

ORGANIZACJA I REALIZACJA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE

Poradnik dla dyrektorów
i nauczycieli szkół podstawowych

Praca zbiorowa
pod redakcją Barbary Woynarowskiej



ORGANIZACJA I REALIZACJA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE

Poradnik dla dyrektorów
i nauczycieli szkół podstawowych

Praca zbiorowa
pod redakcją Barbary Woynarowskiej

Wydawca:

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Aleje Ujazdowskie 28

00-478 Warszawa

tel. +48 22 345 37 00

fax +48 22 345 37 70

Publikacja wydrukowana na zlecenie Ministerstwa Edukacji Narodowej,
sfinansowana z rezerwy celowej w ramach Rządowego programu na lata 2014-2016
„Bezpieczna i przyjazna szkoła”.

Nakład: 2000 egz.

ISBN 978- 83 - 64915 - 00 - 0

Przygotowanie do druku, druk i oprawa:
Drukarnia Laser-Graf Wojciech Wostowski
09-400 Płock, ul. Nowy Rynek 1

Spis treści

Przedmowa	5
CZĘŚĆ I. EDUKACJA ZDROWOTNA – ZAGADNIENIA OGÓLNE	7
1. Związki między zdrowiem a edukacją – <i>Barbara Woynarowska</i>	9
2. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele – <i>Barbara Woynarowska</i>	11
3. Cechy współczesnej edukacji zdrowotnej – <i>Barbara Woynarowska</i>	14
4. Status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego – <i>Barbara Woynarowska</i>	19
4.1. Ogólna charakterystyka edukacji zdrowotnej na poszczególnych etapach edukacyjnych	20
4.2. Propozycje dotyczące realizacji edukacji zdrowotnej w szkole	21
5. Wybrane zagadnienia metodyki edukacji zdrowotnej – <i>Magdalena Woynarowska-Sołdan, Barbara Woynarowska</i>	24
5.1. Nowe podejścia w metodyce edukacji zdrowotnej	24
5.2. Metody aktywizujące	26
5.3. Diagnozowanie potrzeb uczniów	35
5.4. Cykl uczenia się przez doświadczanie	36
5.5. Zasady zapisywania scenariusza zajęć	37
5.6. Warunki, organizacja i atmosfera w czasie zajęć	38
6. Czynniki w środowisku szkoły wspierające realizację edukacji zdrowotnej – <i>Barbara Woynarowska, Maria Sokołowska</i>	41
6.1. Tworzenie w szkole środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu	42
6.2. Rozwój zawodowy, osobisty i społeczny nauczycieli	46
6.3. Pozyskanie do realizacji edukacji zdrowotnej pracowników szkoły niebędących nauczycielami	47
6.4. Współdziałanie z pielęgniarką lub higienistką szkolną	48
6.5. Współdziałanie z rodzicami uczniów	49
6.6. Współdziałanie ze społecznością lokalną	50
7. Korzystanie z programów edukacyjnych oferowanych szkole przez różne organizacje – <i>Barbara Woynarowska</i>	51
8. Związki między edukacją zdrowotną a szkolnym programem profilaktyki – <i>Krzysztof Ostaszewski</i>	53
8.1. Dlaczego obok programu dydaktycznego i wychowawczego wyodrębniono szkolny program profilaktyki?	53
8.2. Wspólne elementy edukacji zdrowotnej i szkolnego programu profilaktyki	55
8.3. Cechy dobrego programu profilaktycznego i warunki jego skuteczności	56
8.4. Rekomendowane programy profilaktyczne	59

CZĘŚĆ II. EDUKACJA ZDROWOTNA W PODSTAWIE PROGRAMOWEJ KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO DLA SZKÓŁ PODSTAWOWYCH	61
Wprowadzenie	62
1. Pierwszy etap edukacyjny – edukacja wczesnoszkolna	63
1.1. Rozwój, zdrowie i potrzeby uczniów klas I–III – <i>Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Barbara Woynarowska</i>	63
1.2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej dla klas I–III – <i>Agnieszka Kapuścińska</i>	67
2. Drugi etap edukacyjny – klasy IV – VI szkoły podstawowej	75
2.1. Rozwój, zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów klas IV-VI – <i>Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Barbara Woynarowska</i>	75
2.2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej różnych przedmiotów	79
2.2.1. Wychowanie fizyczne – <i>Tomasz Frołowicz</i>	79
2.2.2. Przyroda – <i>Ligia Tuszyńska</i>	84
2.2.3. Język obcy nowożytny – <i>Magdalena Szpotowicz</i>	87
2.2.4. Historia i społeczeństwo – <i>Alicja Pacewicz</i>	92
2.2.5. Inne przedmioty	94
O Autorach	96

Przedmowa

W wyniku reformy programowej z 2008 roku¹ wprowadzono zmiany w dotychczasowym statusie szkolnej edukacji zdrowotnej. W podstawie programowej kształcenia ogólnego zapisano m.in.:

- „Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”.
- Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej uwzględniono w wielu przedmiotach (podobnie jak wcześniej w ścieżce edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”).
- Wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej.

Organizacja i realizacja zamieszczonych w wielu przedmiotach treści nauczania (wymagań szczegółowych) jest trudnym zadaniem dla szkoły i nauczycieli, zwłaszcza wychowania fizycznego. Niezbędna jest koordynacja, zaangażowanie i współpraca nauczycieli oraz wsparcie ze strony dyrektora szkoły. Niniejszy poradnik może stanowić pomoc i inspirację do podjęcia skutecznej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej. Podobne poradniki opracowano dla gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych.

Poradnik jest pracą zbiorową i składa się z dwóch części:

- W części pierwszej omówiono podstawowe zagadnienia dotyczące koncepcji i metodyki edukacji zdrowotnej oraz inne informacje, które uznano za przydatne dla dyrektora szkoły oraz nauczycieli. Podane w tej części informacje dotyczą wszystkich czterech etapów edukacyjnych.
- W części drugiej przedstawiono treści nauczania – wymagania szczegółowe powiązane z edukacją zdrowotną w różnych przedmiotach na pierwszym i drugim etapie edukacyjnym. Na wstępie każdego etapu zamieszczono podstawowe informacje dotyczące rozwoju, zdrowia i zachowań zdrowotnych uczniów. Uznano, że informacje te mogą być przydatne w planowaniu edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem potrzeb dzieci i młodzieży w danym okresie życia. W przypadku drugiego etapu edukacyjnego (klasy IV–VI), w odniesieniu do przedmiotów, w których treści dotyczące edukacji zdrowotnej są szczególnie liczne (przyroda, wychowanie fizyczne, język obcy nowożytny, historia i społeczeństwo), zwrócono się do specjalistów w zakresie tych przedmiotów z prośbą o komentarz dotyczący ich realizacji, a także przykłady scenariuszy zajęć. Autorami tych komentarzy są także członkowie zespołów przygotowujących podstawę programową kształcenia ogólnego danego przedmiotu.

Niniejsze wydanie poradnika jest drugim poprawionym, w stosunku do wydania w 2012 r. Zmiany te wynikają z modyfikacji podstawy programowej kształcenia ogólnego dotyczące pierwszego etapu edukacyjnego.²

Wyrażamy nadzieję, że poradnik będzie pomocą dla dyrektorów szkół i nauczycieli w skuteczniejszej realizacji edukacji zdrowotnej uczniów w gimnazjum. Będziemy wdzięczni za wszelkie uwagi i propozycje zmian, a także przykłady dobrej praktyki, które będziemy zamieszczać na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji (www.ore.edu.pl).

Barbara Woynarowska
b.woynarowska@uw.edu.pl

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 listopada 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009, Nr 4, poz. 17). W tekście poradnika zachowano numery obszarów tematycznych i działań analogiczne jak w podstawie programowej.

² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2014, poz. 803).

CZĘŚĆ I

EDUKACJA ZDROWOTNA – ZAGADNIENIA OGÓLNE

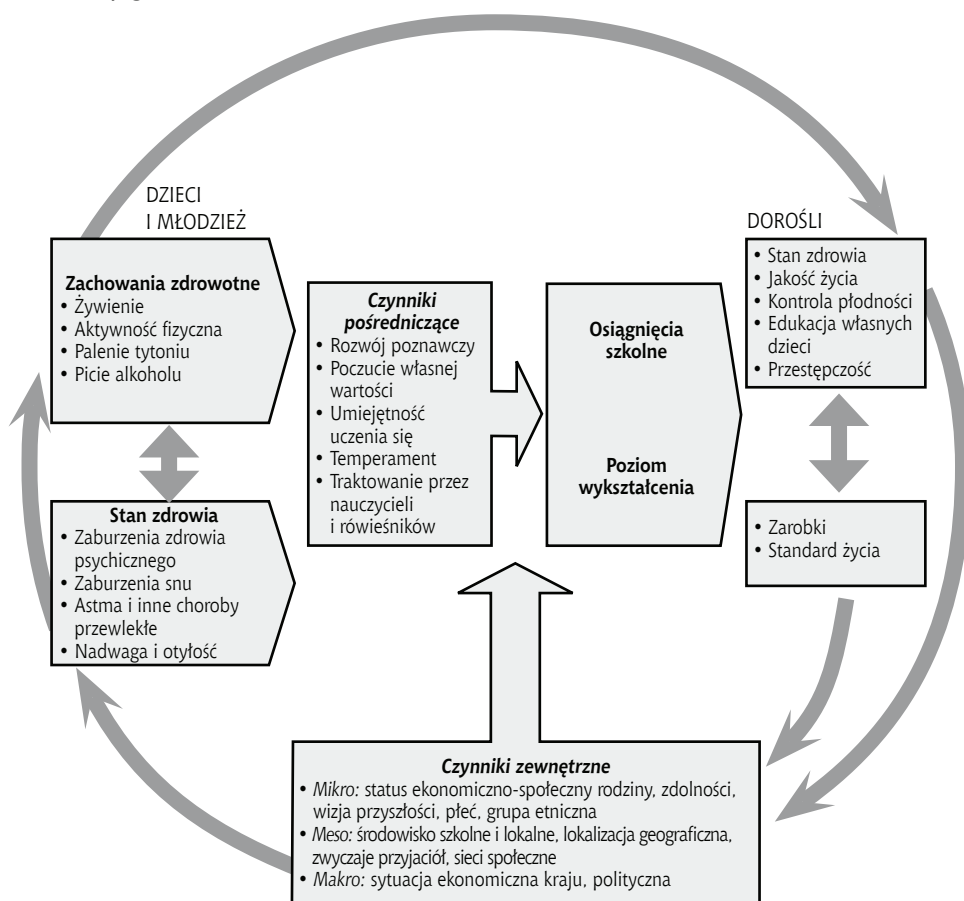
1. Związki między zdrowiem a edukacją

Barbara Woynarowska

Istnieje wiele dowodów, że **zdrowie** (definiowane przez WHO jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko niewystępowanie choroby lub niepełnosprawności) i **edukacja** (wychowanie, kształcenie, uczenie się) są wzajemnie ze sobą powiązane. **Lepsze zdrowie umożliwia lepszą edukację i odwrotnie**. Mechanizm związku między zdrowiem a edukacją jest złożony i nie do końca poznany. Można brać pod uwagę trzy zjawiska:

1. Edukacja jako zasób dla zdrowia. Wyniki wielu badań wskazują, że im wyższy poziom wykształcenia ludności, tym mniejsze wskaźniki umieralności i zachorowalności, mniejsza częstość chorób przewlekłych i zachowań ryzykownych (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta itd.), dłuższe trwanie życia. Można to wyjaśnić w następujący sposób:

- edukacja pomaga ludziom uzyskać wiedzę i umiejętności niezbędne do dbałości o zdrowie i jego doskonalenia,



Ryc. 1. Model ilustrujący związek między zdrowiem i edukacją³

³ M. Shurcke, C. de Paz Nievies, (2011), *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- wyższy poziom wykształcenia ułatwia pozyskiwanie innych zasobów – dobrej pracy, wyższych dochodów, związków społecznych, zdolności kierowania własnym życiem, radzenia sobie z trudnościami itd., które są ważnymi determinantami zdrowia.

2. Zdrowie jako zasób dla edukacji. Zdrowie jest warunkiem rozpoczęcia przez dziecko nauki w szkole w ustalonym czasie, umożliwia mu systematyczne uczęszczanie do szkoły i satysfakcjonujące osiągnięcia szkolne. Prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz dobre samopoczucie psychiczne i społeczne dziecka sprzyjają:

- dobrej dyspozycji do uczenia się: procesom koncentracji uwagi, myślenia, pamięci, przyswajaniu wiedzy, opanowywaniu różnych umiejętności,
- dobremu przystosowaniu do środowiska szkoły, motywacji do uczenia się i satysfakcji z uczęszczania do szkoły,
- rozwijaniu uzdolnień, zainteresowań i kreatywności,
- dobrym relacjom z rówieśnikami i dorosłymi.

3. Czynniki wpływające na zdrowie i edukację są podobne. Wśród tych czynników największy wpływ, w odniesieniu do dzieci i młodzieży, mają czynniki społeczno-ekonomiczne rodziny, a także szkoła, środowisko lokalne, sieci społeczne, rówieśnicy.

Na ryc. 1 przedstawiono model ilustrujący związki między zdrowiem i edukacją w dzieciństwie i młodości oraz efekty tego związku dla ludzi dorosłych. Opracowano go na podstawie analizy wyników badań wykonanych w latach 2001–2011 w USA i w Europie. W modelu tym za wskaźniki zdrowia uznano także zachowania zdrowotne.

Podsumowanie

- **Istnieją wzajemne związki między zdrowiem a edukacją.**
- **Dobre zdrowie i samopoczucie uczniów jest zasobem dla edukacji, sprzyja uczeniu się i skutecznej realizacji podstawowych zadań szkoły.** Uczniowie odczuwający różne dolegliwości, z obniżonym poczuciem własnej wartości, nastroju, z lękiem, chorobami przewlekłymi mogą mieć trudności w funkcjonowaniu w szkole i uczeniu się. Stanowią grupę ryzyka niepowodzeń szkolnych, odsiewu szkolnego, które mogą decydować o dalszej karierze życiowej człowieka.
- **Szkoła jest jednym ze środowisk codziennego życia, w którym tworzone jest zdrowie uczniów i pracowników, ale w którym mogą także występować zagrożenia dla zdrowia.**

Literatura uzupełniająca

Woynarowska B. (red.), (2000), *Zdrowie i szkoła*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K., (2010), *Biomedyczne podstawy wychowania i kształcenia. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

2. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele

Barbara Woynarowska

Edukacja zdrowotna jest **prawem każdego dziecka**, tak jak nauka czytania i pisania. Umożliwia dziecku uzyskiwanie kompetencji do ochrony i doskonalenia zdrowia własnego oraz innych ludzi. Sprzyja:

- pozytywnej adaptacji do zmian rozwojowych i wyzwań codziennego życia oraz budowania zasobów dla zdrowia w dzieciństwie, młodości i w dalszych latach życia,
- zapobieganiu zaburzeniom i zachowaniom ryzykownym (np. używanie substancji psychoaktywnych, agresja) dla zdrowia i rozwoju; **edukacja zdrowotna stanowi fundament dla szkolnego programu profilaktyki**,
- przygotowaniu młodych ludzi do życia w gwałtownie zmieniającym się świecie, w którym istnieje wiele zagrożeń dla zdrowia i życia.

Systematyczna edukacja zdrowotna w szkole jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa⁴.

Definicja

Istnieje wiele **definicji** edukacji zdrowotnej. W ostatnich dekadach do jej definiowania, obok lekarzy i pedagogów, włączyli się psycholodzy i socjolodzy zdrowia oraz specjaliści zdrowia publicznego. W ramce podano dwie definicje, które wykorzystano w pracach nad podstawą programową kształcenia ogólnego.

Edukacja zdrowotna to:

- Proces, w którym ludzie **uczą się dbać o zdrowie** własne i innych ludzi⁵.
- Proces dydaktyczno-wychowawczy, w którym dzieci i młodzież **uczą się jak żyć**, aby:
 - zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu,
 - w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu lub rehabilitacji, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki⁶.

Podstawowe pojęcia

Do podstawowych pojęć w edukacji zdrowotnej, które należy brać pod uwagę w jej planowaniu należą:

- **Wiedza** – informacje (treści, wiadomości), które **zostały przyswojone i utrwalone w umyśle człowieka**, w wyniku gromadzenia doświadczeń i uczenia się.
- **Nawyk** – zautomatyzowane wykonywanie jakiejś czynności, jako efekt wielokrotnego jej powtarzania, zgodnie z jakąś regułą.

⁴ H. Nakijma, (1993), *Wprowadzenie w szkołach wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider” nr 5, s. 3.

⁵ T. Williams, (1988), *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” nr 7–8, s. 195–197.

⁶ B. Woynarowska, (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 103.

- **Przekonania** – względnie stały składnik świadomości człowieka, który wynika z przeświadczenia, że pewien stan rzeczy jest taki, a nie inny. Określa się je także terminem „zinternalizowana wiedza”.
- **Postawy** – element osobowości, względnie trwałe predyspozycje do reagowania lub zachowywania się w określony sposób. Postawy decydują o tym, co ludzie lubią, a czego nie lubią; co uważają za dobre, a co za złe; co jest dla nich ważne, a co nieważne; o co warto, a o co nie warto się troszczyć. Postawa wobec zdrowia ma trzy komponenty:
 - poznawczy – przekonania, myśli, wiedza o zdrowiu i chorobie,
 - emocjonalny – reakcje, emocje, uczucia związane z różnymi aspektami zdrowia (np. lęk, poczucie zagrożenia),
 - behawioralny – zachowania związane ze zdrowiem.
- **Umiejętności** – sprawności (wprawa) w wykonywaniu czegoś. Dla utrzymania i doskonalenia zdrowia niezbędne jest opanowanie wielu umiejętności, prostych i złożonych, w tym umiejętności dotyczących:
 - **zdrowia fizycznego**: higiena i pielęgnacja ciała (np. czyszczenie zębów), samobadania (np. piersi lub jąder), samokontroli (np. masy ciała),
 - **zdrowia psychospołecznego** (osobistych i społecznych), zwanych umiejętnościami życiowymi (omówiono je w rozdz. 3).
- **Zachowania zdrowotne** – różne zachowania związane ze sferą zdrowia. Biorąc pod uwagę skutki tych zachowań dla zdrowia człowieka wyróżnia się dwie ich grupy:
 - **zachowania prozdrowotne** (pozytywne) – sprzyjające zdrowiu, zwiększające jego potencjał, chroniące przed zagrożeniami lub służące przywróceniu zdrowia. Należą do nich m.in.: racjonalne żywienie, odpowiednia aktywność fizyczna, sen, korzystanie, i dawanie wsparcia społecznego, bezpieczne zachowania w ruchu drogowym, w pracy, w życiu seksualnym, samokontrola zdrowia, poddawanie się badaniom profilaktycznym, radzenie sobie ze stresem. Niedostatki tych zachowań mogą negatywnie wpływać na zdrowie,
 - **zachowania antyzdrowotne** (negatywne, ryzykowne, problemowe) – stwarzają ryzyko dla zdrowia, powodują bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne i społeczne. Należą do nich m.in.: używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, zachowania agresywne.
- **Prozdrowotny styl życia** – wartości, postawy oraz zespół zachowań związanych ze zdrowiem, które ludzie podejmują świadomie dla zwiększenia potencjału swego zdrowia.
- **Dbłość (troska) o zdrowie** – robienie czegoś pozytywnego dla utrzymania, poprawy i doskonalenia swojego zdrowia, w tym:
 - **podejmowanie celowych działań ukierunkowanych na zdrowie** – pozytywnych, prozdrowotnych, sprzyjających zdrowiu, chroniących przed zagrożeniami lub służących przywróceniu zdrowia,
 - **niepodejmowanie/eliminowanie zachowań zagrażających zdrowiu** – negatywnych, antyzdrowotnych, ryzykownych, problemowych.
 Dbłość o zdrowie wiąże się z postawą autokreacyjną wobec zdrowia i związana jest z przekonaniem, że każdy człowiek jest odpowiedzialny za swój los, pomyślność i zdrowie, oraz że swoim działaniem może zdrowie doskonalić.

Cele edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży

Tradycyjne programy edukacji zdrowotnej koncentrowały się na przekazywaniu informacji dotyczących różnych aspektów zdrowia, głównie fizycznego. Obecnie uważa się, że powinny one uwzględniać **wiele różnorodnych celów**, zależnych od potrzeb danej grupy. Istnieje bowiem wiele dowodów, że wiedza nie przekłada się bezpośrednio na działania ludzi na

rzecz ich zdrowia (np. lekarze i pielęgniarki posiadają wiedzę o skutkach palenia tytoniu, a mimo to wiele z nich pali). W komentarzu do podstawy programowej kształcenia ogólnego⁷ zapisano wiele celów edukacji zdrowotnej w szkole (ramka).

Cele edukacji zdrowotnej w szkole

Celem edukacji zdrowotnej w szkole jest pomoc uczniom w:

- Poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych („uczenie się o sobie”).
- 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.

Osiągnięcie tych celów wymaga podejmowania różnorodnych działań w ramach programu dydaktycznego, wychowawczego i profilaktyki szkoły. Jest to proces długotrwały, wymaga zaangażowania samych uczniów i ich rodziców, gdyż skuteczność edukacji zdrowotnej zależy od tego, czy **dzieci przeniosą do swego codziennego życia to, czego uczą się w szkole.**

Podsumowanie

- Edukacja zdrowotna jest prawem każdego dziecka i powinna być uwzględniona w jego edukacji szkolnej.
- Jest ona złożonym procesem, obejmującym wiele celów, a nie tylko przekazywanie informacji.
- Większość celów edukacji zdrowotnej to uczenie się o sobie i kształtowanie umiejętności twórczego, satysfakcjonującego życia w zdrowiu.

Literatura uzupełniająca

Białek E.D., (2011), *Edukacja zdrowotna w praktyce*, Warszawa, Instytut Psychosyntezy.

Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, WAIIP.

Woynarowska B., (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN

⁷ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, tom 8, Warszawa, s. 56.

3. Cechy współczesnej edukacji zdrowotnej

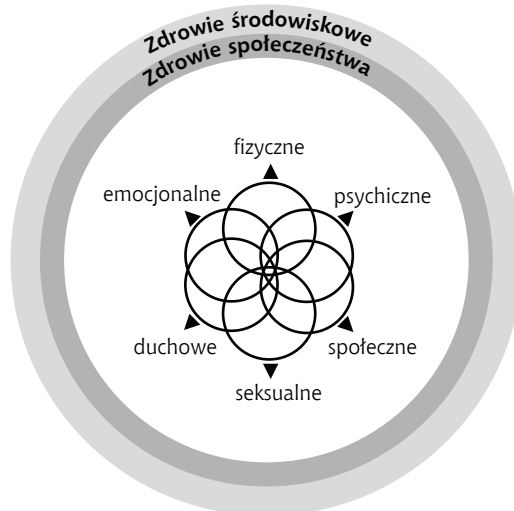
Barbara Woynarowska

W ostatnich dekadach dokonano wiele zmian w koncepcji i realizacji edukacji zdrowotnej. Podstawą tych zmian było m.in. przyjęcie **całościowego, holistycznego modelu zdrowia** (gr. *holos* – cały, całościowy), zwanego też społeczno-ekologicznym lub biopsychospołecznym⁸. Zakłada on, że:

- każdy człowiek jest całością („mniejszą całością”), ale także częścią społeczeństwa i szeroko rozumianej przyrody („większej całości”),
- istnieją skomplikowane powiązania między człowiekiem a środowiskiem, na zdrowie człowieka wpływa wiele czynników.

Przykład graficznej prezentacji holistycznego modelu zdrowia przedstawiono na ryc. 2. W środku modelu jest człowiek, z jego sześcioma wymiarami (aspektami) zdrowia: **fizyczne, psychiczne, emocjonalne, społeczne, duchowe, seksualne**. Są one wzajemnie ze sobą powiązane (zmiany w jednym wymiarze wpływają na pozostałe wymiary). Człowieka („mniejszą całość”) otaczają dwa koła („większa całość”):

- **zdrowie społeczeństwa** (społecznościowe, ang. *societal health*) – normy kulturowe, wartości i praktyki, dostęp do żywności, mieszkań, pracy, rekreacji, opieki zdrowotnej, dóbr kulturalnych itd.,
- **zdrowie środowiska** (ang. *environmental health*) – czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne i społeczne środowiska życia w domu, pracy, szkole, w miejscach rekreacji.



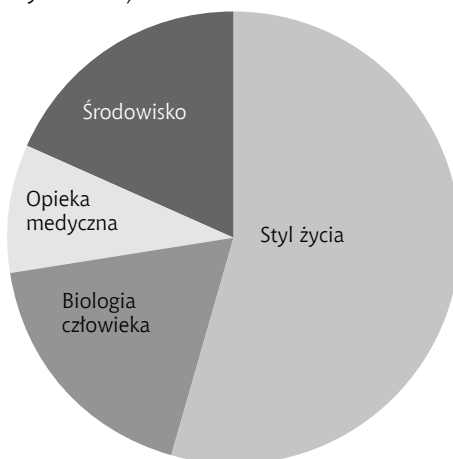
Ryc. 2. Holistyczny model zdrowia według autorów duńskich⁹

Na ryc. 3 przedstawiono jeden z najbardziej znanych modeli **czynników wpływających na zdrowie człowieka**. Jest to model „pól zdrowia”. Autorem jego jest M. Lalonde, minister zdrowia Kanady, który wyróżnił cztery grupy czynników. Największy wpływ na zdrowie człowieka

⁸ G.D. Bishop, (2000). *Psychologia zdrowia*, Wrocław, Wydawnictwo Astrum.

⁹ V. Simovska, B.B. Jensen, M. Carlsson, Ch. Albeck, (2006), *Shape up in Europe. Towards a healthy and balanced growing up*, Barcelona, P.A.U. Publisher (www.shapeupeurope.net).

(jednostki) ma jego **styl życia** – sposób życia, czyli zespół codziennych zachowań, typowych reakcji i pewnych cech osobowości. W odniesieniu do zdrowia jest to **zespół zachowań związanych ze zdrowiem (zdrowotnych)**. Mniejszy wpływ na zdrowie ma środowisko (fizyczne i społeczne) oraz biologia człowieka (wiek, płeć, czynniki genetyczne, na które człowiek nie ma wpływu). W najmniejszym stopniu zdrowie człowieka zależy od funkcjonowania systemu opieki medycznej (ochrony zdrowia).



Ryc. 3. Model „pól zdrowia” według ministra zdrowia Kanady M. Lalonde’a¹⁰

Obecnie uważa się, że **główną determinantą zdrowia są czynniki społeczno-ekonomiczne**. Od nich w znacznym stopniu zależy styl życia i warunki środowiskowe. **Nierówności społeczne** (m.in. różnicowanie dochodów, poziomu wykształcenia, warunków mieszkaniowych, uczenia się, dostępu do dóbr kultury, opieki medycznej) są przyczyną **nierówności w zdrowiu**.

Na zdrowie dzieci i młodzieży wpływają podobne czynniki jak u dorosłych, ale są pewne odrębności wynikające z sytuacji rodzinnej, pełnionych ról i potrzeb związanych z rozwojem dzieci w różnym wieku (wymieniono je w ramce).

Główne czynniki warunkujące zdrowie dzieci i młodzieży¹¹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ubóstwo i nierówności w dochodach rodzin. ▪ Struktura rodziny, atmosfera i relacje w rodzinie, postawy rodzicielskie. ▪ Żywnienie. ▪ Środowisko fizyczne (np. jakość powietrza, warunki mieszkaniowe, dostępność do miejsc rekreacji i aktywności fizycznej) i społeczne (wsparcie społeczne, klimat i przystosowanie do szkoły; izolacja społeczna, przemoc międzyrodzinnicza). ▪ Postawy społeczne i stygmatyzacja dotycząca dzieci z niepełnosprawnościami, niektórymi chorobami (np. otyłość, zakażenie HIV), dzieci z rodzin ubogich. ▪ Zachowania ryzykowne matki w okresie ciąży oraz młodzieży (palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, wczesna inicjacja seksualna). ▪ Czynniki genetyczne, w tym występowanie chorób genetycznie uwarunkowanych (np. zespół Downa, hemofilia, celiakia). ▪ Dostępność do świadczeń zdrowotnych, profilaktycznych i leczniczych.

¹⁰M. Lalonde, (1974), *A new perspective on the health of Canadians: a working documents*, Ottawa, Canada Information. Odsetki dotyczące poszczególnych grup czynników są orientacyjne i różni autorzy podają nieco odmienne ich wartości.

¹¹ M. Blair, S. Steward-Brown, T. Waterston, R. Crowther, (2003), *Child public health*, Oxford, Oxford University Press.

Zrozumienie istoty holistycznego podejścia do zdrowia i czynników je warunkujących przez osoby realizujące edukację zdrowotną dzieci i młodzieży jest warunkiem jej skuteczności. Najważniejsze cechy współczesnego podejścia do edukacji zdrowotnej wymieniono w ramce.

Najważniejsze cechy współczesnej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży

- Uwzględnienie wszystkich wymiarów zdrowia (zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne) i czynników je warunkujących.
- Wykorzystanie różnych okoliczności: formalnych i nieformalnych programów oraz sytuacji pedagogicznych; korzystanie z różnych możliwości i służb w szkole i poza nią.
- Branie pod uwagę zainteresowań i potrzeb młodych ludzi w zakresie edukacji zdrowotnej.
- Dążenie do spójności informacji pochodzących z różnych źródeł.
- Tworzenie wzorców ze strony osób dorosłych – rodziców, pracowników szkoły i innych osób znaczących dla dzieci i młodzieży.
- Tworzenie warunków do praktykowania zachowań prozdrowotnych w domu, przedszkolu i szkole.
- Aktywne uczestnictwo uczniów w planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej.

Treści edukacji zdrowotnej, w dotychczasowej praktyce, dotyczyły głównie zagadnień zdrowia fizycznego – higieny, pielęgnacji ciała, zapobiegania urazom i chorobom somatycznym. Nowym elementem edukacji zdrowotnej jest zwrócenie szczególnej uwagi na **zdrowie psychospołeczne i rozwijanie umiejętności życiowych**. Jest to związane z:

- gwałtownymi zmianami społecznymi, gospodarczymi, ekonomicznymi w współczesnym, globalizującym się świecie, które stawiają przed ludźmi – także młodymi – wciąż nowe wymagania i wyzwania,
- wzrostem częstości zaburzeń i problemów zdrowia psychicznego; szacuje się, że występują one u ok. 15–20% dzieci i młodzieży.

Umiejętności życiowe (ang. *life skills*) są to „**umiejętności (zdolności) umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, które pozwalają efektywnie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia**”¹².

Istnieje kilka klasyfikacji umiejętności życiowych¹³. Na przykład Światowa Organizacja Zdrowia wyróżniła trzy podstawowe ich grupy:

- 1. Umiejętności interpersonalne:** komunikowanie się werbalne i niewerbalne, negocjacje, asertywność, budowanie empatii i współpraca w grupie.
- 2. Podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie:** gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań problemu z uwzględnieniem przewidywania konsekwencji dla siebie i innych, analiza wpływu wartości i postaw na motywy działania własne i innych.
- 3. Kierowanie sobą:** budowanie poczucia własnej wartości, samoświadomość w zakresie własnych praw, postaw, wyznawanych wartości, mocnych i słabych stron, określanie celów, samoobserwacja i samoocena, kierowanie emocjami (radzenie sobie ze złością, lękiem, stratą), radzenie sobie ze stresem (zarządzanie czasem, pozytywne myślenie, techniki relaksacyjne).

Umiejętności życiowe należy rozwijać i doskonalić we wszystkich okresach życia. Dzieci i młodzież nabywa je w procesie socjalizacji w rodzinie, szkole i grupie rówieśniczej, ale od najmłodszych lat należy wspierać proces tego rozwoju. W szkołach w Wielkiej Brytanii od dawna realizowany jest przedmiot „edukacja osobista i społeczna” (ang. *personal and social education*),

¹² World Health Organization. (1993). *Life skills education in schools*, Geneva, WHO.

¹³ Dodatkowe informacje – patrz M. Sokołowska, (2010). *Umiejętności życiowe*. [w:] B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 448–474.

a w Irlandii przedmiot „edukacja społeczna, osobista i zdrowotna” (ang. *social, personal and health education*). Z tego powodu w podstawie programowej kształcenia ogólnego umiejętności te uwzględniono w różnych przedmiotach (tab. 1). Są one także podstawą **programu wychowawczego i szkolnego programu profilaktyki** (patrz rozdz. 8).

Tabela 1. Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące umiejętności życiowych zawarte w podstawie programowej kształcenia ogólnego na poszczególnych etapach edukacyjnych

Przedmiot	Treści nauczania dotyczące umiejętności życiowych. Uczeń:
Edukacja wczesnoszkolna klasy I-III	
Edukacja polonistyczna Edukacja społeczna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ uważnie słucha wypowiedzi; ▪ dobiera właściwe formy komunikowania się w różnych sytuacjach; ▪ dba o kulturę wypowiedziania się; stosuje formuły grzecznościowe. ▪ odróżnia co dobre, a co złe w kontaktach z rówieśnikami i dorosłymi; ▪ odróżnia dobro od zła, nie krzywdzi innych, pomaga słabszym; ▪ współpracuje z innymi w zabawie, w nauce szkolnej i w sytuacjach życiowych, przestrzega reguł obowiązujących w społeczności dziecięcej oraz świecie dorosłych; rozumie potrzebę utrzymywania dobrych relacji z sąsiadami w miejscu zamieszkania; jest chętny do pomocy, respektuje prawo innych do pracy i wypoczynku.
II etap edukacyjny klasy IV-VI	
Język polski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozpoznaje znaczenie niewerbalnych środków komunikowania się (gest, wyraz twarzy, mimika, postawa ciała); ▪ uczestnicząc w rozmowie, słucha z uwagą wypowiedzi innych; prezentuje własne zdanie i uzasadnia je.
Historia i społeczeństwo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wyjaśnia, w czym wyraża się odmiennosc i niepowtarzalność każdego człowieka; ▪ podaje przykłady konfliktów między ludźmi i proponuje sposoby ich rozwiązywania.
III etap edukacyjny – gimnazjum	
Język polski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozpoznaje wypowiedzi o charakterze emocjonalnym i perswazyjnym; ▪ rozpoznaje intencje wypowiedzi (aprobatę, dezaprobatę, negację); ▪ dostrzega w wypowiedzi ewentualne przejawy agresji i manipulacji; ▪ uczestniczy w dyskusji, uzasadnia własne zdanie, przyjmuje poglądy innych lub polemizuje z nimi.
Język obcy nowożytny	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prosi o radę i udziela rady; ▪ współdziała w grupie, np. w lekcyjnych i pozalekcyjnych językowych pracach projektowych.
Wiedza o społeczeństwie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wymienia i stosuje zasady komunikowania się i współpracy w małej grupie (np. bierze udział w dyskusji, zebraniu, wspólnym działaniu); ▪ wymienia i stosuje podstawowe sposoby podejmowania wspólnych decyzji; ▪ przedstawia i stosuje w praktyce sposoby rozwiązywania konfliktów w grupie i między grupami; ▪ wyjaśnia na przykładach, jak można zachować dystans wobec nieaprobowanych przez siebie zachowań grupy lub jak im się przeciwstawiać.
Biologia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wymienia czynniki wywołujące stres oraz podaje przykłady pozytywnego i negatywnego działania stresu; ▪ przedstawia sposoby radzenia sobie ze stresem.

Wychowanie fizyczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ identyfikuje swoje mocne strony, planuje sposoby ich rozwoju oraz ma świadomość słabych stron, nad którymi należy pracować; ▪ omawia konstruktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami; ▪ omawia sposoby redukcji nadmiernego stresu i konstruktywnego radzenia sobie z nim; ▪ omawia znaczenie dla zdrowia dobrych relacji z innymi ludźmi, w tym z rodzicami oraz rówieśnikami tej samej i odmiennej płci; ▪ wyjaśnia, w jaki sposób może dawać i otrzymywać różne rodzaje wsparcia społecznego; ▪ wyjaśnia, co oznacza zachowanie asertywne i podaje jego przykłady; ▪ wyjaśnia, dlaczego i w jaki sposób należy opierać się presji oraz namowom do używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych.
Wychowanie do życia w rodzinie	<p>Tematy:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ budowa prawidłowych relacji z rodzicami; konflikt pokoleń; przyczyny i sposoby rozwiązywania konfliktów; ▪ relacje międzyosobowe i ich znaczenie; ▪ zachowania asertywne.
IV etap edukacyjny	
Podstawy przedsiębiorczości	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozpoznaje zachowania asertywne, uległe i agresywne; odnosi je do cech osoby przedsiębiorczej; ▪ rozpoznaje mocne i słabe strony własnej osobowości; odnosi je do cech osoby przedsiębiorczej; ▪ zna korzyści wynikające z planowania własnych działań i inwestowania w siebie; ▪ podejmuje racjonalne decyzje, opierając się na posiadanych informacjach i ocenia skutki własnych działań; ▪ stosuje różne formy komunikacji werbalnej i niewerbalnej w celu autoprezentacji oraz prezentacji własnego stanowiska.
Wychowanie fizyczne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ omawia konstruktywne, optymistyczne sposoby wyjaśniania trudnych zdarzeń i przeformułowania myśli negatywnych na pozytywne; ▪ wyjaśnia, na czym polega praca nad sobą dla zwiększenia wiary w siebie, poczucia własnej wartości i umiejętności podejmowania decyzji; ▪ wyjaśnia, na czym polega konstruktywne przekazywanie i odbieranie pozytywnych i negatywnych informacji zwrotnych oraz radzenie sobie z krytyką; ▪ omawia zasady racjonalnego gospodarowania czasem.
Wychowanie do życia w rodzinie	<p>Tematy:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ komunikacja interpersonalna, asertywność, techniki negocjacji, empatia; ▪ tolerancja wobec odmienności kulturowych, etnicznych, religijnych, seksualnych; ▪ problemy okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi; ▪ sposoby rozwiązywania konfliktów.
Etyka	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umiejętność życia z innymi i dla innych.

Literatura uzupełniająca

Blaxter M., (2009), *Zdrowie*, Warszawa, Wydawnictwo Sic! s.c.

Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, WAiP.

Woynarowska B., (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

4. Status i miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego

Barbara Woynarowska

We wprowadzonej w 2008 r. podstawie programowej kształcenia ogólnego¹⁴ zmienił się status i miejsce edukacji zdrowotnej, w stosunku do podstawy programowej z 1999 r., w której istniała ścieżka edukacyjna „edukacja prozdrowotna”. W części wstępnej aktualnej podstawy programowej w II, III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że:

„Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postawy) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.”

Zapis ten, po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, nadaje **edukacji zdrowotnej wysoką rangę wśród zadań szkoły**.

Status edukacji zdrowotnej w nowej podstawie programowej kształcenia ogólnego można scharakteryzować w sposób podany w ramce.

Status edukacji zdrowotnej w nowej podstawie programowej

- Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej są zapisane w wielu przedmiotach (tab. 2). W porównaniu z poprzednią podstawą programową liczba wymagań bezpośrednio lub pośrednio powiązanych z edukacją zdrowotną i ich zakres tematyczny wyraźnie się zwiększył.
- Wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej w II, III i IV etapie edukacyjnym pełni wychowanie fizyczne.

Przyjęte rozwiązanie jest zgodne z jednym z modeli zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia¹⁵: włączenie treści dotyczących zdrowia do wielu przedmiotów (model „rozproszony”) i wiodący przedmiot (wychowanie fizyczne). Nowym rozwiązaniem jest **powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym**¹⁶:

- w I etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar **„wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”**¹⁷,
- w III i IV etapie edukacyjnym w przedmiocie wychowanie fizyczne wyodrębniono **blok tematyczny „edukacja zdrowotna”**. Znajdują się w nim treści nauczania dotyczące zdrowia psychospołecznego i umiejętności życiowych (dotychczas nieuwzględniane w podstawie programowej).

¹⁴ 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. 2009, Nr 4, poz. 17). Zmiana rozporządzenia patrz Dz. U. 2014, poz. 803.

¹⁵ WHO, (2003), *Skills for health. Skills based health education including life skills: An important component of child-friendly/health promoting school*, Information Series on School Health Document 9, Geneva, World Health Organization.

¹⁶ Zapis podstawy programowej wychowania fizycznego wraz z komentarzem znajduje się w wydawnictwie Ministerstwa Edukacji Narodowej: *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8.

¹⁷ Proponowano nawet zmianę na wszystkich etapach edukacyjnych dotychczasowej nazwy przedmiotu „wychowanie fizyczne” na „wychowanie fizyczne i zdrowotne”: Z. Jaworski, (2009), *O krzewieniu kultury fizycznej w polskiej szkole – blaski i cienie*, „Zdrowie, Kultura Zdrowotna i Edukacja”, t. 3, s. 7–12.

Tabela 2. Przedmioty nauczania, w których uwzględniono treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej (wiersze zacienione dotyczą przedmiotów o dużej liczbie tych wymagań)

	Szkoła podstawowa		Gimnazjum	Szkoły ponadgimnazjalne
	Klasy I-III	Klasy IV-VI		
Edukacja społeczna	X			
Edukacja przyrodnicza	X			
Edukacja polonistyczna	X			
Zajęcia komputerowe	X	X		
Zajęcia techniczne	X	X	X	
Wychowanie fizyczne	X	X	X	X
Etyka	X	X	X	X
Język polski		X	X	
Język obcy nowożytny		X	X	X
Muzyka		X	X	
Historia i społeczeństwo		X		
Przyroda		X		X
Wychowanie do życia w rodzinie		X	X	X
Wiedza o społeczeństwie			X	X
Geografia			X	X
Biologia			X	X
Chemia			X	X
Fizyka			X	
Informatyka			X	X
Edukacja dla bezpieczeństwa			X	X
Podstawy przedsiębiorczości				X

Treści nauczania dotyczące edukacji zdrowotnej w podstawie programowej zostały zapisane w **języku wymagań**, które określają, jakie powinny być efekty kształcenia w końcu danego etapu edukacyjnego. W zapisie podstawy programowej przyjęto zasadę, że treści nauczania na poszczególnych etapach nie powinny się powtarzać (zrezygnowano z zasady „spiralności” kształcenia). Tylko w odniesieniu do edukacji wczesnoszkolnej podkreślono „zapewnienia ciągłości wychowania i kształcenia” i znajomości podstawy programowej wychowania przedszkolnego przez nauczycieli uczących w klasach I-III.

4.1. Ogólna charakterystyka edukacji zdrowotnej na poszczególnych etapach edukacyjnych

Na pierwszym etapie edukacyjnym „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna” jest jednym z jedenastu obszarów kształcenia zintegrowanego. Wymagania szczegółowe dotyczą głównie zdrowia fizycznego, w tym:

- troski o ciało (higiena osobista i otoczenia, utrzymanie porządku, znajomość części ciała i organów wewnętrznych, dbałość o postawę ciała),
- zachowań sprzyjających zdrowiu (właściwe żywienie, aktywność fizyczna, konieczność kontrolowania stanu zdrowia),

- zachowania bezpieczeństwa i dbałości o zdrowie swoje i innych (w czasie zajęć ruchowych, w kontaktach z lekami i substancjami chemicznymi) i szukania pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia,
- właściwego zachowania w chorobie (stosowanie się do zaleceń lekarza i dentystry).

Treści nauczania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono także w innych obszarach kształcenia zintegrowanego. Część z nich dotyczy ww. zagadnień, a także: dbałości o zdrowie i bezpieczeństwo własne i innych, kontrolowania zdrowia, przestrzegania zaleceń lekarza i stomatologa, bezpieczeństwa w ruchu drogowym, relacji i współpracy z innymi, pomagania potrzebującym, ochrony środowiska przyrodniczego.

Na drugim etapie edukacyjnym (klasy IV-VI szkoły podstawowej) wymagania szczególne, dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej, znajdują się w wielu przedmiotach, zwłaszcza w przyrodzie, wychowaniu fizycznym i języku obcym nowożytnym (tab. 1). Liczba ich jest duża i dotyczą one dbałości o ciało, zdrowie oraz środowisko, z dominacją wymagań z zakresu zdrowia fizycznego. Dotyczy to także podstawy programowej wychowania fizycznego, w której uwzględniono:

- bezpieczeństwo (w czasie zajęć ruchowych, pobytu nad wodą, w górach, w ruchu drogowym) oraz sposoby postępowania w zagrożeniach zdrowia lub życia,
- troska o ciało (hartowanie i ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem).

Status i miejsce edukacji zdrowotnej w klasach IV-VI szkoły podstawowej nie uległ więc znaczącej zmianie w stosunku do poprzedniej podstawy programowej.

Na III i IV etapie edukacyjnym wymagania szczególne dotyczące edukacji zdrowotnej znajdują się także w wielu przedmiotach (tab. 1). Najważniejszym, nowym i cennym rozwiązaniem jest **wyodrębnienie edukacji zdrowotnej** jako jednego z siedmiu bloków tematycznych podstawy programowej wychowania fizycznego w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych.

W części II niniejszego poradnika omówiono szczegółowo treści nauczania dotyczące edukacji zdrowotnej zawarte w podstawie programowej dla pierwszego i drugiego etapu edukacyjnego w poszczególnych przedmiotach, zwłaszcza tych, w których nasycenie tymi treściami jest największe.

4.2. Propozycje dotyczące realizacji edukacji zdrowotnej w szkole

Obecny status edukacji zdrowotnej jest nowym wyzwaniem dla szkoły. Szkoła staje przed koniecznością poszukiwania odpowiedzi na dwa podstawowe pytania:

1) Jak skutecznie realizować obecny model edukacji zdrowotnej?

Można tu wykorzystać doświadczenia z realizacji w latach 1999–2007 ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”¹⁸. W wielu szkołach powołano wówczas szkolnych koordynatorów edukacji prozdrowotnej. Rolę tę powinien pełnić nauczyciel (lub pedagog szkolny), który jest zainteresowany tym obszarem edukacji, ma motywację do podjęcia tego zadania, gotowość do stałego uczenia się i rozszerzania swoich kompetencji, zwłaszcza umiejętności komunikowania się i współdziałania z innymi, twórczego myślenia i rozwiązywania problemów, pełnienia roli lidera. Korzystnie byłoby, aby stopniowo rolę tę podejmowali nauczyciele wychowania fizycznego. Zadania szkolnego koordynatora edukacji zdrowotnej przedstawiono w ramce.

¹⁸ B. Woynarowska, M. Sokołowska, (2001), *Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, Warszawa, KOWEŻIU.

Podstawowe zadania szkolnego koordynatora edukacji zdrowotnej

- Koordynowanie realizacji edukacji zdrowotnej w ramach poszczególnych przedmiotów.
- Uzgadnianie wdrażania dodatkowych programów edukacyjnych, w ścisłym powiązaniu z zapisami w podstawie programowej; wybór programów o sprawdzonej jakości.
- Współdziałanie z pielęgniarką szkolną, pedagogiem szkolnym oraz innymi organizacjami oferującymi szkole różne programy edukacyjne i profilaktyczne (zwłaszcza stacją sanitarno-epidemiologiczną).
- Organizowanie i prowadzenie wewnętrznego doskonalenia nauczycieli i szkoleń dla innych pracowników szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej.

Koordynacja edukacji zdrowotnej może odbywać się na poziomie szkoły lub na poziomie poszczególnych oddziałów. To drugie rozwiązanie wydaje się łatwiejsze do realizacji. Należy wziąć pod uwagę treści w poszczególnych przedmiotach (patrz część II), a także tematy podejmowane na lekcjach wychowawczych oraz programy edukacyjne oferowane szkołom przez różne organizacje (patrz rozdz. 7).

Realizacja edukacji zdrowotnej **wymaga współpracy nauczycieli różnych przedmiotów, przede wszystkim wychowawców klas**. To oni powinni dostrzec, jak ważną rolę odgrywa edukacja zdrowotna w budowaniu programu wychowawczego i szkolnego programu profilaktyki oraz podjąć próbę stworzenia takiego całościowego programu dla uczniów swojej klasy. Edukacja zdrowotna może być ważnym elementem spajającym różne działania wychowawcze i profilaktyczne. Może być realizowana na wydzielonych lekcjach w ramach wychowania fizycznego, na lekcjach wielu przedmiotów, godzinach wychowawczych, ale również w czasie **impres klasowych lub szkolnych**, jak święto szkoły, pierwszy dzień wiosny, dzień dziecka itp. Sprzyjającą okazję stwarzają również **wycieczki szkolne i zielone szkoły** w czasie których, poza celami dydaktycznymi, można popularyzować zasady aktywnego wypoczynku, zdrowego żywienia a równocześnie rozwijać umiejętności psychospołeczne, jak budowanie relacji z rówieśnikami, współpraca, asertywne bronienie własnych praw itd.

Trzeba jednak pamiętać, że żadna z wymienionych form nie daje gwarancji, że spełni swe zadania automatycznie. Wycieczka klasowa nie zawsze zachęci do aktywnego wypoczynku, a tym bardziej nie zawsze wpłynie na poprawę relacji między uczniami. Organizacja każdej z form wymaga jasnego zapisania w celach tego, co chcemy osiągnąć z zakresu edukacji zdrowotnej (np. budować dobre relacje rówieśnicze), odpowiednio dobrać metody realizacji (np. ustalenie, wspólnie z uczniami, reguł obowiązujących podczas wycieczki). Ważne jest także prowadzenie ewaluacji – zapytanie uczniów o ich odczucia, co do efektów podjętych działań (np. jak oceniają atmosferę, kontakty rówieśnicze w czasie wycieczki).

2) W jaki sposób wychowanie fizyczne może pełnić wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej?

Za powierzeniem **wychowaniu fizycznemu wiodącej roli w edukacji zdrowotnej** w szkole przemawiały następujące argumenty:

- Silne związki między wychowaniem fizycznym i edukacją zdrowotną, wskazywane od ponad 40 lat przez teoretyków wychowania fizycznego w Polsce. Zdaniem M. Demela „macierz” wychowania zdrowotnego tworzą wychowanie fizyczne i higiena szkolna. „Pole przenikania się zakresów wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego jest rozległe i obejmuje wszystko co wiąże się ze świadomością ceny zdrowia, pozytywnym zainteresowaniem własnym organizmem”¹⁹.
- Szeroki zakres kształcenia przeddyplomowego nauczycieli wychowania fizycznego, w tym w zakresie nauk biomedycznych, ale także psychologii i pedagogiki.
- Specyficzny typ relacji nauczyciel wychowania fizycznego – uczniowie, sprzyjający budowaniu zaufania i zainteresowania uczniów sprawami zdrowia.

¹⁹ M. Demel, (1968), *O wychowaniu zdrowotnym*, Warszawa, PZWS, s. 58–59.

Powierzenie nauczycielom wychowania fizycznego wiodącej roli w edukacji zdrowotnej oraz rozszerzenie dotychczasowego zakresu tego przedmiotu należy uznać za **wyzwanie i szansę** dla tej grupy nauczycieli. Można oczekiwać, że:

- Wpłyne to na **zwiększenie ich prestiżu zawodowego**. Wyniki badań wskazują, że połowa nauczycieli wychowania fizycznego uważa, że ma niski lub bardzo niski prestiż w społeczeństwie, ma poczucie niedowartościowania prestiżowego swojej specjalności w stosunku do nauczycieli innych przedmiotów. W środowisku wychowawców fizycznych istnieje kompleks „wuefiaka”²⁰.
- Stworzy nauczycielom możliwość większego udziału w życiu szkoły, rozwoju zawodowego i osobistego.
- Będzie sprzyjać zwiększeniu satysfakcji z pracy.

Zapis dotyczący wiodącej roli wychowania fizycznego jest nowym, niepraktykowanym dotychczas w systemie szkolnictwa rozwiązaniem. Nie ma w tym zakresie doświadczeń i przykładów „dobrej praktyki”. Podjęcie tej roli przez nauczycieli wymaga inicjatywy z ich strony, zaangażowania i poszukiwania form i sposobów jej pełnienia. Niezbędne jest wsparcie ze strony dyrektora szkoły oraz innych nauczycieli. Należy sądzić, że podjęcie realizacji tego zadania będzie procesem długotrwałym, ale uda się wprowadzić ten zapis z podstawy programowej do praktyki szkół.

Ważne jest **tworzenie przez nauczycieli wychowania fizycznego warunków sprzyjających temu, aby „sport stał się integralną częścią edukacji i życia ludzi”**²¹, a tym samym, aby szkoła była bardziej wiarygodna jako realizator edukacji zdrowotnej. Jak wynika z doświadczeń międzynarodowych wymaga to spełnienia następujących warunków²²:

- dopuszczanie do uczestnictwa w sporcie nie tylko osób utalentowanych – kryterium uczestnictwa powinno być zainteresowanie i chęć ucznia, a nie jego predyspozycje,
- tworzenie jak najszerszej, zróżnicowanej oferty różnych form aktywności sportowej,
- włączenie uczniów do planowania, organizacji i realizacji imprez sportowych,
- organizowanie nie tylko zawodów opartych na rywalizacji, ale również imprez sportowych, turniejów rodzinnych, festiwali, plebiscytów fair play itd.,
- poszukiwanie różnych form dofinansowywania uczestnictwa osób, dla których barierą są koszty uprawiania sportu.

Podsumowanie

- Nowy model szkolnej edukacji zdrowotnej – treści nauczania zamieszczone w większości przedmiotów i wiodąca rola wychowania fizycznego wymaga:
 - udziału w jej realizacji wszystkich nauczycieli,
 - koordynacji na poziomie szkoły lub poszczególnych oddziałów,
 - wykorzystania różnych okazji i sytuacji (np. wycieczki, imprezy klasowe, szkolne),
 - zaangażowania i twórczego podejścia ze strony nauczycieli wychowania fizycznego,
 - zrozumienia i wsparcia ze strony dyrektora szkoły,
 - wsparcia ze strony doradców metodycznych i konsultantów nauczycieli wychowania fizycznego.
- Niezbędne jest monitorowanie przebiegu wdrażania edukacji zdrowotnej, zapisanej w podstawie programowej kształcenia ogólnego oraz upowszechniania przykładów dobrej praktyki.

Literatura uzupełniająca

Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8 (www.reformaprogramowa.men.gov.pl).

Wojnarowska B. (red.), (2012), *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych*, Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

²⁰ R. Cieślński, (2005), *Sytuacja społeczno-zawodowa nauczycieli wychowania fizycznego*. Warszawa, Akademia Wychowania Fizycznego. Studia i Monografie, nr 102, s. 121–123.

²¹ J. Pośpiech, (2010), *Edukacyjne walory sportu – perspektywa europejska*, „Zdrowie i Kultura Zdrowotna Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna”, AWFIS w Gdańsku, tom V, s. 100.

²² Tamże.

5. Wybrane zagadnienia metodyki edukacji zdrowotnej

Magdalena Woynarowska-Sołdan, Barbara Woynarowska

Metodyka edukacji zdrowotnej wywodzi się z pedagogiki i jej subdyscypliny – dydaktyki (nauki o nauczaniu i uczeniu się). Posiada ona pewne specyficzne cechy, podobnie jak metodyka innych przedmiotów. W obecnym modelu edukacji zdrowotnej w szkole, wszyscy nauczyciele – a zwłaszcza nauczyciele wychowania fizycznego – powinni znać podstawowe zasady jej metodyki.

W dotychczasowym systemie kształcenia nauczycieli edukacja zdrowotna nie była uwzględniana. Większość nauczycieli wykorzystuje doświadczenia z własnych lat szkolnych (sprzed wielu lat) i utożsamia edukację zdrowotną z przekazywaniem informacji – pogadankami, gazetkami, konkursami (wiedzy, plastycznymi), rozdawnictwem ulotek o zdrowiu, głównie fizycznym. Obserwacje i rozmowy z nauczycielami wskazują także, że wielu z nich nie postrzega swojej roli w edukacji zdrowotnej i nie kojarzy z nią wymagań z tego zakresu zapisanych w podstawie programowej ich przedmiotów.

5.1. Nowe podejścia w metodyce edukacji zdrowotnej

Do nowych podejść (cech) we współczesnej edukacji zdrowotnej należą: koncentracja na uczeniu się, zmiana ról nauczyciela i ucznia oraz podejście demokratyczne.

- **Koncentracja na procesie uczenia się**, a nie tylko nauczania:
 - **uczenie się** jest procesem nabywania przez ucznia określonych wiadomości i umiejętności wpływających na jego zachowanie, a końcowe wyniki tego procesu zależą w znacznym stopniu do motywacji i aktywności ucznia,
 - **nauczanie** jest organizowaniem przez nauczyciela uczenia się i kierowanie nim, tworzeniem warunków sprzyjających opanowaniu przez uczniów określonego zasobu wiedzy i sprawności z elementami kontroli, dzięki której warunki te mogą być odpowiednio wykorzystane²³.
- **Zmiana ról nauczyciela i ucznia** (ramka)

Nauczyciel w edukacji zdrowotnej
<ul style="list-style-type: none">▪ Jest przewodnikiem (doradcą, liderem) uczniów.▪ Nie wchodzi w rolę „eksperta” („mistrza”), który: „musi wszystko wiedzieć”; ogranicza ocenianie, komentarze, narzucanie własnego zdania; ma odwagę powiedzieć: „nie wiem, ale sprawdzę i odpowiem” lub „nie wiem, sprawdźmy razem”, czyli ma prawo do niewiedzy oraz uczenia się od uczniów i razem z nimi.▪ Organizuje uczenie się – stawia zadania, pytania, motywuje do pracy, kontroluje czas jej trwania.▪ Posiada i doskonali umiejętność komunikowania się z uczniami, tworzenia atmosfery bezpieczeństwa i zaufania.▪ Umie zachować równowagę między ustalonym programem, a potrzebami uczniów.

²³ Cz. Kulisiewicz, (2005), *Podstawy dydaktyki*, Warszawa, WSiP.

Uczeń w edukacji zdrowotnej

- Nie jest postrzegany jako „biała karta” lecz uznaje się, że posiadana przez niego wiedza i doświadczenia stanowią podstawę do uczenia się.
- Jego potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej są rozpatrywane i uwzględniane.
- Jest zachęcany do:
 - samodzielnności w uczeniu się, wzbogacania doświadczeń,
 - akceptowania własnej odpowiedzialności za uczenie się,
 - odnoszenia zdobywanej wiedzy i umiejętności do własnej sytuacji i potrzeb oraz dokonywania ich transferu do codziennego życia.

Niezwykle ważne jest także **modelowanie przez nauczycieli pożądaných postaw i zachowań zdrowotnych**. Wynika to z teorii społecznego uczenia się A. Bandury²⁴, zgodnie z którą ludzie uczą się także przez obserwowanie zachowań innych, zwłaszcza osób znaczących.

• **Podejście demokratyczne**. W tradycyjnym podejściu do edukacji zdrowotnej zakładano, że nauczyciele i inne osoby dorosłe określają, w jaki sposób dzieci i młodzież powinny się zachowywać, wykorzystując w tym celu różne techniki perswazji. Podejście to zostało nazwane **moralizatorskim**. Obecnie w Unii Europejskiej zachęca się do wdrażania podejścia **demokratycznego**. Zakłada ono, że młodzi ludzie sami powinni aktywnie poszukiwać odpowiedzi na pytanie: Jakich dokonywać wyborów? Różnice między tymi podejściami przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Różnice między podejściami do edukacji zdrowotnej²⁵

Podejście moralizatorskie (tradycyjne)	Podejście demokratyczne
Koncentracja na uczniu, jego problemach zdrowotnych, nawykach, stylu życia	Koncentracja na szkole będącej częścią środowiska lokalnego (podejście siedliskowe); zainteresowanie uczniami, pracownikami szkoły i rodzicami oraz warunkami ich życia
Koncentracja na zdrowiu fizycznym	Zdrowie traktowane holistycznie (fizyczne, psychiczne i społeczne)
Zdrowie rozumiane jako brak choroby	Zdrowie rozumiane jako dobre samopoczucie (dobra jakość życia)
Podkreślanie negatywnych informacji, ostrzeżenie, budzenie lęku	Podkreślanie pozytywów: zalet bycia zdrowym, dokonywania odpowiednich wyborów
Cele: przekazywanie wiedzy, moralizatorstwo, decyzje co wybrać należą do nauczyciela	Cele: obok wiedzy, rozwijanie umiejętności i kształtowanie postaw, przygotowanie do podejmowania decyzji oraz rozwijanie kompetencji do działania
Metody wymagające aktywności nauczyciela: wykłady, pogadanki na temat „dobrego zdrowia”. Uczniowie zwykle są biernymi odbiorcami	Metody wymagające aktywności ucznia: praca w grupach, dyskusje, gry, symulacje, burza mózgów, technika <i>narysuj i napisz</i> , drama, rozwiązywanie problemów, metoda projektu

²⁴ A. Bandura, (1977), *Social learning theory*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc.

²⁵ M. Sokołowska, (2011), *Podejście moralizatorskie i demokratyczne w promocii zdrowia i profilaktyce*, „Remedium”, nr 4 (na podstawie prac autorów duńskich, patrz m.in. B.B. Jansen, (1994), *Edukacja zdrowotna i demokracja*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 4, s. 22–25.

5.2. Metody aktywizujące

We współczesnej edukacji zdrowotnej dominującymi metodami nauczania/uczenia się powinny być metody aktywizujące. Można je zdefiniować jako **sposób nauczania/uczenia się, w którym nauczyciel nie przekazuje gotowej wiedzy, ale stwarza warunki do samodzielnego uczenia się**. Dzięki zastosowaniu tych metod uczniowie bardziej angażują się w proces uczenia się, aktywniej zdobywają wiedzę i łatwiej przyswajają sobie nowe treści, rozwijają swe zainteresowania i wiele umiejętności psychospołecznych, koniecznych do radzenia sobie z różnymi życiowymi wyzwaniami. Repertuar metod aktywizujących i stosowanych w ich ramach technik jest bogaty (tab. 4). Ich dobór zależy od: celów konkretnej lekcji, wieku, potrzeb i doświadczeń uczniów i nauczyciela oraz warunków, w jakich odbywa się lekcja.

Tabela. 4. Aktywizujące metody i techniki nauczania/uczenia się²⁶

Metoda	Przykłady technik
Dyskusja	<ul style="list-style-type: none">▪ Debata „Za i przeciw”▪ Metaplan▪ Debata panelowa▪ „Sześć kapeluszy”
Wchodzenie w rolę	<ul style="list-style-type: none">▪ Odgrywanie scenek▪ Symulacja▪ Drama
Analizowanie i rozwiązywanie problemów	<ul style="list-style-type: none">▪ Burza mózgów▪ Drzewo decyzyjne▪ Analiza przypadku
Uczenie się w małych zespołach	<ul style="list-style-type: none">▪ Puzzle▪ Kula śnieżna
Projekt	łączy wiele technik
Stacje zadaniowe	łączy wiele technik
Portfolio (teczka)	Portfolio tematyczne lub służące obserwacji rozwoju osób uczących się (praca indywidualna i grupowa)
Wizualizacja	<ul style="list-style-type: none">▪ Mapy myśli, mapy skojarzeń▪ Rysowanie ilustracji i komiksów▪ Sporządzanie plakatów▪ Układanie rebusów

Charakterystyka wybranych metod i technik aktywizujących²⁷

Dyskusja

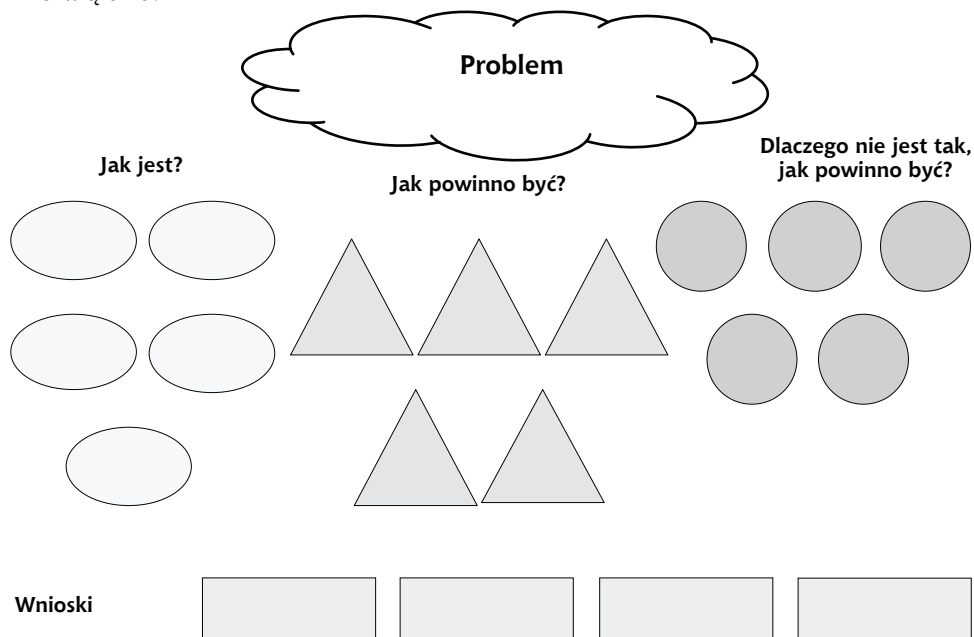
Istotą dyskusji jest wymiana poglądów. Celem jej jest umożliwienie uczniom rozwijania takich umiejętności jak: argumentowanie, przekonywanie, formułowanie spójnych, precyzyjnych wypowiedzi, zadawanie pytań, podsumowywanie, wnioskowanie i aktywne słuchanie. Dyskusja jest metodą rozwiązywania problemów i konfliktów, uczy szacunku dla przekonań innych oraz dochodzenia do wspólnych znaczeń. Istnieje wiele technik prowadzenia zajęć

²⁶ A. Klimowicz, (2005), *Metody nauczania w pracy z dorosłymi*, [w:] *Poradnik edukatora*, M. Owczarż (red.), Warszawa, CODN, s. 192.

²⁷ Informacje na temat metod i technik prezentowanych w tym rozdziale zaczerpnięto z publikacji różnych autorów. Listę tych publikacji zamieszczono na końcu rozdziału. Przyjęto, że „metoda” to zaplanowana przez nauczającego forma organizacji wszystkich etapów procesu uczenia się; „technika” to określony sposób praktycznego zastosowania metody.

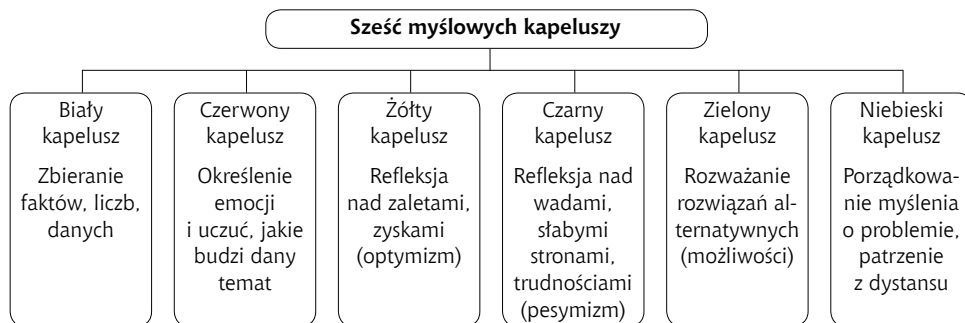
z zastosowaniem metody dyskusji. Może mieć ona charakter całkowicie dowolny (uczniowie wypowiadają się na dany temat w dowolny sposób), może też mieć charakter wolny, ale dyskutanci przestrzegają ustalonego uprzednio regulaminu dyskusji. Do ciekawych technik dyskusji należą m.in.:

- **Debata „Za i Przeciw”** – technika pomocna w pracy nad zagadnieniami, które budzą kontrowersje. Zadaniem jej uczestników jest przedstawienie argumentów „za” daną tezę lub „przeciw” niej. Służy to rozważeniu określonej sytuacji z dwóch różnych stron i – jeśli trzeba – pomaga w podjęciu decyzji. Dzięki wykorzystywaniu tej techniki uczniowie uczą się dyskutować o spornych kwestiach, kształtują umiejętność aktywnego słuchania, komunikowania własnych poglądów bez prowokowania i atakowania.
- **Metaplan** – graficzny zapis prowadzonej przez uczniów dyskusji na określony temat. Uczniowie, omawiając zagadnienie w całej grupie lub w zespołach, odpowiadają na trzy pytania: jak jest? jak powinno być? dlaczego nie jest tak, jak powinno być? i formułują wnioski. Podczas dyskusji uczniowie tworzą plakat przedstawiający w skrócie jej treść (wzór plakatu przedstawia im nauczyciel, ryc. 4). Technikę metaplanu wykorzystuje się do omawiania spornych, trudnych spraw oraz do rozwiązywania konfliktów. Jej celem nie jest wskazanie, kto ma rację, ale przedstawienie wielu aspektów danego problemu i poszukiwanie wspólnego rozwiązania.



Ryc. 4. Wzór metaplanu

- **Debata panelowa** – uczniowie występują w jednej z trzech ról: ekspertów, moderatorów i uczestników. Zadaniem nauczyciela jest przygotowanie uczniów do pełnienia tych ról. Technika ta pozwala przedyskutować dany temat z innymi, wysłuchać opinii innych, wyrobić sobie własne zdanie i podjąć decyzję.
- **„Sześć myślowych kapeluszy”** – technika porządkuje sposób myślenia o problemie i dyskusji. Uczniowie dzielą się na grupy i rozważają problem, „wkładając” myślowe kapelusze określonego koloru. Każdy kolor kapelusza określa pewien sposób postrzegania problemu, jego analizy, znajdowania rozwiązań i argumentowania (ryc. 5).



Ryc. 5. Symbolika sześciu myślowych kapeluszy według A. Klimowicz, 2005, s. 195.

Wchodzenie w rolę

Metoda wchodzenia w rolę łączy techniki, które umożliwiają uczniom doświadczanie sytuacji podobnych do tych, które mają miejsce w rzeczywistości. Ich istotą jest inscenizowanie zdarzeń i znajdowanie się w położeniu innej osoby. Ich celem jest m.in. uczenie się empatii, wyrażania myśli i uczuć, rozumienia różnych postaw i zachowań. Do technik tych należą:

- **Odgrywanie ról** – technika podobna do dziecięcych zabaw „na niby”. Uczniowie odgrywają różne role (np. role z własnego życia oraz role postaci rzeczywistych, wymyślonych, żyjących obecnie lub w przeszłości) w określonym przez nauczyciela kontekście sytuacyjnym.
- **Symulacje** – symulacja to „zastąpienie sytuacji rzeczywistej przez jej model w celach zabawowych lub dydaktycznych”²⁸. Uczniowie uczestniczą w symulowanym wydarzeniu, które było, jest, będzie lub mogłoby być, odgrywając role autentycznych lub realistycznych postaci. Jest to bezpieczna przestrzeń ćwiczeniowa, która umożliwia doskonalenie rozmaitych umiejętności oraz uczenie się na błędach.
- **Drama** – jest to „improwizowane działanie, przebiegające w wyobraźniowej sytuacji problemowej, angażujące intelekt, emocje, zmysły, wyobraźnię i ekspresję uczestników. Zaangażowane w dramę osoby przez aktywne wchodzenie w role podejmują próbę rozwiązania pojawiającego się konfliktu”²⁹.

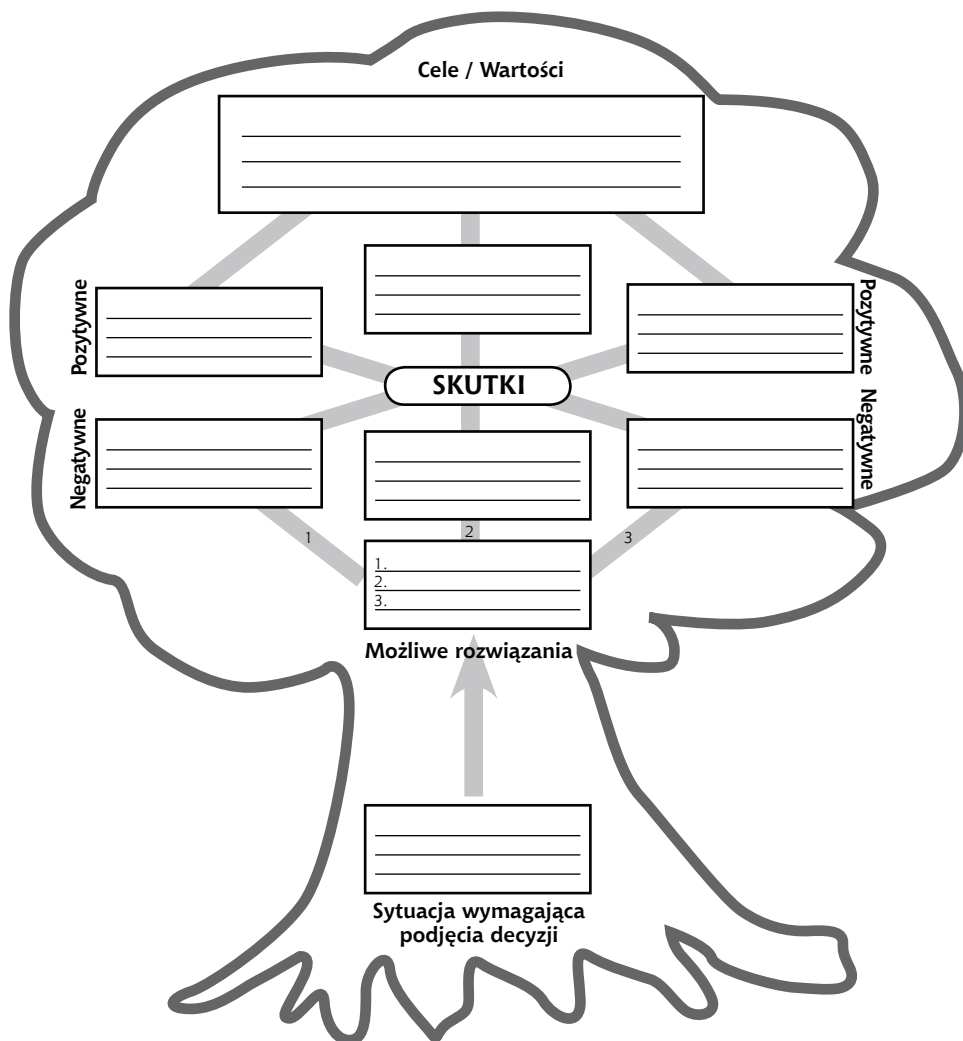
Rozwiązywanie i analizowanie problemów

Nauczanie rozwiązywania i analizowania problemów może dokonywać się w różny sposób, np.:

- **Burza mózgów** – technika twórczego myślenia, przydatna do poszukiwania nowych oryginalnych rozwiązań. Pozwala rozwijać sprawność umysłową, pokonywać opór przed prezentacją własnych pomysłów, pobudza wyobraźnię. Uczniowie nazywają problem, który chcą rozwiązać, zgłaszają wszelkie pomysły jego rozwiązania (notują je na tablicy). Następnie dokonują analizy zgłoszonych pomysłów w celu ich selekcji, dokonują wyboru rozwiązania i opracowują jego zastosowanie w praktyce.
- **Drzewo decyzyjne** – graficzny zapis analizy problemu decyzyjnego, jest wizualną prezentacją przebiegu procesu rozwiązywania problemu. Uczniowie analizują problem, tworząc plakat (ryc. 6). Graficzna forma drzewa decyzyjnego zawiera podstawowe elementy procesu podejmowania decyzji. Celem tej techniki jest rozwijanie umiejętności dokonywania wyboru i podejmowania decyzji ze świadomością jej skutków.

²⁸ W. Okoń, (2007). *Symulacja*. [w:] *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 396.

²⁹ M. Nowicka, (2003). *Drama*. [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. I, T. Pilch (red. nauk.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.



Ryc. 6. Schemat drzewa decyzyjnego³⁰

- Studium przypadku** – polega na analizie i interpretacji określonych zdarzeń (autentycznych lub opracowanych na użytek danego problemu), ich przyczyn i skutków. Zdarzenia te mogą być podobne do tych, które dotyczą uczniów. Materiałem do studium przypadku może być np. wycinek z prasy zawierający wywiad ze sportowcem, muzykiem, osobą borykającą się z jakimś problemem, list czytelnika, fragment książki. Uczniowie otrzymują opis przypadku, zapoznają się z nim, analizują pod kątem postawionego problemu (np. co się stało? jakie to miało skutki? kto jest odpowiedzialny za dany stan rzeczy? dlaczego ktoś postąpił w dany sposób? co mógł zrobić innego? co należało zrobić? co ty zrobiłbyś w podobnej sytuacji?). Analiza przypadku pobudza do refleksji, uczy głębszego, wieloaspektowego rozumienia problemu, umożliwia „uczenie się na błędach” (poszukiwanie efektywniejszych sposobów działania) i „uczenie się na sukcesach” innych (analizowanie efektywnych sposobów działania).

³⁰ Według: E. Brudnik, A. Moszyńska, B. Owczarska, (2000). *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*, Kielce. Zakład Wydawniczy SFS, s. 52.

Uczenie się w małych zespołach

Charakterystycznym elementem kształcenia metodami aktywizującymi jest praca w małych zespołach. Zwiększa ona aktywność uczniów na lekcji, uczy współpracy, respektowania zasad, umożliwia doświadczenie współzależności i współodpowiedzialności, pomaga doskonalić umiejętności komunikacji interpersonalnej. Ten sposób pracy przynosi korzyści pojedynczym uczniom (np. większe poczucie bezpieczeństwa, większe zaangażowanie osób nieśmiałych, bliższe poznanie innych uczniów, doświadczanie różnych ról, uczenie się od innych) i całym zespołem (np. wykorzystanie potencjału wszystkich członków, wsparcie innych, większe tempo pracy, uzupełnianie ról, rozkład odpowiedzialności). Do technik pracy grupowej można zaliczyć m.in.:

- **Puzzle** – technika może być wykorzystana w pracy z tekstem źródłowym podzielonym na części. Praca odbywa się w kilku etapach: uczniowie dzieleni są na tyle grup, ile jest części tekstu, każda grupa otrzymuje jego jedną część; uczniowie zapoznają się z tym tekstem indywidualnie i wspólnie w grupie omawiają jego treść. Po wykonaniu tego zadania następuje zmiana grup: w nowych grupach znajdują się reprezentanci każdej części tekstu. Mają oni zrelacjonować sobie nawzajem to, czego nauczyli się w poprzedniej rundzie. Następnie uczniowie wracają do starych grup, rozmawiają na temat całego tekstu i przygotowują plakat dotyczący całości materiału. Technika ta uczy wyboru najważniejszych treści, przekazywania ich innym członkom grupy. Angażuje uczniów, wspomaga ich koncentrację.
- **Kula śnieżna** – polega na zastanawianiu się nad danym zagadnieniem przez przechodzenie od pracy indywidualnej do pracy w całej grupie. W pierwszej rundzie uczeń pracuje indywidualnie (np. przygotowuje 5 odpowiedzi na zadany temat). W drugiej rundzie uczniowie pracują w parach (porównują swe odpowiedzi i wybierają elementy wspólne, np. wybór 6 odpowiedzi z 10), w kolejnych rundach uczniowie pracują podobnie w grupach cztero-, ośmio- i szesnastoosobowych. Finałem jest praca na forum całej klasy. Technika ta pozwala na tworzenie w krótkim czasie wielu pomysłów, opracowanie wspólnej listy problemów, rozwijaniu umiejętności dyskusowania i komunikowania.

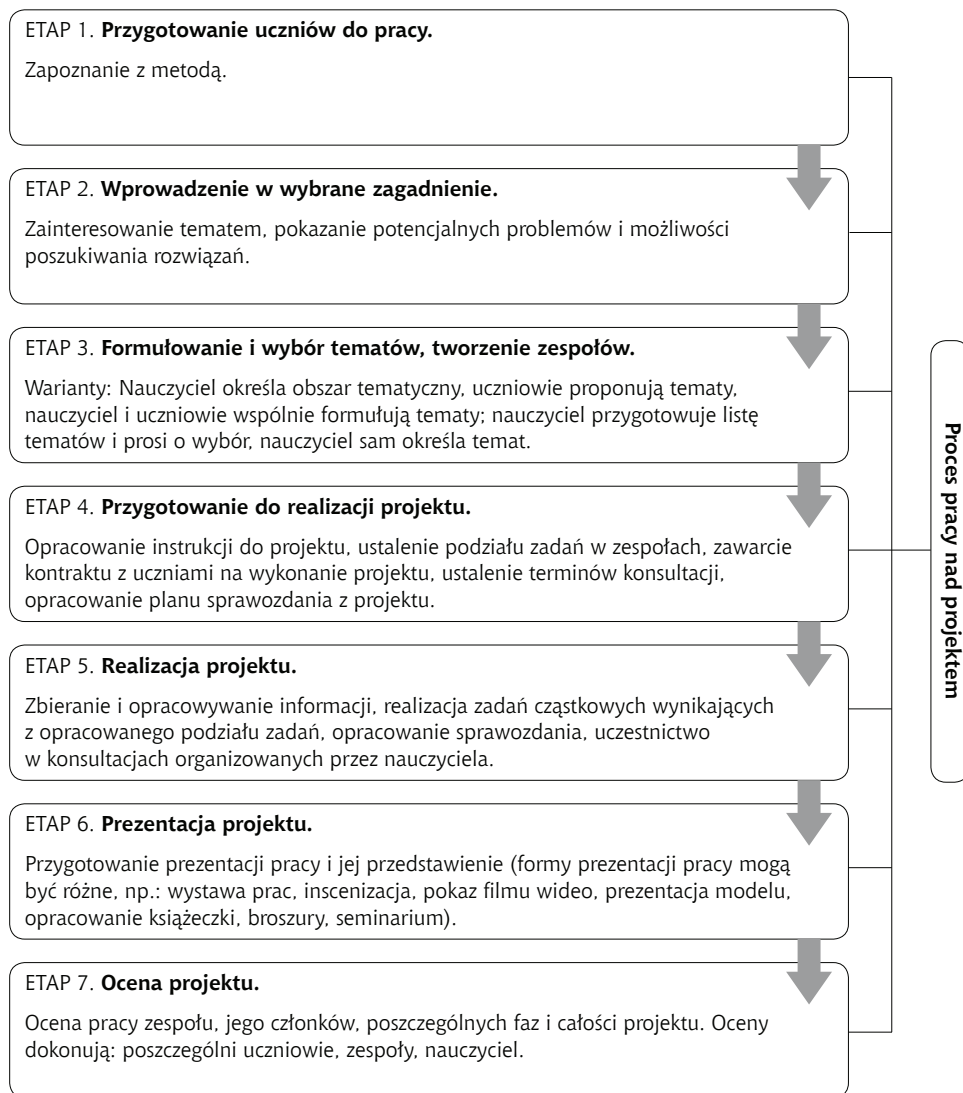
Metoda projektów

Projekt edukacyjny to „zespołowe planowe działanie uczniów, mające na celu rozwiązanie konkretnego problemu, z zastosowaniem różnorodnych metod”³¹. Metoda polega na tym, że uczniowie samodzielnie inicjują, planują, wykonują i oceniają określone zadanie (przedsięwzięcie). W pracy nad projektem wyróżnia się siedem etapów (ryc. 7). W tym procesie zadaniem nauczyciela jest „dyskretna” opieka, tzn. tworzenie warunków do pracy uczniów, motywowanie ich, towarzyszenie im w realizacji zadania (służenie radą i pomocą w razie potrzeby), a nie kierowanie ich pracą.

Pracy metodą projektów przypisuje się dużą wartość edukacyjną. Metoda ta:

- uwzględnia indywidualne potrzeby, zainteresowania i uzdolnienia uczniów,
- aktywizuje uczniów, wzmacnia motywację do uczenia się,
- pozwala zdobyć określoną wiedzę i umiejętności z wybranego obszaru tematycznego,
- łączy wiedzę szkolną i pozaszkolną, łączy proces nauczania/uczenia się z doświadczeniem i aktywnym działaniem, integruje treści rozłożone w szkole w poszczególnych przedmiotach,
- pozwala kształtować/doskonalić wiele umiejętności psychospołecznych (np. planowania i organizacji pracy, korzystania z różnych źródeł informacji, operowania informacją, współdziałania, komunikowania, rozwiązywania problemów i konfliktów),
- integruje zespół klasowy.

³¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lutego 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz.U. 2012 poz. 262)



Ryc. 7. Etapy pracy metodą projektu i ich krótka charakterystyka³²

Stacje zadaniowe

Metoda ta polega na zorganizowaniu przez nauczyciela indywidualnego toku pracy uczniów. Nauczyciel przygotowuje materiały do zadań oraz stanowiska do ich wykonania w klasie (stacje). Uczniowie wędrują od stacji do stacji i rozwiązują przypisane do nich zadania (indywidualnie lub zespołowo). Nauczyciel określa kryteria oceny wykonania zadania i sposób rozliczenia się z zadań (przygotowanie np. kart realizacji zadań). Metoda ta przyczynia się do rozwoju samodzielności uczniów, pobudza ich aktywność, wdraża do samooceny, rozwija umiejętność czytania ze zrozumieniem. W czasie pracy tą metodą nauczyciel przyjmuje rolę doradcy uczniów. Powinien stwarzać atmosferę sprzyjającą pracy, koncentracji. Musi również ściśle kontrolować czas i czuwać nad porządkiem pracy.

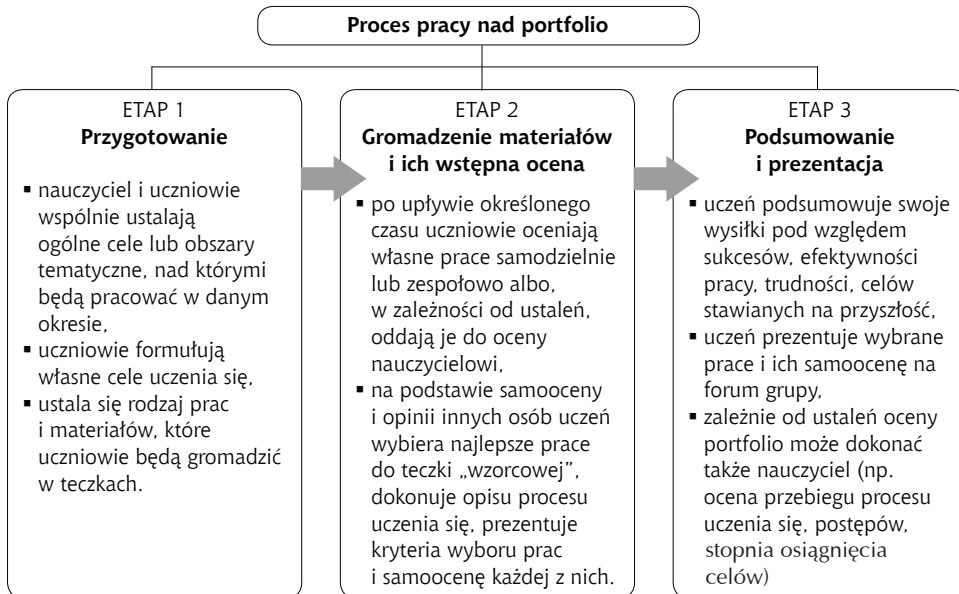
³² Według: E. Brudnik, Moszyńska A., Owczarska B., (2000), s. 185.

Portfolio

Portfolio to zbiór rozmaitych materiałów gromadzonych przez uczniów w różnej formie (np. segregator, skoroszyt, album, dyskietka, teczka). Należą do nich:

- prace ucznia (lub grupy), przechowywane przez niego i prezentujących jego wysiłek, postępy i osiągnięcia w zakresie wybranego tematu (np. esej, notatki, rysunki, przykłady własnych pomysłów),
- materiały na określony temat (np. artykuły prasowe, ważne myśli i aforyzmy, fotografie wycięte z gazet),
- dokumenty dostarczające dowodów na wiedzę, umiejętności i możliwości ucznia (np. zaświadczenia o odbytych kursach, certyfikaty umiejętności w jakimś zakresie).

Tworzenie portfolio jest procesem, w którym można wyróżnić trzy etapy (ryc. 8).



Ryc. 8. Etapy pracy metodą portfolio i ich krótka charakterystyka³³

Metoda portfolio służy przygotowaniu uczniów do autonomii w uczeniu się. Jej celem jest uczenie planowania, organizowania i oceniania własnego procesu uczenia się. Tworzenie portfolio ma umożliwiać uczniom obserwację ich sposobu uczenia się i jego efektów, uczyć samodyscypliny i przyjmowania odpowiedzialności za własne uczenie się, samodzielności i ewaluacji własnej pracy.

Portfolio może być przydatną metodą w realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Treści dotyczące zdrowia realizowane są w ramach różnych przedmiotów. Wykorzystanie portfolio pozwoliłoby uczniowi:

- zidentyfikować zajęcia dotyczące zdrowia,
- łączyć przekazywane w ich ramach treści w spójną całość,
- zapisywać to, co uczeń uzna za ważne dla siebie (np. czego się dowiedział, co odkrył, co go zaskoczyło, a co utwierdziło w dotychczasowym sposobie myślenia o swoim zdrowiu i osobistych wyborach) i przydatne (od przepisów kulinarnych do obserwacji dotyczących własnej osoby, samopoczucia, planów na przyszłość).

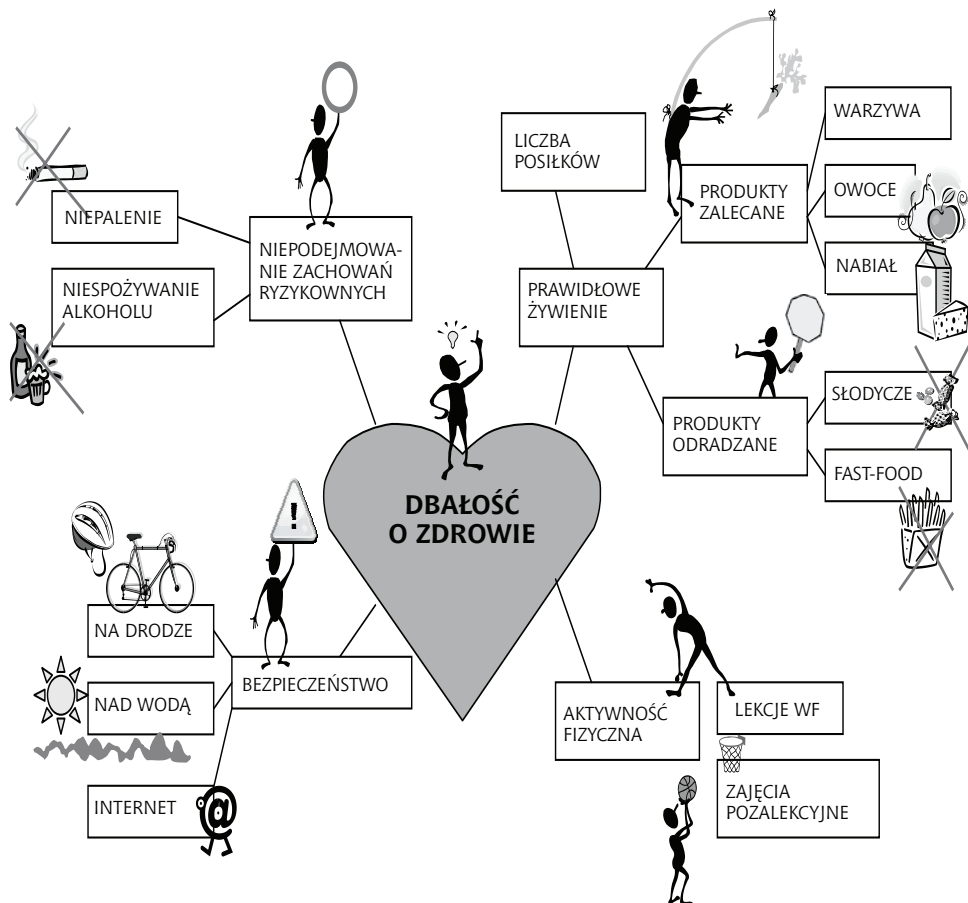
³³ Według: E. Brudnik, (2002), *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących 2*, Kielce, Zakład Wydawniczy SFS, s. 40.

Uwaga: w przypadku, gdy uczeń gromadzi materiały i dokumentację dotyczącą własnego zdrowia i rozwoju, a także innych spraw osobistych, należy zagwarantować mu prywatność, poufność i zachęcić do udostępniania innym osobom, w tym także prowadzącemu, tylko tego, co sam uzna za możliwe. Prowadzącego zajęcia w każdym przypadku obowiązuje dyskrekcja (portfolio nazywa się czasem „pudełkiem z tajemnicami”). Kluczową kwestią jest ustalenie wspólnie z uczniami sposobu i kryteriów oceny wykonanej przez nich pracy.

Metoda wizualizacji

Wizualizacja to metoda, która odwołuje się do naturalnych umiejętności tworzenia w myślach obrazów różnych stanów rzeczy. To praca na wyobrażeniach i trening wyobraźni.

Wizualizacja to m.in. techniki wizualnego opracowywania pojęcia, problemu, zjawiska, sytuacji z wykorzystaniem rysunków, symboli, obrazków, zdjęć, haseł: *mapy skojarzeń* oraz *mapy myśli*. Służą one np. porządkowaniu myśli, definiowaniu pojęć, lepszemu zapamiętywaniu, planowaniu wystąpień/opracowań pisemnych, sporządzaniu notatek z tekstów i wykładów, organizowaniu powtórek materiału. Uczniowie mogą je tworzyć indywidualnie, w parach lub zespołach. Tworzenie map polega na zapisaniu na środku arkusza papieru tematu, wyprowadzaniu od niego promieni i ich rozgałęzieniach, na których umieszcza się słowa-klucze opatrzone rysunkami, symbolami (przykład: ryc. 9).



Ryc. 9. Przykład mapy myśli

Wizualizacja jest także uznawana za technikę: wprowadzania w dobry nastrój, rozładowania stresu, wspomaganie procesu uczenia się (ćwiczenia relaksacyjne), „kreowania pozytywnych wizji”, „ewaluacji wizji” oraz pozytywnego działania (wyobrażanie sobie w stanie pełnego relaksu osiągnięcia zamierzonych rezultatów).

Technika „Narysuj i napisz”³⁴

W pracy z uczniami nauczyciel może posłużyć się także metodami projekcyjnymi. Są one użyteczne dla poznania w sposób pośredni (bez ujawniania rzeczywistych intencji) przekonań i opinii uczniów. Polegają one na zachęceniu uczniów do spontanicznego wyrażenia swych opinii przez udzielenie odpowiedzi na konkretne pytanie, w formie pisemnej lub na rysunku.

Do technik projekcyjnych należy m.in. technika „Narysuj i napisz”. Polega ona na rysowaniu i opisywaniu (nazywaniu) rysunku na zadany temat (ryc. 10), a następnie analizie prac uczniów, kategoryzacji ich treści. Jest ona szczególnie przydatna dla uczniów klas I-III szkół podstawowych. Elementy tej techniki mogą być również wykorzystywane w pracy z młodzieżą i ludźmi dorosłymi.



Ryc. 10. Przykład pracy z wykorzystaniem techniki „Narysuj i napisz”. Temat: „Co sprawia, że dobrze się czujesz?” Według: K. Weare, G. Gray, s. 60.

Technika ta pozwala uczniom wyrazić swoje uczucia, spostrzeżenia i wyobrażenia na różne tematy, czasami trudne i drażliwe. Dzięki jej zastosowaniu nauczyciele mogą poznać, w jaki sposób uczniowie interpretują otaczający ich świat i doświadczenia. Informacje zdobyte za pomocą omawianej techniki mogą być wykorzystane do planowania i ewaluacji zajęć z edukacji zdrowotnej, a także mogą stanowić podstawę do planowania pracy wychowawczej z uczniami, indywidualnej pomocy uczniom, współpracy z rodzicami itp.

³⁴ K. Weare, G. Gray, (1996), *Promocja zdrowia psychicznego w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Poradnik dla osób prowadzących kształcenie i doskonalenie nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*, Warszawa, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Instytut Matki i Dziecka, s. 57–67.

Trudności w pracy metodami aktywizującymi

W czasie pracy metodami aktywizującymi można napotkać pewne trudności. Mogą nimi być³⁵:

- przeszkody organizacyjne (np. nieodpowiednie miejsce, brak możliwości zmiany ustawienia ławek i dopasowania sposobu aranżacji przestrzeni do rodzaju pracy, brak materiałów, niemożność ich powielenia),
- bariery ze strony uczniów (np. strach przed publicznym występowaniem, brak pewności siebie, brak zainteresowania, motywacji),
- przeszkody wynikające z postawy prowadzącego (np. błędy w planowaniu, ustalenie zbyt krótkiego czasu w stosunku do oczekiwanych osiągnięć, zbyt szczegółowe trzymanie się planu, mała elastyczność; niechęć do dodatkowego wysiłku, starannego planowania i przygotowania zajęć, brak czasu; niewiara w możliwości uczących się, wtrącanie się w ich pracę, narzucanie gotowych rozwiązań).

Zdawanie sobie sprawy z tych trudności powinno być punktem wyjścia do szukania sposobów radzenia sobie z nimi.

5.3. Diagnozowanie potrzeb uczniów

Każdy uczeń ma pewien zasób wiedzy i „bagaż” doświadczeń, związanych ze zdrowiem i chorobą. Dlatego we współczesnej edukacji zdrowotnej zwraca się uwagę na konieczność **diagnozowania potrzeb uczniów**. Potrzeby te w różnych szkołach i klasach są zwykle bardzo zróżnicowane, zależnie od środowiska społeczno-kulturowego, zainteresowania zdrowiem, zachowań i problemów zdrowotnych uczniów itd. Często odbiegają od zapisów podstawy programowej. Pytanie o potrzeby może **rozbudzić zainteresowanie** uczniów sprawami zdrowia (dla większości nie są one interesujące), co sprzyja **zwiększeniu aktywności i motywacji** do uczenia się.

Diagnoza potrzeb uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej

Pytanie o potrzeby uczniów:

- Na początku roku szkolnego zapytaj uczniów, jakie tematy dotyczące tego, jak należy dbać o zdrowie własne i innych osób w najbliższym otoczeniu byłyby dla nich ciekawe i potrzebne. Zapisuj je na tablicy.
- Poinformuj uczniów, które z wymienionych przez nich tematów zaplanowałaś/eś omawiać na lekcjach w najbliższych miesiącach. Porównajcie wspólnie opinie uczniów i założenia programu. Warto zapisać na tablicy nową listę tych tematów.
- Obserwuj zachowania uczniów (np. co zjadają na drugie śniadanie, jak zachowują się na przerwach, jak reagują na sytuacje stresowe, jakie są relacje między uczniami) i na tej podstawie zmodyfikuj listę tematów do pracy z uczniami.

Pytanie o potrzeby rodziców uczniów (przez wychowawcę klasy):

- Dokonaj analizy treści dotyczących edukacji zdrowotnej, które uwzględniono w poszczególnych obszarach tematycznych (klasy I-III) lub w przedmiotach (klasy IV-VI) w danym roku szkolnym.
- Na jednym z pierwszych zebrań rodziców poinformuj rodziców o planowanych tematach, a także jakie tematy uznały za interesujące ich dzieci. Zapytaj o opinie w tej sprawie i poproś o wymienienie tematów, które zdaniem rodziców byłyby przydatne dla ich dzieci i dlaczego.
- Wyjaśnij rodzicom, że potrzebny jest ich udział w realizacji tych tematów: pomoc dziecku we wprowadzaniu zmian w zachowaniach zdrowotnych, tworzenie dla nich wzorców zachowań itd.
- Zapytaj, czy byłiby zainteresowani omawianiem na kolejnych zebraniach tematów dotyczących wspólnej pracy szkoły i rodziców w kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia dzieci. Przedyskutujcie wspólnie sposoby realizacji tego zadania, pomysły i oferty ze strony rodziców.
- Wnioski z tej dyskusji weź pod uwagę w pracy z uczniami.

³⁵ I. Dzierzgowska, (2004). *Jak uczyć metodami aktywnymi*. Warszawa, Fraszka Edukacyjna, s. 46.

Diagnozowanie potrzeb uczniów jest szczególnie ważne w realizacji bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. W podstawie programowej zapisano: „Zajęcia wychowania fizycznego w zakresie edukacji zdrowotnej powinny być dostosowane do potrzeb uczniów (po przeprowadzeniu diagnozy tych potrzeb). Uczniowie powinni też aktywnie uczestniczyć w planowaniu, realizacji i ewaluacji zajęć”.

W szkole podstawowej, na drugim etapie edukacyjnym, w wychowaniu fizycznym, nie ma bloku „edukacja zdrowotna”, ale w podstawie programowej tego przedmiotu jest wiele wymagań, które dotyczą edukacji zdrowotnej. Wymagania te są również w podstawie programowej innych przedmiotów (omówiono je w części II, rozdział 2).

W przypadku uczniów szkół podstawowych, zwłaszcza klas I-III, ważne jest także pytanie rodziców uczniów o to:

- Jakie tematy należałoby omawiać na lekcjach, aby dzieci lepiej dbały o zdrowie?
- Jakie tematy dotyczące zdrowia należałoby omawiać z rodzicami na zebraniach, aby wspierali swoje dzieci w dbałości o zdrowie?

Potrzeba taka wynika z faktu, że zachowania zdrowotne i dbałość o zdrowie dzieci zależy w największym stopniu od rodziców, którzy tworzą wzorce dla swych dzieci.

Istnieją różne sposoby diagnozowania potrzeb uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej.

W ramce na str. 35 podano propozycję do wykorzystania przez wychowawców klas i nauczycieli innych przedmiotów. Warto także obserwować zachowania uczniów w czasie pobytu w szkole. Może okazać się, że zaspokojenie wszystkich potrzeb zgłoszonych przez uczniów z różnych względów nie jest możliwe (np. brak czasu, trudności nauczyciela w ich realizacji). Należy to uczniom odpowiednio wyjaśnić i uzasadnić.

5.4. Cykl uczenia się przez doświadczanie

W edukacji zdrowotnej, obok stosowania metod aktywizujących, powinno uwzględniać się **cykl uczenia się przez doświadczanie** (ang. *cycle of experiential learning*). Teoria uczenia się przez doświadczanie (empirycznego uczenia się), opracowana przez D.A. Kolba³⁶, zakłada, że uczenie się jest procesem, w którym wiedza jest tworzona przez doświadczanie i jest wynikiem kombinacji, odbierania i przetwarzania przez jednostkę informacji płynących z własnego doświadczenia. Odbieranie i przetwarzanie doświadczenia tworzy czterostopniowy cykl uczenia się (ryc. 11).



Ryc. 11. Cykl uczenia się przez doświadczanie według D.A. Kolby

Etap 1. Doświadczenie – uczenie się na podstawie własnych odczuć. Są to ćwiczenia, w których uczący się jest aktywny, wykonuje konkretne zadanie **samodzielnie** (praca indywidualna) lub w **małej grupie**, przeżywa jakiegoś sytuację, odwołując się do własnych zasobów wiedzy, doświadczeń, obserwacji.

Etap 2. Refleksja i dyskusja – uczenie się przez słuchanie innych i obserwację. Obejmuje autorefleksję i **dyskusję w grupie** na temat wyników ćwiczenia – wymiana opinii, wyrażanie uczuć.

³⁶ D.A. Kolb, (1984), *Experiential learning. Experiences as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc.

Etap 3. Pogłębianie, porządkowanie lub korekta wiedzy – uczenie się przez logiczne analizowanie i myślenie. Może być to wykład, przeczytanie tekstu. Zalecany jest krótki, podsumowujący „miniwykład” (5–10 minut), zawierający najważniejsze, uporządkowane informacje.

Etap 4. Własne eksperymentowanie – uczenie się przez działanie. Uczący się **planuje**, jak wykorzystać uzyskaną wiedzę lub nowe umiejętności i próbuje je zastosować w życiu codziennym (eksperymentuje). Pozwala mu to określić nowe potrzeby i problemy, przygotować się do nowych doświadczeń, czyli rozpocząć cykl uczenia się od początku.

Ten sposób uczenia się zakłada, że nowa wiedza i umiejętności tworzone są w wyniku transformacji własnych doświadczeń uczącego się i umiejscawia proces uczenia się w obszarze jego potrzeb i zainteresowań. Ważne jest, aby uczący się był w pełni gotowy i otwarty na nowe doświadczenia oraz miał poczucie własnego, aktywnego w nim udziału, a prowadzący zajęcia był jego przewodnikiem w uczeniu się, a nie ekspertem. Warunkiem skuteczności uczenia się jest:

- zachowanie w miarę możliwości całego cyklu (4 etapów), co nie zawsze jest możliwe,
- umożliwienie uczącym się na zakończenie zajęć zaplanowanie ich własnych działań (eksperymentu).

5.5. Zasady zapisywania scenariusza zajęć

Cykl uczenia się przez doświadczanie stanowi podstawę do opracowywania scenariuszy zajęć edukacji zdrowotnej. Nauczyciele mogą korzystać z gotowych scenariuszy, dostępnych w różnych publikacjach, ale warto opanować umiejętność przygotowywania własnych scenariuszy zajęć, dostosowanych do potrzeb uczniów, warunków i własnych umiejętności. Niżej zamieszczono schemat scenariusza, który jest bardzo przydatny w praktyce edukacji zdrowotnej. Porządkuje on cały proces planowania zajęć, dobór ćwiczeń, pomocy itd. W układaniu scenariusza należy zwrócić uwagę na: **spójność zadań, oczekiwanych efektów i ćwiczeń.**

Schemat scenariusza zajęć

Temat zajęć – staraj się zapisać go precyzyjnie, niezbyt szeroko

Zadania (cele szczegółowe)	Pomoce
<p>Ustal dokładnie, co zamierzasz zrobić w czasie zajęć np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – przekazać informacje – uświadomić coś uczniom – zachęcić do czegoś (zainicjować, zaplanować) – nauczyć czegoś, przeciwyczyć jakieś umiejętności – przedyskutować coś. <p>Zadania powinny być bardzo precyzyjnie sformułowane, gdyż jest to punkt wyjścia do planowania ćwiczeń i przebiegu zajęć. Liczba i rodzaj zadań (ćwiczeń) powinna być dostosowana do czasu, którym dysponujesz i percepcji uczniów.</p>	<p>W zależności od zaplanowanych ćwiczeń zapisz, jakie potrzebujesz pomoce i materiały.</p>
	Czas trwania zajęć – określ.
<p>Oczekiwane efekty – zapisz, co uczestnicy po zajęciach powinni wiedzieć, rozumieć, umieć itd., zgodnie z ustalonymi zadaniami. Staraj się zaplanować oczekiwane efekty realistycznie. Oczekiwania te powinny nawiązywać do wymagań w podstawie programowej.</p>	

Opis przebiegu zajęć
<p>1. Część wstępna</p> <p>a) Przedstaw temat zajęć i zadania (zapisz je na tablicy lub arkuszu papieru).</p> <p>b) W zależności od sytuacji i potrzeby wybierz ćwiczenie wprowadzające.</p> <p>2. Część właściwa</p> <p>a) Zapisz w sposób jasny i precyzyjny kolejne ćwiczenia oraz sposób, w jaki je przeprowadzisz. W doborze i kolejności ćwiczeń weź pod uwagę trzy pierwsze etapy cyklu uczenia się przez doświadczanie:</p> <p>(1) doświadczanie (praca indywidualna),</p> <p>(2) refleksja i dyskusja (praca w małych grupach, parach),</p> <p>(3) pogłębianie, porządkowanie lub korekta wiedzy („miniwykład”).</p> <p>Korzystnie jest nadać tytuł danemu ćwiczeniu, jak w scenariuszach w części drugiej.</p> <p>b) Określ orientacyjnie czas przeznaczony na każde ćwiczenie oraz zaplanuj warianty ćwiczeń, do ew. wykorzystania w zależności od przebiegu zajęć i potrzeb grupy.</p> <p>3. Część końcowa – podsumowanie i ewaluacja zajęć</p> <p>a) Zapisz, jak sprawdzisz czy osiągnięto oczekiwane efekty. Najprostszym sposobem jest zapytanie uczestników: Czego się nauczyli? Czego dowiedzieli się o sobie? Co sobie uświadomili? Co wynoszą z zajęć? Co mogą zastosować w swoim życiu, pracy? Jakie działania zamierzają podjąć w najbliższym czasie w wyniku tych zajęć? (4) etap cyklu uczenia się przez doświadczanie – własne eksperymentowanie. W przypadku, gdy celem zajęć było przekazanie wiedzy, można zastosować np. zdania niedokończone.</p> <p>b) Zaplanuj, jak dokonasz oceny przebiegu zajęć (ewaluacja procesu). Możesz zapytać: Co się podobało? Co zmieniliby? Czy są zadowoleni z udziału w zajęciach? Uwaga! Dokonywanie tej oceny nie jest konieczne, ani też możliwe po każdym zajęciu.</p>
<p>Uwagi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaplanuj ćwiczenia np. relaksacyjne, ruchowe, zwiększające koncentrację, aktywność do ew. wykorzystania w zależności od rodzaju zajęć, tematu i sytuacji w grupie. • Zapisz dodatkowe informacje, które zamierzasz przekazać uczniom, np. adresy stron internetowych, czasopismo, tytuły książek, które chcesz im polecić itd.

5.6. Warunki, organizacja i atmosfera w czasie zajęć

Warunki i organizacja zajęć edukacji zdrowotnej oraz panująca w czasie ich trwania atmosfera powinny sprzyjać motywacji do uczenia się oraz zapewniać uczniom i nauczycielowi poczucie komfortu i bezpieczeństwa.

Warunki i organizacja zajęć

Potrzeba zapewnienia odpowiednich warunków fizycznych, w jakich odbywają się zajęcia edukacji zdrowotnej, wynika głównie ze stosowania metod aktywizujących.

- **Liczba osób w grupie** – najkorzystniej jest, gdy wynosi ona około 20; w większej grupie trudno jest zaktywizować wszystkich uczniów (mało aktywni są uczniowie nieśmiali) oraz utrzymać dyscyplinę.
- **Pomieszczenie** – najkorzystniej jest, gdy sala, w której odbywają się zajęcia, umożliwia swobodne poruszanie się i przemieszczanie uczniów, tworzenie i przekształcanie grup, wykonywanie ćwiczeń ruchowych, relaksacyjnych, przeprowadzanie zabaw, rozwieszanie prac, itd.
- **Sposób siedzenia uczniów i nauczyciela** – zależy od możliwości lokalowych, a także rodzaju zajęć. Korzystnie jest, aby uczniowie i nauczyciel „widzieli się” nawzajem i mogli rozmawiać. Najprościej jest ustawić krzesła w kręgu lub półkołu (przy dużej grupie mogą być „podwójne”). Symbolizuje to równość uczniów i nauczyciela. Gdy planowana jest praca w grupach, warto odpowiednio ustawić stoliki dla każdej grupy.
- **Wyposażenie** – tablica, rzutnik pisma, multimedialny, arkusze papieru, markery itd. Ważne jest, aby uczniowie mogli rozwieszać w sali wytwory swojej pracy indywidualnej i grupowej.

Tworzenie dobrej atmosfery w czasie zajęć

Dobra atmosfera sprzyjająca budowaniu zaufania, motywacji i aktywności jest podstawowym warunkiem skuteczności każdego uczenia się. W edukacji zdrowotnej jest to szczególnie ważne, gdyż w czasie zajęć mogą ujawniać się kwestie dotyczące osobistych i intymnych spraw uczniów, a także tematy drażliwe i kontrowersyjne. Istnieje wiele czynników, które decydują o dobrym klimacie w klasie (tab. 5).

Tabela 5. Czynniki, od których zależy dobry klimat uczenia się w grupie³⁷

Rodzaj czynnika	Czynniki
Czynniki fizyczne	<ul style="list-style-type: none">▪ pomieszczenie zapewniające komfort i odizolowane od zewnętrznych zakłóceń,▪ sposób siedzenia umożliwiający kontakt wzrokowy ze wszystkimi uczestnikami,▪ jasne, stymulujące otoczenie, dobre oświetlenie,▪ czas zajęć wygodny dla uczestników i wystarczający dla realizacji zadań
Czynniki psychospołeczne	<ul style="list-style-type: none">▪ odpowiedni styl liderowania,▪ umiejętność kierowania pracą grupy,▪ odpowiednia liczba uczestników,▪ negocjowanie zasad pracy w grupie,▪ jasne określenie celów i oczekiwań,▪ stałe śledzenie reakcji uczestników,▪ konstruktywne przekazywanie informacji zwrotnych,▪ właściwe wprowadzanie elementów humoru,▪ wysoki poziom zaufania i współpracy,▪ interakcje między wszystkimi uczestnikami,▪ rozwiązywanie konfliktów pojawiających się w grupie w otwarty sposób

Klimat zajęć zależy przede wszystkim od prowadzącego je nauczyciela. W edukacji zdrowotnej za podstawowe, ułatwiające komunikowanie i uczenie się cechy nauczyciela uznaje się szacunek, empatię i autentyczność. Zwraca się uwagę na to, że nauczyciel ten powinien także stale wzbogacać swoją wiedzę i doskonalić własne umiejętności metodyczne, wychowawcze oraz psychospołeczne, aby:

- mieć poczucie kompetencji do podjęcia tematów edukacji zdrowotnej, tzn. posiadać **wiedzę, znajomość metod i „swobodę psychologiczną”**³⁸ w poszczególnych obszarach tematycznych,
- nawiązywać dobre relacje z uczniami i innymi osobami.

Wykorzystanie technologii informacyjnej w edukacji zdrowotnej

Upowszechnienie nowych technologii informacyjnych, z wykorzystaniem komputerów i internetu stwarza szansę na uatrakcyjnienie zajęć z edukacji zdrowotnej i tym samym większe zainteresowanie uczniów zagadnieniami dotyczącymi zdrowia. Nauczyciele powinni zachęcać uczniów do poszukiwania informacji na różnych stronach internetowych z równoczesnym zwracaniem uwagi na wiarygodność źródeł tych informacji. W wielu krajach dostępne są specjalne programy komputerowe przeznaczone do edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. W Polsce nie ma takich programów, zwłaszcza powiązanych z zapisami podstawy programowej.

³⁷ Według: K. Tones, J. Green, (2004). *Health promotion. Planning and strategies*, London, SAGE Publications, s. 303–304.

³⁸ Termin „swoboda psychologiczna” oznacza, że posiadamy swobodę w: wykorzystaniu wiedzy, posługiwaniu się odpowiednią terminologią (np. nazwami związanymi z narządami płciowymi i seksualnością, które mogą sprawiać niekiedy osobom w zakłopotanie); elastycznego stosowania różnych metod i technik; bycia z uczniami także w trudnych sytuacjach.

Podsumowanie

Do ważnych cech w metodyce nowoczesnej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży należą:

- Koncentracja na procesie uczenia się.
- Pełnienie przez nauczyciela roli przewodnika, doradcy uczniów (a nie eksperta).
- Modelowanie przez nauczycieli pożądaných postaw i zachowań zdrowotnych.
- Pytanie uczniów o ich potrzeby i zachęcanie do udziału w planowaniu programu zajęć.
- Stosowanie metod aktywizujących.
- Wykorzystywanie cyklu uczenia się przez doświadczanie.
- Tworzenie w czasie zajęć atmosfery sprzyjającej budowaniu zaufania, motywacji i aktywności.

Literatura uzupełniająca

Brudnik E., Moszyńska A., Owczarska B., (2000), *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*, Kielce. Zakład Wydawniczy SFS.

Brudnik E., (2002), *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących 2*, Kielce, Zakład Wydawniczy SFS.

Dzierzgowska I., (2004), *Jak uczyć metodami aktywnymi*, Warszawa, Fraszka Edukacyjna.

Klimowicz A., (2005), *Metody nauczania w pracy z dorosłymi*, [w:] *Poradnik edukatora*, M. Owczarz (red.), Warszawa, CODN.

Potocka B., Nowak L., (2002), *Projekty edukacyjne. Poradnik dla nauczycieli*, Kielce, Zakład Wydawniczy SFS.

Taraszkiewicz M., (1996), *Jak uczyć lepiej?, czyli refleksyjny praktyk w działaniu*, Warszawa, Wydawnictwa CODN.

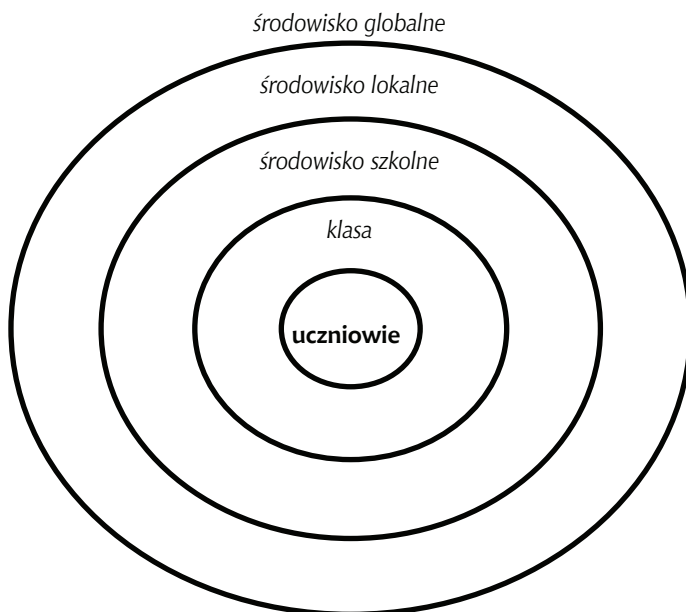
Taraszkiewicz M., Rose C., (2006), *Atlas efektywnego uczenia (się)*, cz. 1, Warszawa, Transfer Learning, CODN.

Woynarowska B., (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

6. Czynniki w środowisku szkoły wspierające realizację edukacji zdrowotnej

Barbara Woynarowska, Maria Sokołowska

Szkoła jest organizacją, której działania odbywają się i/lub są w różnym stopniu powiązane z czterema poziomami: klasa, środowisko szkolne, środowisko lokalne (w tym rodzinne) i globalne.



Zdaniem Trefora Williamsa, jednego z twórców nowoczesnej edukacji zdrowotnej i koncepcji szkoły promującej zdrowie w Europie, **jeśli to czego dziecko uczy się w klasie, nie jest wspierane na pozostałych poziomach, to przekazywana mu wiedza jest niewiarygodna i nie ma żadnego na dziecko wpływu**³⁹. Dotyczy to w zasadzie wszystkich obszarów edukacji, ale szczególnie edukacji zdrowotnej, w czasie której **dziecko uczy się jak żyć aby chronić i doskonalić swoje zdrowie**. Konieczny jest zatem **transfer tego, co uczeń zdobywa w tym zakresie w klasie do jego codziennego życia**, które odbywa się w wielu środowiskach (siedliskach).

Należy sobie zdawać sprawę, że na skuteczność edukacji zdrowotnej mają wpływ różnorodne czynniki we wszystkich wymienionych na rycinie środowiskach. We współczesnym świecie jednym z głównych źródeł informacji o zdrowiu są mass media oraz internet. Uczeń żyje w trzech światach: rzeczywistym, medialnym i wirtualnym. Szkoła nie ma wpływu na świat medialny i wirtualny ucznia, ale może wykorzystywać technologie informacyjne w realizacji edukacji zdrowotnej, a także kształtować u uczniów umiejętności krytycznej oceny informacji pochodzących z różnych źródeł, zwłaszcza z reklam i internetu.

³⁹ T. Williams, (1988), *Szkoła promująca zdrowie – rzeczywistość czy mit*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 7–8, s. 193–194.

Ponad 22 -letnie doświadczenia w realizacji w Polsce i w Europie programu „szkoła promująca zdrowie”⁴⁰ wskazują, że skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej jest największa przy **całościowym podejściu do zdrowia w szkole** (ang. *whole school approach to health*). W podejściu tym zdrowie uznawane jest za wartość indywidualną i społeczną oraz jest filarem ogólnej polityki szkoły, zapisanej w misji szkoły, programie jej rozwoju i programie dydaktycznym, wychowawczym i profilaktycznym. Ważne jest, aby istniała **spójność między zapisaną polityką (programem) szkoły a codziennym jej funkcjonowaniem i organizacją**. Edukacja zdrowotna, z wykorzystaniem metod aktywizujących, ukierunkowana na rozwijanie kompetencji do działania jest jednym z podstawowych zasad tego podejścia, a jej skuteczności sprzyjają czynniki wymienione w ramce.

Czynniki sprzyjające skuteczności edukacji zdrowotnej w szkole

- Sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne szkoły.
- Inwestowanie w rozwój osobisty, społeczny i zawodowy nauczycieli.
- Pozyskanie pracowników szkoły niebędących nauczycielami.
- Współdziałanie z pielęgniarką lub higienistką szkolną.
- Współdziałanie z rodzicami uczniów.
- Współdziałanie ze społecznością lokalną.

6.1. Tworzenie w szkole środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu

W środowisku szkolnym istnieje wiele czynników, które mogą wpływać na samopoczucie i zdrowie uczniów oraz pracowników, a także wyniki nauczania/uczenia się. Tworzone są w nim także wzorce, które uczniowie i pracownicy mogą przenosić w życie poza szkołą. Środowisko szkolne, w którym uczniowie spędzają wiele godzin, ma istotny wpływ na skuteczność edukacji zdrowotnej, ale tylko wówczas, gdy **istnieje spójność między tym czego uczniowie uczą się na lekcjach, a tym co widzą wokół siebie i co mogą praktykować w szkole**.

W tradycyjnym podejściu, w higienie szkolnej, koncentrowano się głównie na zapewnieniu uczniom i nauczycielom odpowiednich warunków środowiska fizycznego szkoły i organizacji procesu nauczania. Działania te były ukierunkowane na ochronę zdrowia fizycznego i zapewnienie bezpieczeństwa. W całościowym podejściu do zdrowia w szkole niezbędne jest **branie pod uwagę wszystkich wymiarów zdrowia** (fizyczne, psychiczne, społeczne) i **równie ważne jest środowisko fizyczne i społeczne**.

Środowisko fizyczne szkoły

Środowisko fizyczne szkoły tworzą:

- budynek i jego zawartość: struktura i infrastruktura, wyposażenie (umeblowanie), występowanie czynników chemicznych i biologicznych
- teren szkoły i jego urządzenie,
- otaczające środowisko, w tym: powietrze, woda, materiały, z którymi mogą mieć kontakt uczniowie i pracownicy oraz ruch uliczny i inne zagrożenia (np. sąsiedztwo zakładu przemysłowego, ruchliwej ulicy oraz innych źródeł zanieczyszczenia i hałasu), a także występowanie

⁴⁰ B. Woynarowska, M. Sokołowska, (2006), *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, z. 10 (www.ore.edu.pl).

niekorzystnych zjawisk w otoczeniu szkoły (np. akty przemocy i wandalizmu, sprzedaż i używanie alkoholu i narkotyków, zdewastowane budynki, śmieci).

Zdrowe i bezpieczne środowisko fizyczne szkoły

- **Sprzyja dobrej dyspozycji do uczenia się i pracy oraz dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników**, zapewniając: nieprzeludniony budynek i pomieszczenia dydaktyczne; odpowiedni mikroklimat i wyposażenie; organizację pracy i rozkład lekcji dostosowany do rytmów biologicznych; możliwość rekreacji, zaspokojenia głodu, pragnienia i innych potrzeb fizjologicznych.
- **Chroni uczniów i pracowników** przed:
 - urazami i zatruciami zaistniałymi w następstwie wypadków,
 - chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi, w tym chorobami szerzącymi się: drogą kropelkową (infekcje układu oddechowego, grypa), pokarmową i przez kontakt z ciałem lub odzieżą osób zarażonych np. świerzbem i wszawicą,
 - występowaniem zaburzeń: układu ruchu (odpowiednie meble), wzroku (odpowiednie oświetlenie), słuchu (ograniczanie hałasu), zaburzeń głosu u nauczycieli,
 - zaostrzeniem przewlekłych chorób, w tym zwłaszcza alergicznego nieżytu błony śluzowej nosa i astmy oskrzelowej (konieczność usuwania kurzu, wad w wentylacji, ochrona przed dymem tytoniowym itd.).
- Zapewnia **możliwość uzyskania pierwszej pomocy** w przypadkach urazów i nagłych zachorowań.

Podstawowe wymagania (normy) dotyczące środowiska fizycznego szkoły określają odpowiednie przepisy prawne. Opisano je także w różnych publikacjach⁴¹. Mimo niewątpliwej poprawy, w wielu szkołach nadal istnieją nieprawidłowości w stanie techniczno-użytkowym szkół oraz w zakresie zapewnienia w nich bezpiecznych i higienicznych warunków. Wskazują na to wyniki kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wyniki badań⁴¹, badań⁴².

Ważnymi z punktu widzenia skuteczności edukacji zdrowotnej elementami środowiska fizycznego szkoły są szczególnie:

- **Organizacja posiłków szkolnych**, dostępność w szkole wody pitnej (poza wodą z kranu w umywalniach) oraz produktów żywnościowych i napojów (w sklepiku, automatach) korzystnych dla zdrowia – bez tego edukacja żywieniowa uczniów, realizowana w ramach różnych przedmiotów, nie będzie skuteczna. W ramce niżej zamieszczono ważne stanowisko w sprawie działań szkoły w zakresie zdrowego żywienia uczniów.
- **Zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych**: utrzymywanie czystości i estetyki w pomieszczeniach szkolnych, prowadzenie segregacji śmieci itd. – bez tego trudno oczekiwać, że zapisane w podstawie programowej wymagania (treści) dotyczące higieny ciała i otoczenia będą miały istotny wpływ na zachowania uczniów.
- **Zapewnienie odpowiednich mebli szkolnych**, co jest warunkiem utrzymywania prawidłowej pozycji ciała – bez tego, zachęcając uczniów, aby dbali o swoją postawę ciała i zapobiegali zaburzeniom układu ruchu, nie jesteśmy wiarygodni.

⁴¹ E. Kołodziejczyk, D. Markiewicz, A. Głodkowska i in., (2008), *Odpowiedzialność za życie i bezpieczeństwo dzieci oraz stan techniczny budynków placówek oświatowych*, Poznań, Wydawnictwo FORUM; B. Woynarowska, (2010), *Środowisko i organizacja pracy szkoły*, [w:] B. Woynarowska, A. Kowalewska, Z. Izdebski, K. Komosińska, *Biomedyczne podstawy wychowania i kształcenia. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 235–378.

⁴² B. Woynarowska, K. Komosińska, A. Małkowska-Szcutnik, (2011), *Środowisko fizyczne szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce w ocenie ich dyrektorów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” nr 3, s. 455–460.

**Stanowisko Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia
oraz Ministra Sportu i Turystyki w sprawie działań podejmowanych przez szkoły
w zakresie zdrowego żywienia uczniów**

Zdrowe, racjonalne żywienie jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka i warunkiem prawidłowego rozwoju, dobrego samopoczucia oraz pełnej dyspozycji do uczenia się. Nieprawidłowości w żywieniu są przyczyną wielu zaburzeń, w tym w ostatnich latach, epidemii nadwagi i otyłości. Statystycznie podaje się, że w Europie otyłe jest co czwarte dziecko. W Polsce nadwagę ma 18% dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Jest to poważne zagrożenie dla zdrowia polskiego społeczeństwa, gdyż wyniki badań wskazują, że u 80% dzieci z otyłością utrzymuje się ona w dalszych latach życia.

Ważną rolę w zaspokajaniu potrzeb żywieniowych dzieci i młodzieży oraz w kształtowaniu właściwych zachowań w tym zakresie powinna odgrywać szkoła. Dla realizacji tych zadań niezbędne jest podjęcie przez szkoły wszystkich typów działań w zakresie wspierania zdrowego żywienia uczniów, w tym szczególnie:

1. Umożliwienie uczniom dostępu do produktów i napojów o najwyższych walorach zdrowotnych oraz właściwa organizacja posiłków, w tym:

- a) tworzenie warunków umożliwiających spożywanie śniadań szkolnych w klasach przez wszystkich uczniów, wspólnie z nauczycielem,
- b) uczestnictwo w programach, ustanowionych przez Komisję Europejską w ramach Wspólnej Polityki Rolnej, realizowanych przez Agencję Rynku Rolnego: „Dopłaty do spożycia mleka i przetworów mlecznych w placówkach oświatowych” (tzw. *Szklanka Mleka*) i *Owoce w szkole*,
- c) dobór asortymentu produktów żywnościowych i napojów w sklepikach szkolnych zgodny z zasadami zdrowego żywienia (w tym zwłaszcza ograniczenie produktów i napojów o dużej zawartości cukru, soli i tłuszczów),
- d) zapewnienie uczniom dostępu do wody pitnej,
- e) organizacja dożywiania uczniów z rodzin o niskich dochodach w sposób przeciwdziałający ich dyskryminacji,
- f) w szkołach, w których wydawane są obiady lub inne ciepłe posiłki dla uczniów, przestrzeganie przy ich przygotowywaniu zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia,
- g) uwzględnianie specyficznych potrzeb żywieniowych uczniów z chorobami przewlekłymi (m.in. z otyłością, cukrzycą, celiakią, fenyloketonurią, nietolerancją mleka).

2. Podejmowanie działań w zakresie edukacji żywieniowej, jako elementu edukacji zdrowotnej, w tym:

- a) realizacja wymagań dotyczących prawidłowego odżywiania zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego w zakresie poszczególnych przedmiotów, w tym organizacja zajęć praktycznych związanych z przygotowaniem zdrowych posiłków, a także podejmowanie działań określonych w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie sposobu realizacji środków towarzyszących, służących zapewnieniu skutecznego wykonania programu *Owoce w szkole* (Dz.U. Nr 103, poz. 594),
- b) wdrażanie dodatkowych programów edukacyjnych, dotyczących prawidłowego odżywiania się dzieci i młodzieży; dokonywanie ewaluacji wyników realizacji tych programów,
- c) umożliwianie nauczycielom i innym pracownikom szkoły udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego w zakresie zdrowego żywienia,
- d) podejmowanie współpracy na poziomie lokalnym (z rodzicami, jednostką samorządu terytorialnego, społecznością lokalną).

Powyższe działania zostały opracowane w wyniku współpracy Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Sportu i Turystyki podjętej na podstawie podpisanego 23 listopada 2009 r. *Porozumienia o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*.

Tekst zamieszczony 6 października 2011 r. na stronie www.men.gov.pl

Środowisko społeczne szkoły

Środowisko społeczne szkoły tworzy społeczność szkolna – uczniowie, pracownicy i rodzice. Wyniki badań wskazują, że istnieje związek między postrzeganiem przez uczniów środowiska społecznego szkoły a zdrowiem, zadowoleniem z życia i podejmowaniem zachowań ryzykownych. Uczniowie gimnazjów, którzy lepiej postrzegają ten aspekt środowiska szkoły:

- lepiej oceniają swoje zdrowie, rzadziej odczuwają różne dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne, rzadziej są niezadowoleni ze swego życia;
- rzadziej podejmują zachowania ryzykowne: regularne palenie, nadużywanie alkoholu, częste używanie marihuany lub haszyszu, uczestnictwo w bójkach i dręczeniu innych uczniów; szczególne znaczenie dla ograniczania tych zachowań uczniów ma wsparcie ze strony nauczycieli⁴³.

Społeczność szkolna tworzy **klimat społeczny szkoły**. Jest to pojęcie złożone i różnie definiowane⁴⁴. Dotyczy **sposobu, w jaki członkowie społeczności szkolnej postrzegają, oceniają i reagują na to, co się dzieje w szkole**. Poszczególne elementy klimatu społecznego szkoły mogą być odmiennie postrzegane przez uczniów, różne grupy pracowników oraz rodziców. Klimat społeczny szkoły ma **wiele wymiarów** (ramka). W Polsce opracowano narzędzie do badania klimatu społecznego szkoły, wykorzystywane w autoewaluacji przez szkoły promujące zdrowie⁴⁵.

Najczęściej wymieniane wymiary klimatu społecznego szkoły

- Relacje interpersonalne wewnątrz różnych grup społeczności szkolnej oraz między poszczególnymi grupami.
- Autonomia uczniów i ich uczestnictwo w podejmowaniu decyzji w ważnych sprawach.
- Wsparcie społeczne.
- Wspierająca współpraca.
- Dyscyplina i porządek.
- Motywowanie do osiągnięć, stwarzanie równych szans uczenia się i osiągania sukcesów.
- Uczestnictwo rodziców.
- Eliminowanie przemocy.

Pozytywny klimat społeczny szkoły sprzyja rozwijaniu u uczniów umiejętności życiowych (osobistych i społecznych), które są ważnym elementem edukacji zdrowotnej (patrz rozdz. 3). Stwarza uczniom i nauczycielom w czasie pobytu w szkole możliwości praktykowania tych umiejętności, a tym samym sprzyja skuteczności edukacji zdrowotnej. Jednym w ważnych warunków budowania klimatu społecznego wspierającego zdrowie psychiczne i społeczne jest **rozwijanie współpracy w miejsce rywalizacji**. Szczególnie w odniesieniu do popularyzowania aktywności ruchowej warto się zastanowić, czy w codziennej praktyce nie uciekamy się zbyt często do zajęć opartych na rywalizacji. Nawet w czasie imprez szkolnych (np. święta szkoły) dominują wyścigi i konkursy, a przecież **sport i rywalizacja odpowiadają potrzebom bardzo wąskiej grupy osób utalentowanych, a aktywność fizyczna ma być atrakcyjną ofertą dla wszystkich**. Potrzebne są propozycje, jak organizować atrakcyjne formy aktywności fizycznej, która nie łączy się z poczuciem wygranej czy przegranej, ale jest wspólną zabawą, daje poczucie

⁴³ J. Mazur, A. Małkowska, M. Woynarowska-Sołdan, (2003), *Związki między środowiskiem psychospołecznym i przystosowaniem do szkoły a zdrowiem, zadowoleniem z życia i zachowaniami ryzykownymi uczniów gimnazjum*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, Warszawa, Wydział Pedagogiczny UW, s. 109–131.

⁴⁴ M. Woynarowska-Sołdan, (2007), *Klimat społeczny szkoły – koncepcje i czynniki warunkujące*, „Remedium” nr 12, s. 22–23.

⁴⁵ M. Woynarowska-Sołdan, (2006), *Standard czwarty (klimat społeczny szkoły)*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, z. 11, s. 102–132.

radości, relaksu. Przykładem może być bieg grupami, który łączy się z wykonywaniem po drodze różnorodnych zadań (np. narysowanie plakatu okolicznościowego, ułożenie hasła czy wierszyka, obserwacja obiektów przyrody itp). Pozwała to na nawiązanie współpracy, wykorzystanie umiejętności i możliwości osób, które nie są uzdolnione ruchowo, ale które mogą również czerpać radość z ruchu w grupie. Symboliczne nagrody otrzymują wszystkie zespoły, które wykonały wszystkie zadania niezależnie od tego kto zakończył bieg pierwszy.

Popularną formą pracy szkół, która ma motywować uczniów do udziału w imprezach prozdrowotnych są **konkursy**. Uwadze organizatorów konkursów często umyka fakt, że angażując się w nie tylko tacy uczniowie, którzy mają szansę w konkursie wygrać. Dążenie do zdobycia nagrody często odwraca uwagę od rzeczywistego celu, jakim ma być doskonalenie zdrowia, a przegrana spowodowana słabszą kondycją któregoś z uczestników wyzwala agresję niszczącą pozytywny klimat społeczny.

Najlepszą formą pracy w edukacji zdrowotnej są **projekty uczniowskie** (patrz rozdz. 5.2.). Pozwalają one wykorzystać i rozwijać twórczy potencjał dzieci i młodzieży, skorzystać z ich pomysłów, uzyskać ich rzeczywiste zaangażowanie. Są doskonałą okazją do rozwijania wielu umiejętności psychospołecznych, jak planowanie, współpraca z rówieśnikami, rozwiązywanie problemów i konfliktów itd. Jest to nie tylko sposób sprzyjający budowaniu dobrego klimatu, ale naturalny sposób realizacji w praktyce ważnych celów edukacji zdrowotnej. Stwarza także nauczycielom możliwość doświadczenia czegoś nowego, uwolnienia się od rutyny, która często prowadzi do wypalenia zawodowego.

6.2. Rozwój zawodowy, osobisty i społeczny nauczycieli

Nauczyciel jest kluczową postacią w szkolnej edukacji zdrowotnej. Powinien pełnić rolę przewodnika, doradcy ucznia, a nie „wszystkowiedzącego eksperta” (patrz rozdz. 5.1.). Tworzy także wzorce zachowań zdrowotnych dla uczniów i rodziców.

W komentarzu do podstawy programowej wychowania fizycznego na III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że „nauczyciele powinni uzyskać nowe kompetencje”. Rodzaj i zakres kompetencji tej grupy nauczycieli został określony w czasie roboczego spotkania nauczycieli akademickich na temat: „Przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej” (Warszawa 15 i 16 X 2008 r.)⁴⁶.

Wymienione obok kompetencje **powinni posiadać również inni nauczyciele**. Wymaga to jednak zmian systemowych w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym nauczycieli. Nową szansę stanowi Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz.U. 2012, Nr 25, poz. 131). Uwzględniono w nim po raz pierwszy m.in. takie treści kształcenia jak: edukacja zdrowotna, programy profilaktyczne, rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych uczniów, promocja i ochrona zdrowia uczniów. W niektórych ośrodkach doskonalenia nauczycieli organizowane są kursy w zakresie edukacji zdrowotnej dla nauczycieli wychowania fizycznego gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych. Należy zachęcać szkoły i nauczycieli do zwiększania tych kompetencji także w ramach systemu wewnątrzszkolnego doskonalenia.

Szczególnie ważne jest **doskonalenie umiejętności osobistych i społecznych (życiowych) nauczycieli** nie tylko z powodu uwzględnienia ich w podstawie programowej, ale także ze względu na zdrowie i jakość życia samych nauczycieli. Stwarza to okazję do refleksji nad sobą.

⁴⁶ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, s. 65 (www.reformaprogramowa.men.gov.pl).

swoim samopoczuciem psychospołecznym. Wykonywanie zawodu nauczyciela jest związane z wieloma obciążeniami dla zdrowia i samopoczucia fizycznego oraz psychicznego⁴⁷. Zawód nauczyciela należy do zawodów społecznych, pomocowych (istotą ich jest praca z ludźmi), o zwiększonym ryzyku wypalenia zawodowego⁴⁸. Rozwijanie umiejętności psychospołecznych ma istotne znaczenie w profilaktyce zespołu wypalenia zawodowego i innych zaburzeń zdrowia psychicznego nauczycieli, a także w jego promocji (doskonaleniu). Szczególnie ważne dla nauczycieli wydają się umiejętności: pozytywnego myślenia, twórczego myślenia, empatii, rozwiązywania problemów, aktywnego słuchania, konstruktywnego przekazywania i przyjmowania informacji zwrotnych, poszukiwania wsparcia, współpracy, radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi.

Pożądanane kompetencje nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej
<p>Wiedza o:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozwoju fizycznym, psychicznym, społecznym i psychoseksualnym dzieci i młodzieży oraz o zdrowiu – zasobach i czynnikach ryzyka dla zdrowia. ▪ Profilaktyce najczęstszych problemów zdrowotnych i społecznych dzieci i młodzieży oraz profilaktyce chorób cywilizacyjnych. ▪ Procesie edukacji zdrowotnej w szkole, w tym zwłaszcza ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych. ▪ Promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem szkoły promującej zdrowie.
<p>Umiejętności:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnozowania potrzeb uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej i planowania na tej podstawie jej programu. ▪ Koordynowania działań w zakresie edukacji zdrowotnej w szkole, współdziałania z innymi nauczycielami, pielęgniarką szkolną, rodzicami i organizacjami. ▪ Stosowania metod i technik nauczania wspierających aktywność i uczestnictwo uczniów oraz tworzenia atmosfery sprzyjającej uczeniu się i dobremu samopoczuciu. ▪ Motywowania uczniów do troski o zdrowie i wspierania ich w tych działaniach. ▪ Ewaluacji procesu i wyników prowadzonej przez siebie edukacji zdrowotnej.
<p>Postawa, którą charakteryzuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Przekonanie, że zdrowie jest wartością dla człowieka oraz zasobem dla społeczeństwa. ▪ Gotowość do tworzenia wzorców zachowań zdrowotnych dla uczniów. ▪ Otwartość i wrażliwość na potrzeby innych, empatia, autentyczność. ▪ Gotowość do doskonalenia własnego zdrowia oraz umiejętności życiowych. ▪ Gotowość do działań na rzecz tworzenia zdrowego środowiska pracy i nauki.

6.3. Pozyskanie do realizacji edukacji zdrowotnej pracowników szkoły niebędących nauczycielami

Pracownicy szkoły niebędący nauczycielami są zróżnicowaną grupą. Są wśród nich nauczyciele bibliotekarze, pracownicy administracji, stołówki szkolnej i obsługi. Większość z nich nie ma przygotowania do pracy z uczniami i oddziaływań wychowawczych. Nie prowadzi się dla nich szkoleń. Zwykle nie uczestniczą w dyskusjach i decyzjach dotyczących programu dydaktycznego, wychowawczego i szkolnego programu profilaktyki.

⁴⁷ J. Pyżalski, P. Plichta, (2007), *Kwestionariusz obciążeń zawodowych pedagoga (KOZP)*, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

⁴⁸ S. Tuchołska, (2009), *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*, Lublin, Wydawnictwo KUL.

Pracownicy ci tworzą „własny” system oddziaływania na uczniów, ale także wzorce zachowań zdrowotnych. Nie zawsze są one pozytywne. Warto pozyskać tę grupę pracowników do współdziałania w realizacji edukacji zdrowotnej uczniów. Ważne jest:

- tworzenie atmosfery, w której pracownicy ci poczują się „ważni” w tej działalności szkoły,
- informowanie ich o realizowanych programach, powierzanie im zadań na miarę ich możliwości,
- organizowanie szkoleń dostosowanych do ich potrzeb.

6.4. Współdziałanie z pielęgniarką lub higienistką szkolną

Zgodnie z obowiązującymi przepisami⁴⁹ pielęgniarka (higienistka) szkolna jest pracownikiem ochrony (służby) zdrowia pracującym w szkole, choć nie jest w niej zatrudniona. Zadania pielęgniarki szkolnej określają „Standardy postępowania w profilaktycznej opiece zdrowotnej sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną”. Wśród dziewięciu standardów ósmy dotyczy edukacji zdrowotnej i zapisano go w następujący sposób: „**Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia**”. Działania pielęgniarki w ramach tego standardu dotyczą:

- **Poziomu indywidualnego** – prowadzenie edukacji zdrowotnej poszczególnych uczniów oraz udzielanie porad dotyczących zdrowia przy okazji udzielanych im świadczeń zdrowotnych (wykonywanie testów przesiewowych, udzielanie pomocy ambulatoryjnej, wywiadów) lub innych kontaktów z uczniami i ich rodzicami. W kontaktach tych pielęgniarka powinna być **stałe nastawiona na edukację zdrowotną**, dostosowaną do specyficznych potrzeb uczniów. Jest ona pierwszym pracownikiem medycznym, z którym spotyka się uczeń sam, bez rodziców. Odgrywa więc ważną rolę w przygotowaniu uczniów do bycia aktywnymi pacjentami i współtwórcami swego zdrowia. Tworzyć powinna także dla uczniów wzorce zachowań prozdrowotnych.
- **Poziomu szkolnego** tzn. działań powiązanych z edukacją zdrowotną prowadzoną w szkole. Można wyróżnić dwa obszary tych działań:
 - **Udzielanie nauczycielom konsultacji w zakresie medycznych aspektów edukacji zdrowotnej.** Wielu nauczycieli ma poczucie niedostatku wiedzy medycznej i z tego powodu nie podejmuje edukacji zdrowotnej. Pielęgniarka może służyć im radą, materiałami, a także w porozumieniu z nauczycielami, prowadzić niektóre zajęcia.
 - **Uczestnictwo w planowaniu, realizacji i ewaluacji programów edukacyjnych oraz programów profilaktycznych.** W ramach tych działań pielęgniarka może realizować niektóre programy o dominującej tematyce medycznej, zwłaszcza oferowane szkołom przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Szczególnie pożądany jest udział pielęgniarki w programach profilaktyki nadwagi i otyłości u uczniów, w tym w realizowanym przez wiele szkół programie edukacyjnym „Trzymaj Formę”. Ważnym zadaniem pielęgniarki szkolnej jest także nauczanie uczniów zasad pierwszej pomocy, realizowanym zwykle w ramach współpracy z opiekunem szkolnego koła PCK.

W dotychczasowej praktyce współpraca dyirekcji i nauczycieli z pielęgniarką szkolną w obszarze edukacji zdrowotnej w znacznej części szkół nie jest zadowolająca. Obserwacje i wyniki badań wskazują, że dyrektorzy szkół i nauczyciele oczekują od pielęgniarki szkolnej przede wszystkim⁵⁰:

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2013, poz. 1248).

⁵⁰ B. Woynarowska, A. Małkowska, M. Pułtorak, M. Sokołowska, (2003). *Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej dla poprawy jakości i skuteczności działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia społeczności szkolnej*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

- Zabezpieczenia pomocy w przypadku urazów i nagłych zachorowań; powszechny jest postulat obecności (dyżurowania) pielęgniarki w szkole przez cały czas trwania zajęć szkolnych. Spełnienie tego oczekiwania nie jest możliwe. Dyżurowanie pielęgniarki w szkole, aby udzielić w razie potrzeby pomocy medycznej nie jest uzasadnione ani względami medycznymi, ani ekonomicznymi. Na etat pielęgniarki powinno przypadać, w zależności od typu szkoły, od 880 do 1100 uczniów (w większości krajów europejskich liczba ta wynosi 2000 lub więcej uczniów).
- Dokonywania przeglądów higieny osobistej uczniów. Potrzeba ta narodziła się przed 100 laty, gdy warunki sanitarne w domach większości uczniów były bardzo złe, szerzyły się choroby zakaźne i pasożytnicze. Obecnie uważamy, że wykonywanie publiczne przeglądów czystości u wszystkich uczniów nie jest uzasadnione sytuacją epidemiologiczną, a jest pogwałceniem prawa dziecka do prywatności i intymności. **Systematycznie prowadzona edukacja zdrowotna ma również zachęcać uczniów do samokontroli czystości swego ciała, a rodziców do wspierania swych dzieci w tych wysiłkach.**

Należy zachęcać dyrektorów szkół do zapoznania się z zadaniami pielęgniarki szkolnej oraz ustalenia wzajemnych oczekiwań, w tym także w zakresie edukacji zdrowotnej. Powinien być to punkt wyjścia do zaplanowania współpracy, z uwzględnieniem specyfiki danej szkoły.

6.5. Współdziałanie z rodzicami uczniów

Zgodnie z hasłem Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie zaczyna się w domu”. Rodzice są pierwszymi i najważniejszymi nauczycielami zdrowia swych dzieci. Ta ich rola nie kończy się w chwili, gdy dziecko rozpoczyna naukę w szkole. Nawet w okresie dorastania, gdy dzieci mają silną potrzebę niezależności i krytyczny stosunek do rodziców, mają oni istotny wpływ na zachowania zdrowotne swych dzieci. Skuteczność edukacji zdrowotnej zależy od tego, w jakim stopniu szkoła będzie współdziałała z rodzicami uczniów.

Współdziałanie z rodzicami uczniów w edukacji zdrowotnej

- Uzgadnianie z rodzicami tematów, które z ich punktu widzenia są najważniejsze i jak można je realizować; dotyczy to szczególnie tzw. tematów drażliwych i kontrowersyjnych.
- Stwarzanie rodzicom możliwości wyrażania swych opinii o tym, co dziecko wynosi z lekcji i jaki ma to wpływ na jego zachowania.
- Zachęcanie rodziców posiadających odpowiednie kompetencje do prowadzenia niektórych zajęć w klasie.
- Umożliwienie rodzicom korzystania z różnych form edukacji zdrowotnej w szkole.
- Wspólnym organizowaniu imprez i kampanii o tematyce zdrowia.

Współpraca szkoły z rodzicami w większości szkół w Polsce jest niezadowolająca, a przyczyny tego tkwią po obu stronach i są bardzo złożone. Pewne osiągnięcia w tym zakresie mają szkoły promujące zdrowie⁵¹, ale również w wielu z nich pozyskanie rodziców do współpracy jest bardzo trudne. Warto jednak próbować a inicjatywa jest po stronie szkoły.

⁵¹ B. Woynarowska, M. Sokołowska, (2000), *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*, Warszawa, KOWEŻiU, s. 78-88.

6.6. Współdziałanie ze społecznością lokalną

Dziecko żyje w określonej społeczności i to czego uczy się w klasie może być wspierane przez tę społeczność lub zaprzeczane. W odniesieniu do edukacji zdrowotnej współdziałanie to może polegać na:

- Pozyskiwaniu osób znaczących i różnych organizacji istniejących w społeczności lokalnej do realizacji wybranych tematów. Nie może być to jednak wyręczanie szkoły w prowadzeniu systematycznej edukacji zdrowotnej przez działania aktywne i niepowiązane z jej programem (omówiono to szerzej w rozdz. 7).
- Eliminowaniu reklam produktów żywnościowych niekorzystnych dla zdrowia i ich sprzedaży w okolicy szkoły.
- Organizacji kampanii i akcji propagandowo-informacyjnych oraz imprez popularyzujących różne aspekty zdrowia z udziałem przedstawicieli społeczności lokalnej, na które zaprasza się rodziny uczniów i innych przedstawicieli okolicznych osiedli. Turnieje rodzinne popularyzujące wspólny ruch i zabawę uczą zdrowego sposobu spędzania czasu wolnego, ale również ułatwiają budowanie dobrych relacji pomiędzy dziećmi i dorosłymi, pokazują jak rozładowywać negatywne emocje.

Podsumowanie

- Na przebieg edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży ma wpływ wiele czynników we wszystkich środowiskach ich codziennego życia.
- Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej jest największa przy **całościowym podejściu do zdrowia** w szkole, gdy istnieje spójność między zapisaną polityką (programem) szkoły a codziennym jej funkcjonowaniem i organizacją, gdy uczniowie mogą praktykować to czego nauczyli się w klasie.
- Warunkiem skuteczności edukacji zdrowotnej jest udział w jej realizacji wszystkich pracowników szkoły oraz współpraca z pielęgniarką szkolną, rodzicami i społecznością lokalną.

Literatura uzupełniająca

Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, WAIp.

Woynarowska B., (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K., (2010), *Biomedyczne podstawy wychowania i kształcenia. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN.

7. Korzystanie z programów edukacyjnych oferowanych szkole przez różne organizacje

Barbara Woynarowska

W Polsce od wielu lat opracowywane są różnorodne programy edukacyjne adresowane do dzieci i młodzieży, przeznaczone do realizacji w placówkach nauczania i wychowania. Programy te dotyczą różnych aspektów zdrowia, m.in.: żywienia, higieny jamy ustnej, przeciwdziałania paleniu tytoniu, używania innych substancji psychoaktywnych, profilaktyki raka piersi, astmy, otyłości, chorób układu krążenia, wad cewy nerwowej, a także pierwszej pomocy.

Analiza programów edukacyjnych oferowanych szkołom wskazuje, że:

- Opracowywane są one przez różne instytucje i organizacje rządowe oraz pozarządowe, a także firmy (np. producentów żywności, produktów do higieny jamy ustnej, kosmetyków, banki) na poziomie krajowym, wojewódzkim, powiatowym i lokalnym. Często program oferowany przez firmy zawiera promocję własnych produktów⁵².
- Partnerami lub współorganizatorami programów są różne instytucje, w tym szczególnie stacje sanitarno-epidemiologiczne. Niektóre programy realizowane są przez osoby z zewnątrz szkoły.
- Niektóre programy są polską adaptacją programów zagranicznych.
- Materiały edukacyjne dołączone do programów mają różną formę. Niektóre zawierają pakiet edukacyjny zawierający scenariusze i pomoce do prowadzenia zajęć oraz materiały dla prowadzących zajęcia i/lub uczniów. W innych programach materiały dostępne na stronach internetowych.
- Wiele programów ma charakter konkursów, w których przyznawane są nagrody rzeczowe dla uczniów lub szkół (klas) biorących udział w programie.
- Większość programów ma charakter jednorazowy, akcyjny i nie są one powiązane z podstawą programową kształcenia ogólnego.
- W programach, przed przystąpieniem do ich realizacji, nie przeprowadza się diagnozy wyjściowej wiedzy, zachowań lub umiejętności uczniów (adresatów), co uniemożliwia ewaluację wyników programu.

Od lat szkoły w Polsce otrzymują wiele różnorodnych propozycji programów edukacyjnych, gdyż szkoła stwarza ich autorom możliwość łatwego dotarcia i oddziaływania na bardzo liczną populację dzieci i młodzieży. Należy jednak zdać sobie sprawę, że realizacja tych programów zajmuje czas uczniów i nauczycieli, a nie sprawdza się, jaka jest jakość programów i czy przynoszą one jakies efekty.

Oferowanie szkołom różnorodnych programów edukacyjnych przez różne organizacje jest zjawiskiem powszechnym w wielu krajach. Podejmowane są próby oceny jakości programów i tworzenia na tej podstawie banku programów spełniających odpowiednie kryteria jakości i rekomendowanych szkołom. Próbę taką podjęto w 2010 r. w sieci „Szkoły dla Zdrowia w Europie” w ramach europejskiego programu HEPS (*Healthy Eating and Physical Activity in Schools*)

⁵² Jest to jedna z form oddziaływań marketingowych, określana jako lokowanie produktu (ang. *product placement*) polegająca na zamieszczeniu danego produktu lub zachowań z nim związanych w materiałach edukacyjnych – A. Czarnecki, (2003), *Product placement. Niekonwencjonalny sposób promocji*, Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Zdrowe Żywienie i Aktywność Fizyczna w Szkołach⁵³. Opracowano **model i narzędzia do oceny jakości** programów dla szkół w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Przyjęto, że w **ocenie jakości programu** należy wziąć pod uwagę nie tylko uzyskane w jego realizacji wyniki, ale także inne, wzajemnie ze sobą powiązane wymiary jakości:

- **Jakość koncepcji** – wykorzystanie w pracach nad programem podstaw teoretycznych oraz planowanie jego realizacji: diagnoza potrzeb, określenie adresatów, celów, dobór właściwych metod.
- **Jakość struktury** – określenie warunków, w jakich realizowany będzie program: zasoby ludzkie (w tym wykwalifikowany personel), środki finansowe, współpraca, tworzenie sieci.
- **Jakość procesu** – ocena przebiegu realizacji programu, jego monitorowanie, stopień akceptacji przez adresatów.
- **Jakość efektów** – określenie pożądanych i niepożądanych zmian, jakie zaszły u adresatów lub w danym środowisku.

Dla każdego wymiaru jakości zaproponowano i opisano zestaw wskaźników, na podstawie których można określić, czy program jest wysokiej, przeciętnej lub niskiej jakości.

W Polsce nie ma katalogu (wykazu) rekomendowanych programów dotyczących edukacji żywieniowej. Na podstawie wyżej omówionej koncepcji oceny jakości programu, zaproponowanej w HEPS, oraz doświadczeń w realizacji projektu „Ruch i Zdrowe Żywienie w Szkole” w Ośrodku Rozwoju Edukacji opracowano wskazówki dla szkół dotyczące kryteriów wyboru programu edukacyjnego⁵⁴.

Podsumowanie

- Decyzja o realizacji w szkole programu edukacyjnego dotyczącego różnych aspektów zdrowia, oferowanego przez organizację spoza szkoły, powinna wynikać ze specyficznych potrzeb uczniów w danej szkole.
- W wyborze programów należy brać pod uwagę jego jakość. Jednym z kryteriów tej jakości, które jest możliwe do wykorzystania obecnie w Polsce jest to, czy autorzy programu dokonali ewaluacji jego wyników.
- Programy edukacyjne „zewnętrzne” powinny być powiązane z konkretnymi treściami podstawy programowej kształcenia ogólnego.
- Po wdrożeniu programu należy sprawdzić – czy i jakie są jego efekty – i na tej podstawie podjąć decyzję o kontynuacji realizacji danego programu.

Literatura uzupełniająca

Dadaczyński K., Paulus P., de Vries N. i in., (2010), *Katalog i narzędzie HEPS*, wersja w języku polskim, Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji (www.ore.edu.pl).

⁵³ Projekt ten realizowany był w latach 2009–2011 i finansowany ze środków Unii Europejskiej, w ramach Programu Zdrowia Publicznego. Efektem programu jest pakiet szkolny. Jedną jego część stanowi publikacja: K. Dadaczyński, P. Paulus, N. de Vries i in., (2010), *Katalog i narzędzie HEPS*, wersja w języku polskim, Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji (www.ore.edu.pl).

⁵⁴ Todorovska-Sokołowska V.: Kryteria wyboru programu edukacyjnego z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej - www.ore.edu.pl Zakładka: Promocja zdrowia w szkole - Programy i projekty - Edukacja zdrowotna.

8. Związki między edukacją zdrowotną a szkolnym programem profilaktyki

Krzysztof Ostaszewski

Przepisy prawa oświatowego nakładają na szkoły w Polsce obowiązek opracowania i realizowania **szkolnego programu profilaktyki**. Ministerstwo Edukacji Narodowej uznało, że obok kształcenia i wychowywania, ważnym obszarem działania szkoły jest **profilaktyka zagrożeń i zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży**. Zadaniem szkoły jest również zapewnianie uczniom właściwej opieki i ochrony, zmniejszanie zagrożeń, zapobieganie nieprawidłowościom rozwojowym i zachowaniom ryzykownym. Cele te realizowane są przez szkolny program profilaktyki.

Szkolny program profilaktyki to działania zakrojone na potrzeby danego środowiska szkolnego, których celem jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym uczniów, takim jak: używanie substancji psychoaktywnych, stosowanie agresji w relacjach rówieśniczych, popełnianie wykroczeń przeciw prawu, nierealizowanie obowiązku szkolnego itp. Ważnym elementem tego programu powinno być także zapobieganie nadwadze i otyłości.

Zgodnie z podstawą programową kształcenia ogólnego⁵⁵ działalność edukacyjna szkoły jest określona przez: szkolny zestaw programów nauczania, program wychowawczy szkoły i szkolny program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym. Te trzy dokumenty powinny **stanować spójną całość, która uzupełnia się nawzajem**. W praktyce jednak często nie udaje się zintegrować celów kształcenia, wychowania i profilaktyki. Na profilaktykę, w tym na profesjonalne programy profilaktyczne, nie ma wydzielonego i określonego czasu w harmonogramie pracy szkoły.

Celem niniejszego rozdziału jest zwrócenie uwagi na potrzebę dążenia do spójności i równowagi w realizacji zadań szkoły związanych z kształceniem, wychowaniem i profilaktyką.

8.1. Dlaczego, obok programów nauczania i wychowawczego, wyodrębniono szkolny program profilaktyki?

Wyodrębnienie w szkołach programu profilaktyki wynika z głęboko zakorzenionej na uczelniach pedagogicznych w Polsce tradycji uprawiania pedagogiki opartej na filozoficznej wiedzy o człowieku. Z tej perspektywy wychowanie jest kategorią nadrzędną, jest dążeniem ku dobru. W tej koncepcji profilaktyka i edukacja zdrowotna spełniają rolę pomocniczą lub uzupełniającą. Powoduje to, że w przepisach i w praktyce szkolnej funkcjonują dwa porządki:

- porządek pedagogiczny związany z terminem „**wychowanie**”,
- porządek zdrowia publicznego związany z terminem „**zdrowie**”.

Te dwa porządki mają odrębną historię, wypracowały inną terminologię i są wyprowadzone z innych założeń (tab. 6). Mimo wielu wysiłków, nie udaje się ich zintegrować. Dlatego mamy odrębny program profilaktyki, w domyśle nastawiony na „zwalczanie patologii w życiu szkoły”

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2014, poz. 803).

i zafatwianie trudnych problemów uczniów oraz program wychowawczy, którego celem jest kształtowanie pozytywnego wizerunku szkoły i jej absolwenta. Są to dwa światy i dwa różne schematy postępowania. Profilaktyka jest zazwyczaj realizowana przez pedagoga szkolnego i instytucje zewnętrzne (policje, straż miejską, organizacje pozarządowe). Kształcenie i wychowanie jest zadaniem wszystkich pracowników pedagogicznych szkoły.

Tabela 6. Wychowanie i profilaktyka. Dwa porządki rzeczy

<p>Słowa kluczowe Wychowanie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideał wychowawczy ▪ Wartości ▪ Normy społeczne ▪ Dziedzictwo kultury ▪ Wspieranie rozwoju ▪ Osobowość 	<p>Słowa kluczowe Profilaktyka, promocja zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Czynniki ryzyka/ chroniące ▪ Zdrowie/ choroba ▪ Zachowania ryzykowne ▪ Nieprzystosowanie ▪ Zaburzenia psychiczne ▪ Dobrostan
<p>Język pedagogiki ograniczony do naszego kręgu kulturowego</p>	<p>Język „międzynarodowy”</p>
<p>Źródłem jest filozofia człowieka</p>	<p>Źródłem jest zdrowie publiczne i edukacja zdrowotna</p>

Utrzymywanie w szkole tego podwójnego porządku stwarza wiele trudności. W działaniach szkoły warto wziąć pod uwagę dorobek pedagogiki zdrowia i jej nowatorską koncepcję opracowaną przez M. Demela⁵⁶. Już ponad czterdzieści lat temu M. Demel zwracał uwagę na to, że wychowanie zdrowotne jest przede wszystkim strategią ofensywną i zajmuje się sferą zdrowia pozytywnego. W tym sensie wychowanie zdrowotne zwraca się w kierunku, który jest omijany przez tradycyjną medycynę szkolną ukierunkowaną na profilaktykę poszczególnych chorób i zaburzeń behawioralnych. Tym kierunkiem jest „pomnażanie, doskonalenie lub potęgowanie zdrowia”. Idea ta – jak napisał M. Demel - musi się zakorzenić w osobowości człowieka przez wartości, przekonania i postawy, ale niezbędne dla jej realizacji są również dyspozycje instrumentalne – wiedza i umiejętności, a także procedury takie jak: ćwiczenie lub hartowanie charakteru⁵⁷. Takie wychowanie pełni rolę zapobiegawczą dla wielu chorób lub zaburzeń, jest to jednak rodzaj profilaktyki uniwersalnej, która dokonuje się „przy okazji” pracy wychowawczej wzmacniającej ogólny potencjał zdrowia. Niestety, te oczywiste dziś idee, z trudem przebijają się do praktyki.

Wychowanie wywodzi się z języka pedagogiki i jej filozoficznych podstaw. Filozofia człowieka (antropologia) oraz tradycje (narodowe, kulturowe, społeczne) są źródłami ideału wychowawczego. Ideał wychowawczy określa pożądany kierunek rozwoju osobowości wychowanka, wartości i norm społecznych, które przekazywane są w procesie wychowania (socjalizacji) młodego człowieka. Tak, rozumiane wychowanie jest bardzo często oddzielane od sfery dbałości o zdrowie własne i zdrowie społeczności szkolnej. To prowadzi do oddzielenia kwestii zdrowotnych od wychowania ze szkodą dla zdrowia uczniów.

Edukacja zdrowotna i profilaktyka koncentrują się wokół pojęcia „zdrowie” i jego znaczenia w życiu i rozwoju człowieka. Zwykle „zdrowie” nie należy do kanonu wartości uznanych w szkolnych programach wychowawczych za ważne. Dominuje w nich etos wartości patriotycznych, humanistycznych i wolnościowych. Tylko w niektórych szkołach należących do ruchu

⁵⁶ M. Demel, (1968), *O wychowaniu zdrowotnym*, Warszawa PZWS; M. Demel, (1980), *Pedagogika zdrowia*, Warszawa, WSiP.

⁵⁷ M. Demel, (1999), *Pedagogika zdrowia*, [w]: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*, L. Turoś (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 155-168.

szkół promujących zdrowie, wartość „zdrowia” znajduje swoje miejsce w programach wychowawczych szkoły. Sytuacja ta wynika z ulokowania profilaktyki jako działalności nastawionej na walkę z „patologiami” – agresją, narkomanią, alkoholizmem, cyberprzemocą, prostytutką nieletnich itp.

Niesłuszne jest hołdowanie poglądom, które ustanawiają hierarchiczny porządek rzeczy w szkole: na górze wychowanie i kształcenie, na dole (z boku) profilaktyka i edukacja zdrowotna. Należy podjąć trud **wypracowania wspólnej płaszczyzny**, zachęcania nauczycieli do uwzględniania w swojej codziennej praktyce tych dwóch porządków, traktowania ich jako wzajemnie uzupełniających, a nie konkurencyjnych. W tym dziele jest jeszcze wiele do zrobienia.

8.2. Wspólne elementy edukacji zdrowotnej i szkolnego programu profilaktyki

Problematyka zdrowia i profilaktyki w edukacji jest realizowana jako element edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia. Te dwa pojęcia wyznaczają zakres i kierunki działań. Edukacja zdrowotna obejmuje bardzo szeroki zakres działań, m.in. edukacja publiczna, edukacja zdrowotna w szkole, szkolenia różnych grup zawodowych, samokształcenie. Celem tych działań jest przede wszystkim **kształtowanie prozdrowotnych zachowań jednostek i całych społeczności oraz umacnianie zdrowia, w pozytywnym znaczeniu tego słowa**. Do zachowań sprzyjających zdrowiu zalicza się przede wszystkim odpowiednią aktywność fizyczną, racjonalne żywienie, dbałość o higienę, zachowanie bezpieczeństwa, poddawanie się okresowym badaniom stanu zdrowia, umiejętne radzenie sobie ze stresem. Jest to **edukacja „do zdrowia”** w przeciwieństwie do tradycyjnego podejścia, które koncentruje się na chorobach i ich uwarunkowaniach. Kierunek „do zdrowia” jest charakterystyczny dla ruchu promocji zdrowia, w ramach którego działania edukacyjne zorientowane są na czynniki sprzyjające zdrowiu i procesy odpornościowe (*resilience*).

W edukacji zdrowotnej jest także miejsce na działania profilaktyczne, które podejmuje się w kontekście ograniczania lub eliminowania zachowań zagrażających zdrowiu, takich jak palenie tytoniu, picie i nadużywanie alkoholu, używanie narkotyków, podejmowanie ryzykownych kontaktów seksualnych, a także w kontekście wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń i chorób.

Pomostem pomiędzy edukacją zdrowotną i profilaktyką jest strategia rozwijania umiejętności życiowych (patrz rozdz. 3). Strategia ta polega na rozwijaniu określonych umiejętności życiowych, których opanowanie umożliwia młodzieży realizację osobistych celów i satysfakcjonujące zaspokojenie potrzeb okresu dojrzewania. Rozwijane umiejętności dotyczą m.in.: konstruktywnego rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, budowania pozytywnego obrazu samego siebie, samokontroli, radzenia sobie ze stresem i lękiem, stosowania technik relaksacyjnych, umiejętności interpersonalnych, asertywności. Deficyty tych umiejętności sprzyjają używaniu substancji psychoaktywnych i podejmowaniu innych zachowań problemowych. Wyniki badań wykazały, że wzmacnianie umiejętności życiowych u młodzieży wpływa na ograniczenie palenia tytoniu, używania marihuany, picia alkoholu oraz upijania się⁵⁸. Ze względu na swój ogólny charakter, programy kształtowania umiejętności życiowych znalazły również zastosowanie w edukacji zdrowotnej i rozwiązywaniu różnych problemów okresu dojrzewania np. w zapobieganiu przedwczesnemu współżyciu seksualnemu.

⁵⁸ G. Botvin, E. Baker, L. Dusenbury, E. Botvin, T. Diaz, (1995), *Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population*, "Journal of the American Medical Association", nr 4, s. 1106-1112.

8.3. Cechy dobrego programu profilaktycznego i warunki jego skuteczności

Jednym z elementów szkolnego programu profilaktyki mogą być profesjonalne programy profilaktyczne oferowane szkołom przez różne organizacje. Podejmując decyzję o realizacji takiego programu warto wiedzieć, jakie cechy powinien mieć dobry program profilaktyczny i jakie warunki należy spełnić, aby był on skuteczny.

Przez **program profilaktyczny** rozumiemy przygotowane i przetestowane wcześniej działania profilaktyczne adresowane do konkretnej grupy (lub grup) odbiorców, które mają określone cele oraz przygotowane metodycznie postępowanie (scenariusze) służące osiągnięciu tych celów. Szkolne programy profilaktyczne zwykle adresowane są do klasy szkolnej, ich celem jest ograniczenie zachowań ryzykownych (np. używania substancji psychoaktywnych), a podstawową formą realizacji są scenariusze lekcji lub warsztatów edukacyjnych.

Naukowcy i praktycy zastanawiają się od dawna, co decyduje o skuteczności działań profilaktycznych. Okazją do takich poszukiwań są przeglądy badań nad skutecznością profilaktyki zachowań problemowych dzieci i młodzieży, w których analizuje się skuteczność wielu (np. kilkudziesięciu lub więcej) programów profilaktycznych naraz. Pozwalają one na:

- wyodrębnienie listy programów skutecznych w ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych lub innych zachowań problemowych młodzieży,
- przyjrzenie się, czym te skuteczne programy się charakteryzują, jakie mają składniki, a w szczególności, jakie elementy różnią je od programów nieskutecznych.

Ten sposób postępowania przyczynił się do nowego spojrzenia na wiedzę o programach profilaktycznych. Jest to spojrzenie przez pryzmat **kluczowych elementów**, czyli takich składników programu, które najprawdopodobniej decydują o jego skuteczności.

W ostatniej dekadzie na świecie ukazało się kilkanaście publikacji, które analizują kluczowe elementy programu profilaktycznego. W tabeli 7 przedstawiono syntezę tych doniesień. Zawiera ona zestawienie kluczowych elementów wraz z informacją, co sprzyja, a co nie sprzyja skuteczności oddziaływań profilaktycznych. Zestawienie to może być traktowane jako swego rodzaju przewodnik dla realizatorów szkolnych programów (np. nauczycieli i pedagogów szkolnych) podejmujących decyzje o wyborze i finansowaniu programów profilaktyki używania substancji psychoaktywnych w szkołach. Lista kluczowych elementów dostarcza kryteriów ułatwiających wybór najbardziej obiecującego programu spośród wielu ofert.

Jak wynika z tabeli 7 kluczowe elementy obejmują bardzo szeroki wachlarz zagadnień. Sama wiedza, choć pomocna, nie daje jednej prostej recepty na skuteczną profilaktykę. Kluczowe elementy programu profilaktycznego to, według różnych autorów, **kombinacja kilku lub kilkunastu elementów**, które mają decydujące znaczenie dla skuteczności oddziaływań profilaktycznych. Dokonując znacznego uogólnienia można wiedzę na ten temat przedstawić w kilku punktach:

- **Naukowe podstawy.** Programy, w których osiągnięto sukces w ograniczaniu rozmiarów używania substancji psychoaktywnych, opierają się na naukowych podstawach. Do konstrukcji, a także wdrożenia, tych programów wykorzystuje się m.in.: (1) twierdzenia uznanych psychospołecznych teorii wyjaśniających ludzkie zachowania; (2) wiedzę o czynnikach ryzyka używania substancji psychoaktywnych w danym okresie rozwoju i sposobach ich modyfikowania; (3) wiedzę o czynnikach chroniących i sposobach ich wzmacniania; (4) wiedzę z psychologii rozwojowej o specyficznych potrzebach rozwojowych odbiorców.

Tabela 7. Kluczowe elementy programu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań problemowych dzieci i młodzieży

Kluczowe elementy	Co przynosi pożądane rezultaty	Co nie przynosi rezultatów
Naukowe podstawy	Wykorzystywanie do konstrukcji programów profilaktycznych znanych teorii wyjaśniających zachowanie. Przydatne są dwa typy teorii: (1) teorie wyjaśniające przyczyny powstawania ryzykownych zachowań w okresie dojrzewania, np. Teoria zachowań problemowych R. Jessora, oraz (2) teorie wyjaśniające mechanizmy wprowadzania zmian w systemach społecznych np. teoria innowacji E. Rogersa.	Brak teoretycznego zaplecza programu. Opieranie programu na indywidualnych przekonaniach autorów/realizatorów.
Sprawdzone strategie	Wykorzystywanie takich strategii jak: trening umiejętności życiowych, edukacja normatywna oraz udział rodziców i liderów młodzieżowych. Dobre rezultaty przynosi łączenie tych strategii.	Przekaz wiedzy skoncentrowany tylko na odroczonej skutkach zachowań ryzykownych, np. na uzależnieniu.
Różne kanały oddziaływań	Różne źródła wpływu na zachowanie dzieci i młodzieży: nauczycieli (szkoły), liderów młodzieżowych (grup młodzieżowych), rodziców (rodziny), naturalnych mentorów (znaczących osób), specjalistów (lekarzy, psychologów, policji), mediów (lokalnej prasy, TV kablowej).	Niewuwzględnianie udziału rodziców w programach szkolnych. Programy realizowane np. tylko przez samych specjalistów.
Odpowiednia intensywność	Odpowiednia intensywność oddziaływań. Szkolny program, powinien składać się przynajmniej z ok. 10–15 godz. i kilku zajęć uzupełniających w kolejnych latach edukacji.	Krótkie i jednorazowe akcje.
Metody interaktywne	Stosowanie metod interaktywnych, które uruchamiają proces aktywnego zdobywania przez uczestników nowej wiedzy, umiejętności i doświadczeń.	Pogadanki, wykłady, filmy. Bierny udział uczniów / uczestników.
Potrzeby specyficznych grup	Przewidywanie i stosowanie procedur nastawionych na zaspokajanie potrzeb uczestników z grup zwiększonego ryzyka, np. dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.	Potępienie osób uzależnionych. Brak procedur postępowania z osobami z grup ryzyka.
Staranne przygotowanie programu	Stosowanie procedur pilotażowego testowania programu, dostosowania go do potrzeb odbiorców (diagnoza potrzeb), oraz specyficznych potrzeb rozwojowych.	Brak pilotażu, brak diagnozy. Nieadekwatne do poziomu rozwoju uczniów metody pracy.
Przygotowanie realizatorów	Pozytywne motywowanie realizatorów. Przeszkolenie i wyposażenie ich w materiały metodyczne do prowadzenia zajęć. Udzielanie wsparcia i pomocy technicznej w trakcie realizacji programu.	Brak szkolenia realizatorów. Nakazowy / administracyjny system rekrutacji realizatorów.
Ewaluacja	Zaplanowanie i realizowanie procedur ewaluacji programu oraz monitorowania jakości jego rutynowych realizacji.	Brak ewaluacji.

Opracowano na podstawie: Dusenbury i Falco, Nation i wsp., Ostaszewski, Tobler, Borucka i Ostaszewski⁵⁹

⁵⁹ L. Dusenbury, M. Falco, (1995), *Eleven components of effective drug abuse prevention curricula*, "Journal of School Health", 65(10): s. 420-425.

M. Nation i wsp., (2003), *What works in prevention*, „American Psychologist”, t. 58, nr 6/7, s. 449-456.

K. Ostaszewski, (2003), *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.

N. Tobler, (2000), *Lessons learned*, „The Journal of Primary Prevention”, t. 20, nr 4, s. 261-274.

A. Borucka, K. Ostaszewski, (2004), *Wiodące szkolne strategie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, „Wychowanie na co dzień”, nr 10-11, s. 3-7.

- **Korzystanie ze sprawdzonych strategii.** Badania dowodzą, że najbardziej efektywne w szkolnej profilaktyce używania substancji psychoaktywnych są programy, w których wykorzystuje się udział rodziców, mentorów, strategię rozwijania umiejętności życiowych, edukację normatywną oraz budowanie więzi ze szkołą lub/i społecznością lokalną. Dobre efekty daje również łączenie tych trzech strategii i tworzenie bardziej wszechstronnych programów. Powtarzającymi się elementami treści tych programów są m.in.: rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców, wzmacnianie systemu wsparcia społecznego dla młodzieży, przekazywanie rzetelnych informacji o bezpośrednich psychosocjalnych konsekwencjach używania substancji psychoaktywnych; uczenie umiejętności rozpoznawania i radzenia sobie z niepożądanymi wpływami środowiska (reklam, mediów, rówieśników); wzmacnianie norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych, wzmacnianie ogólnych umiejętności życiowych, w tym asertywności, umiejętności efektywnego porozumiewania się, radzenia sobie z lękiem, podejmowania decyzji, tworzenie pozytywnego klimatu społecznego szkoły.
- **Różne kanały oddziaływań.** Bardzo dobre efekty przynosi łączenie edukacji uczniów prowadzonej w szkole z aktywnym zaangażowaniem rodziców, liderów młodzieżowych i działaniami prowadzonymi w całej społeczności lokalnej. Programy szkolno-środowiskowe mają większą szansę na skuteczność dzięki temu, że „aktywizują” indywidualne i społeczne mechanizmy pożądanych zmian.
- **Interaktywne metody.** Nowoczesne strategie stosowane w szkolnych programach profilaktycznych wymagają stosowania interaktywnych metod oddziaływań. Tradycyjne metody edukacji oparte na wymianie i utrwalaniu informacji w kontaktach nauczyciel–uczeń nie spełniają swojej roli, gdy w grę wchodzi wzmacnianie i uczenie nowych umiejętności, aktywne rozpoznawanie i przeciwstawianie się wpływom rówieśniczym, kształtowanie norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych.
- **Odpowiednia intensywność zajęć** Istotną rolę odgrywa właściwa intensywność oddziaływań. Doświadczenia zebrane w czasie badań nad odroczonej w czasie efektami sugerują, że program powinien zawierać przynajmniej około 10–15 standardowych zajęć w pierwszym roku i po około 5 zajęć uzupełniających, w kolejnych dwóch latach.
- **Przygotowanie i motywacja realizatorów.** Dobre przygotowanie realizatorów programów i zapewnienie im systemu wsparcia jest jednym z warunków sukcesu. W przypadku programów szkolnych realizatorami są najczęściej nauczyciele, którzy nie zawsze są przygotowani do prowadzenia zajęć profilaktycznych: z zastosowaniem metod interaktywnych, udziałem rodziców, liderów młodzieżowych i wykorzystaniem zajęć pozalekcyjnych. Prowadzenie zajęć przez nauczycieli bez odpowiedniego przygotowania i motywacji wiąże się z niepowodzeniami w realizacji i utratą szans na pożądane efekty.
- **Uwzględnienie potrzeb dzieci i młodzieży z grup zwiększonego ryzyka.** Programy szkolne mają charakter uniwersalny, tzn. są przygotowywane z myślą o ogólnej populacji dzieci i młodzieży szkolnej. Występowanie różnic środowiskowych, kulturowych, religijnych, a także lokalnie zróżnicowanych zagrożeń i potrzeb w zakresie przedmiotu działań profilaktycznych stanowi poważne wyzwanie dla strategii profilaktycznych nastawionych na ogólną populację. Stąd szczególnie ważne jest przewidywanie w programach rozwiązań (procedur) uwzględniających specyficzne potrzeby grup mniejszościowych lub np. dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Istotne jest również wprowadzenie tej problematyki do szkoleń realizatorów.
- **Ewaluacja i monitorowanie.** Poprawne przygotowanie programu profilaktycznego wymaga ewaluacji. W fazie konstruowania i testowania programu bardzo przydatna jest **ewaluacja procesu** np. ocena stopnia jego wykonania, trudności jakie wystąpiły w czasie jego realizacji, niezbędnych modyfikacji itd. W przypadku programów przeznaczonych do szero-

kiego stosowania potrzebna jest **ocena skuteczności (ewaluacja wyników)**, która wymaga zastosowania schematu badawczego „pretest-posttest”, grupy kontrolnej i behawioralnych wskaźników skuteczności.

8.4. Rekomendowane programy profilaktyczne

Na **główny nurt działalności** profilaktycznej składają się programy i działania, które w ogromnej większości w ogóle nie są poddawane ewaluacji bądź ich skuteczność w ograniczaniu rozmiarów używania substancji psychoaktywnych nie została nigdy udowodniona. Są to głównie programy autorskie, jednorazowe akcje, festyny, konkursy i działania alternatywne. W niewielkim stopniu wykorzystywane są **programy rekomendowane**. Większość spośród 13 programów rekomendowanych przez Ośrodek Rozwoju Edukacji to przykłady **dobrej praktyki**, czyli innymi słowy programy uznane za dobre lub godne polecenia⁶⁰. Wyłoniono je na podstawie oceny, które są kombinacją wiedzy eksperckiej i dostępnych (w bardzo nielicznych przypadkach) wyników badań ewaluacyjnych. Wśród nich jest również kilka **programów o udowodnionej skuteczności**⁶¹. Mimo że programy rekomendowane i programy mające dobrze udokumentowane efekty są z ekonomicznego punktu widzenia dostępne dla większości samorządów i szkół, to ich zasięg i wykorzystanie słabnie w ostatnich latach.

Literatura uzupełniająca

Gaś Z.B., (2006), *Profilaktyka w szkole*, Warszawa, WSiP.

Izdebski Z. (red.), (2008), *Zagrożenia okresu dorastania*, Zielona Góra, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Węgrzecka-Giłuń J. (2010), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*. Warszawa, Fundacja ETOH.

Wojnarowska B. (red.) (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wyd. 2. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

⁶⁰ http://www.ore.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=810&Itemid=1153 - dostęp z dnia 20.11.2014 r.

⁶¹ <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=105944> - dostęp z dnia 20.11.2014 r.

CZĘŚĆ II

EDUKACJA ZDROWOTNA W PODSTAWIE PROGRAMOWEJ KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO DLA SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

Wprowadzenie

W części drugiej niniejszego poradnika przedstawiono treści nauczania – wymagania szczegółowe⁶² dotyczące edukacji zdrowotnej zawarte w podstawie programowej różnych przedmiotów w szkole podstawowej. Celem tej prezentacji jest uświadomienie dyrektorom szkół i nauczycielom poszczególnych przedmiotów, jak wiele jest treści, które można wykorzystać w edukacji uczniów do zdrowia realizując własny przedmiot. Może stanowić to podstawę do współpracy nauczycieli na danym etapie edukacji i opracowanie spójnego szkolnego programu edukacji zdrowotnej. Niektóre treści się powtarzają w różnych przedmiotach, może zaistnieć potrzeba zwrócenia uwagi na specyficzne potrzeby danej szkoły czy klasy.

Przegląd treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej w podstawie programowej może posłużyć także do powiązania ich z programem wychowawczym i szkolnym programem profilaktyki oraz programami edukacyjnymi, oferowanymi szkole przez różne organizacje. Umożliwi to lepsze wykorzystanie czasu lekcji, unikanie dublowania treści. Zestawienie to może być szczególnie przydatne w szkołach, w których powołany zostanie szkolny koordynator edukacji zdrowotnej lub promocji zdrowia (np. w szkołach promujących zdrowie).

W tej części poradnika zamieszczono dwa rozdziały dotyczące pierwszego i drugiego etapu edukacyjnego. Na początku każdego rozdziału podano podstawowe informacje o specyfice rozwoju, problemach zdrowotnych i potrzebach zdrowotnych dzieci w danym wieku w kontekście edukacji zdrowotnej. W przypadku uczniów na II etapie edukacyjnym przedstawiono także dane o ich zachowaniach zdrowotnych. Pochodzą one z badań reprezentatywnych grup uczniów w Polsce, wykonanych w 2010 r. w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*)⁶³. Dane te wskazują, jakie są niedostatki zachowań zdrowotnych i na co należy zwrócić szczególną uwagę w edukacji zdrowotnej.

W przypadku edukacji wczesnoszkolnej oraz czterech przedmiotów w klasach IV-VI (wychowanie fizyczne, przyroda, język obcy nowożytny, historia i społeczeństwo) zwrócono się do osób, które były członkami grup ekspertów przygotowujących podstawę programową lub specjalistów w zakresie danej edukacji/przedmiotu z prośbą o komentarz do zapisów treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej. W tych podrozdziałach zamieszczono także przykłady scenariuszy zajęć.

⁶² Zapisano je zgodnie z podstawą programową, zachowując odpowiednie oznaczenia numerami.

⁶³ J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, (2011), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

1. Pierwszy etap edukacyjny – edukacja wczesnoszkolna

1.1. Rozwój, zdrowie i potrzeby uczniów klas I–III

Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Barbara Woynarowska

Realizację edukacji zdrowotnej w danym etapie edukacyjnym ułatwia nauczycielom znajomość specyfiki rozwoju dziecka w danym okresie, najczęstszych problemów zdrowotnych oraz wynikających z nich potrzeb.

Pierwsze trzy lata nauki w szkole podstawowej przypadają na okres rozwoju zwany **młodszym wiekiem szkolnym**. Jego granice biologiczne wyznaczają: początek – wyróżnienie się pierwszego zęba stałego (pierwszy trzonowiec, „szóstka”); koniec – wystąpienie pierwszych, widocznych oznak dojrzewania płciowego. Granice wiekowe to 6/7–10/11 lat. Edukacja zdrowotna w tym okresie powinna pomóc dziecku w:

- rozumieniu zmian zachodzących w jego organizmie, emocjach, relacjach z innymi (edukacja „o sobie”),
- adaptacji do szkoły,
- chronieniu się przed zagrożeniami dla zdrowia i rozwoju (profilaktyka),
- przygotowaniu się do nadchodzącego okresu dojrzewania płciowego.

Rozwój fizyczny

W okresie wczesnoszkolnym tempo **wzrastania wysokości ciała dzieci** jest najwolniejsze w całym dzieciństwie – roczne jej przyrosty wynoszą ok. 5 cm. Jest to „wyciszenie przed burzą”, czyli okresem dojrzewania płciowego. Roczne **przyrosty masy ciała** wynoszą 3–3,5 kg i są większe niż w okresie przedszkolnym, co powoduje, że dziecko staje się „pulchniejsze” i w tym okresie największy jest odsetek dzieci z nadwagą i otyłością. W klasie III dziewczęta mają nieco większą niż chłopcy wysokość i masę ciała. Dziewczęta wcześniej dojrzewają i co najmniej u 20% uczennic klas III rozpoczyna się już dojrzewanie płciowe (przyspieszenie wzrastania, rozwój piersi).

Zmiany w **proporcjach i budowie ciała** to wydłużenie kończyn dolnych, zmniejszanie się przyrostów obwodu głowy; pod koniec tego okresu mózg osiąga swoją ostateczną wielkość. Zmniejsza się koślawość kolan, plecy stają się bardziej „proste”, ale postawa ciała wydaje się „niedbała”, co niepokoi rodziców i nauczycieli. Wypadają zęby mleczne i w ich miejscu wyrzynają się zęby stałe (ok. 4 zębów na rok).

Rozwój motoryczny

W rozwoju motorycznym młodszy wiek szkolny nazywany jest **„pełnią dzieciństwa” lub etapem „dziecka doskonałego”**. Dziecko charakteryzuje doskonałość ruchów lokomocyjnych, celowość i większa ekonomia ruchów. Z okresu przedszkolnego „przetrwawa”:

- potrzeba („głód”) ruchu: dzieciom trudno jest „wysiedzieć” dłużej na lekcji i rekompensują to sobie ogromną ruchliwością w czasie przerw międzylekcyjnych; stopniowo zmniejsza się niepokój ruchowy,
- mała jeszcze sprawność manualna utrudniająca pisanie; stopniowo jednak zwiększa się precyzja ruchów dłoni.

W okresie tym **nową „zdobyczą” w motoryczności** jest zdolność do opanowania nowych, wielostronnych i specyficznych umiejętności ruchowych. Większość dzieci osiąga wysoki (nie-mal „dorosły”) poziom podstawowych zdolności (cech) motorycznych, zwłaszcza zwinności i gibkości. Jest to okres szczególnie korzystny dla rozwijania umiejętności sportowych (zwłaszcza w tzw. sportach wczesnych: gimnastyka, jazda figurowa na łyżwach, pływanie).

W okresie tym zaznacza się wyraźny dymorfizm płciowy w rozwoju motorycznym. Chłopcy mają większą siłę i moc, są zainteresowani grami sportowymi, wynikiem sportowym i rywalizacją. Dziewczęta mają lepszą równowagę, preferują gimnastykę, gry i zabawy ruchowe. Dzieci wolą zajęcia w grupach tej samej płci, ale chętnie uczestniczą wspólnie w zawodach.

Rozwój psychiczny

W rozwoju psychicznym obserwuje się **utratę dziecięcej spontaniczności**, charakterystycznej dla okresu przedszkolnego. Zamiast impulsywnego działania pod wpływem danej sytuacji dziecko jest w stanie analizować swoje przeżycie, objąć je refleksją i dopiero podjąć określone zachowanie adekwatnie do oczekiwań społecznych, tzn. **dziecko umie najpierw pomyśleć a potem działać**. Ta nowa zdolność staje się niezbędna w spełnieniu wymagań szkolnych. Dziecko jest w stanie rozwiązywać na lekcji zadanie, mimo że po szkole czeka je coś miłego; potrafi poczekać do przerwy, żeby porozmawiać z kolegą o ważnej sprawie.

W tym okresie **zwiększa się wiedza dotycząca emocji**. Dziecko rozumie związki emocji i innych stanów umysłowych, a także potrafi dostrzec rozbieżność między emocjami przeżywanymi i okazywanymi. Wynikająca stąd umiejętność uświadamiania sobie własnych przeżyć, daje dziecku możliwość indywidualnego wyrażenia siebie tzn. **każdy uczeń może w inny sposób przeżywać sukcesy i porażki szkolne**. Dzieci mogą np.: nie okazywać uczuć negatywnych w sytuacji porażki lub okazywać obojętność w sytuacji, gdy ktoś zrobił im przykrość. Dorosli powinni w sposób uważny obserwować dziecko, obdarzać je uwagą, poświęcać czas na rozmowę tak, aby w sposób właściwy udzielić mu wsparcia.

Wraz z rozwojem wiedzy na temat emocji oraz możliwością oceny własnych sukcesów i porażek, pojawia się zdolność do samooceny. Ukształtowanie się pozytywnej i realistycznej samooceny stanowi oznakę właściwego przebiegu procesów rozwojowych. Dziecko postrzega siebie jako dobrego ucznia, co ułatwia mu podejmowanie nowych wyzwań i radzenie sobie z trudnościami⁶⁴.

Rozwój społeczny

W tym okresie następuje wiele zmian w życiu społecznym dziecka m.in. nowe wymagania i rola społeczna – bycie uczniem i co się z tym wiąże zmiana sposobu funkcjonowania dziecka. Cechy charakterystyczne rozwoju społecznego to:

- rozluźnienie więzi z rodzicami na rzecz relacji z rówieśnikami, ale rodzice wciąż są dla dziecka ważnym źródłem wsparcia,
- potrzeba obecności rzeczywistych autorytetów wśród osób dorosłych, np. wśród nauczycieli; dziecko ma potrzebę identyfikacji z osobą, która w jego opinii jest kompetentna, prezentuje postawę życiową, która dziecku imponuje,
- umiejętność przyjęcia innego, niż własny punktu widzenia i dzięki temu zrozumienie, że koledzy z klasy mogą mieć inne zdanie na ten sam temat; dzięki temu dziecko potrafi współdziałać w grupie, dyskutować, zmieniać zdanie itd.,
- bycie członkiem grupy rówieśniczej w klasie szkolnej, ale także potrzeba kontaktów rówieśniczych poza szkołą⁶⁵.

⁶⁴ K. Appelt, (2004), *Wiek szkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, [w:] A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 259–303.

⁶⁵ J. Trempała, (red.), (2011), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Problemy zdrowotne

Pod względem zdrowotnym okres przypadający na edukację wczesnoszkolną jest korzystny. Rzadziej, niż w okresie przedszkolnym, występują infekcje górnych dróg oddechowych. Większość dzieci przebyła już tzw. choroby zakaźne wieku dziecięcego. Do najczęstszych problemów zdrowotnych dzieci w tym okresie należą: nadwaga i otyłość (u ok. 21% uczniów), wady wzroku (głównie dalekowzroczność u ok. 15%), zaburzenia słuchu i mowy (u ok. 10%), zaburzenia układu ruchu (u ok. 10%), choroby przewlekłe (w tym głównie alergie i astma oskrzelowa). Dzieci te często mają specjalne potrzeby edukacyjne i wymagają szczególnej uwagi nauczyciela, a często także dostosowania edukacji zdrowotnej do ich specyficznych potrzeb⁶⁶.

Potrzeby biologiczne dziecka

W związku z rozpoczęciem nauki w szkole i pobytem dziecka poza domem pojawiają się nowe potrzeby. Dorośli powinni zwrócić uwagę na:

- **Zaspokajanie potrzeby ruchu i pomoc w przystosowaniu motorycznym do szkoły przez umożliwienie** uczestnictwa we właściwie prowadzonych lekcjach wychowania fizycznego, ćwiczeniach śródlekcyjnych, aktywności ruchowej w czasie przerw, zadawanie ruchowych zadań domowych itd.⁶⁷ Należy zachęcać rodziców do zwiększenia własnej aktywności fizycznej oraz tworzenia wzorców dla dzieci i wspólne z nimi ćwiczenia, zapewnienie im pobytu na powietrzu.
- **Zapewnienie zbilansowanego śniadania w domu oraz posiłku i napoju w szkole.**
- **Zapewnienie miejsca do pracy w domu** – meble dostosowane do wysokości ciała, odpowiednie oświetlenie pokoju i miejsca pracy, **pomoc w organizacji czasu wolnego i odrabianiu lekcji**; ograniczanie czasu korzystania z komputera i oglądania telewizji.
- **Edukację do bezpieczeństwa**, w tym: bezpieczne poruszanie się po drodze i ulicy, używanie kasków w czasie jazdy na rowerze, nartach, używanie sprzętu ochronnego w czasie jazdy na wrotkach i deskorolce, nauczanie pływania i nurkowania, nadzór nad dzieckiem w domu i w szkole.

Potrzeby psychiczne dziecka

W zaspokajaniu potrzeb psychicznych dorośli powinni zwrócić szczególną uwagę na:

- **Zaspokojenie potrzeby nauki** – możliwość poszerzania wiedzy i nowych umiejętności wynikających z bycia uczniem a także możliwość rozwijania zainteresowań poza szkołą.
- **Wsparcie społeczne związane ze szkołą** dotyczące początkowo poradzenia sobie z nową sytuacją, jaką jest rozpoczęcie nauki i przyjęcie nowej roli społecznej – roli ucznia. Wsparcie społeczne w tym okresie jest szczególnie ważne, ze względu na mogące pojawić się problemy z przystosowaniem do szkoły. Dorośli powinni zwrócić uwagę na objawy mogące świadczyć o problemach z przystosowaniem do szkoły, np. częste bóle głowy lub brzucha, zaburzenia snu, lęki itd. Jeżeli objawy te nasilają się i nie mają jasno określonej przyczyny należy skorzystać z pomocy pedagoga lub psychologa szkolnego. Na dalszym etapie nauki wsparcie społeczne powinno być dziecku dostarczane w sposób ciągły, a nie jedynie w sytuacji problemowej i przejawiać się w wysłuchaniu dziecka, umożliwieniu mu przeżycia emocji, także tych negatywnych i niekwestionowaniu ich.
- **Sprawiedliwe ocenianie pracy ucznia** – ocena powinna dotyczyć określonego zadania, które dziecko miało do wykonania i w żadnym zakresie nie powinna odnosić się do ucznia

⁶⁶ B. Woynarowska, (red.). (2010), *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

⁶⁷ Przykłady i scenariusze takich zajęć zawiera m.in. książka: W. Pańczyk, K. Warchoń, (2006), *W kręgu teorii, metodyki i praktyki współczesnego wychowania fizycznego*, Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

jako osoby. Unikanie etykietowania, marginalizowania lub faworyzowania uczniów wpłynie pozytywnie na wyniki w nauce oraz pośrednio na funkcjonowanie dzieci w grupie.

- **Zaspokajanie potrzeby kompetencji** – dziecko ma potrzebę doświadczania powodzenia w jakiejś dziedzinie. Należy stworzyć warunki pozwalające każdemu dziecku odkryć swoje zdolności i mocne strony.
- **Właściwe funkcjonowanie w grupie rówieśniczej** – integrację uczniów bezpośrednio po rozpoczęciu nauki; dbanie o dobre relacje interpersonalne między uczniami; umiejętność rozwiązywania konfliktów pojawiających się w grupie; zapobieganie odrzucaniu poszczególnych uczniów.

Literatura uzupełniająca

Appelt K., (2004), *Wiek szkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, [w:] A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 259–303.

Pańczyk W., Warchoł K., (2006), *W kręgu teorii, metodyki i praktyki współczesnego wychowania fizycznego*, Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K., (2010), *Biomedyczne podstawy wychowania i kształcenia*. Wydawnictwo akademickie, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

1.2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej dla klas I–III

Agnieszka Kapuścińska

Jednym z założeń reformy jest **zapewnienie ciągłości programowej**. Treści kształcenia przewidziane w podstawie programowej dla klas I-III stanowią rozszerzenie i kontynuację tego, czego się dzieci uczyły w przedszkolu⁶⁸.

W **podstawie programowej wychowania przedszkolnego** zapisano, że celem tego wychowania jest m.in.:

- „kształtowanie u dzieci odporności emocjonalnej koniecznej do racjonalnego radzenia sobie w nowych i trudnych sytuacjach, w tym także do łagodnego znoszenia stresów i porażek;
- rozwijanie umiejętności społecznych dzieci, które są niezbędne w poprawnych relacjach z dziećmi i dorosłymi;
- troska o zdrowie dzieci i ich sprawność fizyczną, zachęcanie do uczestnictwa w zabawach i grach sportowych”⁶⁹.

Aby osiągnąć założone cele, należy wspomagać rozwój, wychowywać i kształcić dzieci w różnych obszarach, w tym w obszarze **wychowania zdrowotnego i kształtowania sprawności fizycznej**. Zapisano, że „dziecko kończące wychowanie przedszkolne i rozpoczynające naukę w szkole podstawowej:

- 1) dba o swoje zdrowie; zaczyna orientować się w zasadach zdrowego żywienia;
- 2) dostrzega związek pomiędzy chorobą a leczeniem, poddaje się leczeniu, np. wie, że przyjmowanie lekarstw i zastrzyki są konieczne;
- 3) jest sprawne fizycznie lub jest sprawne w miarę swoich możliwości, jeżeli jest dzieckiem mniej sprawnym ruchowo;
- 4) uczestniczy w zajęciach ruchowych, w zabawach, grach w ogrodzie przedszkolnym, w parku, na boisku, w sali gimnastycznej”⁷⁰.

Treści nauczania dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa znajdują się także w innych obszarach podstawy programowej wychowania przedszkolnego, zwłaszcza w obszarze **Wdrażania dzieci do dbałości o bezpieczeństwo własne oraz innych**.

W **zachowaniu ciągłości edukacyjnej** między przedszkolem a szkołą może pomóc: znajomość podstawy programowej wychowania przedszkolnego przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej oraz podstawy programowej edukacji wczesnoszkolnej przez nauczycieli przedszkola. Kluczową sprawą jest pomoc dziecku w adaptacji do warunków szkolnych z uwzględnieniem jego indywidualnych potrzeb.

Edukacja wczesnoszkolna to pierwszy etap edukacyjny obejmujący klasy I-III, realizowany w formie kształcenia zintegrowanego. Celem edukacji wczesnoszkolnej jest wspomaganie dziecka w rozwoju intelektualnym, emocjonalnym, społecznym, fizycznym, estetycznym i etycznym. **W cele te wpisuje się edukacja zdrowotna.**

⁶⁸ Ministerstwo Edukacji Narodowej (2009). Podstawa programowa z komentarzami. *Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna*. 1.1, s. 61.

⁶⁹ Tamże

⁷⁰ Tamże.

Gdzie znajdują się treści z zakresu edukacji zdrowotnej w klasach I-III?

W podstawie programowej edukacji wczesnoszkolnej⁷¹, w części „Zalecane warunki i sposób realizacji” w punkcie 16, zapisano, że „**doceniając rolę edukacji zdrowotnej**, treści z tego zakresu umieszczono w wielu obszarach kształcenia, np. w obszarze wychowania fizycznego, edukacji przyrodniczej i edukacji społecznej. Ze względu na dobro uczniów, należy zadbać, aby rozumieli oni konieczność oraz mieli nawyk dbania o zdrowie swoje i innych. Powinni także wiedzieć, do kogo zwrócić się w razie konieczności udzielenia pierwszej pomocy”⁷². Wymagania z zakresu edukacji zdrowotnej są także w obszarze edukacji polonistycznej, zajęciach komputerowych, etyce. Można je uwzględnić również w matematyce, przy rozwiązywaniu zadań dotyczących zdrowia, np.: ruch to zdrowie, zdrowy styl życia⁷³. Włączanie tematyki zdrowotnej w różne obszary edukacji (nawet pozornie z nią niezwiązanych – jak matematyka) przyczyni się do lepszego jej poznania i zrozumienia przez uczniów.

Kto i jak ma realizować treści z zakresu edukacji zdrowotnej w klasach I-III?

W klasach I-III szkoły podstawowej edukację prowadzi jeden nauczyciel i to on jest zobowiązany realizować treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Zgodnie z zapisem w podstawie programowej może to robić przy wsparciu specjalisty z zakresu zdrowia publicznego lub dietetyki, pielęgniarki lub higienistki szkolnej⁷⁴. Istnieje również możliwość prowadzenia zajęć z zakresu wychowania fizycznego przez innego nauczyciela posiadającego odpowiednie kwalifikacje.

Nauczyciel-wychowawca najlepiej zna potrzeby swoich uczniów i to od jego kompetencji i nastawienia zależy w dużej mierze zakres i jakość przekazywanych treści dotyczących zdrowia. Stąd ważne jest ciągłe doskonalenie własnych kompetencji specjalistycznych⁷⁵ na kursach, szkoleniach czy studiach podyplomowych. Ważna jest **współpraca i wymiana doświadczeń wśród samych nauczycieli w zakresie problematyki zdrowotnej, a także współpraca nauczycieli ze specjalistami z tej dziedziny**. Nauczyciel nie musi być „wszystkowiedzącym ekspertem od zdrowia”, lecz doradcą, animatorem, który organizuje uczenie się, motywuje, zachęca, ma prawo do niewiedzy („nie wiem, ale sprawdzę to”), ale też dąży do jej pogłębiania i poszerzania ucząc się razem z uczniami i samodzielnie.

Oprócz kompetencji specjalistycznych ważne jest również rozwijanie **kompetencji dydaktycznych** związanych z przygotowaniem zajęć i ich realizacją oraz **kompetencji psychologicznych**, które mają wpływ na relacje z uczniami (np. umiejętność budowania dobrego klimatu uczenia się, empatia, otwartość, umiejętności komunikacyjne, jak np. stosowanie komunikatu JA-TY, uważne słuchanie⁷⁶).

W realizacji edukacji zdrowotnej **zaleca się stosowanie metod aktywizujących**, które stwarzają okazję do samodzielnego poszukiwania, odkrywania, myślenia, takich jak np.: me-

⁷¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2014, poz. 803).

⁷² Tamże.

⁷³ Zbiór matematycznych zadań tekstowych, których treści są związane ze zdrowiem nauczyciele mogą znaleźć w: C. Stypułkowski, R. Flis, (2003), *Wychowanie zdrowotne w edukacji matematycznej dla klas 1–3 szkoły podstawowej*, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

⁷⁴ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna*, t. 1, s. 57.

⁷⁵ Kompetencje specjalistyczne należy w tym kontekście rozumieć jako wiedzę i umiejętności w zakresie edukacji zdrowotnej.

⁷⁶ Czynniki warunkujące dobry klimat uczenia się w grupie zostały omówione w: B. Woynarowska (2010), *Metodyka edukacji zdrowotnej*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 165–172.

tody tworzenia i definiowania pojęć (burza mózgów, mapa pojęciowa), metoda projektu, metody integracyjne, hierarchizacji (np. piramida priorytetów), metody twórczego rozwiązywania problemów⁷⁷.

Komponenty zdrowia i ich powiązanie z treściami nauczania w edukacji wczesnoszkolnej

Zdrowie jest całością, na którą składa się kilka wzajemnie powiązanych i zależnych od siebie komponentów (wymiarów) takich jak: zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe, seksualne i prokreacyjne. Zdrowie oznacza zachowanie równowagi między wszystkimi komponentami⁷⁸. Ważnym zadaniem jest uświadomienie nauczycielom znaczenia edukacji zdrowotnej i wskazanie, jak wiele wymagań sformułowanych w podstawie programowej edukacji wczesnoszkolnej wiąże się z holistycznie rozumianym zdrowiem.

Treści nauczania dotyczące zdrowia fizycznego w edukacji wczesnoszkolnej

Pojęcie „**zdrowie fizyczne**” może oznaczać prawidłowe funkcjonowanie organizmu (bez objawów choroby lub niepełnosprawności), także odpowiedni poziom sprawności i wydolności fizycznej⁷⁹. Ze zdrowiem fizycznym wiąże się m.in. aktywność fizyczna, zdrowe żywienie, bezpieczeństwo, jako podstawowe elementy prozdrowotnego stylu życia i zapobiegania chorobom. Wymagania szczegółowe, związane ze zdrowiem fizycznym w różnych obszarach edukacji wczesnoszkolnej przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące **zdrowia fizycznego** zawarte w podstawie programowej na koniec klasy III

Obszar edukacji	Zakres wiadomości i umiejętności jakimi ma dysponować uczeń kończący klasę III
Wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna	1) w zakresie sprawności fizycznej: <ol style="list-style-type: none"> a) realizuje marszbieg trwający co najmniej 15 minut, b) umie wykonać próbę siły mięśni brzucha oraz próbę gibkości dolnego odcinka kręgosłupa, c) potrafi pokonywać przeszkody naturalne i sztuczne; 2) w zakresie treningu zdrowotnego: <ol style="list-style-type: none"> a) przyjmuje pozycje wyjściowe i ustawienia do ćwiczeń oraz wykonuje przewrót w przód, b) skacze przez skakankę, wykonuje przeskoki jednonóż i obunóż nad niskimi przeszkodami, c) wykonuje ćwiczenia równoważne bez przyboru, z przyborem i na przyrządzie; 3) w zakresie sportów całego życia i wypoczynku: <ol style="list-style-type: none"> a) posługuje się piłką: rzuca, chwytą, kołtuje, odbija i prowadzi ją, b) jeździ np. na rowerze, wrotkach; przestrzega zasad poruszania się po drogach, c) bierze udział w zabawach, minigrach i grach terenowych, zawodach sportowych, respektując reguły i podporządkowując się decyzjom sędziego, d) wie, jak należy zachować się w sytuacjach zwycięstwa i radzi sobie z porażkami w miarę swoich możliwości;

⁷⁷ Klasyfikacje i przykłady metod i technik aktywizujących, które można zastosować w klasach I-III zawiera książka: J. Krzyżewska, (1998), *Aktywizujące metody i techniki w edukacji wczesnoszkolnej*, Suwałki, Wydawnictwo AU OMEGA.

⁷⁸ B. Woynarowska, (2010), *Zdrowie*, [w:] *Edukacja zdrowotna Podręcznik akademicki*, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo 2, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 30.

⁷⁹ Tamże.

	<p>4) w zakresie bezpieczeństwa i edukacji zdrowotnej:</p> <p>a) dba o higienę osobistą i czystość odzieży,</p> <p>b) wie, jakie znaczenie dla zdrowia ma właściwe odżywianie się oraz aktywność fizyczna,</p> <p>c) wie, że nie może samodzielnie zażywać lekarstw i stosować środków chemicznych niezgodnie z przeznaczeniem,</p> <p>d) dba o prawidłową postawę, np. siedząc w ławce, przy stole,</p> <p>e) przestrzega zasad bezpiecznego zachowania się w trakcie zajęć ruchowych; posługuje się przyborami sportowymi zgodnie z ich przeznaczeniem,</p> <p>f) potrafi wybrać bezpieczne miejsce do zabaw i gier ruchowych; wie, do kogo zwrócić się o pomoc w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia</p>
Edukacja społeczna	<p>10) wie, gdzie można bezpiecznie organizować zabawy, a gdzie nie można i dlaczego.</p> <p>11) zna zagrożenia ze strony ludzi; potrafi powiadomić dorosłych o wypadku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie; zna numery telefonów: pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, policji oraz ogólnopolski numer alarmowy 112.</p>
Zajęcia komputerowe	<p>5) zna zagrożenia wynikające z korzystania z komputera, Internetu i multimediiów:</p> <p>a) wie, że praca przy komputerze męczy wzrok, nadwęża kręgosłup, ogranicza kontakty społeczne; wie, jak trzeba korzystać z komputera, żeby nie narażać własnego zdrowia,</p> <p>b) ma świadomość niebezpieczeństw wynikających z anonimowości kontaktów i podawania swojego adresu,</p> <p>c) stosuje się do ograniczeń dotyczących korzystania z komputera, Internetu i multimediów.</p>
Edukacja przyrodnicza	<p>8) nazywa części ciała i organy wewnętrzne zwierząt i ludzi (np. serce, płuca, żołądek);</p> <p>9) zna podstawowe zasady racjonalnego odżywiania się; rozumie konieczność kontrolowania stanu zdrowia i stosuje się do zaleceń lekarza i lekarza dentystry;</p> <p>10) dba o zdrowie i bezpieczeństwo swoje i innych (w miarę swoich możliwości); orientuje się w zagrożeniach ze strony roślin i zwierząt, a także w zagrożeniach typu burza, huragan, śnieżycy, lawina, powódź itp.; wie, jak trzeba zachować się w takich sytuacjach.</p>
Zajęcia techniczne	<p>3) dba o bezpieczeństwo własne i innych:</p> <p>a) utrzymuje ład i porządek wokół siebie, w miejscu pracy; sprząta po sobie i pomaga innym w utrzymaniu porządku,</p> <p>b) właściwie używa narzędzi i urządzeń technicznych,</p> <p>c) wie, jak należy bezpiecznie poruszać się po drogach (w tym na rowerze) i korzystać ze środków komunikacji; wie, jak trzeba zachować się w sytuacji wypadku.</p>

Treści nauczania dotyczące zdrowia psychospołecznego i duchowego w edukacji wczesnoszkolnej

Zdefiniowanie tych wymiarów zdrowia nie jest proste. Zwykle przyjmuje się, że:

- **zdrowie psychiczne** składa się z dwóch komponentów: zdrowie umysłowe (zdolność do logicznego myślenia, uczenia się) i zdrowie emocjonalne (właściwe rozpoznawanie, nazy-

wanie, wyrażanie emocji w sposób akceptowany społecznie oraz zdolność radzenia sobie z trudnościami, negatywnymi emocjami);

- **zdrowie społeczne** można określić jako zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi, zdolność nawiązywania i podtrzymywania dobrych relacji międzyludzkich, zdolność współdziałania z innymi ludźmi;
- **zdrowie duchowe** wiąże się z umiejętnością brania i dawania, okazywania pozytywnych emocji, poczuciem sensu i celowości, zdolnością rozpoznawania i wdrażania zasad (np. moralnych, religijnych) w życie⁸⁰.

Wszystkie komponenty zdrowia stanowią sieć wzajemnych zależności, np. gdy dziecko nie radzi sobie z emocjami, bywa opryskliwe, agresywne wówczas często jest także odrzucane przez grupę rówieńczą. Gdy stan ten utrzymuje się dłużej, mogą pojawić się różne zaburzenia (emocjonalne zachowania). Dlatego jednym z celów edukacji zdrowotnej jest **rozwijanie umiejętności życiowych, osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia** (patrz Część I, rozdz. 3). Rozwijanie umiejętności życiowych powinno być stałym elementem edukacji zdrowotnej, zintegrowanej z całością działań dydaktycznych, wychowawczych i programu profilaktyki szkoły. Mogą one sprzyjać zmianie zachowania dziecka, a w dalszej perspektywie pomóc mu osiągnąć dobrą jakość życia poprzez aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, radzeniu sobie w relacjach społecznych, świadomości własnych możliwości i ograniczeń. Rodzaj umiejętności, które powinny być rozwijane u uczniów wynika z analizy aktualnych potrzeb dzieci w danym środowisku.

W realizacji zagadnień związanych ze zdrowiem psychospołecznym i duchowym podstawową kwestią jest kształtowanie u dzieci poczucia bezpieczeństwa. Dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na:

- Proces adaptacji dzieci do warunków szkolnych. Okres czasu adaptacyjnego określa nauczyciel uwzględniając potrzeby dzieci.
- Organizację przestrzeni edukacyjnej – uwzględniając także potrzeby i możliwości dzieci 6-letnich. Powinna się ona składać z odpowiednio przystosowanych i wyposażonych części: edukacyjnej i rekreacyjnej (dywan). „Zalecane jest wyposażenie sal w pomoce dydaktyczne i przedmioty potrzebne do zajęć (np. liczmany), sprzęt audiowizualny, komputery z dostępem do Internetu, gry i zabawki dydaktyczne, kąciki tematyczne (np. przyrody), biblioteczkę itp.”⁸¹.
- Odpowiednie dostosowanie czasu trwania zajęć do możliwości psychofizycznych dzieci (co oznacza możliwość zrezygnowania z systemu 45 minutowych lekcji).
- Uczenie w zespole rówieńczym nie większym niż 26 osób, przez jednego nauczyciela.
- Umożliwienie wszystkim uczniom, także ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (w tym dzieciom uzdolnionym), odniesienie sukcesu na miarę swoich możliwości. Pomóc w tym może:
 - uwzględnianie różnic indywidualnych poprzez wykorzystywanie różnych metod, technik i form pracy np. kształcenie wielopoziomowe (grupy jednorodne), kształcenie zróżnicowane, indywidualizację pracy domowej⁸²;
 - kształtowanie umiejętności życiowych z wykorzystaniem metod interaktywnych, w atmosferze akceptacji, swobody i zaufania (podmiotowe traktowanie ucznia).
 - ścisła współpraca z rodzicami uczniów.

⁸⁰ Tamże, s. 31.

⁸¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2014 poz. 803).

⁸² Metody, techniki i formy pracy z uczniem zdolnym, jak również sposoby identyfikowania zdolności uczniów przedstawiono m.in. w: I. Fechner-Sędzicka, (1999), *Szkolny system wspierania zdolności: jak rozpoznawać i rozwijać dziecięce uzdolnienia?*, Toruń, Aker.

Tabela 2. Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące **zdrowia psychospołecznego** zawarte w podstawie programowej na koniec klasy III

Obszar edukacji	Zakres wiadomości i umiejętności jakimi ma dysponować uczeń kończący klasę III
Edukacja społeczna	<ol style="list-style-type: none"> 1) odróżnia, co jest dobre, a co złe w kontaktach z rówieśnikami i dorosłymi; 2) odróżnia dobro od zła, stara się być sprawiedliwym i prawdomównym; nie krzywdzi innych, pomaga słabszym i potrzebującym; 3) zna podstawowe relacje między najbliższymi; podejmuje obowiązki domowe i rzetelnie je wypełnia; identyfikuje się ze swoją rodziną i jej tradycjami; ma rozeznanie, że pieniądze otrzymuje się za pracę; rozumie, co to jest sytuacja ekonomiczna rodziny, i wie, że trzeba do niej dostosować swe oczekiwania; 4) współpracuje z innymi w zabawie, w nauce szkolnej i w sytuacjach życiowych; przestrzega reguł obowiązujących w społeczności dziecięcej oraz świecie dorosłych; wie, jak należy zachowywać się w stosunku do dorosłych i rówieśników (formy grzecznościowe); rozumie potrzebę utrzymywania dobrych relacji z sąsiadami w miejscu zamieszkania; jest chętny do pomocy, respektuje prawo innych do pracy i wypoczynku; 5) jest tolerancyjny wobec osób innej narodowości, tradycji kulturowej itp.; wie, że wszyscy ludzie mają równe prawa; 6) zna prawa ucznia i jego obowiązki (w tym zasady bycia dobrym kolegą), respektuje je; uczestniczy w szkolnych wydarzeniach;
Etyka	<ol style="list-style-type: none"> 1) rozumie, że ludzie mają równe prawa, niezależnie od tego, gdzie się urodzili, jak wyglądają, jaką religię wyznają, jaki mają status materialny; okazuje szacunek osobom starszym; 2) zastanawia się nad tym, na co ma wpływ, na czym mu zależy, do czego może dążyć nie krzywdząc innych; stara się nieść pomoc potrzebującym; 3) wie, że dzieci niepełnosprawne znajdują się w trudnej sytuacji i pomaga im; 4) wie, na czym polega prawdomówność i jak ważna jest odwaga przeciwstawiania się kłamstwu i obmowie; potrafi z tej perspektywy oceniać zachowania bohaterów baśni, opowiadań, legend, komiksów; 5) wie, że nie można zabierać cudzej własności i stara się tego przestrzegać; wie, że należy naprawić wyrządzoną szkodę; dostrzega, kiedy postaci z baśni, opowiadań, legend, komiksów nie przestrzegają reguły „nie kradnij”; pamięta o oddawaniu pożyczonych rzeczy, nie niszczy ich; 6) nawiązuje i pielęgnuje przyjaźnie w miarę swoich możliwości; 7) przestrzega reguł obowiązujących w społeczności dziecięcej (grzecznie zwraca się do innych, współpracuje w zabawach i w sytuacjach zadaniowych) oraz w świecie dorosłych (grzecznie zwraca się do innych, ustępuje osobom starszym miejsca w autobusie, podaje upuszczony przedmiot itp.); 8) wie, że jest częścią przyrody, chroni ją i szanuje; nie niszczy swojego otoczenia.
Edukacja polonistyczna	<p>3b) dobiera właściwe formy komunikowania się w różnych sytuacjach społecznych</p>

Treści nauczania dotyczące edukacji seksualnej w edukacji wczesnoszkolnej

„Nadrzędną zasadą edukacji seksualnej małego dziecka jest aktywne uczestnictwo dorosłego w poznawaniu przez nie świata oraz gotowość do udzielania odpowiedzi na pytania”⁸³. W dobie internetu, telewizji trudno traktować seksualność człowieka jako sferę tabu. Dzieci obserwują, słyszą i pytają, a pozostawione bez odpowiedzi same poszukują informacji, które nie zawsze są dostosowane do ich możliwości percepcyjnych. Odpowiedzialni dorośli uwzględniając różnice indywidualne, poziom rozwoju dzieci i kontekst środowiskowy powinni dostarczać dzieciom wiedzy również w tym obszarze. Nie zawsze jednak źródłem informacji są rodzice, dlatego szczególna rola przypada szkole.

Treści edukacji seksualnej dla dzieci z klas I–III powinny dotyczyć⁸⁴:

- budowy anatomicznej dziewcząt i chłopców i różnic między nimi,
- zmian fizycznych związanych z dojrzewaniem (zmiany sylwetki, trądzik, owłosienie, mutacja, polucje, miesiączka) w celu przygotowania dzieci na czekające ich zmiany,
- higieny i troski o swoje ciało,
- wiedzy na temat poczęcia dziecka, rozwoju płodu, odpowiedzialności za dziecko,
- elementów profilaktyki z zakresu przemocy seksualnej,
- męskich i żeńskich ról płciowych, krytycznej analizy panujących stereotypów płciowych (np. przykładów zachowań kobiet, mężczyzn, które były niezgodne z oczekiwaniami społecznymi).

Zdrowie seksualne i prokreacyjne to jedno z komponentów zdrowia. Zagadnień z nimi związanych nie da się realizować w oderwaniu od pozostałych wymiarów zdrowia np. bez jednoczesnego rozwijania kompetencji społecznych, takich jak komunikowanie własnych stanów emocjonalnych, radzenie sobie z konfliktami, samoakceptacja, atrakcyjność interpersonalna, podejmowanie decyzji i odpowiedzialność za nie, okazywanie zainteresowania innym osobom, przyjaźń, miłość, małżeństwo itp.⁸⁵. Dlatego należy uznać, że **edukacja seksualna powinna być elementem edukacji zdrowotnej**.

Treści dotyczące tego obszaru edukacji zawarte w podstawie programowej dla klas I-III podano w tabeli 3. Liczba wymagań i ich zakres jest zdecydowanie niewystarczający, zwłaszcza, że w klasach III, u części dziewcząt, rozpoczyna się dojrzewanie płciowe.

Tabela 3. Treści nauczania – wymagania szczegółowe) dotyczące **edukacji seksualnej** zawarte w podstawie programowej na koniec klasy III

Obszar	Klasy / treści nauczania
Edukacja społeczna	Uczeń: 9) zna zagrożenia ze strony ludzi; potrafi powiadomić dorosłych o wypadku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie; zna numery telefonów: pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, policji oraz ogólnopolski numer alarmowy 112.

⁸³ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, s. 164.

⁸⁴ Tamże, s. 166–167, A. Długołęcka, (2010), *Seksualność – wybrane zagadnienia*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 357–362.

⁸⁵ Pomocą w realizacji tematyki związanej ze zdrowiem seksualnym i prokreacyjnym mogą być pozycje książkowe podane w literaturze uzupełniającej, jak również scenariusze zajęć zamieszczone [w:] A. Długołęcka (2010), *Seksualność – wybrane zagadnienia*, w: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, B. Woynarowska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 357–362.

Edukacja przyrodnicza	Uczeń 8) nazywa podstawowe części ciała i organy wewnętrzne zwierząt i ludzi (np. serce, płuca, żołądek).
Zajęcia komputerowe	Uczeń 5b) ma świadomość niebezpieczeństw wynikających z anonimowości kontaktów i podawania swoich adresów.
Wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna	Uczeń 4a) dba o higienę osobistą i czystość odzieży.

Literatura uzupełniająca

Haffner D., (2002), *Jak rozmawiać z dziećmi o sprawach intymnych?*, Warszawa, Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media Diogenes.

Klus-Stańska D., Nowicka M., (1999), *Bezpieczeństwo dzieci. Scenariusze zajęć dla rodziców i nauczycieli*, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Krzyżewska J., (1998), *Aktywizujące metody i techniki w edukacji wczesnoszkolnej*, Suwałki, Wydawnictwo AU OMEGA.

Madejski E., (2008), *Nowa reforma programowa wychowania fizycznego w edukacji wczesnoszkolnej*, „Lider”, nr 11.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2014 poz. 803).

Pajęczkowska E., Ponińska K., (1990), *Nie wiercie w bociany*, Katowice, Krajowa Agencja Wydawnicza.

Stypułkowski C., Flis R., (2003) *Wychowanie zdrowotne w edukacji matematycznej dla klas 1–3 szkoły podstawowej*, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Woynarowska B., (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

2. Drugi etap edukacyjny – klasy IV–VI szkoły podstawowej

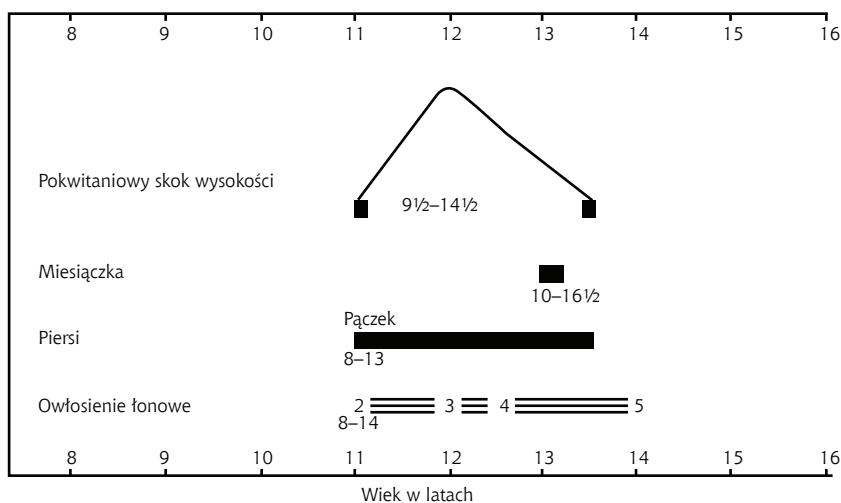
2.1. Rozwój, zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów klas IV–VI

Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Barbara Wojnarowska

Charakterystyczną cechą okresu przypadającego na ostatnie trzy lata nauki w szkole podstawowej są różnice w rozwoju chłopców i dziewcząt. Większość chłopców pozostaje w fazie dziecięcej, tylko u niektórych, wczesnie dojrzewających, mogą występować pierwsze oznaki pokwitania. Dziewczęta znajdują się w różnych fazach dojrzewania płciowego i znaczna ich część rozpoczyna już miesiączkowanie. Pogłębiający się w tym okresie dymorfizm płciowy może wpływać na zachowania dziewcząt i chłopców oraz odmienne ich potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej.

Rozwój fizyczny i motoryczny

U większości **dziewcząt**, w okresie nauki w klasach IV-VI, dokonują się intensywne przemiany związane z dojrzewaniem płciowym. Zwiększają się przyrosty wysokości ciała – jest to skok pokwitaniowy, w którego szczycie roczny przyrost wysokości ciała wynosi średnio ok. 6–7 cm; występują jednak duże różnice indywidualne. Dziewczęta „przerastają” chłopców. Zmienia się budowa ich ciała – rozwój piersi, wzrost szerokości bioder, zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej i jej charakterystyczne rozmieszczenie (w okolicy piersi, bioder, pośladków i ud). Między 11. a 13. rokiem życia u większości dziewcząt występuje pierwsza miesiączka. Przebieg tych zmian przedstawia schemat na ryc. 1. opracowany przez angielskiego lekarza pediatrę J.M. Tannera⁸⁶.



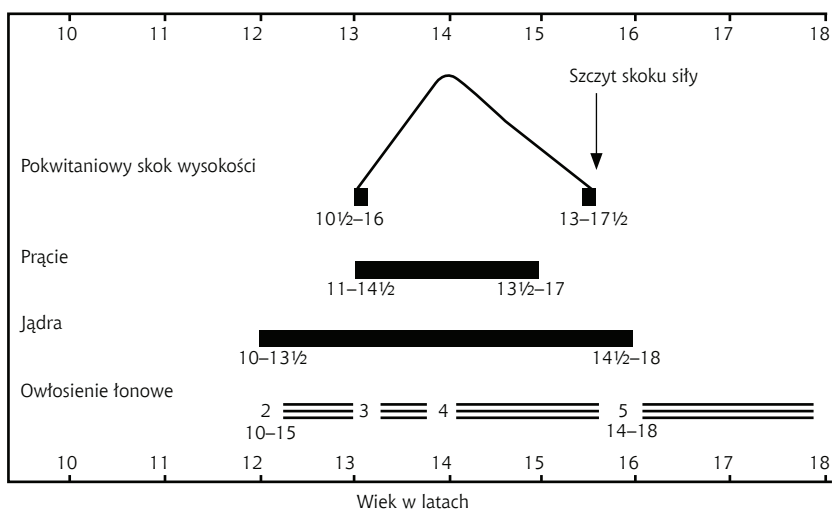
Ryc. 1. Schemat przebiegu dojrzewania płciowego dziewcząt według J.M. Tannera (Zaznaczony na rycinie „pączek” oznacza uwypuklenie otoczki piersi)

⁸⁶ J.M. Tanner, (1963). *Rozwój w okresie pokwitania*, Warszawa, PZWL.

Motorykę dojrzewających dziewcząt cechują przejściowe „niekorzystne” zmiany – niezgrabność i obszerność ruchów, niepokój ruchowy. W okresie jednego roku przed i po pierwszej miesiączce pojawia się niechęć do ruchu („lenistwo ruchowe”). Zmienia się postawa ciała (częste „kulenie się” w celu „ukrycia” rozwijających się piersi).

Zmiany w budowie i funkcji skóry powodują zwiększoną potliwość i łożotok. Dziewczeta mają problemy z przetłuszczaniem się włosów, może pojawić się trądzik na twarzy. Problemem dla dziewcząt może być chwiejność emocjonalna, zmiennność nastrojów. Towarzyszą im zmiany naczynioruchowe – występowanie czerwonych plam na skórze, potliwość dłoni, uczucie bicia serca, skłonność do omdleń ortostatycznych (przy długotrwałym staniu lub gwałtownym wstawaniu).

Większość **chłopców** w klasach IV-VI jest jeszcze w dziecięcej fazie rozwoju, tylko u nielicznych mogą wystąpić pierwsze objawy dojrzewania płciowego, czyli rozwój jąder (ryc. 2). „Zapowiedzią” rozpoczynającego się skoku pokwitaniowego może być powiększanie się wielkości stopy (konieczne częste kupowanie większych butów).



Ryc. 2. Schemat przebiegu dojrzewania płciowego chłopców według J.M. Tannera⁸⁷

Rozwój emocjonalny i społeczny

W tym okresie następuje dalszy postęp (w stosunku do okresu poprzedniego) w rozumieniu emocji, jednoczesnym przeżywaniu różnych (ambivalentnych) emocji oraz spostrzeganiu możliwości ukrywania emocji, które nastolatek przeżywa. Młody człowiek jest zdolny do dystansowania się do swoich przeżyć, zaczyna także mieć większą odporność psychiczną. Pod koniec klasy III samoocena dziecka zaczyna tworzyć całościowy i hierarchiczny system, wzrasta także **integracja obrazu własnej osoby**. Na uwagę zasługuje fakt, że obraz własnej osoby kształtowany jest często na podstawie wizerunków promowanych przez media oraz wyobrażeń dotyczących ról przypisywanych danej płci. Osoby dorosłe powinny mieć świadomość wpływu mediów na osobowość nastolatków np. przez promowanie szczupłej sylwetki, kult ciała itd. Należy także zwracać uwagę na przekaz dotyczący roli związanej z płcią, aby uniknąć stereotypowości, która może utrudnić młodym ludziom właściwe funkcjonowanie na dalszych etapach rozwoju.

⁸⁷ Tamże.

W relacjach społecznych coraz większą rolę odgrywają rówieśnicy, którzy stanowią jedno z ważniejszych źródeł wsparcia społecznego. Charakterystyczne dla tego okresu są dość duże **różnice indywidualne w rozwoju emocjonalnym i społecznym**, szczególnie wyraźne przy **porównaniu chłopców i dziewcząt**. Dla zobrazowania tego zjawiska posłużymy się przykładem związków przyjacielskich, które stają się istotnym elementem życia nastolatków. Przyjaźnie zawiązywane w tym okresie rozwoju dotyczą najczęściej osób tej samej płci. Związki przyjacielskie dziewcząt charakteryzują się bliskością emocjonalną, potrzebą dzielenia się wspólnymi uczuciami. Są to związki mniej liczne. Przyjaźnie chłopców dotyczą wspólnych aktywności i spędzania czasu w większej grupie kolegów. Różne potrzeby emocjonalne dziewcząt i chłopców mogą prowadzić do braku zrozumienia między nimi⁸⁸.

Problemy zdrowotne⁸⁹

Pod względem zdrowotnym końcowy okres nauki w szkole podstawowej jest korzystny. Większość uczniów (88%) w wieku 11–12 lat ocenia swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, 85% jest zadowolonych z życia. Rzadziej niż w starszych grupach wieku występują u nich różne dolegliwości, ale 29% często jest zdenerwowana, 24% często odczuwa rozdrażnienie i zły humor, 13% przygnębienie. Dolegliwości te częściej odczuwają dziewczęta niż chłopcy.

Do problemów, zapobieganiu którym warto zwrócić uwagę w ramach edukacji zdrowotnej, należą:

- nadwaga i otyłość – występuje u ok. 20–25% chłopców i 15–17% dziewcząt,
- częste doznawanie urazów – w 2010 r. 35% chłopców i 30% dziewcząt doznało w ostatnich 12 miesiącach urazu wymagającego pomocy medycznej,
- u dziewcząt – możliwość nasilenia się w okresie skoku pokwitaniowego krótkowzrostowości i bocznego skrzywienia kręgosłupa; nieuzasadnione odchudzanie się – 10% dziewcząt odchudza się przy prawidłowej masie ciała lub jej niedoborze (jest to w tej grupie zachowanie ryzykowne).

Zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia⁹⁰

U uczniów klas V szkół podstawowych stwierdza się wiele niedostatków w zakresie żywienia, aktywności fizycznej, higieny jamy ustnej. Jest to także okres eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi (tab. 4).

Tabela 4. Wybrane zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia uczniów klas V szkół podstawowych w Polsce w 2010 r. (% badanych)

Zachowanie	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
Częstość jedzenia śniadań w dni szkolne			
5 razy w tygodniu	63,4	62,9	63,8
3–4 razy w tygodniu	10,4	9,8	11,0
1 raz, 2 razy w tygodniu lub nigdy	10,5	11,4	9,7
Częstość jedzenia owoców			
codziennie 1 raz lub częściej	38,9	33,5	44,4
5–6 razy w tygodniu	17,2	15,9	18,3
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	43,9	50,6	37,3

⁸⁸ J. Trempała (red.), (2011). *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

⁸⁹ Dane liczbowe pochodzą z badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, wykonanych w 2010 r. w reprezentatywnej grupie uczniów klas V szkół podstawowych, w ramach międzynarodowych badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*): J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), (2011), *Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

⁹⁰ Patrz przypis 27.

Częstość jedzenia warzyw			
codziennie 1 raz lub częściej	30,7	26,1	35,3
5–6 razy w tygodniu	19,3	17,2	21,4
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	50,0	56,7	43,3
Częstość jedzenia słodczy (cukierków, czekolady)			
codziennie 1 raz lub częściej	27,6	26,2	28,9
5–6 razy w tygodniu	14,8	14,2	15,4
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	57,6	59,6	55,7
Częstość picia coca-coli lub innych słodkich napojów			
codziennie 1 raz lub częściej	24,8	28,0	21,8
5–6 razy w tygodniu	12,0	13,1	10,9
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	63,2	58,9	67,3
Częstość czyszczenia zębów			
częściej niż 1 raz dziennie	63,3	57,7	68,8
1 raz dziennie	29,4	33,6	25,3
rzadziej niż 1 raz dziennie	7,3	8,7	5,9
Aktywność fizyczna w ostatnich 7 dniach (liczba dni, w których młodzież przeznaczała co najmniej 60 minut dziennie na aktywność fizyczną)			
7 dni (zalecane)	27,3	31,4	23,2
5–6 dni	30,6	28,2	33,0
4 dni, rzadziej lub nigdy	42,1	40,4	43,8
Palenie tytoniu			
próbowali palić	13,1	16,9	9,4
palą obecnie	2,8	3,9	1,7
Picie alkoholu w ostatnich 30 dniach			
nigdy	88,8	87,5	90,2
1–2 razy	8,9	9,3	8,4
3 razy lub więcej	2,3	3,2	1,4
Częstość występowania upojenia alkoholowego			
nigdy	92,7	91,3	94,2
1–3 razy	6,5	7,6	5,4
4 razy lub więcej	0,8	1,1	0,4

Źródło: J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), (2011), *Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka

Jednym z ważnych celów edukacji zdrowotnej powinno być zachęcanie młodzieży do praktykowania zachowań prozdrowotnych i co najmniej opóźnianie podejmowania zachowań ryzykownych. Wyniki badań wskazują, że im wcześniej młodzi ludzie podejmują te zachowania, tym większe jest ryzyko ich kontynuacji w dalszych latach życia.

Literatura uzupełniająca

Kołodziejczyk A., (2011), *Późne dzieciństwo – młodszy wiek szkolny*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 234–259.

Lopez R.I., (2006), *Twój nastolatek. Zdrowie i dobre samopoczucie*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K., (2010), *Biomedyczne podstawy wychowania i kształcenia*. Wydawnictwo akademickie, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

2.2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej różnych przedmiotów

2.2.1. WYCHOWANIE FIZYCZNE

Tomasz Frołowicz

W części wstępnej podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej zapisano, że: „**Ważnym zadaniem szkoły podstawowej jest także edukacja zdrowotna**, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”. W części „Zalecane warunki i sposób realizacji” wychowania fizycznego w klasach IV–VI szkoły podstawowej zapisano: „Wychowanie fizyczne pełni ważne funkcje edukacyjne, rozwojowe i zdrowotne. Wspiera rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny oraz zdrowie uczniów i kształtuje obyczaj aktywności fizycznej i troski o zdrowie w okresie całego życia. **Pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej uczniów**”⁹¹. Stopień wysycenia podstawy programowej wychowania fizycznego dla II etapu edukacyjnego treściami edukacji zdrowotnej jest bardzo duży. Wszystkie wymagania ogólne wprost odnoszą się do zachowań zdrowotnych lub innych form aktywności motywowanej potrzebami zdrowotnymi. Wśród nieco ponad 20 wymagań szczegółowych, 14 bezpośrednio lub pośrednio dotyczy edukacji zdrowotnej.

Cele kształcenia i treści nauczania powiązane bezpośrednio lub pośrednio z edukacją zdrowotną

Przyjęto, że **celem kształcenia** jest „Bezpieczne uczestnictwo w aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym i sportowym ze zrozumieniem jej znaczenia dla zdrowia:

- 1) udział w aktywności fizycznej ukierunkowanej na zdrowie, wypoczynek i sport,
- 2) stosowanie zasad bezpieczeństwa podczas aktywności fizycznej,
- 3) poznawanie własnego rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej oraz praktykowanie zachowań prozdrowotnych”.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

Wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej
1. Diagnoza sprawności fizycznej i rozwoju fizycznego Uczeń: 1) wykonuje bez zatrzymania marszowo-biegowy test Coopera; 2) wykonuje próby sprawnościowe pozwalające ocenić wytrzymałość tlenową, siłę mięśni posturalnych oraz giętkość dolnego odcinka kręgosłupa; z pomocą nauczyciela interpretuje uzyskane wyniki; 3) dokonuje pomiarów wysokości i masy ciała oraz z pomocą nauczyciela interpretuje ich wyniki; 4) ocenia własną postawę ciała.

⁹¹ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8.

2. Trening zdrowotny

Uczeń:

- 1) mierzy tętno w spoczynku i po wysiłku;
- 2) wymienia zasady i metody hartowania organizmu;
- 3) demonstruje po jednym ćwiczeniu kształtującym wybrane zdolności motoryczne oraz ułatwiające utrzymywanie prawidłowej postawy ciała.

3. Sporty całego życia i wypoczynek

Uczeń:

- 1) omawia zasady aktywnego wypoczynku.

4. Bezpieczna aktywność fizyczna i higiena osobista

Uczeń:

- 1) omawia sposoby postępowania w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia;
- 2) korzysta bezpiecznie ze sprzętu i urządzeń sportowych;
- 3) stosuje zasady samoasekuracji;
- 4) porusza się bezpiecznie po drogach publicznych na rowerze;
- 5) omawia zasady bezpiecznego zachowania się nad wodą i w górach;
- 6) omawia sposoby ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem;
- 7) dobiera strój i obuwie sportowe do ćwiczeń w zależności od miejsca zajęć oraz warunków atmosferycznych.

Nauczyciel wychowania fizycznego liderem edukacji zdrowotnej

Wysycenie podstawy programowej wychowania fizycznego wymaganiami z edukacji zdrowotnej zmusza nauczyciela do rozwoju warsztatu zawodowego rozumianego podmiotowo (np. umiejętności zawodowe) i przedmiotowo (np. wykorzystywane metody i środki dydaktyczne). Aby sprostać nowym zadaniom nauczyciel musi otrzymać wsparcie ze strony dyrektora, stymulujące jego rozwój zawodowy. Wsparcie może polegać na: zachęcaniu do samokształcenia, ułatwień w udziale w konferencjach, seminariach, warsztatach na temat edukacji zdrowotnej. Szczególnie cenne byłoby podjęcie studiów podyplomowych w tym zakresie. Nauczyciel, który rozwinie swoje kompetencje (przygotowanie merytoryczne i umiejętności metodyczne) będzie mógł podjąć się funkcji liderkich związanych z realizacją edukacji zdrowotnej w szkole, zgodnie z zapisem w podstawie programowej, że „**wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej uczniów**”. Przejęcie przez nauczyciela wychowania fizycznego roli koordynatora szkolnych działań w tym zakresie, otwiera przed nim alternatywną drogę rozwoju zawodowego w szkole, wobec np. drogi nauczyciela-trenera. Dyrektor powinien uświadamiać nauczycieli wychowania fizycznego, że mają taką alternatywę i ich wspierać, gdy zdecydują się na jej wybór.

Od czego zacząć przygotowywanie się przez nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej? Konieczne wydaje się uważne przeczytanie przez każdego nauczyciela podstawy programowej wychowania fizycznego, w tym informacji na temat zalecanych warunków i sposobu realizacji zajęć wraz z „Komentarzami...” zamieszczonymi w dostępnym w każdej szkole wydawnictwie MEN⁹². Następnie nauczyciele wychowania fizycznego powinni przedyskutować swoje zadania dotyczące edukacji zdrowotnej, wynikające z podstawy programowej wychowania fizycznego, np. w czasie spotkania zespołu przedmiotowego, najlepiej z udziałem dyrektora szkoły. Kolejnym krokiem powinno być dalsze samokształcenie i udział w dostępnych szkoleniach lub studiach podyplomowych. Tak przygotowani nauczyciele wychowania fizycznego mogliby zacząć konstruować programy nauczania i plany pracy, nasycone edukacją zdrowotną, dostosowane do potrzeb uczniów oraz warunków lokalnych.

⁹² Tamże.

Konieczność prowadzenia przez dyrektora szkoły polityki kadrowej powinna skłaniać go do doboru nauczycieli, którzy gwarantują pełną realizację zadań szkoły, w tym – zgodnie z zapisem w podstawie programowej – jednego z najważniejszych zadań – edukacji zdrowotnej. Jeśli w szkole wśród nauczycieli wychowania fizycznego nie ma jednej (lub kilku osób – w zależności od wielkości szkoły), które byłyby zdolne do przejęcia roli szkolnych liderów edukacji zdrowotnej, to zatrudniając nowych nauczycieli dyrektor placówki powinien uwzględnić ich kwalifikacje i doświadczenia w zakresie edukacji zdrowotnej.

Od programu nauczania do oceny ucznia

Na etapie konstruowania lub wyboru przez nauczyciela, a następnie dopuszczenia do użytku w szkole programu wychowania fizycznego, dyrektor szkoły powinien upewnić się, czy autor programu uwzględnił wszystkie wymagania szczegółowe, w tym również dotyczące edukacji zdrowotnej. Należy dokładnie przeanalizować programy nauczania, które są modyfikacją programów wychowania fizycznego zgodnych z wcześniejszą podstawą programową.

Jeśli w szkole nauczyciele mają obowiązek okresowego planowania swojej pracy (zazwyczaj tak jest), to np. roczne plany pracy przygotowywane w poprzednich latach przez nauczycieli wychowania fizycznego wymagają zmian. Nauczyciele muszą uwzględnić wszystkie wymagania zawarte w podstawie programowej. Nie wystarczy mechaniczne przepisywanie z podstawy programowej wymagań dotyczących edukacji zdrowotnej. Trzeba im nadać bardziej operacyjny charakter, tak aby było jasne dla nauczyciela wychowania fizycznego, wychowawcy klasy, dla ucznia i jego rodziców, jakie wiadomości i umiejętności będą rozwijane.

Nauczyciele wychowania fizycznego zazwyczaj nie wykorzystują w swojej pracy podręczników szkolnych, które stanowiłyby obudowę metodyczną towarzyszącą programom nauczania i ułatwiającą planowanie realizacji wymagań z podstawy programowej. W tej sytuacji rośnie znaczenie ich autorskich pomysłów. W programie nauczania i w planach pracy nie wystarczy zapisać, cytując podstawę programową, np. „omawia zasady bezpiecznego zachowania się nad wodą i w górach”. Nauczyciel musi dokładnie przemyśleć i zaplanować np.: ile i jakie zasady będą poznawać uczniowie. Pomocne w tym będą podręczniki⁹³ i czasopiśma branżowe⁹⁴.

Wymagania szczegółowe z zakresu edukacji zdrowotnej, zapisane w programach nauczania i planach pracy, muszą również znaleźć odzwierciedlenie we wpisywanych do dziennika tematach lekcji, potwierdzających podjęte przez nauczyciela działania edukacyjne. Kontrolując pracę nauczyciela wychowania fizycznego należy poddać analizie nie tylko terminowość uzupełniania wpisów w dzienniku lekcyjnym, ale także to, czy są wśród nich treści edukacji zdrowotnej. Oczywiście kontrola dokumentacji szkolnej nie wystarczy. Wspomaganie pracy nauczyciela wychowania fizycznego powinno uwzględniać również obserwacje prowadzonych przez niego zajęć. Należy poprosić nauczyciela o wskazanie terminu, gdy będzie na lekcji wychowania fizycznego wprowadzał treści edukacji zdrowotnej, a następnie obserwować je i omówić. Należy również zachęcać nauczycieli do wzajemnego prowadzenia obserwacji swoich lekcji, w których wprowadzają tematykę edukacji zdrowotnej. Jest to szczególnie ważne w przypadku nauczycieli, którzy podejmują staż związany z ubieganiem się o awans zawodowy.

Uwzględnienie wymagań z zakresu edukacji zdrowotnej ma konsekwencje również dla **oceny ucznia**. Planując przedmiot oceny, nie można ograniczać się do oceny umiejętności ruchowych ucznia. Przedmiotem bieżącej oceny z wychowania fizycznego musi również być:

⁹³ B. Woynarowska, (2008), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

⁹⁴ M. Pogorzelska, J. Klonowska, T. Frołowicz, (2011), *Sposób na podstawę programową*, „Lider”, nr 10, s. 20–30.

- podejmowanie przez ucznia różnych działań związanych z realizacją edukacji zdrowotnej w ramach wychowania fizycznego (jako wskaźnik wysiłku ucznia).
- rozwój umiejętności wynikających z podstawy programowej (jako wskaźnik osiągnięć edukacyjnych)⁹⁵.

Operacjonalizacja wymagań szczegółowych

Poniżej zaprezentowano dwa przykłady „wypełnienia treścią” wymagań szczegółowych z wychowania fizycznego, ściśle związanych z edukacją zdrowotną oraz przykład scenariusza lekcji wychowania fizycznego.

1. Wymaganie szczegółowe: „**uczeń ocenia własną postawę ciała**” nie oznacza, że uczeń ma umieć diagnozować wady postawy. Uczeń powinien zdobyć wiadomości i umiejętności związane z „prostym trzymaniem się”, czyli:

- wiedzieć, że zachowuje prawidłową postawę ciała, gdy:
 - nie wysuwa głowy (głowa jest w osi kręgosłupa),
 - ściąga łopatki (nie zaokrągla pleców),
 - wciąga brzuch,
 - napina pośladki;
- nauczyć się porównywać swoją postawę ze wzorcem, np. wykorzystując „Kartę sprawności i zdrowia”⁹⁶.

Nabywaniu przez ucznia wiedzy powinny towarzyszyć zabiegi prowadzące do kształtowania u niego nawyku prawidłowej postawy.

2. Z wymagania szczegółowego: „**uczeń wymienia zasady i metody hartowania organizmu**” wynika, że uczeń powinien dowiedzieć się, że hartowanie to oddziaływanie na organizm różnymi bodźcami, po to aby zwiększać jego odporność na ich działanie i w konsekwencji zmniejszyć ryzyko zachorowania na różne infekcje. Najważniejszymi czynnikami hartującymi są: zimno, ciepło, promieniowanie słoneczne i wysiłek fizyczny.

Zasady hartowania
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indywidualizacja: uzyskanie efektu zahartowania wymaga stosowania bodźców dostosowanych do aktualnej odporności organizmu. ▪ Stopniowanie: w miarę wzrostu zahartowania zwiększa się długotrwałość działania bodźca oraz jego natężenie. ▪ Systematyczność: zaprzestanie hartowania powoduje zmniejszenie uzyskanej odporności. ▪ Różnorodność: należy stosować różnorodne bodźce hartujące.

Metody hartowania odpowiadają rodzajom stosowanych bodźców oraz sposobom ich wykorzystania, np.:

- ćwiczenia w różnych warunkach atmosferycznych (bodźce – wysiłek fizyczny i ciepło – zimno),
- kąpiele w zimnej wodzie (bodźce: ciepło – zimno)⁹⁷.

⁹⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lutego 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz.U. 2012 poz. 262).

⁹⁶ T. Frołowicz, (1999). *Karta sprawności i zdrowia. Wychowanie fizyczne dla klasy 0–6*. Gdańsk, Wydawnictwo Fokus.

⁹⁷ B. Woynarowska i In., (2010). *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN; Z. Cendrowski, (1997), *Przewodźcą innym. Poradnik dla liderów zdrowia i sportu*, Warszawa, Wydawnictwo ZG SZS i Agencja Promo-Lider.

Scenariusz lekcji wychowania fizycznego⁹⁸

Temat: **Hartowanie organizmu – zasada różnorodności**
Szkoła podstawowa, klasa V, dziewczęta i chłopcy, 19 osób

Cele w zakresie:	Pomoce
<p>Umiejętności: uczeń pokonuje różne przeszkody terenowe.</p> <p>Wiadomości: uczeń wskazuje przykłady różnorodnych sposobów hartowania organizmu zgodnie z jedną z zasad hartowania – różnorodności.</p> <p>Samodzielności: uczeń określa czas trwania biegu w trakcie lekcji.</p> <p>Sprawności: kształtowanie sprawności z akcentem na wytrzymałość.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • plansza przedstawiająca zasady hartowania, • karta obserwacji aktywności uczniów, • lina, skakanki. <p>Miejsce: teren w okolicy szkoły (park, las, łąka itp.), Czas trwania: 45 minut</p>
Przebieg lekcji	
<p>Czynności przed lekcją: kontrola obecności i przygotowania uczniów do lekcji, w tym strojów dostosowanych do warunków atmosferycznych (w szatni pod koniec przerwy).</p> <p>Część wstępna lekcji (12 minut)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czynności organizacyjne: zbiórka uczniów w holu przy wyjściu ze szkoły i wyjście w teren, określenie terenu, na którym będzie przebiegała lekcja (4 minuty). 2. Wywołanie gotowości do zajęć (8 minut): <ol style="list-style-type: none"> a) przypomnienie czterech zasad hartowania: indywidualizacji, stopniowania, systematyczności i różnorodności; jeden uczeń, który zgłosił się wymienia zasady hartowania ew. z wykorzystaniem rymowanki, której uczyli się na poprzednich lekcjach; wspólne powtórzenie przez wszystkich uczniów rymowanki (patrz niżej), b) poinformowanie uczniów, że w trakcie lekcji każdy będzie musiał określić czas trwania swojego biegu (10, 15 lub 20 minut), c) przypomnienie, że przebiegnięty dystans (określony czasem) sumuje się w celu zdobycia odznaki „Mistrza maratonu”⁹⁹, d) rozgrzewka: zabawy masowe: „Koszenie trawy”, „Lawina”, „Berek-samoloty”, „Szczur”, „Lustro”¹⁰⁰. <p>Część główna (28 minut)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Burza mózgów – uczniowie wymyślają różne sposoby hartowania organizmu; na zakończenie nauczyciel porządkuje je w kategorii wg kryterium rodzaju bodźca hartującego, np.: temperatury, wysiłku fizycznego, promieniowania słonecznego (3 minuty). 2. Bieg ciągły w czasie od 10 do 20 minut; uczniowie indywidualnie decydują, jak długo będą biec w tej części lekcji; uczniowie biegną po trasie określonej przez nauczyciela w tempie dostosowanym do ich indywidualnych możliwości. Po 10 i 15 minutach uczniowie, którzy kończą bieganie rozpoczynają dowolne skoki i zabawy z wykorzystaniem liny i skakanek oraz naturalnych przeszkód terenowych (20 minut). 3. Po zakończeniu 20-minutowego biegu pozostali uczniowie dołączają do skaczących i pokonują z nimi naturalne przeszkody; nauczyciel podsumowuje dotychczas przebiegnięty przez poszczególnych uczniów dystans na karcie obserwacji (łącznie z poprzednimi lekcjami); w trakcie skoków informuje uczniów o postępie w zdobywaniu odznaki „Mistrza maratonu” (5 minut). <p>Część końcowa (5 minut)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wskazani przez nauczyciela uczniowie wymieniają sposoby hartowania, które wystąpiły w czasie lekcji i określają czynnik hartujący; nauczyciel akcentuje różnorodność czynników hartujących organizm; nauczyciel odsyła uczniów do planszy na temat hartowania znajdującej się w szkole w gablocie w pobliżu sali sportowej (2 minuty). 2. Czynności organizacyjne: zebranie przyborów i przejście do szkoły; w drodze powrotnej uczniowie powtarzają z nauczycielem rymowankę na temat zasad hartowania (3 minuty). 	

⁹⁸ Autorzy: Tomasz Frołowicz, Aleksandra Bartosiewicz.

⁹⁹ Szczegóły na temat zdobywania odznaki „Mistrza maratonu” w: T. Frołowicz, B. Przysiężna, (2001), *Moja sprawność i zdrowie. Przewodnik metodyczny dla nauczycieli II etapu edukacji*, Gdańsk, Wydawnictwo Fokus.

¹⁰⁰ Opisy różnych zabaw masowych np. w: T. Frołowicz, (2001), *Moja sprawność i zdrowie. Przewodnik metodyczny dla nauczycieli I etapu edukacji*, Gdańsk, Wydawnictwo Fokus.

Rymowanka

Gdy idzie o **hartowanie**,
ważne będzie **stopniowanie**,
od łatwego do trudnego,
dla każdego coś innego,
i indywidualnego,
z wysiłku **różnorodnego**.
Systematyczne działania
gwarantuje hartowanie.

Literatura uzupełniająca

- Cendrowski Z., (1997), *Przewodźcą innym. Poradnik dla liderów zdrowia i sportu*, Warszawa, Wydawnictwo ZG SZS i Agencja Promo-Lider.
- Frołowicz T., Przystańska B., (2001), *Moja sprawność i zdrowie. Przewodnik metodyczny dla nauczycieli II etapu edukacji*, Gdańsk, Wydawnictwo Fokus.
- Kwiatkowska-Łozińska M., (2007), *Żyj bezpiecznie i zdrowo. Program profilaktyczno-wychowawczy edukacji zdrowotnej*, Kraków, Wydawnictwo Impuls.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8.
- Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwo WAIp.
- Woynarowska B., (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woynarowska B., (red.), (2012), *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych*, Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

2.2.2. PRZYRODA

Ligia Tuszyńska

Treści nauczania – wymagania szczegółowe – w przedmiocie „przyroda” powiązane są bezpośrednio lub pośrednio z edukacją zdrowotną, której celem jest kształtowanie u uczniów umiejętności dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Zdrowie środowiskowe, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, dotyczy aspektów życia człowieka, które są zależne od czynników fizycznych, chemicznych, biologicznych, społecznych, psychicznych, ekonomicznych jego środowiska życia – domu, szkoły, pracy, miejsc rekreacyjnych, środowiska lokalnego.

Cele kształcenia zapisane w podstawie programowej przedmiotu przyroda jako wymagania ogólne wyraźnie wskazują na konieczność prowadzenia przez nauczyciela edukacji zdrowotnej na lekcjach przyrody. Zapisano w nich m.in.

„III. Praktyczne wykorzystanie wiedzy przyrodniczej. Uczeń orientuje się w otaczającej go przestrzeni przyrodniczej i kulturowej; rozpoznaje sytuacje zagrażające zdrowiu i życiu oraz podejmuje działania zwiększające bezpieczeństwo własne i innych, świadomie działa na rzecz ochrony własnego zdrowia.

IV. Poszanowanie przyrody. Uczeń zachowuje się w środowisku zgodnie z obowiązującymi zasadami; działa na rzecz ochrony przyrody i dorobku kulturowego społeczności”.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej¹⁰¹

Treści nauczania zapisano w podstawie programowej jako wymagania szczegółowe. Prawie w każdej grupie wymagań występują elementy związane z edukacją zdrowotną.

¹⁰¹ W tekście zachowano numery obszarów tematycznych i działań analogiczne, jak w podstawie programowej.

Wymagania szczegółowe, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej

1. Ja i moje otoczenie

Uczeń:

- 1) wymienia czynniki pozytywnie i negatywnie wpływające na samopoczucie w szkole oraz w domu i proponuje sposoby eliminowania czynników negatywnych;
- 2) wyjaśnia znaczenie odpoczynku (w tym snu), odżywiania się i aktywności ruchowej w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu;
- 4) opisuje prawidłowo zorganizowane miejsce do nauki ucznia szkoły podstawowej;
- 5) uzasadnia potrzebę planowania zajęć w ciągu dnia i tygodnia; planuje prawidłowo swój rozkład zajęć w ciągu dnia;
- 6) nazywa zmysły człowieka i wyjaśnia ich rolę w poznawaniu przyrody i stosuje zasady bezpieczeństwa podczas wykorzystywania zmysłów do obserwacji przyrodniczych;
- 9) rozpoznaje i nazywa rośliny (w tym doniczkowe) zawierające substancje trujące lub szkodliwe dla człowieka i podaje zasady postępowania z nimi.

5. Człowiek a środowisko

Uczeń:

- 1) prowadzi obserwacje i proste doświadczenia wykazujące zanieczyszczenie najbliższego otoczenia (powietrza, wody, gleby);
- 2) wyjaśnia wpływ codziennych zachowań w domu, w szkole, w miejscu zabawy na stan środowiska;
- 5) podaje przykłady pozytywnego i negatywnego wpływu środowiska na zdrowie człowieka.

8. Organizm człowieka

Uczeń:

- 1) podaje nazwy układów budujących organizm człowieka: układ kostny, oddechowy, pokarmowy, krwionośny, rozrodczy, wskazuje na planszy główne narządy tych układów;
- 2) wymienia podstawowe funkcje poznanych układów człowieka;
- 3) rozpoznaje i nazywa na podstawie opisu, fotografii lub rysunku, etapy rozwoju człowieka (zarodkowy, płodowy, okres noworodkowy, niemowlęcy, poniemowlęcy, przedszkolny, szkolny, wieku dorosłego, starości);
- 4) opisuje zmiany zachodzące w organizmach podczas dojrzewania płciowego;
- 6) opisuje role zmysłów w odbieraniu wrażeń ze środowiska zewnętrznego.

9. Zdrowie i troska o nie

Uczeń:

- 1) podaje przykłady negatywnego wpływu wybranych gatunków zwierząt, roślin, grzybów, bakterii i wirusów na zdrowie człowieka, wymienia zachowania zapobiegające chorobom przenoszonym i wywoływanym przez nie;
- 2) wymienia zasady postępowania z produktami spożywczymi od momentu zakupu do spożycia (termin przydatności, przechowywanie, przygotowywanie posiłków);
- 3) wymienia zasady prawidłowego odżywiania się i stosuje je;
- 4) podaje i stosuje zasady dbałości o własne ciało (higiena skóry, włosów, zębów, paznokci oraz odzieży);
- 5) charakteryzuje podstawowe zasady ochrony narządów wzroku i słuchu;
- 6) wyjaśnia znaczenie ruchu i ćwiczeń fizycznych w utrzymaniu zdrowia;
- 7) podaje przykłady właściwego spędzania czasu wolnego z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa w czasie gier i zabaw ruchowych oraz poruszania się po drodze;
- 8) opisuje zasady udzielania pierwszej pomocy w niektórych urazach (stłuczenia, zwichnięcia, skaleczenia, złamania, ukąszenia, użądlenia), potrafi wezwać pomoc w różnych sytuacjach;
- 9) podaje przykłady zachowań i sytuacji, które mogą zagrażać zdrowiu i życiu człowieka (np. niewybuchy i niewypały, pożar, wypadek drogowy, jazda na łyżwach lub kąpiel w niedozwolonych miejscach);
- 10) wyjaśnia znaczenie symboli umieszczonych np. na opakowaniach środków czystości i korzysta z produktów zgodnie z przeznaczeniem;
- 11) wymienia podstawowe zasady bezpiecznego zachowania się w domu, w tym posługiwania się urządzeniami elektrycznymi, korzystania z gazu, wody;
- 12) wyjaśnia negatywny wpływ alkoholu, nikotyny i substancji psychoaktywnych na zdrowie człowieka, podaje propozycje asertywnych zachowań w przypadku presji otoczenia;
- 13) wymienia zasady zdrowego stylu życia i uzasadnia konieczność ich stosowania.

10. Zjawiska elektryczne i magnetyczne w przyrodzie

Uczeń:

- 4) opisuje skutki przepływu prądu w domowych urządzeniach elektrycznych, opisuje i stosuje zasady bezpiecznego obchodzenia się z urządzeniami elektrycznymi.

Komentarz do realizacji zajęć dotyczących edukacji zdrowotnej

Edukacja przyrodnicza w szkole podstawowej polega na poznawaniu lokalnego środowiska przyrodniczego i organizmu człowieka oraz wzajemnych relacji człowiek – środowisko i skutków tych relacji. **Treści dotyczące edukacji zdrowotnej należy zatem wykorzystywać na każdej lekcji przyrody**¹⁰².

Formułując cele lekcji nauczyciel, poza zwróceniem uwagi na wiadomości i umiejętności ucznia, powinien zawsze wskazywać cel wychowawczy, który może zawierać nawiązujące do tematu lekcji, elementy zachowania, postawy i poglądy, uwzględniające zdrowie i bezpieczeństwo.

Lekcje przyrody powinny być prowadzone z zastosowaniem **metod i technik aktywizujących** (patrz Część I. rozdz. 5.2). Metody te charakteryzują się tym, że aktywność ucznia przewyższa aktywność nauczyciela. Stosując metody aktywizujące nauczyciel powinien być szczególnie dobrze przygotowany, zarówno pod względem merytorycznym jak i metodycznym. W przedmiotach przyrodniczych duże znaczenie ma prowadzenie doświadczeń i eksperymentów oraz obserwacji zjawisk w naturalnym środowisku. Podczas zajęć należy zwracać uwagę na wpływ środowiska na zdrowie i bezpieczeństwo ucznia.

Wskazówki dla nauczyciela dotyczące prowadzenia zajęć terenowych

- Wyjaśnić zasady pracy w grupie.
- Zapewnić bezpieczeństwo pracy uczniów.
- Przygotować odpowiednie środki dydaktyczne.
- Opracować szczegółową instrukcję postępowania w terenie.
- W przypadku, gdy uczniowie mają samodzielnie prowadzić obserwację lub pracować w małych grupach, każda grupa powinna otrzymać zalaminowaną instrukcję, z której będzie korzystała w czasie pracy w terenie.

Przykład instrukcji zajęć terenowych

Temat zajęć: **Wpływ zanieczyszczeń powietrza na organizm ludzki**





Zadanie	Pomoce
Zbadać poziom zanieczyszczeń powietrza w okolicy szkoły i w okolicy miejsca zamieszkania.	<ul style="list-style-type: none">• pięć krążków białej bibuły + jeden dla każdego ucznia• jednakowe, małe przykrywki od słoików• taśma samoprzylepna• karta pracy dla każdego ucznia
Przebieg zajęć	
<ol style="list-style-type: none">1. Wyjaśnij uczniom, że zanieczyszczenia powietrza wpływają negatywnie na rośliny i zwierzęta, niszczą nawet pomniki kultury, a przede wszystkim niekorzystnie wpływają na zdrowie człowieka. Wszyscy znamy szkodliwy wpływ nikotyny na organizm człowieka, ale w zanieczyszczonym powietrzu mogą występować jeszcze inne substancje w postaci pyłów powodujących:<ul style="list-style-type: none">– choroby układu oddechowego: zapalenie błony śluzowej, jamy nosowej, gardła, oskrzeli, nowotwory płuc,– zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego: bezsenność, bóle głowy, złe samopoczucie,– choroby oczu, zapalenie spojówek, reakcje alergiczne ustroju,– zaburzenia w układzie krążenia, choroby serca.2. Sposób wykonania doświadczenia:<ol style="list-style-type: none">a) Na podwórku szkolnym wybieramy parapet okienny lub inne miejsce, w którym umieszczamy – przyklejając taśmą – 5 krążków bibuły. Na środku każdego krążka umieszczamy przykrywkę (mniejszą niż krążek bibuły) i zabezpieczamy przed przesunięciem. Przez kolejnych 5 dni będziemy obserwować kolejne krążki, porównywać zapylenie dookoła przykrywki i pod nią. Wyniki zapiszemy w karcie pracy.b) W domu, na parapecie okna każdy uczeń umieści swoją próbę i będzie obserwował zapylenie na bibule, a wynik przedstawi po pięciu dniach. W klasie ustawiamy próbę kontrolną: krążek bibuły przykryty pokrywką umieszczamy w bezpiecznym miejscu np. na szafie.	

¹⁰²W części podstawy programowej *Zalecane warunki i sposób realizacji*, w odniesieniu do przedmiotu „przyroda” zwrócono uwagę na potrzebę „zapewnienia warunków do bezpiecznego prowadzenia zajęć badawczych i terenowych, obserwacji i doświadczeń”. Nie podkreślono jednak związków tego przedmiotu z edukacją zdrowotną.

Karta pracy ucznia
Wpływ zanieczyszczeń powietrza na organizm ludzki

Wyniki obserwacji			
Dzień obserwacji	Zanieczyszczenie w próbie szkolnej (stopień skali szarości)	Zanieczyszczenie w próbie domowej	Cechy pogody w danym dniu ¹⁰³
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Skala zanieczyszczeń

				
I	II	III	IV	V
brak zanieczyszczeń	słabe	średnie	duże	bardzo duże

Analiza wyników
Porównaj wyniki próby domowej po pięciu dniach z próbą szkolną i próbą kontrolną. Napisz, jaka była pogoda i co mogło wpływać na stopień zanieczyszczenia bibuły.

Wnioski. Odpowiedz na pytania:
Która próba była najbardziej zanieczyszczona?
Jaka jest przypuszczalna przyczyna tych zanieczyszczeń. O czym to świadczy?
Jakie skutki dla zdrowia człowieka mogą mieć zanieczyszczenia powietrza?

Literatura uzupełniająca

Hafner M., (2000), *Księga ekotestów do pracy w domu i w szkole*, Warszawa, PKE.
Klimuszko B., Wilczyńska-Wołoszyn B. (red.), (2000), *Przyroda 4. Scenariusze lekcji*, Warszawa, Żak, s. 78–102.
Scenariusze lekcji ekologicznych dla nauczycieli, (2002), NFOŚiGW, Wydawnictwo EdEK, Łódź.

2.2.3. JĘZYK OBCY NOWOŻYTNY

Magdalena Szpotowicz

W podstawie programowej języka obcego nowożytnego zapisano wiele wymagań szczegółowych, które dotyczą codziennego życia ucznia, jego zachowań, uczuć i umiejętności, także związanych ze zdrowiem i poznawaniem siebie.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej

Treści, które można wykorzystać do realizacji edukacji zdrowotnej zapisano w trzech blokach (obszarach) tematycznych.

¹⁰³ Np. silny wiatr, mróz, opady deszczu, mżawka itp.

Wymagania szczegółowe, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej

1. Uczeń posługuje się bardzo podstawowym zasobem środków językowych: leksykalnych, gramatycznych, ortograficznych oraz fonetycznych, umożliwiającym realizację pozostałych wymagań ogólnych w zakresie następujących tematów:
 - 1) człowiek (dane personalne, wygląd zewnętrzny, uczucia i emocje, zainteresowania);
 - 5) życie rodzinne i towarzyskie (członkowie rodziny, koledzy, przyjaciele, czynności życia codziennego, formy spędzania czasu wolnego);
 - 6) żywienie (artykuły spożywcze, posiłki);
 - 10) sport (popularne dyscypliny sportu, sprzęt sportowy);
 - 11) zdrowie (samopoczucie, higiena codzienna).
6. Uczeń reaguje ustnie w prostych sytuacjach dnia codziennego:
 - 1) przedstawia siebie i członków swojej rodziny;
 - 3) podaje swoje upodobania;
 - 4) mówi co posiada i co potrafi robić;
 - 5) prosi o informacje;
 - 6) wyraża swoje emocje;
 - 7) wyraża prośby i podziękowania.
10. Uczeń współdziała w grupie, np. w lekcyjnych i pozalekcyjnych pracach projektowych.

Realizacja edukacji zdrowotnej w edukacji językowej

Lekcje języka obcego w szkole stwarzają doskonałe warunki do realizacji edukacji zdrowotnej. Zakres tematów poruszanych w kształceniu językowym daje okazję do kształtowania postaw sprzyjających rozwojowi umiejętności osobistych i społecznych dzieci. Prawie wszystkie cele edukacji zdrowotnej wymienione w części I rozdz. 2 mogą być realizowane podczas lekcji języka obcego.

Sposób realizacji treści związanych z edukacją zdrowotną jest jednak w dużej mierze uzależniony od tego, w jakim stopniu kładą na nie nacisk autorzy podręczników i programów nauczania. Chociaż podręczniki zatwierdzone do użytku szkolnego muszą zawierać ww. treści, to jednak tematy te mogą być przedstawione w różny sposób. Nie zawsze podkreśla się w nich zagadnienia związane z prozdrowotnym stylem życia i rozwojem fizycznym, psychicznym i społecznym ucznia. Należy więc pamiętać, że **skuteczna realizacja edukacji zdrowotnej na lekcjach języka obcego wymaga aktywnego udziału nauczyciela świadomie ekspozującego treści i postawy prozdrowotne.**

Treści podstawy programowej uwzględniają wszystkie trzy główne wymiary zdrowia: zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne.

- Treści dotyczące **zdrowia fizycznego** mogą być realizowane podczas wprowadzania słownictwa i struktur potrzebnych do omawiania tematów: **żywienie** (artykuły spożywcze, posiłki); **sport** (popularne dyscypliny sportu, sprzęt sportowy); **zdrowie** (samopoczucie, higiena codzienna). Przy tej okazji nauczyciele mogą pomagać uczniom w:
 - poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju,
 - identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych,
 - rozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać.
- Zagadnienia **zdrowia psychicznego** mogą być realizowane podczas omawiania tematu **człowiek** (dane personalne, wygląd zewnętrzny, uczucia i emocje, zainteresowania). Poza tym – ucząc jak reagować w różnych sytuacjach dnia codziennego w języku obcym – nauczyciel pomaga uczniom:
 - wyrażać swoje emocje,
 - prezentować swoje upodobania,
 - wzmacniać poczucie własnej wartości,

- rozwijać umiejętności osobiste i społeczne sprzyjające dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia.
- Treści dotyczące **zdrowia społecznego** uwzględniane są podczas wprowadzania słownictwa i struktury potrzebnych do realizowania tematów związanych z **życiem rodzinnym i towarzyskim** (członkowie rodziny, koledzy, przyjaciele, czynności życia codziennego, formy spędzania czasu wolnego). Ucząc, jak reagować w różnych codziennych sytuacjach w języku obcym, nauczyciel pomaga wykształcić umiejętności:
 - przedstawiania siebie i członków swojej rodziny,
 - mówienia o swoich umiejętnościach (co potrafię robić, wykonać),
 - wyrażania prośb i podziękowań.

Zalecane w podstawie programowej języka obcego nowożytnego, współdziałanie uczniów w grupie podczas językowych prac projektowych stwarza okazję do rozwijania umiejętności społecznych, a także przygotowania się uczniów do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole i społeczności lokalnej.

Pożądanane działania i postawy nauczycieli

Integracja celów edukacji językowej i zdrowotnej jest skuteczna dopiero wtedy, gdy nauczyciel – świadomie i w sposób zaplanowany – dąży do realizacji edukacji zdrowotnej przez włączenie jej w konkretne cele lekcji oraz na bieżąco pozwala jej zaistnieć na lekcjach w sytuacjach spontanicznych. W ramce podano przykłady takiej integracji.

Przykłady integracji edukacji językowej i zdrowotnej
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wykorzystywanie tematów, sytuacji, tekstów lub okoliczności do rozmów o prozdrowotnym stylu życia. ▪ Stwarzanie przyjaznej atmosfery opartej na wzajemnym zaufaniu, w której uczniowie chcą dzielić się swoimi opiniami i obserwacjami. ▪ Zachęcanie uczniów do refleksji nad swoimi zachowaniami zdrowotnymi i dzielenia się opiniami. ▪ Pozytywne i życzliwe komentowanie działań i wyborów prozdrowotnych uczniów lub bohaterów omawianych tekstów. ▪ Promowanie zachowań prozdrowotnych własnym przykładem, np. regularna aktywność fizyczna, udział w zajęciach sportowych. ▪ Wdrażanie do pracy w grupach i przygotowywanie uczniów do współpracy przy ustalonych zasadach wspólnych działań i projektów. ▪ Indywidualizowanie podejścia do każdego ucznia i umożliwienie mu odnalezienia swoich mocnych stron oraz doświadczenia poczucia sukcesu. ▪ Wskazywanie uczniom, w jaki sposób mogą samodzielnie pracować nad swoimi umiejętnościami językowymi oraz jak mogą sobie nawzajem udzielać wsparcia w uczeniu się i czynnościach dnia codziennego.

Taka postawa i działania nauczyciela języka obcego są wskazane podczas realizacji wszystkich lekcji językowych. Sprzyja to skutecznemu nauczaniu i uczeniu się języka obcego.

Przykład realizacji edukacji zdrowotnej na lekcji języka obcego w klasie V lub VI

Temat: **Prozdrowotny styl życia**

Cele	Pomoce
<p>Cele ogólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> – porównanie informacji dotyczących życia uczniów i ich rodzin – integracja edukacji językowej oraz zdrowotnej. <p>Cele szczegółowe:</p> <p><u>Język obcy nowożytny:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – zadawanie pytań i udzielanie odpowiedzi dotyczących dnia codziennego – zadawanie pytań o ilość i liczbę oraz udzielanie odpowiedzi (ile? jak często?) – powtórzenie i utrwalenie pytań: Jak? Kiedy? O której? – utrwalenie użycia liczby mnogiej rzeczowników policzalnych i niepoliczalnych – powtórzenie nazw czynności życia codziennego, sposobów spędzania wolnego czasu, nazw zajęć sportowych – rozumienie prostych, kilkudzaniowych tekstów i wyszukiwanie w nich ogólnych i szczegółowych informacji. <p><u>Edukacja zdrowotna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi – przygotowanie się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu. 	<p>Po dwie kopie ankiety dla każdego ucznia (do pracy w klasie i do pracy domowej).</p> <p>Karty z opisami stylu życia kilku różnych osób.</p> <p>Czas: 45 minut</p>
Przebieg zajęć	
<p>1. Rozgrzewka językowa</p> <p>Zorganizuj grę, polegającą na dodawaniu do listy kolejnych produktów żywnościowych: <i>Poszłam/poszedłem na targ i kupiłam/kupiłem.....</i> Każda następna osoba musi powtórzyć zdanie wymieniając wszystkie poprzednio wymienione produkty, dodając swój, np. <i>Poszłam/poszedłem na targ i kupiłam/kupiłem jabłka, maliny i...gruszki</i>. Gdy któryś uczeń nie powtórzy całej sekwencji owoców wtedy grupa zaczyna zabawę od nowa, z zastrzeżeniem, że nie można powtórzyć produktów wymienionych poprzednio.</p> <p>2. Powtórzenie struktur gramatycznych i słownictwa</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Zapytaj uczniów, jakie są ich ulubione potrawy i napoje. Zapisuj je na tablicy albo przygotuj karty przedstawiające te produkty i przyklej po jednej stronie tablicy. b) Poproś o wymienienie zajęć i form spędzania czasu po lekcjach lub w weekend, uprawianych sportów. Aby pomóc uczniom, można przedstawić karty z osobami wykonującymi takie czynności. c) Zadawaj pytania poszczególnym uczniom: <i>Jak często...? Ile razy w tygodniu...? O której godzinie?</i> W odniesieniu do wymienionych czynności. Następnie poproś, aby uczniowie zadawali tobie te pytania. Dla utrwalenia zapisz na tablicy przykładowe zdania zawierające te struktury. <p>3. Ćwiczenie umiejętności mówienia – ankieta dotycząca trybu życia</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Rozdaj uczniom ankiety i poproś ich, aby dobrali się w pary. Wyjaśnij, że za chwilę przeprowadzą ze sobą nawzajem wywiad. Ankieta jest anonimowa dla pozostałych dzieci i uczniowie proszeni są o odpowiadanie na pytania zgodnie ze swoimi codziennymi zachowaniami. b) Zanim uczniowie zaczną zadawać sobie pytania – przeczytaj pytania na głos, dając tym samym przykład wymowy pytań oraz podaj własne odpowiedzi jako przykładowe. c) Podczas przeprowadzania wywiadu przez uczniów – chodź po klasie i przysłuchuj się pytaniom i odpowiedziom a także, w miarę potrzeby, służ pomocą. d) Zapytaj uczniów o to, na ile różnił się ich tryb życia i zachowania. Wprowadź pomocniczo wyrażenia: „tak samo” oraz „inaczej”. Zapisz je na tablicy i napisz: – dwie takie same odpowiedzi na pytania: <i>Jaki jest twój ulubiony napój?</i>; odpowiedzi: „woda”, „woda” podpisując wyrażeniem „tak samo”; – dwie różne odpowiedzi: „sok”, „mleko” podpisując słowem „inaczej”. Następnie zadaj wyrywkowe pytania z ankiety kolejnym parom uczniów, pytając: „tak samo czy inaczej”? Uczniowie odpowiadają pełnymi zdaniami lub pojedynczymi wyrazami. e) Zbierz ankiety od uczniów i wyjaśnij, że na następnej lekcji przedstawiś im podsumowane wyniki ankiety z całej klasy. 	

4. Ćwiczenia integrujące treści językowe i pozajęzykowe

a) Powróć z uczniami do rozsypanych na tablicy kart lub wyrazów – nazw produktów żywnościowych. Na górze tablicy przyklej dwie karty *ZDROWE* oraz *NIEZDROWE* w języku obcym. Zaproś do tablicy dwóch uczniów i poproś pozostałych o dawanie im poleceń, np. „przyklej jabłka pod *ZDROWE*”; „przyklej chipsy pod *NIEZDROWE*”. W sprawie czynności dnia codziennego i spędzania wolnego czasu nauczyciel prowadzi dyskusję o tym, jaka ilość czasu jest jeszcze „zdrowa”, a jaka już nie, np. długie siedzenie przy komputerze.

5. Ćwiczenie umiejętności czytania ze zrozumieniem – ocena stylu życia

a) Wyjaśnij, że przeanalizujecie wspólnie jaki styl życia prowadzą cztery różne osoby opowiadające o swoim typowym tygodniu. Informacje mogą pochodzić z blogów prowadzonych przez dzieci anglojęzyczne. Poproś, aby uczniowie czytali i samodzielnie ocenili czy dana osoba ma zdrowy, czy niezdrowy styl życia.

b) Zastanówcie się wspólnie, jakie zachowania są korzystne, a jakie niekorzystne dla zdrowia tych osób.

6. Zakończenie – zadanie domowe

Daj każdemu uczniowi kolejne czyste ankiety do przeprowadzenia wywiadu z jedną osobą w domu, bez konieczności podawania z kim wywiad był przeprowadzany. Na następnej lekcji uczniowie mogą zrobić analizę tych ankiet i napisać co domownicy mogą poprawić w swoim stylu życia.

Ankieta – Styl życia	
Pytanie	Mój kolega/koleżanka
1. O której godzinie zwykle kładziesz się spać?	
2. O której godzinie zwykle wstajesz?	
3. Ile godzin dziennie spędzasz przed komputerem?	
4. Ile czasu dziennie spędzasz na powietrzu (na dworze)?	
5. Czy uprawiasz sport albo chodzisz na zajęcia ruchowe, np. taniec?	
6. Ile razy w tygodniu uprawiasz sport/ chodzisz na zajęcia ruchowe, np. taniec?	
7. Jakie jest Twoje ulubione jedzenie?	
8. Ile razy w tygodniu jesz Twoje ulubione jedzenie?	
9. Jaki jest Twój ulubiony napój?	
10. Ile razy w tygodniu pijesz ten napój?	
11. Czy idziesz do szkoły pieszo, jedziesz rowerem czy samochodem/ autobusem? (możesz podać więcej niż jedną odpowiedź).	
12. Jak Twoja rodzina najczęściej razem spędza wolny czas (oglądamy telewizję, idziemy do kina/teatru/do muzeum, gramy na komputerze, gramy w gry w domu, gramy w gry na dworze, jeździmy na rowerze, idziemy na basen, inne)?	

Literatura uzupełniająca

Szpotowicz M. (red.), (2011), *Europejski wymiar edukacji – program Comenius w Polsce*, Warszawa, Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.

2.2.4. HISTORIA I SPOŁECZEŃSTWO

Alicja Pacewicz

Przedmiot historia i społeczeństwo w klasach IV-VI szkoły podstawowej nie odwołuje się wprawdzie bezpośrednio do edukacji zdrowotnej, stwarza jednak wiele możliwości rozwijania u uczniów umiejętności i postaw, które wpływają na ich **zdrowie psychiczne i społeczne**. **Kompetencje obywatelskie i społeczne** są powszechnie uznawane za jeden z warunków dobrego funkcjonowania człowieka w życiu osobistym, zawodowym i publicznym.

Zapisy zawarte w podstawie programowej przedmiotu historia i społeczeństwo **otwierają przestrzeń dla edukacji w zakresie zdrowia społecznego**, w pewnym stopniu także psychicznego, ale nie dotyczą zdrowia fizycznego. Przestrzeń tę stwarzają dwa ostatnie **cele ogólne**:

- IV. **Zainteresowanie problematyką społeczną**. Uczeń ma nawyk dociekania w kontekście społecznym – zadaje pytania: *dlaczego jest tak, jak jest?* i *czy mogłoby być inaczej?* oraz próbuje odpowiedzieć na te pytania.
- V. **Współdziałanie w sprawach publicznych**. Uczeń współpracuje z innymi – planuje, dzieli się zadaniami i wywiązuje się z nich.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej

Cele ogólne IV i V znajdują odzwierciedlenie w nauczaniu o wydarzeniach, postaciach i procesach historycznych, ale przede wszystkim w tych wymaganiach szczegółowych, które mają ułatwić dzieciom **zrozumienie samych siebie oraz bliskich ich codziennemu doświadczeniu obszarów życia społecznego**.

Wymagania szczegółowe, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej
<p>1. Refleksja nad sobą i otoczeniem społecznym</p> <p>Uczeń:</p> <ol style="list-style-type: none">1) wyjaśnia, w czym wyraża się odmiennność i niepowtarzalność każdego człowieka;2) podaje przykłady różnorodnych potrzeb człowieka oraz sposoby ich zaspokajania;3) wyjaśnia znaczenie rodziny w życiu oraz wskazuje przykłady praw i obowiązków przysługujących poszczególnym członkom rodziny;4) wyraża opinię na temat kultywowania tradycji i gromadzenia pamiątek rodzinnych;5) charakteryzuje społeczność szkolną, z uwzględnieniem swoich praw i obowiązków;6) podaje przykłady działań samorządu uczniowskiego w swojej szkole;7) tłumaczy, odwołując się do przykładów, na czym polega postępowanie sprawiedliwe;8) wyjaśnia, w czym przejawia się uprzejmość i tolerancja;9) podaje przykłady konfliktów między ludźmi i proponuje sposoby ich rozwiązywania. <p>7. Problemy ludzkości</p> <p>Uczeń:</p> <ol style="list-style-type: none">1) wyjaśnia, co oznacza powiedzenie: „świat stał się mniejszy” i wskazuje przyczyny tego zjawiska;2) opisuje i ocenia na przykładach wpływ techniki na środowisko naturalne i życie człowieka;3) wymienia korzyści i niebezpieczeństwa korzystania z mediów elektronicznych;4) opowiada o przejawach nędzy na świecie oraz formułuje własną opinię o działaniach pomocowych podejmowanych przez państwa lub organizacje pozarządowe;5) wyjaśnia na przykładach przyczyny i następstwa konfliktów zbrojnych na świecie.

Szansę dla edukacji zdrowotnej stwarza przede wszystkim pierwsza grupa wymagań szczegółowych. Każde z tych wymagań dotyczy innego ważnego obszaru funkcjonowania dziecka:

godności, rodziny, życia szkolnego, sprawiedliwości czy konfliktów i wiąże się z jego społecznym i psychicznym dobrostanem. Od inwencji i otwartości nauczyciela zależy, na ile wykorzysta szansę, jaką daje mu i jego wychowankom podstawa programowa.

Pozostałe społeczne działy podstawy obejmują tematykę „małej ojczyzny” i ojczyzny, państwa i demokracji, funkcjonowania społeczeństwa i wspólnoty europejskiej, a wreszcie wspólnych **problemów ludzkości**. Zwłaszcza ten ostatni dział pozwala prowadzić na zajęciach edukację zdrowotną w jej społecznym aspekcie, bez potrzeby jej „przemycania” – taką przestrzeń stwarzają wyraźnie wymagania 7.2, 7.3 oraz 7.4.

Zadania szkoły w edukacji obywatelskiej, społecznej i zdrowotnej

Należy także zwrócić uwagę, że rozwijanie kompetencji obywatelskich i społecznych młodych ludzi to **zadanie całej szkoły, nie tylko nauczycieli historii i społeczeństwa**. Równie ważne są ich codzienne doświadczenia na wszystkich innych lekcjach, ale także na przerwach, wycieczkach czy uroczystościach organizowanych w szkole. Szczególne znaczenie mają określone przez szkołę, jej dyrektora i radę pedagogiczną sposoby traktowania uczniów, formy komunikowania się z nimi i ich rodzicami, a szerzej rzecz ujmując – sposób zarządzania szkołą i jej klimat. Z badań edukacyjnych i metaanaliz prowadzonych w wielu krajach wynika, że wzajemne relacje między nauczycielami i uczniami, relacje uczniów ze sobą, a także kontakty szkoły z rodzicami i jej otoczeniem mają **silny wpływ nie tylko na społeczne funkcjonowanie uczniów, ale także ich zdrowie psychiczne, a nawet fizyczne**.

W materiałach opracowanych przez Radę Europy podkreśla się, że w ocenie jakości pracy szkoły w dziedzinie edukacji obywatelskiej i społecznej należy brać pod uwagę cztery elementy, które – moim zdaniem – wpływają także na dobrostan uczniów. Są to, poza odpowiednimi treściami nauczania:

- sposoby nauczania i oceniania (np. co jest ważniejsze – rywalizacja czy współpraca, sposób prowadzenia zajęć, przejrzystość kryteriów oceniania),
- etos szkoły (w tym: otwartość, docenianie różnorodności, sposoby radzenia sobie z konfliktami czy przemocą),
- sposób zarządzania szkołą (np. styl autorytarny czy demokratyczny, włączanie uczniów i rodziców w podejmowanie decyzji i aktywność w wybranych obszarach, wspieranie samorządności uczniowskiej).

Edukacja zdrowotna rozumiana nie jako przekazywanie informacji o „rzeczach” zdrowych i niezdrowych, lecz jako **złożony proces rozwijania kompetencji dbania o fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan**, staje się coraz wyraźniej zadaniem całej szkoły. Za jego wypełnienie odpowiada zatem dyrektor i nauczyciele, ale dopiero włączenie uczniów i rodziców pozwala je naprawdę realizować.

Zadaniem szkoły jest kształtowanie u uczniów następujących postaw:

- zaangażowania w działania obywatelskie: uczeń angażuje się w działania społeczne,
- wrażliwości społecznej: uczeń dostrzega przejawy niesprawiedliwości i reaguje na nie,
- odpowiedzialności: uczeń podejmuje odpowiedzialne działania w swojej społeczności, konstruktywnie zachowuje się w sytuacjach konfliktowych,
- poczucia więzi: uczeń odczuwa więź ze wspólnotą lokalną, narodową, europejską i globalną,
- tolerancji: uczeń szanuje prawo innych do odmiennego zdania, sposobu zachowania, obyczajów i przekonań, jeżeli nie stanowią one zagrożenia dla innych ludzi; przeciwstawia się przejawom dyskryminacji.

Szkoła powinna zapewnić takie warunki, aby uczniowie:

- mieli dostęp do różnych źródeł informacji i różnych punktów widzenia,
- brali udział w dyskusjach na forum klasy i szkoły,
- mieli realny wpływ na wybrane obszary życia szkoły, m.in. w ramach samorządu uczniowskiego,
- budowali swoje poczucie wartości i sprawstwa w życiu społecznym oraz zaufanie do innych.

Nie trzeba nikogo przekonywać, że ww. zadania nauczycieli i dyrekcji dotyczą także szkół podstawowych, których uczniowie (i ich rodzice) są najbardziej otwarci na szeroko rozumianą edukację zdrowotną.

Literatura uzupełniająca

Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja historyczna i obywatelska szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 4.

Kompasik. *Edukacja na rzecz praw człowieka w pracy z dziećmi*, (2010), Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji i Stowarzyszenie dla Dzieci i Młodzieży „Szansa”.

2.2.5. Inne przedmioty¹⁰⁴

Niżej wymieniono treści nauczania dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej uwzględnione w podstawie programowej innych przedmiotów na II etapie edukacyjnym.

JĘZYK POLSKI

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

I. 3. Świadomość językowa. Uczeń:

- 1) rozpoznaje znaczenie niewerbalnych środków komunikowania się (gest, wyraz twarzy, mimika, postawa ciała).

II. 4. Wartości i wartościowanie. Uczeń: odczytuje wartości pozytywne i ich przeciwieństwa wpisane w teksty kultury (np. przyjaźń – wrogość; miłość – nienawiść, prawda – kłamstwo, wierność – zdrada).

III. 1. Mówienie i pisanie. Uczeń:

- 8) uczestnicząc w rozmowie, słucha z uwagą wypowiedzi innych...; prezentuje własne zdanie i uzasadnia je.

MUZYKA

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

Tworzenie wypowiedzi. Uczeń: śpiewa, dbając o higienę głosu (stosuje ćwiczenia oddechowe, dykcyjne i emisyjne).

ZAJĘCIA KOMPUTEROWE

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Bezpieczne posługiwanie się komputerem i jego oprogramowaniem. Uczeń:

- 6) przestrzega podstawowych zasad bezpiecznej i higienicznej pracy przy komputerze, wyjaśnia zagrożenia wynikające z niewłaściwego korzystania z komputera.

¹⁰⁴Wyboru dokonała B. Woynarowska na podstawie załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 listopada 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009, Nr 4, poz. 17).

ZAJĘCIA TECHNICZNE

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

4. Sprawne i bezpieczne posługiwanie się sprzętem technicznym. Uczeń:

- 1) potrafi obsługiwać i regulować urządzenia techniczne znajdujące się w domu, szkole i przestrzeni publicznej z zachowaniem zasad bezpieczeństwa;
- 2) bezpiecznie uczestniczy w ruchu drogowym jako pieszy, pasażer i rowerzysta.

5. Wskazywanie rozwiązań problemów rozwoju środowiska technicznego. Uczeń:

- 2) opracowuje projekty racjonalnego gospodarowania surowcami wtórnymi w najbliższym środowisku: w domu, na osiedlu, w miejscowości.

WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE

Cele kształcenia – wymagania ogólne

Ukazywanie wartości rodziny w życiu osobistym człowieka oraz pomoc w przygotowaniu się do zrozumienia i akceptacji przemian okresu dojrzewania.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

3. Więź rodzinna, związki uczuciowe i inne relacje w rodzinie; konflikty i ich rozwiązywanie.
4. Macierzyństwo i ojcostwo. Podstawowa wiedza dotycząca budowy i funkcjonowania układu rozrodczego człowieka.
5. Ciąża, rozwój płodu, poród, przyjęcie dziecka jako nowego członka rodziny.
6. Różnice i podobieństwa między chłopcami i dziewczętami. Identyfikacja z własną płcią. Akceptacja i szacunek dla ciała.
7. Zmiany fizyczne i psychiczne okresu dojrzewania. Zróżnicowane, indywidualne tempo rozwoju.
8. Higiena okresu dojrzewania.
9. Prawo człowieka do intymności i ochrona tego prawa; postawy asertywne.
10. Istota koleżeństwa i przyjaźni, wzajemny szacunek, udzielanie sobie pomocy, współpraca, empatia.
13. Odpowiedzialność za własny rozwój. Samowychowanie.

ETYKA

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Poznawanie siebie, dostrzeganie cech indywidualnych własnych i najbliższych osób.
2. Wyjaśnianie prawdziwego znaczenia własnych zachowań oraz ich przyczyn i konsekwencji.
3. Człowiek jako osoba; godność człowieka.
4. Przyjmowanie odpowiedzialności za siebie.
5. Prawa i obowiązki, zasady i reguły postępowania, w tym także w ruchu drogowym.
6. Uczestnictwo w grupie, porozumiewanie się z innymi.

O Autorach

Tomasz Frołowicz – nauczyciel wychowania fizycznego, dr hab. nauk o kulturze fizycznej w zakresie teorii wychowania fizycznego. Kierownik Katedry Wychowania Fizycznego Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku, autor programów nauczania i podręczników szkolnych. Współautor podstawy programowej wychowania fizycznego.

Agnieszka Kapuścińska – pedagog, dr n. hum. w zakresie pedagogiki. Adiunkt w Katedrze Edukacji Początkowej na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego.

Agnieszka Małkowska-Szkutnik – pedagog, psycholog, dr n. hum. w zakresie pedagogiki. Adiunkt w Zakładzie Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Adiunkt na Wydziale Pedagogicznym Akademii Humanistycznej im. A. Gieysztora w Pułtusk.

Krzysztof Ostaszewski – pedagog, dr n. hum. Adiunkt w Zakładzie Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”.

Alicja Pacewicz – magister ekonomii. Dyrektor ds. Programów i Wydawnictw Centrum Edukacji Obywatelskiej. Opracowuje programy edukacyjne, podręczniki dla uczniów, scenariusze zajęć i poradniki dla nauczycieli, programy oraz materiały szkoleniowe. Konsultant MEN oraz Centralnej Komisji Egzaminacyjnej. Członek Rady Programowej Narodowego Instytutu Dziedzictwa. Współautorka podstawy programowej historii i wiedzy o społeczeństwie.

Maria Sokołowska – psycholog, współtwórczyni polskiej koncepcji szkoły promującej zdrowie, krajowy koordynator w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (2000–2008). Autorka wielu publikacji dotyczących edukacji zdrowotnej w szkole.

Magdalena Szpotowicz – anglista, metodyk nauczania języka angielskiego, dr n. hum. w zakresie językoznawstwa, adiunkt w Katedrze Edukacji Początkowej na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Współautorka podstawy programowej dla języka obcego nowożytnego.

Ligia Tuszyńska – biolog, pedagog dr hab. Kierownik Pracowni Dydaktyki Biologii na Wydziale Biologii UW. Zajmuje się kształceniem nauczycieli biologii i przyrody oraz szeroko pojętą edukacją ekologiczną społeczności lokalnych.

Barbara Woynarowska – lekarz pediatra, specjalista medycyny szkolnej, profesor n. med. Kierownik Zakładu Biologicznych i Psychologicznych Podstaw Edukacji na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Współautorka podstawy programowej wychowania fizycznego.

Magdalena Woynarowska-Sołdan – pedagog, nauczyciel języka francuskiego, dr n. hum. w zakresie pedagogiki. Adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Prowadzi zajęcia z pedagogiki oraz edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności psychospołecznych.



Aleje Ujazdowskie 28
00-478 Warszawa
tel. 22 345 37 00
fax 22 345 37 70

www.ore.edu.pl