwanie pracowników administracji, stółki szkolnej i obsługi – tworzą oni własny system oddziaływania i wzorce zachowań dla uczniów; aby pozyskać ich do współdziałania, należy stworzyć atmosferę, w której poczują się „ważni”, informować ich o planowanych działaniach, zachęcać do uczestnictwa w nich, organizować szkolenia dostosowane do potrzeb tej grupy pracowników,
- współdziałanie z rodzicami – uzgadnianie treści edukacji (dotyczy zwłaszcza tematów drażliwych i kontrowersyjnych), stwarzanie im możliwości wyrażania opinii, zachęcanie rodziców posiadających odpowiednie przygotowanie do prowadzenia niektórych zajęć w klasie, wspólne organizowanie imprez i kampanii o tematyce zdrowia; należy także uświadamiać rodzicom, że od nich zależy „transfer” do codziennego życia zdobytej w szkole przez ich dziecko wiedzy i umiejętności,
- współdziałanie ze społecznością lokalną – pozyskiwanie do współpracy znanych osób i różnych organizacji, wspólne organizowanie kampanii i akcji propagandowo-informacyjnych.

Dlaczego szkolna edukacja zdrowotna jest potrzebna społeczeństwu?

Edukacja zdrowotna w szkole jest na świecie uznana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa. Jej koszty są niewspółmiernie niższe niż leczenie chorób i dlatego szkolna edukacja zdrowotna powinna stanowić element polityki zdrowotnej państwa.

Stan zdrowia ludności Polski po 1991 roku stopniowo poprawia się, ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuacja jest wciąż niezadowolająca. Różnice te dotyczą wszystkich grup ludności. Po 2000 roku poprawa uległa spowolnieniu, szczególnie u mężczyzn. Według danych WHO w 2009 roku przeciętna długość życia w Polsce, w stosunku do krajów UE, była krótsza u mężczyzn o 5,2 lat, u kobiet o 2,5 roku. Długość życia w zdrowiu¹⁵ w 2009 roku wynosiła w Polsce u mężczyzn 58,1 lat, u kobiet 62,1 lat (w krajach UE odpowiednio 60,8 lat i 61,5 lat)¹⁶. W Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, utrzymują się znaczne nierówności społeczne dotyczące zdrowia.

¹⁴ Williams T. *Szkola promująca zdrowie – rzeczywistość czy mit*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne nr 7/1988, s. 193-194.

¹⁵ Wskaźnik ten określa liczbę lat bez trwającej długotrwale (co najmniej 6 miesięcy) całkowicie i bardzo poważnie ograniczonej zdolności do wykonywania podstawowych czynności dla swojego wieku z powodu kalectwa lub przewlekłej choroby (z aktualnym orzeczeniem prawnym lub bez takiego orzeczenia).

Przyczyny niekorzystnej sytuacji zdrowotnej oraz nierówności w zdrowiu są bardzo złożone. Jedną z nich jest niedostateczne uwzględnianie w polityce zdrowotnej państwa profilaktyki chorób, promocji zdrowia, w tym nowoczesnej edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Pilna konieczność intensyfikacji tych działań jest związana z przesunięciem granicy wieku emerytalnego do 67 lat. Niezbędne są różnorodne, długofalowe programy, które sprzyjać będą poprawie zdrowia ludności, a zwłaszcza wydłużeniu okresu życia w zdrowiu. Uzyskanie tej poprawy wymaga udziału samych ludzi, zwiększenia ich motywacji i umiejętności dbania o zdrowie od najmłodszych lat, a nie tylko poprawy opieki zdrowotnej. Konieczne jest wczesne zapobieganie chorobom, które ujawniają się w wieku dorosłym, zachęcanie ludzi do doskonalenia swojej kondycji psychofizycznej, a także tworzenie przez państwo warunków ułatwiających ludziom działania sprzyjające zdrowiu. Jednym z pilnych zadań powinna być poprawa jakości i skuteczności edukacji zdrowotnej oraz profilaktyki w szkole.

Bariery w realizacji edukacji zdrowotnej w szkole

W dotychczasowej historii szkolnictwa w Polsce edukacja zdrowotna, podobnie jak profilaktyka, pozostawały na marginesie funkcjonowania szkoły. W rozkładzie zajęć nie było i nie ma wydzielonego czasu na jej realizację. Wdrażanie aktualnie obowiązujących zapisów podstawy programowej utrudnia wiele czynników, w tym:

- niedocenywanie znaczenia edukacji zdrowotnej przez dyrekcje szkół i nauczycieli, niechęć większości nauczycieli wychowania fizycznego do podjęcia nowego zadania,
- niedostateczne przygotowanie ogółu nauczycieli do realizacji edukacji zdrowotnej, brak w Polsce systemu kształcenia przeddyplomowego i doskonalenia nauczycieli,
- brak systemu wsparcia metodycznego dla nauczycieli,
- tradycyjne rozumienie edukacji zdrowotnej jako przekazywania informacji o zdrowiu,
- dominacja działań akcyjnych, imprez, festynów, konkursów,
- oferowanie szkołom ogromnej liczby programów edukacyjnych o tematyce zdrowotnej, opracowanych przez różne organizacje i instytucje (w tym firmy produkujące żywność, kosmetyki, środki czystości, które równocześnie promują własne produkty) – większość tych programów ma cha-

rakter jednorazowy, akcyjny i nie ma związku z treścią podstawy programowej, ich realizacja zajmuje czas uczniów, nie sprawdza się ich jakości i, poza nielicznymi, nie przeprowadza się ewaluacji ich efektów, a szkoły chętnie wykorzystują te programy i nie uruchamiają własnych działań,

- nieuwzględnienie oceny realizacji edukacji zdrowotnej w ramach nadzoru pedagogicznego,
- małe zainteresowanie szkół wyższych wspieraniem rozwoju szkolnej edukacji zdrowotnej – aktualnie szkolna edukacja zdrowotna jest „dziełem” praktyków, którzy powielają wzorce i doświadczenia ze swoich lat szkolnych.

Szansę na zmniejszenie tych trudności w dalszej perspektywie stanowi uwzględnienie, pierwszy raz w historii szkolnictwa w Polsce, edukacji zdrowotnej w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela¹⁷. W ciągu ostatnich dwóch lat opracowano kilka poradników dotyczących edukacji zdrowotnej dla dyrektorów szkół i nauczycieli:

1. Woynarowska B. [red.] *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011 – wersja elektroniczna (www.ore.edu.pl). Poradnik ten, podzielony na trzy części (szkoła podstawowa, gimnazjum i szkoły ponadgimnazjalne), ukazał się w wersji papierowej i otrzymały je w 2012 roku nieodpłatnie wszystkie szkoły w Polsce.

2. Pankowska-Koc K., Szczepkowska K. *Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym. Scenariusze lekcji dla gimnazjów*, Agencja Reklamowo-Wydawnicza Althea DESIGN Sp. z o.o., Warszawa 2011.

3. Kierczak U. *Metoda projektów w pracy nauczyciela wychowania fizycznego. Praktyczny przewodnik*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012.

4. Woynarowska B. [red.] *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012.

Należy mieć nadzieję, że materiały te pomogą nauczycielom, zwłaszcza wychowania fizycznego, w realizacji edukacji zdrowotnej, zgodnie z zapisami podstawy programowej kształcenia ogólnego.

Autorka jest kierownikiem Zakładu Biomedycznych i Psychologicznych Podstaw Edukacji Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego

¹⁶ Baza danych Eurostat.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do zawodu nauczyciela (Dz. U. z 2012 r. Nr 25, poz. 131).