

**Danuta Michałowska**

**Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu**

[damichal@amu.edu.pl](mailto:damichal@amu.edu.pl)

## **EDUKACJA PROZDROWOTNA – PODEJŚCIA, MODELE, METODY**

### **Streszczenie**

W pracy przedstawione są różne podejścia w edukacji prozdrowotnej w ujęciu historycznym (od podejścia medycznego do środowiskowego). Zaprezentowane są trzy podstawowe modele zdrowia i choroby. Omówiony jest zakres treści programowych edukacji prozdrowotnej jako ścieżki międzyprzedmiotowej w szkole oraz najczęściej stosowane metody kształcenia w tym obszarze edukacji. Końcowa część pracy jest próbą zastanowienia się nad miejscem edukacji prozdrowotnej obecnie i w przyszłości, w szkole i poza nią.

Słowa kluczowe: *zdrowie, choroba, edukacja prozdrowotna, metody kształcenia w szkole*

## **HEALTH EDUCATION – APPROACHES, MODELS, METHODS**

### **Abstract**

This paper describes the different approaches in health education from a historical perspective (span from a medical model to an environment/scientific model). It presents three basic models of health and illness. The curriculum and most frequently applied teaching methods for this field are discussed. The role of health education in school and society, now and in the future is considered.

Key words: *health, illness, health education, teaching methods*

---



**Danuta Michałowska**

## **EDUKACJA PROZDROWOTNA – PODEJŚCIA, MODELE, METODY**

Pierwsze 60 lat XX wieku określane jest mianem „epoki medycznej”. W tym czasie panowała medycyna alopacyjna. Następny okres nazywany jest „erą postmedyczną”. Zdrowie i działania na nie ukierunkowane są szerzej rozumiane. Większego znaczenia dla zdrowia nabierają czynniki związane z indywidualnymi zachowaniami (np. palenie papierosów, picie alkoholu), ze środowiskiem fizycznym, z funkcjonowaniem w społeczeństwie oraz czynnikami ekonomicznymi. Od początku lat 80 – tych rozwija się ruch promocji zdrowych stylów życia, mający zasięg europejski i przybierający postać bardziej ruchu społeczno – edukacyjnego niż czysto medycznego. Podejmowane są różnego rodzaju działania na rzecz lepszego zdrowia i poprawy jakości życia (Raport o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, MEN 1998).

### **PODEJŚCIA W EDUKACJI PROZDROWOTNEJ**

Wyróżnia się pięć głównych podejść w edukacji prozdrowotnej. Są to:

1. podejście medyczne,
2. podejście behawioralne,
3. podejście edukacyjne,
4. podejście zorientowane na jednostkę,
5. podejście środowiskowe (Wojnarowska, 1999).

Wyżej wymienione podejścia są odzwierciedleniem procesu zmian, który przebiegał od podejścia czysto medycznego w edukacji prozdrowotnej do jej „demedykalizacji”, poprzez wychowanie ukierunkowane na zmianę świadomości człowieka, który jest odpowiedzialny za swoje zdrowie i kształtowanie osobowości sprzyjającej utrzymaniu zdrowia. Poniższa tabela przedstawia charakterystyczne cechy poszczególnych podejść w edukacji prozdrowotnej.



Tabela 1. Podejścia w edukacji zdrowotnej i ich charakterystyka według L.Ewles, I.Simnett

Podejście	Cel	Kierunki działań
Medyczne	Zapobieganie chorobom, zaburzeniom, niepełnej sprawności	Eksponowanie medycznej interwencji w zapobieganiu lub zmniejszaniu skutków chorób
Behawioralne	Kształtowanie zachowań zmniejszających ryzyko chorób	Zachęcanie do zmiany postaw, zachowań zdrowotnych oraz zdrowego stylu życia
Edukacyjne	Przekazywanie wiedzy, ułatwienie zrozumienia zdrowia jako podstawy do podejmowania decyzji i działania	Przekazywanie informacji o przyczynach i skutkach zachowań zagrażających zdrowiu, poznawanie postaw i wartości, kształtowanie umiejętności zdrowego stylu życia
Zorientowane na jednostkę	Praca z poszczególnymi osobami, zorientowana na ich indywidualne potrzeby	Pomoc w identyfikacji własnych problemów, dokonywaniu wyboru i podjęciu działania
Środowiskowe	Zmiany w środowisku społecznym i fizycznym, aby sprzyjało ono zdrowym wyborom	Zachęcanie do dokonywania zmian (np. w polityce, relacjach międzyludzkich) w środowisku fizycznym i społecznym

Źródło: Woynarowska B., Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole, W: Lider nr 1'99, s.16

Dwa ostatnie podejścia do edukacji prozdrowotnej wydają się być jak najbardziej pożądane we współczesnym systemie edukacji. Podejście zorientowane na jednostkę, personalistyczne, będące podstawą wszechstronnej edukacji, uznaje prymat osoby ludzkiej nad materialnym dobrobytem i potrzebami konsumenckimi. Każdy człowiek ma prawo do szacunku i podmiotowego traktowania, bez względu na

pełnioną funkcję w państwie. Podejście zorientowane na jednostkę oznacza również przekraczanie samego siebie, w kierunku wspólnoty, bycia z innymi i dla innych. Personalizacja, czyli stawanie się osobą oznacza przede wszystkim:

- rozwijanie podmiotowości jednostki,
- kształtowanie odpowiedzialności i umiejętności dokonywania samodzielnych wyborów,
- przyjmowanie konsekwencji za swój wybór,
- kształtowanie poczucia własnej godności,
- rozwijanie możliwości twórczych, poczucia i potrzeby sensu godnego życia (Bieldki, 1998).

Podejście środowiskowe jest szczególnie widoczne w omawianej dalej koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie, która wydaje się być obecnie najbardziej odpowiednią dla zrealizowania celów edukacji prozdrowotnej. Podejście środowiskowe jest odzwierciedleniem traktowania zagadnień zdrowia w szerszym kontekście, uwzględniającym życie rodzinne, społeczne, warunki fizyczne, ekonomiczne oraz polityczne współczesnego społeczeństwa.

W szkole, edukacja prozdrowotna może być realizowana według dwóch głównych wzorów, dotyczących sposobu pracy nauczyciela, wynikającego z preferowanej przez niego orientacji ideologicznej (Woynarowska, 1999).

Pierwszy z nich mówi o realizowaniu edukacji prozdrowotnej w sposób autorytarny. Taki moralistyczny wzór wymaga totalitarnej polityki szkoły, gdzie nauczyciel jest nieomylnym profesjonalistą, a podające metody nauczania skierowane są na przyswojenie wiedzy i przedstawionych wzorów zachowania przy minimalnej aktywności uczniów.

Drugi, demokratyczny wzór realizowania edukacji prozdrowotnej zakłada, że uczeń powinien być traktowany podmiotowo, aby efektywnie przyswoić sobie wiedzę i umiejętności. Proces uczenia się i nauczania powinien charakteryzować się wykorzystywaniem metod aktywizujących ucznia, gdzie nauczyciel ukierunkowuje, wspiera i pomaga uczniowi w odkrywaniu nowych wiadomości, w zdobywaniu umiejętności, a przede wszystkim we wszechstronnym rozwoju ucznia. Poniższa tabela przedstawia krótką charakterystykę dwóch głównych wzorów dotyczących

---

realizacji edukacji prozdrowotnej w szkole, ze względu na przyjmowaną koncepcję zdrowia, założenia pedagogiczne, sposób ewaluacji oraz rolę nauczyciela i szkoły.

Tabela 2. Dwa paradygmaty w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży według B.B. Jensena.

	Edukacja zdrowotna moralistyczna	Edukacja zdrowotna demokratyczna
Koncepcja zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zachowania zdrowotne, styl życia,</li> <li>- zorientowanie na choroby,</li> <li>- zdrowie jako koncepcja zamknięta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- warunki życia i styl życia,</li> <li>- dobre samopoczucie i brak chorób,</li> <li>- zdrowie jako koncepcja otwarta</li> </ul>
Koncepcja pedagogiczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cel – zmiana zachowań zdrowotnych,</li> <li>- moralistyczna/totalitarna,</li> <li>- zdrowa szkoła</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cel – koncepcja do działania,</li> <li>- demokratyczna – uczniowie mają wpływ na to, czego się uczą,</li> <li>- szkoła promująca zdrowie</li> </ul>
Ewaluacja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pomiar zmian zachowań zdrowotnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pomiar kompetencji uczniów (sposób myślenia, wizja, uczestnictwo)</li> </ul>
Rola nauczyciela i szkoły	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nauczyciel jako wzorzec (np. palenie papierosów, spożycie alkoholu),</li> <li>- środowisko szkoły - gotowe posiłki szkolne, zakazy palenia i inne regulacje,</li> <li>- szkoła, społeczność lokalna,</li> <li>- specjaliści medyczni, zapraszani na zajęcia w szkole i w klasie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nauczyciel szczerzy, demokratyczny, słuchający uczniów, zachęcający do współpracy,</li> <li>- środowisko szkoły – stymulujące, stawiające uczniom wyzwania, uczestnictwo samorządu uczniowskiego,</li> <li>- szkoła, społeczność lokalna – uczniowie są spostrzegani w społeczności jako ważne osoby</li> </ul>

Źródło: Woynarowska B., Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole, w: Lider nr 1'99, s. 16,

Z wielu względów, zwłaszcza różnorodnych przemian społeczno – kulturowych i ekonomicznych, najbardziej pożądanym wzorem realizowania edukacji prozdrowotnej we współczesnej szkole jest wzór demokratyczny. Nie należy jednak zapominać o pozytywnych stronach pierwszego wzoru.

Przedstawione dwa główne wzory, czy podejścia do realizacji edukacji prozdrowotnej w szkole, moralistyczny i demokratyczny, są ściśle powiązane z celami, treściami oraz metodami realizacji edukacji prozdrowotnej.

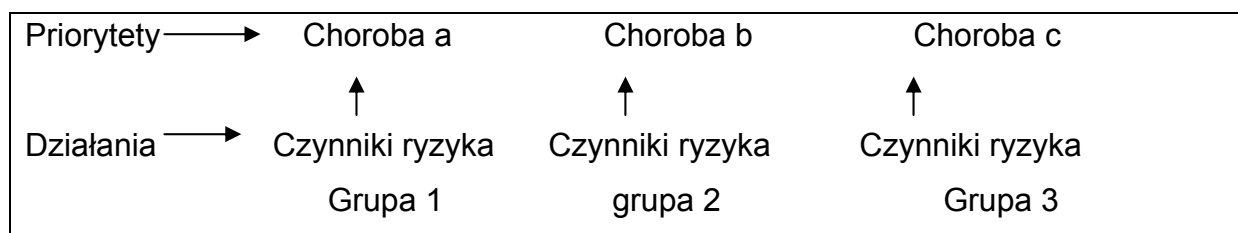
Podejścia w edukacji prozdrowotnej można przedstawić w ujęciu modelowym, w którym akcent został położony na różnice w priorytetach kierunków działań oraz przedmiot tych działań.

Wyróżniamy trzy podstawowe modele w edukacji prozdrowotnej:

1. edukacja zdrowotna zorientowana na chorobę,
2. edukacja zdrowotna zorientowana na czynniki ryzyka,
3. edukacja zdrowotna zorientowana na zdrowie.

Głównym celem w modelu edukacji zorientowanej na chorobę jest podejmowanie działań skierowanych na zapobieganie określonym jednostkom chorobowym. Priorytety są tu definiowane w kategoriach jednostek chorobowych, a podejmowane działania skierowane są na grupy czynników ryzyka.

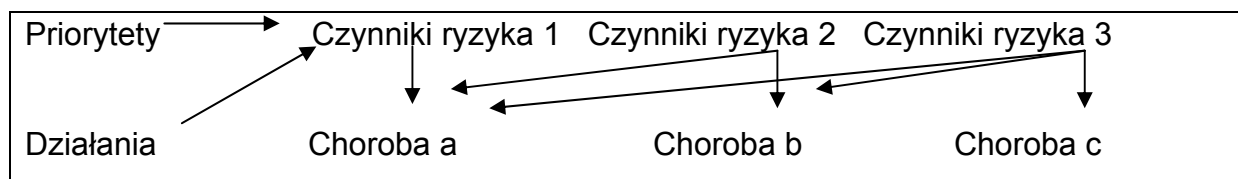
Rysunek 1. Model 1. – Edukacja zdrowotna zorientowana na chorobę.



Źródło: Słońska Z., Wychowanie dla zdrowia, w: Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.: Promocja zdrowia, Warszawa 1994, s. 325-327,

Celem edukacji zdrowotnej zorientowanej na czynniki ryzyka jest eliminacja poszczególnych czynników ryzyka w celu zapobiegania kilku chorobom jednocześnie.

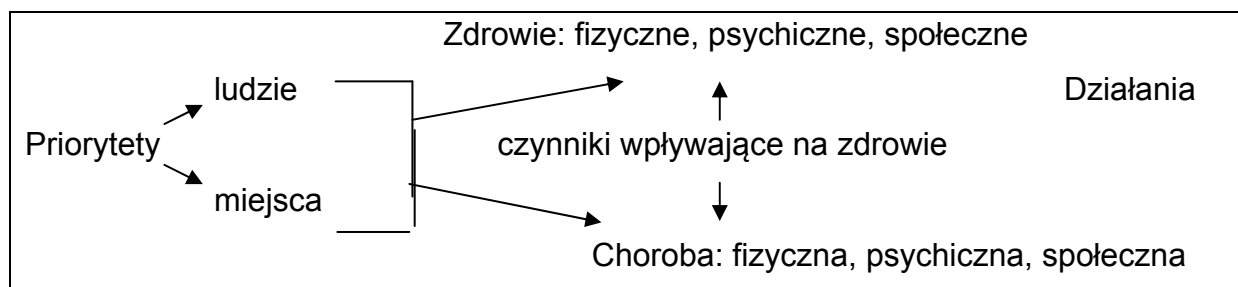
Rysunek 2 Model 2. - Edukacja zdrowotna zorientowana na czynniki ryzyka.



Źródło: Słońska Z., Wychowanie dla zdrowia, w: Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.: Promocja zdrowia, Warszawa 1994, s. 325-327,

Model edukacji zdrowotnej zorientowanej na zdrowie traktowany jest jako najważniejszy z punktu widzenia realizacji idei promocji zdrowia. W odróżnieniu od dwóch poprzednich modeli koncentruje się na zagadnieniu zwiększenia potencjału zdrowia i na pozytywnym aspekcie zdrowia ujmowanego holistycznie. Priorytetem w tym modelu nie jest choroba, ale ludzie i miejsca, które powinny stanowić przedmiot działań edukacyjnych, zwiększających potencjał zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. W obszarze oddziaływań z zakresu edukacji zdrowotnej ważna jest nie tylko szkoła, ale również rodzina oraz grupy rówieśnicze (Syrek, 1997).

Rysunek 3. Model 3. - Edukacja zdrowotna zorientowana na zdrowie



Źródło: Słońska Z., Wychowanie dla zdrowia, w: Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.: Promocja zdrowia, Warszawa 1994, s. 325-327.

Model ten reprezentuje holistyczne podejście w edukacji prozdrowotnej. Oznacza to:

1. uwzględnianie wszystkich aspektów zdrowia: fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego,
2. branie pod uwagę innych źródeł wiadomości o zdrowiu oprócz szkoły: rodziny, grup rówieśniczych, służb zdrowia, społeczności lokalnej, mediów, które to źródła mogą być spójne lub sprzeczne,

3. uwzględnianie wpływu nauczycieli na uczniów poprzez świadome używanie komunikatów werbalnych i niewerbalnych oraz zachowanie spójności pomiędzy tymi komunikatami,
4. dostrzeganie, że warunki środowiska fizycznego szkoły oraz organizacja jej życia mogą wspierać lub utrudniać proces edukacji prozdrowotnej w szkole,
5. uznanie faktu, że w procesie edukacji prozdrowotnej jednakowo ważne jest dobre samopoczucie uczniów, jak i nauczycieli (Wojnarowska i in., 1998).

Model edukacji prozdrowotnej zorientowanej na zdrowie odpowiada celom przyjętym w programach nauczania zawartych w reformie systemu oświaty z 1999 roku.

Omówione podejścia oraz modele edukacji prozdrowotnej wpływają na wybór określonych treści oraz sposobów ich realizacji. Biorąc pod uwagę kryterium celu i kierunku podejmowanych działań w edukacji prozdrowotnej przyjęto podejście środowiskowe oraz zorientowane na jednostkę, gdyż wydają się być odpowiednie w odniesieniu do współcześnie określanych założeń edukacji prozdrowotnej.

### **TREŚCI Z ZAKRESU EDUKACJI PROZDROWOTNEJ**

Według L.E. Berman'a „uczniowie, wraz ze swoimi potrzebami, nadziejami i dylematami, potrzebują bogatego, wzmacniającego, dodającego sił oraz problematycznego programu nauczania, który wzbudziłby w nich aspiracje do zmiany i wszechstronnego rozwoju” (Berman, 1987). Edukacja prozdrowotna jest jedną z możliwości zaspokojenia tych potrzeb.

Na kongresie UNESCO, w 1971 w Paryżu, żądano po raz pierwszy wprowadzenia do programów szkolnych podstawowych wiadomości o zdrowiu. Od tego momentu w wielu krajach podjęto owocne starania, by zagadnienia z edukacji prozdrowotnej stały się integralną i stałą częścią programu nauczania na wszystkich szczeblach szkolnictwa.

Po raz pierwszy w roku 1997 Minister Edukacji Narodowej wprowadził edukację prozdrowotną do podstaw programowych szkoły, opierając się na następujących podstawach prawnych:

- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (D.U. 1994r., nr 11, poz. 535),
  - Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (D.U. 1995r., nr 10, poz. 550),
- 





- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (D.U. 1996r., nr 127, poz. 539),
- Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (D.U., 1996r., nr 139, poz. 646),
- Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U., 1997r., nr 75, poz. 468),
- Narodowy Program Zdrowia 1996-2005 (Wojnarowska, 1999).

W reformowanym systemie oświaty edukacja zdrowotna należy do obowiązkowych zadań szkoły, określonych w Podstawie Programowej Kształcenia Ogólnego. Program edukacji zdrowotnej realizowany jest w ramach ścieżki międzyprzedmiotowej od 1997 roku (Dz. MEN 1997, Nr 5, poz.23). Był on zatwierdzony również w reformie programowej systemu edukacji w 1999 r. (Dz. MEN 1999, Nr 14, poz.23) i modyfikowany w latach 2001 i 2002 (Dz. U.2001, Nr 61, poz. 625; Dz. U.2002, Nr 51, poz. 458). Uwzględnia się w nim obok aspektów biomedycznych inne, istotne z punktu widzenia uwarunkowań zdrowia, aspekty: psychospołeczne, behawioralne i środowiskowe (czynniki społeczne, ekonomiczne, kulturowe, ekologiczne, polityczne).

Podział treści z zakresu edukacji zdrowotnej zawarty jest w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U.2002, Nr 51, poz. 458). Treści przedmiotowe odniesione są do każdego etapu edukacji szkolnej. Różnią się zakresem oraz szczegółowością informacji dostosowaną do wieku uczniów. Natomiast wymienione poniżej bloki tematyczne są wspólne dla wszystkich poziomów kształcenia:

1. Higiena osobista i otoczenia: higiena ogólna, higiena miejsca pracy i wypoczynku, higiena ciała, zapobieganie chorobom zakaźnym, pasożytniczym, szczepienia ochronne,
  2. Bezpieczeństwo i pierwsza pomoc: wychowanie w zasadach bezpieczeństwa osobistego i zbiorowego; pierwsza pomoc, bezpieczeństwo w życiu codziennym; bezpieczeństwo na drodze, podczas gier i zabaw ruchowych, zasady korzystania ze źródeł energii w gospodarstwie domowym, zagrożenia toksycznymi środkami chemicznymi, zasady postępowania z niewypałami, niewybuchami, niebezpiecznymi przedmiotami pochodzenia przemysłowego, postępowanie w razie pożarów, bezpieczne stosowanie substancji chemicznych i leków;
- 



3. Żywność i żywienie: higiena żywienia i podstawy dietetyki (urozmaicenie i regularność posiłków, estetyka ich spożywania, zabezpieczanie żywności przed zanieczyszczeniem i zepsuciem); zdrowy styl odżywiania, zaburzenia związane z nieprawidłowym żywieniem;
4. Aktywność ruchowa, praca i wypoczynek, czas wolny: higiena nauki i pracy umysłowej (organizacja odrabiania lekcji i czasu wolnego), higiena wypoczynku, (wypoczynek bierny i czynny), aktywność fizyczna w życiu człowieka (spożycie i wydatkowanie energii, zabawy ruchowe i rekreacja), prawidłowa postawa ciała i czynniki ją warunkujące;
5. Edukacja do życia w rodzinie i społeczności, psychospołeczne aspekty zdrowia: zdrowie psychiczne (zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu, rozpoznawanie własnych mocnych i słabych stron), zdrowie psychospołeczne (pozytywne i negatywne emocje, ich wyrażanie, radzenie sobie z negatywnymi emocjami własnymi i innych, podstawowe reguły i zasady obowiązujące w relacjach międzyludzkich, radzenie sobie w sytuacjach trudnych oraz szukanie pomocy), edukacja seksualna, problemy i potrzeby osób niepełnosprawnych, chorych i starszych;
6. Życie bez nałogów: walka z nałogami i profilaktyka uzależnień (formy pomocy dla osób eksperymentujących i uzależnionych, przepisy prawne, sposoby radzenia sobie w sytuacji trudnej, w przypadku bólu, stresu, presji, wpływ reklam i środków masowego przekazu na zachowania się ludzi.), środki psychoaktywne (przyczyny i skutki ich używania, odpowiedzialność ze decyzje używania środków psychoaktywnych, wpływ środków psychotropowych na organizm i psychikę oraz relacje z innymi) (Jaworski, 1998) (Dz. U.2002, Nr 51, poz. 458).

Każdy z tych bloków tematycznych jest szczegółowo omówiony w podręczniku akademickim „Edukacja zdrowotna” (Wojnarowska, 2007, cz.II). Zagadnienia dotyczące zdrowia psychospołecznego, seksualności oraz przeciwdziałania agresji i przemocy wśród uczniów są tu mocno zaakcentowane.

Niezbędne jest zwrócenie uwagi na podział treści kształcenia ze względu na wiek uczniów. Zgodnie z reformą oświaty I etap edukacyjny – nauczanie początkowe jest łagodnym przejściem od wychowania rodzinnego i przedszkolnego do edukacji prowadzonej systemem szkolnym. Nauczanie początkowe ma charakter zintegrowany, a treści z zakresu edukacji prozdrowotnej obejmują m.in. dbałość

---



o zdrowie; higienę własną i otoczenia; podobieństwa i różnice między ludźmi, zrozumienie i tolerancję; żywność i żywienie; bezpieczeństwo, w tym poruszanie się po drogach publicznych, rozpoznawanie sygnałów alarmowych o niebezpieczeństwie.

Kolejny II etap edukacyjny obejmuje klasy IV-VI. Zajęcia prowadzone są tu w blokach tematycznych oraz w systemie ścieżek międzyprzedmiotowych o charakterze wychowawczo-dydaktycznym, a treści z zakresu edukacji prozdrowotnej są rozszerzone. Przedstawiają się one następująco:

1. Higiena ciała, odzieży, obuwia, miejsca pracy i wypoczynku;
2. Bezpieczeństwo na drodze, podczas gier i zabaw ruchowych; pierwsza pomoc w niektórych urazach;
3. Urozmaicenie i regularność posiłków, estetyka ich spożywania, zabezpieczenie żywności przed zanieczyszczeniem i zepsuciem;
4. Zabawy ruchowe i rekreacja, organizacja odrabiania lekcji i czasu wolnego; prawidłowa postawa ciała;
5. Rozpoznawanie własnych mocnych i słabych stron, zalet i wad; kształtowanie właściwego stosunku do własnych pozytywnych i negatywnych emocji; radzenie sobie w sytuacjach trudnych i umiejętność szukania pomocy; zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu;
6. Podstawowe zasady i reguły obowiązujące w relacjach międzyludzkich;
7. Problemy i potrzeby kolegów niepełnosprawnych, osób chorych i starszych;
8. Poznawanie zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami;
9. Ochrona przed zagrożeniami naturalnymi (powodzią, pożarem, huraganem, śnieżycą, mrozem, suszą, trzęsieniem ziemi), cywilizacyjnymi i społecznymi (molestowanie seksualne, przypadki nierządu wśród nieletnich);
10. Przyczyny (namawianie i presja ze strony osób) i skutki używania środków psychoaktywnych i nadużywania środków psychoaktywnych i nadużywania leków oraz innych nałogów, odpowiedzialność małoletniego wobec prawa.

(Dz. U.2002, Nr 51, poz. 458).



Na etapie gimnazjum uczniowie zostają wprowadzeni w różnorodne aspekty życia społecznego i w świat wiedzy naukowej ujmowanej dyscyplinarnie. Uwaga skoncentrowana jest szczególnie na kształtowaniu zdrowego stylu życia i inspirowaniu harmonijnego rozwoju uczniów, uświadamianiu własnej odpowiedzialności za ochronę swojego zdrowia, za jego doskonalenie oraz umiejętności z tym związanych; uświadamianiu współzależności pomiędzy czterema wymiarami zdrowia: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym (Kędziera-Osuchowska, Kuziel, 1995).

Treści nauczania na III etapie:

1. Higiena osobista i otoczenia:

- zasady pielęgnacji skóry,
- hałas, nadmierne nasłonecznienie;

2. Bezpieczeństwo i pierwsza pomoc:

- zasady bezpieczeństwa w domu, szkole, miejscu publicznym; potrzeby w zakresie bezpieczeństwa dzieci, osób starszych i niepełnosprawnych,
- ryzyko związane z różnymi rodzajami aktywności i sytuacjami życiowymi, jego ocena i odpowiedzialność za jego podejmowanie,
- pierwsza pomoc w najczęstszych przypadkach zagrożenia życia; wzywanie pomocy w nagłych wypadkach; zachowanie w sytuacjach katastrof;

3. Żywność i żywienie:

- skład żywności, układanie jadłospisów, ich różnice ze względu na kulturę, wiek, stan zdrowia, rodzaj pracy,
- higiena produkcji i przechowywania, przenoszenia i przechowywania żywności, prawa konsumenta, reklama żywności;

4. Aktywność ruchowa i umysłowa:

- aktywność fizyczna w różnych okresach życia i stanach zdrowia,
- wypoczynek bierny i czynny,
- higiena pracy umysłowej i snu,
- osoby niepełnosprawne i ich potrzeby;

5. Zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu - podejmowanie odpowiedzialnych wyborów;

6. Korzystanie z pomocy medycznej;

7. Poczucie własnej wartości, dawanie i przyjmowanie wsparcia, asertywność;

---



8. Przyczyny i skutki używania m.in. środków psychoaktywnych, formy pomocy dla osób eksperymentujących i uzależnionych; sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Dz. U.2002, Nr 51, poz. 458).

Na poziomie szkół ponadgimnazjalnych, treści nauczania zostały rozszerzone w zakresie poszczególnych bloków tematycznych, ze szczególnym naciskiem na wiedzę o prozdrowotnym stylu życia.

Treści nauczania na tym etapie:

1. Styl życia i jego związek ze zdrowiem i chorobą. Koncepcja i cele promocji zdrowia. Zdrowie jako wartość dla człowieka i społeczeństwa;
2. Pielęgnacja ciała i urody. Dbanie o utrzymanie odpowiedniej masy ciała, sylwetki, dobrej sprawności i wydolności fizycznej. Chronienie się przed zanieczyszczeniami środowiska;
3. Praca i wypoczynek, aktywne spędzanie czasu wolnego. Aktywność ruchowa, zabawa i poczucie humoru a zdrowie;
4. Identyfikowanie i podejmowanie ryzyka. Zachowania bezpieczne w codziennym życiu. Troska o bezpieczeństwo innych;
5. Zasady racjonalnego żywienia w różnych okresach życia. Żywnienie a samopoczucie i zdolność do pracy oraz zapobieganie chorobom. Skutki niewłaściwego odchudzania się i stosowania diet eliminacyjnych. Wybór sprzyjających zdrowiu produktów spożywczych i ich przechowywanie. Prawa konsumenta żywności;
6. Korzystanie z pomocy medycznej, psychologicznej i innych form wsparcia. Znaczenie profilaktycznych badań medycznych. Zachowanie się w chorobie. Postawy wobec osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i osób starszych;
7. Uwarunkowania podaży i popytu na substancje psychoaktywne. Rodzaje tych substancji i ich wpływ na organizm, psychikę oraz rozwój społeczny i duchowy człowieka. Przepisy prawa dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Formy pomocy dla osób eksperymentujących i uzależnionych;
8. Osobowe i społeczne umiejętności życiowe niezbędne dla ochrony, poprawy i utrzymania zdrowia (Dz. U.2002, Nr 51, poz. 458).

Badania przeprowadzone wśród nauczycieli wskazały na szczególne zagadnienia i umiejętności, które należy utrzymywać i rozszerzać, aby osiągnąć pożądany cel – efektywność edukacji prozdrowotnej. Najbardziej istotne, według

---



badanych nauczycieli, okazały się następujące bloki tematyczne wyróżnione na różnych etapach kształcenia:

1. Dla dzieci młodszych do klasy III:

- 1) bezpieczeństwo: bezpieczeństwo psychiczne, nie poddawanie się presji, unikanie zagrażających sytuacji zdrowiu i życiu, substancje szkodliwe,
- 2) współzycie w grupie – ja relacje z innymi: uczestnictwo w zabawie, dzielenie się z innymi, pogoda ducha, zadowolenie z tego, co się posiada,
- 3) higiena: higiena ciała i otoczenia, higiena spożywania posiłków, korzystanie z urządzeń sanitarnych.

2. Dla klas IV-VI:

- 1) wzrastanie i rozwój: higiena osobista, edukacja seksualna, żywność i żywienie,
- 2) relacje z innymi: przyjaźń, zdrowie psychiczne, asertywność, uzależnienia, organizacja czasu wolnego, umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych,
- 3) bezpieczeństwo: dom, rodzina, grupa rówieśnicza, substancje szkodliwe, pierwsza pomoc (elementarna).

3. Dla klas gimnazjalnych:

- 1) relacje z innymi: przyjaźń, asertywność, edukacja seksualna, organizacja czasu wolnego, pracy umysłowej,
- 2) zdrowie psychiczne: stres, bezpieczeństwo, dom, rodzina, umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych np. ból, presja, agresja,
- 3) uzależnienia,
- 4) ochrona zdrowia: zdrowe odżywianie się, higiena, pierwsza pomoc, choroby, ocena ryzyka i odpowiedzialności za jego podejmowanie, korzystanie ze świadczeń służby zdrowia, aktywność ruchowa (Malanowska, 1999).

Omawiając treści z zakresu edukacji prozdrowotnej należy podkreślić, że istotne jest, aby posiadały one charakter:

- ramowy, umożliwiający dobór treści w zależności od potrzeb uczniów, warunków i możliwości szkoły oraz nauczyciela,
  - spiralny, określający podejmowanie większości podstawowych tematów w sposób bardziej dogłębny i rozszerzony w miarę przechodzenia na coraz to wyższe etapy edukacji,
-

– adresowany do jednostki, uwzględniający trzy aspekty: ja i troska o mnie, ja i moje relacje z innymi, ja i moje środowisko.

Ponadto treści nauczania podzielone na sześć bloków tematycznych powinny wyposażyć uczniów w wiedzę prozdrowotną oraz umiejętności i postawy sprzyjające zdrowemu stylowi życia (Woynarowska i in, 1999).

Wybór określonego tematu z zakresu edukacji prozdrowotnej zależy od tego, co jest interesujące i ważne dla uczniów; co nauczyciel uważa za celowe, czy wiedza i umiejętności, które uzyska uczeń, nie będą w sprzeczności z tym, co otrzymuje z innych, znaczących dla niego źródeł. Realizując tematykę zdrowotną, ważne jest zebranie informacji o wyjściowej wiedzy i umiejętnościach uczniów. Wreszcie niezbędne wydaje się umiejętne zorganizowanie lekcji, polegające między innymi na stworzeniu atmosfery dobrego samopoczucia uczniów i nauczycieli, czyli odejścia od stereotypowych ról: nauczyciel – uczeń oraz przyjęcie reguł pracy grupowej np. wspólnego ustalania planu zajęć, reguł postępowania, czy komunikowania się w grupie, siedzenia w kręgu, a nie w ławkach (Woynarowska, 1997). Każdy nauczyciel powinien pamiętać o następujących zasadach planowania w doborze i sposobie realizacji treści nauczania:

1. poznawanie uczestników i ich dotychczasowych osiągnięć,
2. identyfikacja potrzeb,
3. określenie celów,
4. sformułowanie zadań,
5. identyfikacja środków,
6. planowanie treści i metod,
7. planowanie ewaluacji,
8. realizacja programu,
9. ewaluacja (Kędziera-Osuchowska, Kuziel, 1995).

Zastanawiano się również nad problemem, czy edukacja prozdrowotna ma być realizowana jako:

- osobny przedmiot,
  - zajęcia sporadyczne prowadzone przez specjalistę,
  - zajęcia włączone w treść jednego przedmiotu,
  - ścieżka międzyprzedmiotowa.
-

Okazuje się, że według nauczycieli ścieżka międzyprzedmiotowa zdobywa najwięcej atutów, przedstawione wady to raczej obawy i brak wiedzy nauczycieli. Wymienianymi zaletami takiej formy realizacji edukacji prozdrowotnej są:

- każdy jest odpowiedzialny za prozdrowotne wychowanie dziecka,
- spojrzenie na problem w różnych aspektach, pełna edukacja zdrowotna,
- utrwalenie pozytywnych nawyków,
- stałe oddziaływanie na ucznia,
- konieczność współdziałania wszystkich nauczycieli,
- edukacja zdrowotna występuje w całym toku nauczania,
- osadza edukację zdrowotną w rzeczywistości, odnosi do konkretnych sytuacji, które mogą zaistnieć na każdym przedmiocie,
- bogatsza oferta metod jakimi zagadnienie będzie realizowane,
- praktyczne wykorzystanie wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej,
- korelacja międzyprzedmiotowa,
- bliższe i częstsze kontakty nauczycieli ze sobą,
- samorozwój nauczyciela,
- ukierunkowanie pracy wychowawczej.

Podkreślono jednak, że w edukacji prozdrowotnej nie należy rezygnować z usług specjalistów, których fachowość uzupełnia wiedzę i wzbogaca treści (Malanowska, 1999).

## **METODY NAUCZANIA I UCZENIA SIĘ W EDUKACJI PROZDROWOTNEJ**

Dobór metod realizacji programu nauczania danego przedmiotu, czy ścieżki międzyprzedmiotowej, zależy od celów i zadań tego przedmiotu. Sposoby realizacji programu edukacji prozdrowotnej mogą być różnorodne i przeważnie odmienne od tradycyjnych stylów kształcenia. Tradycyjne nauczanie i uczenie się oparte jest przede wszystkim na gromadzeniu faktów, informacji, teorii, czy koncepcji. Stosuje się w nim przeważnie pogadankę, prelekcję, pokaz, prezentację filmu, a więc metody, które oparte są na zdecydowanie bardziej biernym niż czynnym uczestnictwie ucznia.

Edukacja prozdrowotna powinna być realizowana za pomocą metod aktywnych, inaczej interakcyjnych. M. Taraszkiewicz określa je jako metody

---





multisensoryczne, czyli takie, które wykorzystują w procesie poznawania i uczenia się wszystkie zmysły jednostki (Taraszkiewicz, 1996). Do metod aktywnych zaliczamy m.in. dramę oraz metody twórczego myślenia. Znane techniki tych metod to np. „burza mózgów”, odgrywanie ról, symulacje, zdania niedokończone, studia przypadków, ukierunkowana dyskusja, technika „narysuj i napisz”, techniki twórczego stawiania pytań i rozwiązywania problemów oraz podejmowania decyzji. Najbardziej pożądaną formą przeprowadzenia metod aktywnych, multisensorycznych jest praca w małych grupach: zespołach kilkuosobowych, triadach i diadach. Metody te mogą być stosowane również w grupach większych, w klasach szkolnych, które liczą czasami około 30 uczniów. Wymaga to jednak od osoby prowadzącej szczególnej postawy twórczej i odpowiednich psychologiczno – pedagogicznych umiejętności prowadzenia grup metodami aktywnymi.

Przykładami metod nauczania i uczenia się edukacji prozdrowotnej, realizowanymi w polskiej szkole są:

1. Metoda „To jest twoja decyzja” autorstwa E. Arborelius i S. Bremberg z Uniwersytetu w Linköping (Szwecja) (Arborelius, 1992). Jest przykładem alternatywnej metody nauczania edukacji zdrowotnej powyżej 14-go roku życia, wyrastającej z metod skoncentrowanych na uczniu (student centred approach). Celem tej metody jest pomoc uczniowi w zrozumieniu pojęcia zdrowia, uświadomieniu sobie jego wartości, określenia własnych problemów zdrowotnych i strategii ich rozwiązywania oraz umocnienia wiary we własne siły. W przeciwieństwie do metody tradycyjnego nauczania i uczenia się, metoda ta polega na dobrowolnym uczestnictwie i umożliwieniu uczniom decydowania, co do treści, zakresu i formy realizacji programu, który jest dostosowany do potrzeb indywidualnych uczniów. Zajęcia wymagające aktywnego uczestnictwa ucznia, odbywają się w małych grupach, bądź indywidualnie. Nauczyciel pełni tu rolę doradcy. W Polsce dokonano adaptacji tej metody, lecz nie jest ona rozpowszechniona na większą skalę.
2. Metoda edukacji przez rówieśników (peers education) – „Młodzież uczy młodzież”. Metoda ta jest wykorzystywana w wielu krajach w zakresie np. AIDS, narkomanii czy edukacji seksualnej. Jej polska wersja, realizowana przez Młodzieżowy Ruch Promocji Zdrowia, nosi nazwę „Sami sobie” i jest prowadzona

przez odpowiednio przygotowane słuchaczki szkół pielęgniarских i położniczych dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych (Woynarowska, 1997).

Nie bez znaczenia jest sposób organizowania zajęć, użycie odpowiednich metod oraz technik, które stworzą duże możliwości rozwoju i kształtowania postaw jednostki.

Metody aktywne, do których zalicza się także dramę, są takim sposobem nauczania i uczenia się, w których zasadniczą rolę odgrywają komponenty: poznawczy, emocjonalny i działaniowy. Przeżywanie treści przez dziecko, czy młodego człowieka decyduje o tym, czy i na ile dana postawa zostanie zinternalizowana. Można przypuszczać, że im większe zaangażowanie ucznia, tym wyższa efektywność nauczania i uczenia się.

Metody aktywizujące ucznia posiadają jeszcze inną zaletę. Pozwalają na ujawnienie oczekiwań i nastawień ucznia, jego opinii, poglądów, odczuć czy doświadczeń, a także umożliwiają aktywne podejmowanie prób rozwiązywania zadań indywidualnie lub grupowo oraz dają możliwość samooceny jednostki i konstruktywnego ustalenia jej dalszego rozwoju. Ponadto kształtowane są umiejętności interpersonalne m.in. uczenie się reguł pracy i zabawy w grupie, argumentowania, słuchania, negocjowania. Taki sposób pracy daje możliwość realizacji podstawowych celów: poznawczego (przekazanie treści na określony temat), emocjonalnego (emocjonalne przeżycie poznawanych treści, czy sytuacji problemowej) oraz praktycznego (umotywowanie do podejmowania określonych działań i zabiegów samowychowawczych oraz autokreacyjnych w wyniku osobistej refleksji) (Debrich, Nowocień, 1997, Woynarowska, 1997).

## **ZASTOSOWANIE EDUKACJI PROZDROWOTNEJ**

Jakie jest zastosowanie edukacji prozdrowotnej poza szkołą? Jakie znajduje zastosowanie w ramach działań podejmowanych przez szkołę oraz w realizowaniu celów szeroko rozumianej edukacji dzieci i młodzieży?

Na II Krajowej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie podkreślono, że zdrowie i edukacja są ze sobą ściśle połączone. Edukacja prozdrowotna znajduje podstawowe zastosowanie w edukacji, jako edukacja wszechstronna, nie tylko w szkole, ale również poza nią. Według WHO, UNESCO i UNICEF edukacja

---



prozdrowotna może i powinna być tak traktowana, jako edukacja wszechstronna z następujących powodów:

- bazuje na holistycznym ujmowaniu zdrowia i czynników na nie wpływających,
- wykorzystuje różnorodne okoliczności do edukacji zarówno w szkole w ramach różnych przedmiotów nauczania jak i poza szkołą w środowisku rodzinnym, czy lokalnym,
- steruje informacjami na temat zdrowia płynącymi z różnych źródeł, tak aby były one rozumiane i wykorzystywane z pożytkiem dla wszechstronnego rozwoju jednostki,
- zachęca uczniów do zdrowego stylu życia i tworzenia warunków w szkole, aby ten styl promować, utrzymywać i rozwijać (WHO, UNESCO, UNICEF, 1993).

Edukacja prozdrowotna może odgrywać znaczącą rolę w procesie nabywania wiedzy i umiejętności dotyczących rozwiązywania różnorodnych problemów.

Wyróżnia się trzy sposoby radzenia sobie z problemami:

- próba zmiany percepcji problemu,
- próba kontrolowania stresu związanego z danym problemem,
- próba zmiany sytuacji, która stała się źródłem problemu.

Bez względu na to, który sposób zostanie wybrany, to sposób radzenia sobie z problemami będzie zależał od sposobu patrzenia na świat, wartości oraz zasobów indywidualnych czy społecznych, dostępnych jednostce (Kickbusch, 1994). Ważnym zadaniem edukacji jest wyposażenie młodych ludzi w umiejętność elastycznego przyjmowania różnych punktów widzenia, a następnie umiejętność podejmowania decyzji mających korzystny wpływ na zdrowie.

Już wcześniej podkreślano także ekonomiczny walor edukacji prozdrowotnej: „To bardzo opłacalna inwestycja i ważny czynnik społeczno – ekonomicznego rozwoju kraju. Im wyższy będzie poziom kultury zdrowotnej społeczeństwa, tym mniej będzie ofiar nieszczęśliwych wypadków, tym niższe będą wskaźniki zachorowalności – a w konsekwencji tym mniej będzie różnego rodzaju kłopotliwych problemów, rodzących m.in. skutki finansowe kosztem poszczególnych osób, ich rodzin i budżetu państwa” (memoriał do Wiceprezesa Rady Ministrów i Ministra Edukacji Narodowej w 1995 roku).

Edukacja prozdrowotna w szkole zajmuje szczególne miejsce. Według WHO, UNESCO i UNICEF „Edukacja do zdrowia jest fundamentalnym prawem każdego

---



człowieka. Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia, efektów ekonomicznych. Poprzez przekazanie dzieciom wiedzy o zdrowiu, kształtowanie odpowiednich postaw, umiejętności i nawyków możemy im ułatwić prowadzenie zdrowego stylu życia i pracy, a tym samym poprawić zdrowie społeczeństwa” (Raport o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, MEN 1998).

Edukacja prozdrowotna jest realizowana w polskich szkołach od 1982, a w latach 90-tych realizowane były dwa projekty: „Szkoła Promująca Zdrowie” i „Promocja zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w systemie edukacji i poprzez edukację”.

Koncepcja „Szkoły Promującej Zdrowie” jest przykładem zastosowania edukacji prozdrowotnej w szkole w szerokim zakresie. Jest dowodem na to, jak istotne miejsce zajmuje problematyka zdrowotna w programie szkoły, ale także w polityce wewnętrznej i zewnętrznej szkoły. Szkoła Promująca Zdrowie jest określana jako siedlisko, w którym członkowie społeczności szkolnej, pracownicy i uczniowie podejmują starania, aby poprawić swoje samopoczucie i zdrowie, uczą się jak zdrowiej żyć i tworzyć zdrowe środowisko, zachęcają ludzi w innych siedliskach i otoczeniu, zwłaszcza rodziców, do podjęcia podobnych starań. Nadrzędnym celem Szkoły Promującej Zdrowie jest zdrowy styl życia całej społeczności szkolnej (zgodnie z założeniami Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie) (Wojnarowska, 1995). „Esencją SzPZ są ludzie tworzący społeczność szkolną i potrafiący rozwijać dialog, którego sensem jest wiara w drugiego człowieka, w jego potencjał zdrowotny (intelektualny, psychiczny, społeczny i duchowy)” (Sierpowska – Glapiak, 1998).

Według tej koncepcji edukacja prozdrowotna znajduje swoje miejsce w następujących strategiach działania w szkole i poza nią:

1. włączenie edukacji zdrowotnej do polityki i programu dydaktyczno – wychowawczego szkoły – zdrowie jako powszechnie uznawana wartość,
2. miejsce edukacji zdrowotnej w programie nauczania szkoły – edukacja zdrowotna jako ścieżka międzyprzedmiotowa zintegrowana ze wszystkimi przedmiotami i innymi ścieżkami,
3. opracowanie szkolnego programu edukacji zdrowotnej – różnorodne jego wersje oparte o podstawę programową,



4. współdziałanie z pracownikami służby zdrowia, na poziomie lokalnym i krajowym, zapewnienie opieki medycznej w szkołach, pomoc uczniom we wchodzeniu w rolę aktywnego konsumenta opieki zdrowotnej,
5. pozyskanie pracowników administracji, stołówki szkolnej i obsługi - jako grupy wzorcowej, oddziaływującej na uczniów - organizowanie szkoleń,
6. tworzenie w szkole środowiska fizycznego i społecznego, wspierającego edukację zdrowotną – harmonijne wspieranie ucznia na trzech poziomach: mikro – klasa, meso – szkoła, makro – rodzina i społeczność lokalna,
7. współdziałanie z rodzicami, jako pierwszymi edukatorami zdrowia swoich dzieci: uzgadnianie z rodzicami tematów zajęć, umożliwianie im wyrażania opinii i informacji zwrotnych o efektach nauczania ich dziecka w szkole, aktywne włączenie się rodziców w prowadzenie zajęć szkolnych, organizowaniu imprez,
8. współdziałanie ze społecznością lokalną, szczególnie w ramach sieci szkół promujących zdrowie, które zmierzają do tworzenia w szkole zdrowego środowiska, oferującego odpowiednie warunki i infrastrukturę oraz chroniącego przed chorobami, przemocą oraz szkodliwymi substancjami,
9. inwestycja w nauczycieli – zmiana roli nauczyciela z „eksperta” na przewodnika i doradcę ucznia oraz zmiana metod pracy na aktywizujące ucznia (Wojnarowska, 1999).

Koncepcja "Szkoły Promującej Zdrowie" narodziła się w Europie w latach osiemdziesiątych jako drugi po zdrowych miastach ruch promocji zdrowia. W 1986 roku odbyło się Międzynarodowe Sympozjum „Szkoła Promująca Zdrowie” w Pleebles w Szkocji, następnie w 1989 roku Światowa organizacja Zdrowia – Biuro Regionalne Europy i Szkocka Grupa Edukacji Zdrowotnej opracowały raport „Zdrowa szkoła”. W 1991 roku z tej inicjatywy rozpoczęto realizację projektu „Szkoła promująca zdrowie” w Czechosłowacji, Polsce i na Węgrzech. W 1992 roku utworzono Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie. Polska włączyła się do nich we wrześniu 1992 roku, oprócz Belgii, Czech, Danii, Grecji i Węgier (Wojnarowska, 1995).

Realizację projektu „Szkoła Promująca Zdrowie” (SzPZ) przeprowadzono w Polsce w 15 szkołach. W szkole Promującej Zdrowie szczególna uwaga kierowana jest na rozwój osobisty jednostki, zarówno uczniów, jak i nauczycieli oraz na integrację całej społeczności szkolnej. Istotne jest wprowadzenie zasady

---



planowania działań, opartego na wcześniejszej diagnozie oraz ewaluacji tych działań. Szczególne znaczenie odgrywa tu zasada uczenia się radzenia sobie ze zmianami, czyli zmieniania swego podejścia do zmiany, zrozumienia procesu zmiany, umiejętności zastosowania we własnym życiu podstawowych zasad radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wspierania innych w podobnych sytuacjach. Ważne jest tu posiadanie pozytywnego obrazu samego siebie, a jednocześnie bycie realistą, który zna swoje mocne i słabe strony. Zamiast rywalizacji zdecydowanie bardziej pożądana jest współpraca z innymi, oparta o zasady konstruktywnej komunikacji (m.in. konstruktywne słuchanie drugiej osoby, udzielanie informacji zwrotnych) oraz bazująca na umiejętnościach planowania pracy, wyznaczania celów i ich realizacji. Podkreśla się również zaletę bycia autentycznym dla siebie i innych oraz umiejętność cieszenia się z sukcesów.

Wszystkie działania Szkoły Promującej Zdrowie zmierzają do tego, aby edukacja prozdrowotna nie ograniczała się tylko do jednej ścieżki międzyprzedmiotowej, a raczej była ideą przewodnią w organizacji i polityce szkoły. Podstawową sprawą jest tu stworzenie uczniom i pracownikom realnych i atrakcyjnych możliwości dokonywania „zdrowych wyborów” oraz zachęcanie ich do zdrowego stylu życia.

Szkoła ma umożliwić uczniom rozwój ich potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego oraz wzmocnić ich poczucie własnej wartości (Woynarowska, 1995). W 1995 roku dokonano ewaluacji wyników projektu SzPZ w pięciu obszarach: zmian w organizacji i polityce szkoły, zmian w środowisku fizycznym i społecznym szkoły, zmian wiedzy, przekonań, umiejętności i działań na rzecz własnego zdrowia, zmian zachowań zdrowotnych, poprawy zdrowia i samopoczucia. Ewaluacja wykazała pozytywne, korzystne zmiany we wszystkich tych zakresach (Woynarowska, Szymańska, Burzyńska, Sokołowska, Pułtorak, Mandrowska – Xinxo, Dobrowolska, 1995). Od tego czasu nastąpiło wiele pozytywnych przeobrażeń w obszarze edukacji prozdrowotnej w szkole. Cel, który im towarzyszył i nadal towarzyszy to „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia” (Narodowy Program Zdrowia 1996-2005). W Narodowym Planie Działań na Rzecz Dzieci 2004-2012 „Polska dla Dzieci” zakłada się, że cel ten będzie konsekwentnie realizowany: „promowanie zdrowego trybu życia”, „równy dostęp do najwyższej jakości edukacji”, a także „znajomość

---



czynników pozytywnie i negatywnie wpływających na zdrowie we wszystkich obszarach i możliwość własnego wpływu na nie”.

## BIBLIOGRAFIA

- Arborelius, E. (1992). To jest twoja decyzja. Metoda edukacji zdrowia (poradnictwa zdrowotnego) dla młodzieży. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Berman, L.E. (1987). Perception, Paradox and Passion: Curriculum for Continuity. Theory into Practice XXVI (346-350).
- Bieldki, J. (1998). Personalistyczna koncepcja Reformy Edukacyjnej. Lider Nr 10 (3-6).
- Debrich, J., Nowocień, J. (1997). Warsztaty pedagogiczne formą realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Wychowanie fizyczne i zdrowotne Nr 2 (78-82).
- Edukacja Międzynarodowa. Rezolucja w sprawie promocji zdrowia w szkole. Drugi Światowy Kongres Education International. (1998) Lider Nr 12 (24).
- Jaworski, Z. (1998). Projekt podstaw programowych wychowania prozdrowotnego i perspektywy ich wdrażania w zreformowanym ustroju szkolnym. Lider nr 12 (3-5).
- Kędziera-Osuchowska, M., Kuziel, E. (1995). Zajęcia warsztatowe z edukacji zdrowotnej. Nowoczesna pielęgniarka i higienistka. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej (63).
- Kickbusch, I. (1994). Styl życia a zdrowie. Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, nr 1-2 (99-111).
- Malanowska, J. (1999). Obszary tematyczne w edukacji zdrowotnej oraz sposoby wprowadzania tych treści do programów nauczania. Lider Nr 2 (8-9).
- Narodowy Plan Działań na Rzecz Dzieci 2004-2012 „Polska dla Dzieci”.
- Narodowy Program Zdrowia 1996-2005.
- Raport o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. MEN 1998.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz. MEN 1999, Nr 14, poz.23).



- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U.2001, Nr 61, poz. 625).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U.2002, Nr 51, poz. 458).
- Sierpowska – Glapiak, I. (1998). Szkoły Promujące Zdrowie realizują już założenia edukacji. Lider nr 12 (25-26).
- Syrek, E. (1997). Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego (28-35).
- Taraszkiewicz, M. (1996). Jak lepiej uczyć, czyli refleksyjny praktyk w działaniu. Warszawa: Wyd. CODN.
- WHO, UNESCO, UNICEF, Wszechstronna edukacja zdrowotna. Przewodnik do działania. (1993) Lider Nr 5,4.
- Woynarowska, B., Szamańska, M., Murzyńska, I., Sokołowska, M., Pułtorak M., Mandrowska – Xinxo, A., Dobrowolska, A. (1995). Projekt Szkoła promująca zdrowie 1992 - 1995. Raport z ewaluacji wyników. Warszawa.
- Woynarowska, B. (1995). Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Warszawa (11), (21-23).
- Woynarowska, B., Sokołowska, M., Szamańska, M. (1998). Edukacja zdrowotna w szkole (strategie pracy szkoły, treści, metody realizacji). Lider Nr 1 (3-12).
- Woynarowska, B. (1998). Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia. W: A. Jaczewski, A (red.) Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania. cz. II, (127-128), (131-132).
- Woynarowska, B. (1999). Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole. Lider nr 1 (17).
- Woynarowska, B. (2007). Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN.
- Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 roku w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów w szkole



podstawowej i ponadpodstawowej (Dz. MEN 1997, Nr 5, poz.23). Raport o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. MEN 1998

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz. MEN 1999, Nr 14, poz.23)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U.2001, Nr 61, poz. 625)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego, kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U.2002, Nr 51, poz. 458)
- Sierpowska – Glapiak, I. (1998). Szkoły Promujące Zdrowie realizują już założenia edukacji. Lider nr 12 (25-26)
- Syrek, E. (1997). Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego (28-35)
- Taraszkiewicz, M. (1996). Jak lepiej uczyć, czyli refleksyjny praktyk w działaniu. Warszawa: Wyd. CODN
- WHO, UNESCO, UNICEF, Wszechstronna edukacja zdrowotna. Przewodnik do działania. (1993) Lider Nr 5,4
- Woynarowska, B., Szamańska, M., Murzyńska, I., Sokołowska, M., Pułtorak M., Mandrowska – Xinxo, A., Dobrowolska, A. (1995). Projekt Szkoła promująca zdrowie 1992-1995. Raport z ewaluacji wyników. Warszawa
- Woynarowska, B. (1995). Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie, Warszawa (11), (21-23)
- Woynarowska, B., Sokołowska, M., Szamańska, M. (1998). Edukacja zdrowotna w szkole (strategie pracy szkoły, treści, metody realizacji). Lider Nr 1 (3-12)
- Woynarowska, B. (1998). Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia. W: A. Jaczewski, A (red.) Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania. cz. II, (127-128), (131-132)

- Woynarowska, B. (1999). Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole. Lider nr 1 (17)
- Woynarowska, B. (2007). Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN
- Zarządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 1997 roku w sprawie podstaw programowych obowiązkowych przedmiotów w szkole podstawowej i ponadpodstawowej (Dz. MEN 1997, Nr 5, poz.23)