

ORGANIZACJA I REALIZACJA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE

Poradnik dla dyrektorów szkół
i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych

Praca zbiorowa
pod redakcją Barbary Woynarowskiej



ORGANIZACJA I REALIZACJA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE

Poradnik dla dyrektorów
i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych

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”.

ISBN: 978-83-64915-02-4

Nakład: 2000 egz.

Przygotowanie do druku i oprawa:
Drukarnia Laser-Graf Wojciech Włostowski
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 PONADGIMNAZJALNYCH	61
Wprowadzenie	62
1. Rozwój, zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych – Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Barbara Woynarowska	63
2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej różnych przedmiotów	66
2.1. Wychowanie fizyczne – Tomasz Frołowicz	66
2.2. Biologia – zakres rozszerzony – Ligia Tuszyńska	73
2.3. Przyroda – Ligia Tuszyńska	75
2.4. Język obcy nowożytny – Magdalena Szpotowicz	79
2.5. Wiedza o społeczeństwie – Alicja Pacewicz	83
2.6. Inne przedmioty	89
O Autorach	94

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 postawy 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) dotyczących edukacji zdrowotnej 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 szkołach 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, zwłaszcza wychowania fizycznego. Część ta dotyczy wszystkich czterech etapów edukacyjnych.
- W części drugiej, w rozdziale pierwszym zamieszczono podstawowe informacje dotyczące rozwoju, zdrowia i zachowań zdrowotnych uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Uznano, że informacje te mogą być przydatne w planowaniu edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem potrzeb młodzieży w tym okresie życia. W rozdziale drugim przedstawiono treści nauczania – wymagania szczegółowe w różnych przedmiotach powiązane z edukacją zdrowotną. W przypadku przedmiotów, w których treści dotyczące edukacji zdrowotnej są szczególnie liczne (biologia/przyroda, wychowanie fizyczne, język obcy nowożytny, wiedza o społeczeństwie) zwrócono się do specjalistów w zakresie tych przedmiotów z prośbą o komentarz dotyczący ich realizacji, a także przykłady scenariuszy zajęć. Autorami tych komentarzy są przede wszystkim członkowie zespołów przygotowujących podstawę programową kształcenia ogólnego danego przedmiotu.

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

Wyrażamy nadzieję, że poradnik będzie pomocą dla dyrektorów szkół i nauczycieli w skuteczniejszej realizacji edukacji zdrowotnej uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych. 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

e-mail: barwoy@pedagog.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

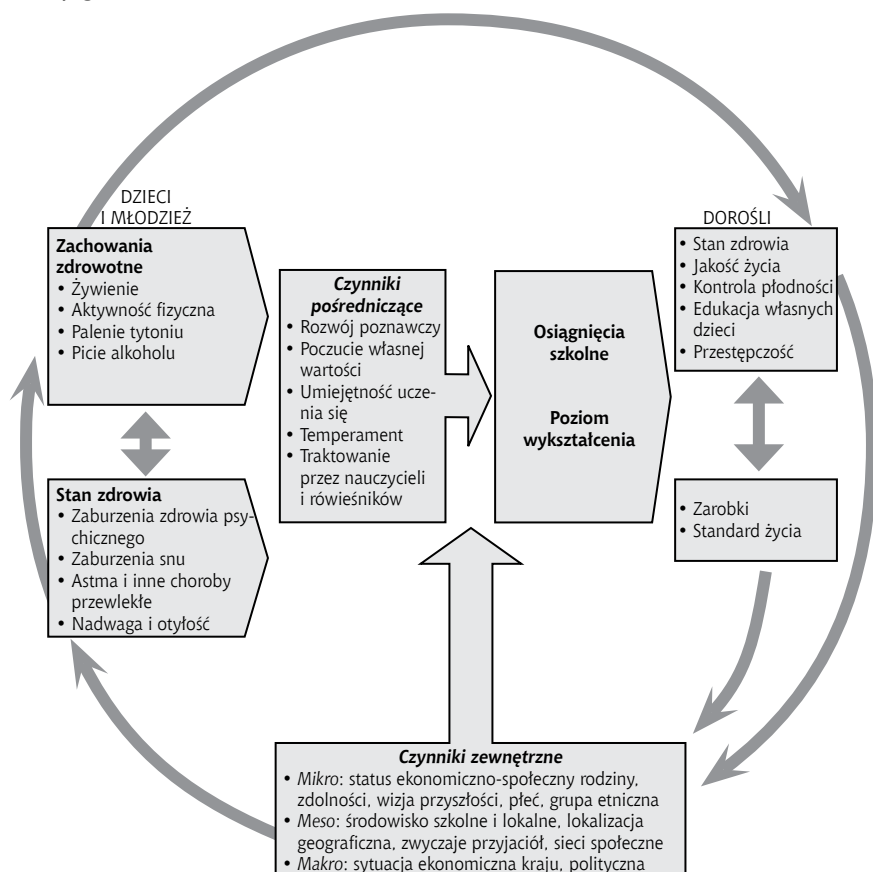
1. Związki między zdrowiem a edukacją

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 związki między zdrowiem i edukacją²

² 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 społeczeństwa³.

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 ludzi⁴.
- 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 skutki⁵.

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.

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

⁴ T. Williams, (1988), *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” nr 7–8, s. 195–197.

⁵ 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.
- **Dbałość (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.

Dbałość 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 edukacja zdrowotna powinna uwzględniać **wiele różnorodnych celów**, zależnych od potrzeb danej grupy. Istnieje bowiem wiele dowodów, że wiedza nie przekłada się bezpośrednio na działa-

nia 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 ogólnego⁶ wymieniono wiele celów edukacji zdrowotnej (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, WAiP.

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

⁶ 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

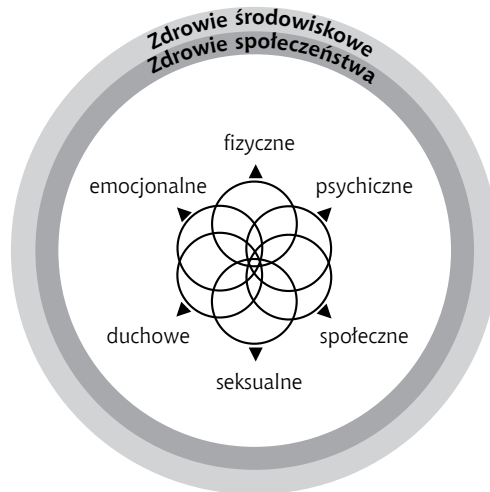
W ostatnich dekadach dokonano wiele zmian w koncepcji i realizacji edukacji zdrowotnej. Podstawą tych zmian było m.in. przyjęcie **całościowego, holistycznego modelu zdrowia** (gr. *holos* – cały, całościowy), zwanego też społeczno-ekologicznym lub biopsychospołecznym⁷.

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 duńskich⁸

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

⁷ G.D. Bishop, (2000). *Psychologia zdrowia*, Wrocław, Wydawnictwo Astrum.

⁸ 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’a⁹

Obecnie uważa się, że **główną determinantą zdrowia ludzi są czynniki społeczno-ekonomiczne**. Od nich bowiem w znacznym stopniu zależy styl życia i warunki środowiskowe. **Nierówności społeczne** (m.in. zróżnicowanie 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 młodzieży ¹⁰
<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 międzyrodzicielska). ▪ 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.

⁹ M. 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.

¹⁰ 4 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 we 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**”¹¹.

Istnieje kilka klasyfikacji umiejętności życiowych¹². Na przykład Światowa Organizacja Zdrowia wyróżniła trzy podstawowe ich grupy:

1. Umiejętności interpersonalne: komunikowanie się werbalne i niewerbalne, negocjacje, asertywność, budowanie empatii, współpraca w grupie.
2. Podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie: gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań problemów 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*),

¹¹ World Health Organization. (1993), *Life skills education in schools*, Geneva, WHO.

¹² 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 programu profilaktyki szkoły** (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 odmienność 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, WAIiP.

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 ogólnego¹³ 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 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

- Wymagania szczegółowe (treści) 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 Zdrowia¹⁴: włączenie treści dotyczących zdrowia do wielu przedmiotów (model „rozproszony”) i wiodący przedmiot (wychowanie fizyczne). Nowym rozwiązaniem jest **powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym**¹⁵:

- na I etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar **„wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”**¹⁶,
- na III i IV etapie edukacyjnym, w przedmiocie wychowanie fizyczne, wyodrębniono **blok tematyczny „edukacja zdrowotna”**. Znajdują się w nim wymagania dotyczące zdrowia psychospołecznego i umiejętności życiowych (dotychczas nieuwzględniane w podstawie programowej).

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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 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 potrzebę „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 szczegółowe, 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 treści nauczania – wymagania szczegółowe 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 edukacji zdrowotnej w poszczególnych przedmiotach w gimnazjum, 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”¹⁷. 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.

¹⁷ 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”¹⁸.
- 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.

¹⁸ 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”¹⁹.
- 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 oraz 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”**²⁰, a tym samym, aby szkoła była bardziej wiarygodna jako realizator edukacji zdrowotnej. Jak wynika z doświadczeń międzynarodowych wymaga to spełnienia następujących warunków²¹:

- 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 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.

¹⁹ R. Cieślirski, (2005), *Sytuacja społeczno-zawodowa nauczycieli wychowania fizycznego*, Warszawa, Akademia Wychowania Fizycznego, Studia i Monografie, nr 102, s. 121–123.

²⁰ J. Pośpiech, (2010), *Edukacyjne walory sportu – perspektywa europejska*, „Zdrowie Kultura Zdrowotna Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna”, AWFIS w Gdańsku, tom V, s. 100.

²¹ 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 wykorzystane²².
- **Zmiana ról nauczyciela i ucznia** (ramka)

Nauczyciel w edukacji zdrowotnej

- 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, sprawdzimy 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.

²² 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. Bandury²³, 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 zdrowotnej²⁴

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

²³ A. Bandura, (1977). *Social learning theory*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc.

²⁴ M. Sokołowska, (2011). *Podejście moralizatorskie i demokratyczne w promocji 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, potrzeb, wieku i doświadczeń uczniów, umiejętności nauczyciela oraz warunków, w jakich odbywa się lekcja.

Tabela. 4. Aktywizujące metody i techniki nauczania/uczenia się²⁵

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 aktywizujących²⁶

Dyskusja

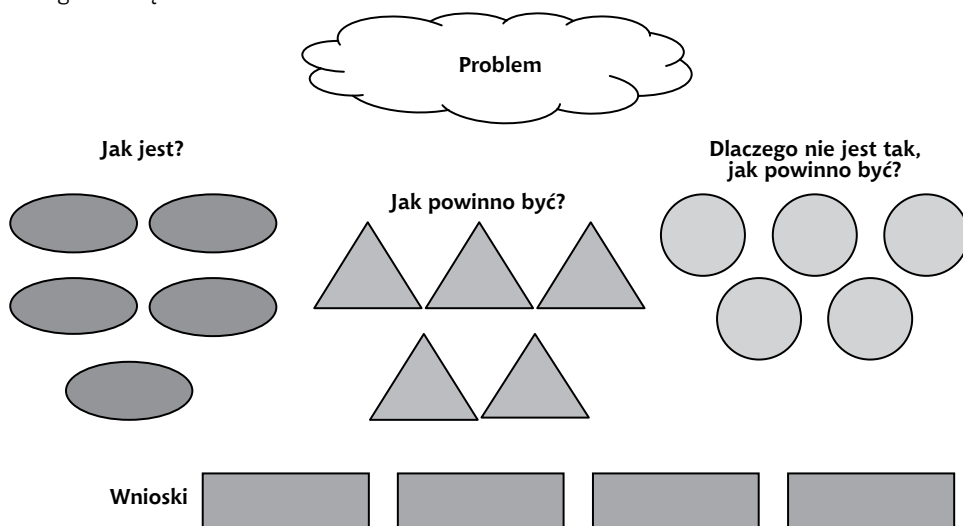
Istotą dyskusji jest wymiana poglądów. Celem jej jest umożliwienie uczniom rozwijania takich umiejętności jak: argumentowanie, przekonywanie, formułowanie spójnych, precyzyjnych wypowiedzi, zadawanie pytań, podsumowywanie, wnioskowanie i aktywne słuchanie. Dyskusja jest metodą rozwiązywania problemów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

²⁵ A. Klimowicz, (2005), *Metody nauczania w pracy z dorosłymi*, [w:] *Poradnik edukatora*, M. Owczarż (red.), Warszawa, CODN, s. 192.

²⁶ 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.

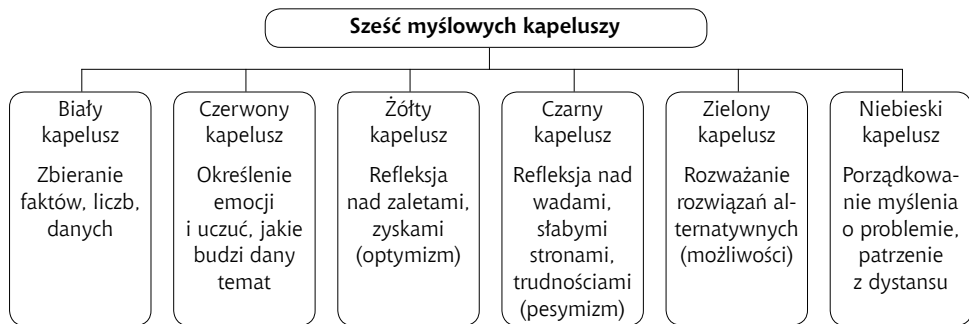
z zastosowaniem metody dyskusji. Może mieć ona charakter całkowicie dowolny (uczniowie wypowiadają się na dany temat w dowolny sposób), może też mieć charakter wolny, ale dyskutanci przestrzegają ustalonego uprzednio regulaminu dyskusji. Do ciekawych technik dyskusji należą m.in.:

- **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”²⁷. 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 „improvizowane 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”²⁸.

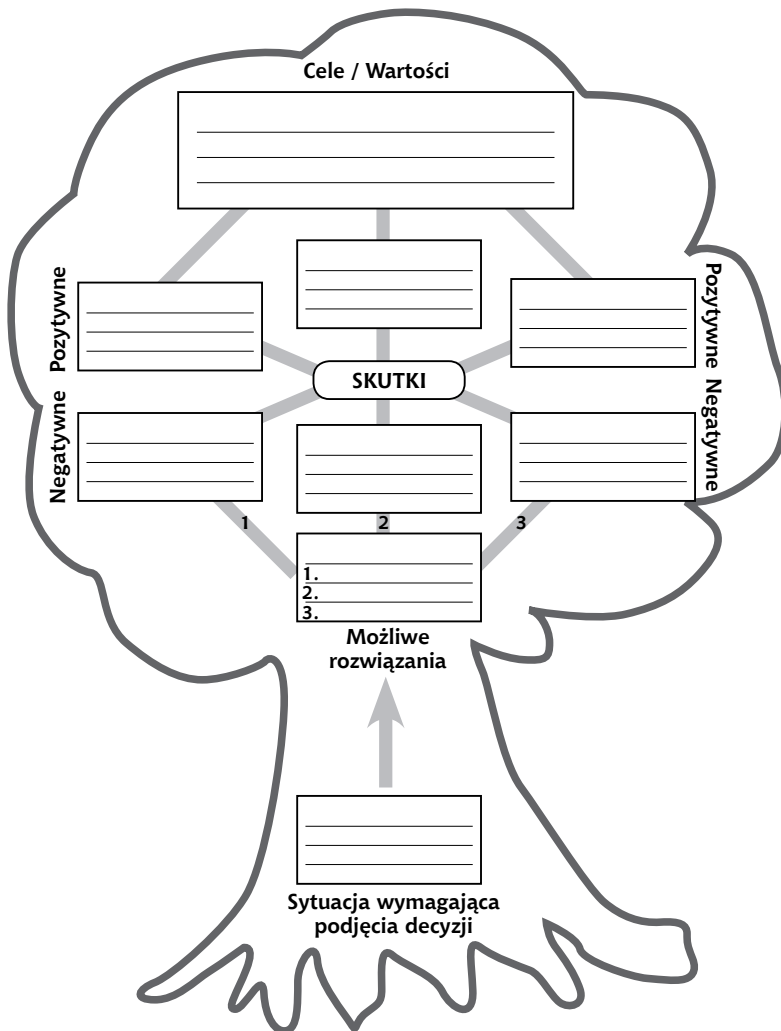
Rozwiązywanie i analizowanie problemów

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

- **Burza mózgow** – 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.

²⁷ W. Okoń, (2007), *Symulacja*, [w:] *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 396.

²⁸ M. Nowicka, (2003), *Drama*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. I, T. Pilch (red. nauk.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.



Ryc. 6. Schemat drzewa decyzyjnego²⁹

- **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).

²⁹ 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.

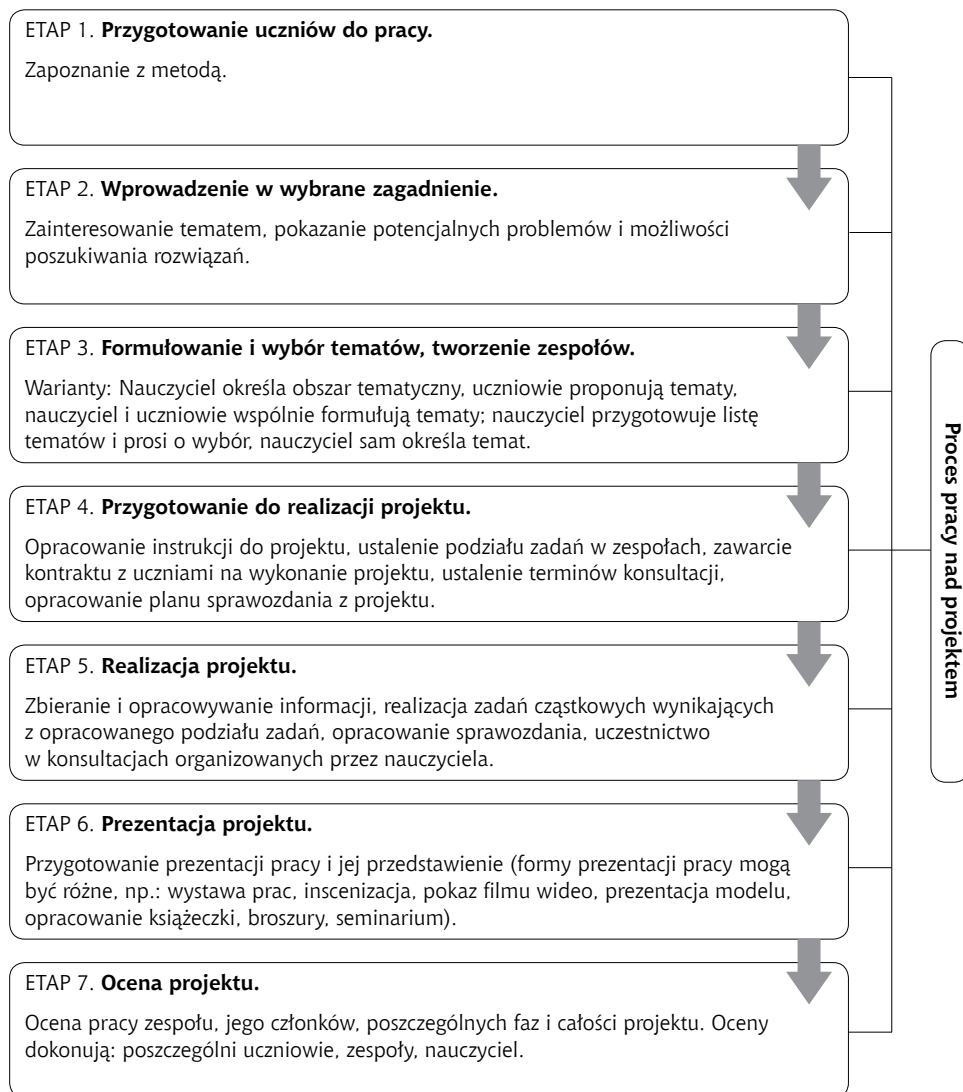
Metoda projektów

Projekt edukacyjny to „zespołowe planowe działanie uczniów, mające na celu rozwiązanie konkretnego problemu, z zastosowaniem różnorodnych metod”³⁰. 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.

³⁰ 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 charakterystyka³¹

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

³¹ Według: E. Brudnik, A. Moszyńska, B. Owczarska, op. cit., (2000), s. 185.

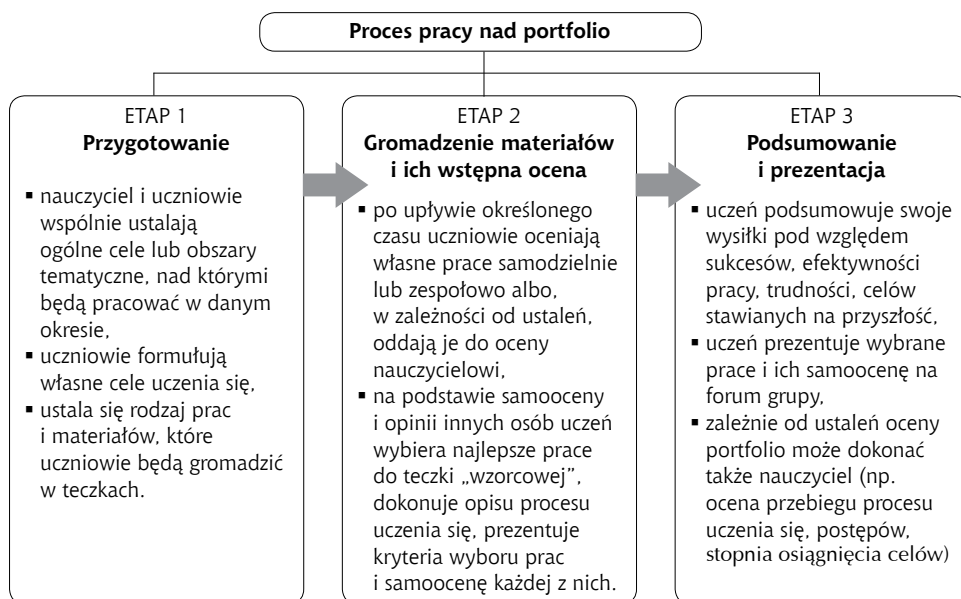
doradcy uczniów. Powinien stwarzać atmosferę sprzyjającą pracy, koncentracji. Musi również ściśle kontrolować czas i czuwać nad porządkiem pracy.

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 charakterystyka³²

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 umożliwić 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 pozwala uczniowi:

- zidentyfikować zajęcia dotyczące zdrowia,
- łączyć przekazywane w ich ramach treści w spójną całość.

³² Według: E. Brudnik, (2002), *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących 2*, Kielce, Zakład Wydawniczy SFS, s. 40.

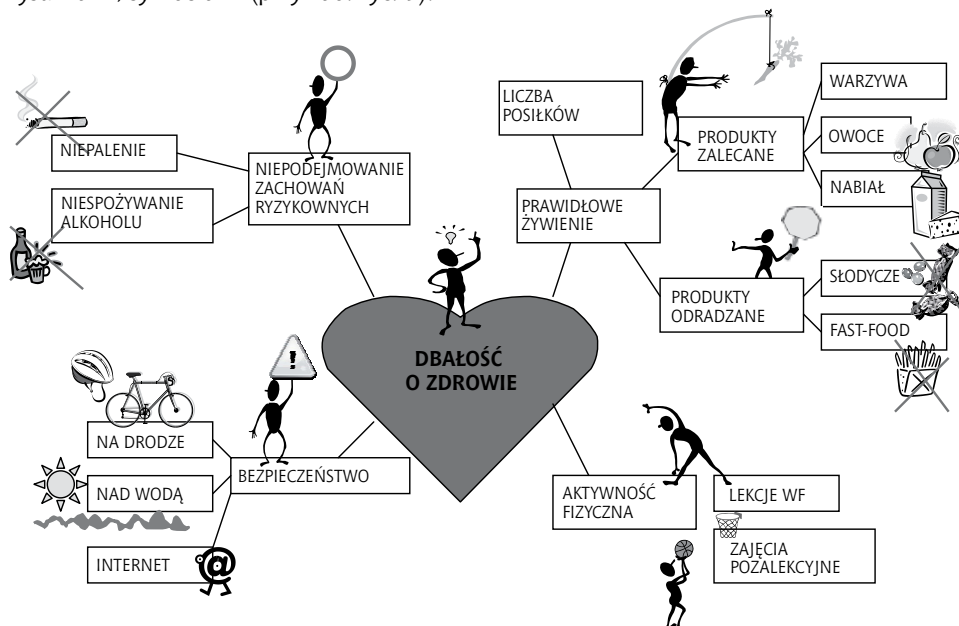
- zapisywać to, co uczeń uzna za ważne dla siebie (np. czego się dowiedział, co odkrył, co go zaskoczyło, a co utwierdziło w dotychczasowym sposobie myślenia o swoim zdrowiu i osobistych wyborach) i przydatne (od przepisów kulinarnych do obserwacji dotyczących własnej osoby, samopoczucia, planów na przyszłość).

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 rozgałęzień, na których umieszcza się słowa–klucze opatrzone rysunkami, symbolami (przykład: ryc. 9).



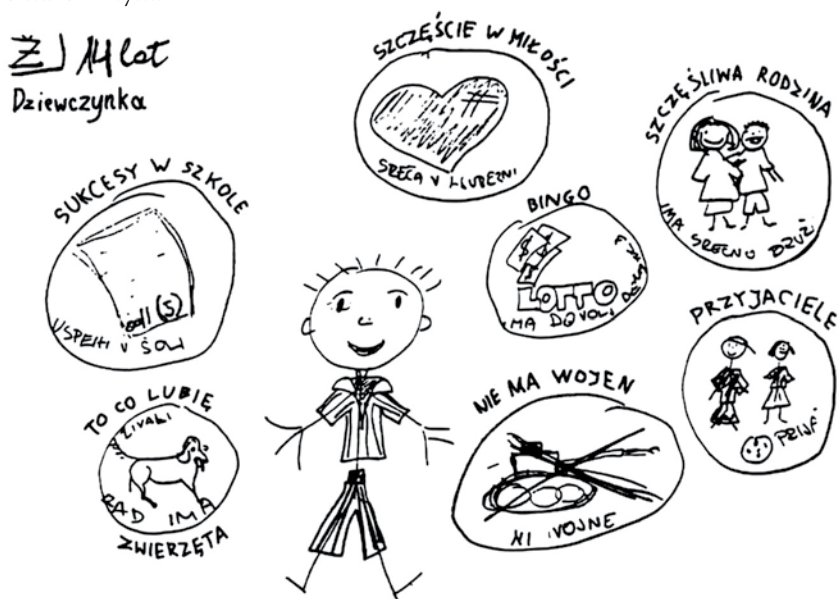
Ryc. 9. Przykład mapy myśli

Wizualizacja jest także uznawana za technikę: wprowadzania w dobry nastrój, rozładowywania 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”³³

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.

Trudności w pracy metodami aktywizującymi

W czasie pracy metodami aktywizującymi można napotkać pewne trudności. Mogą nimi być³⁴:

- przeszkody organizacyjne (np. nieodpowiednie miejsce, brak możliwości zmiany ustawienia ławek i dopasowania sposobu aranżacji przestrzeni do rodzaju pracy, brak materiałów, niemożność ich powielenia),

³³ 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.

³⁴ I. Dzierzgowska, (2004). *Jak uczyć metodami aktywnymi*. Warszawa, Fraszka Edukacyjna, s. 46.

- 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 różnicowane, 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.

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.”

Istnieją różne sposoby diagnozowania potrzeb uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej. W ramce podano propozycję do wykorzystania przez nauczyciela wychowania fizycznego.

Diagnoza potrzeb uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej

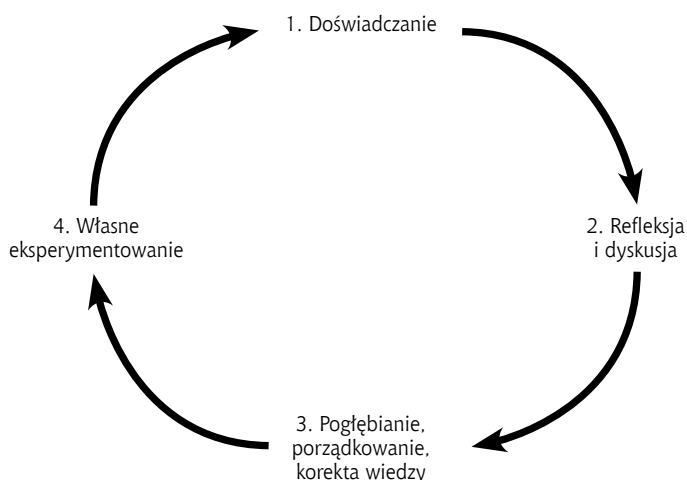
Zorganizuj **spotkanie z uczniami danej klasy** o następującym przebiegu:

1. Wyjaśnij, że w ramach części lekcji wychowania fizycznego prowadzone będą zajęcia z edukacji zdrowotnej. Dotyczy ona sposobów dbałości o zdrowie, dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne. Celem spotkania będzie ustalenie potrzeb uczniów w zakresie edukacji zdrowotnej.
2. Przedstaw uczniom wymagania zapisane w bloku „edukacja zdrowotna”. Można zapisać je na dużym arkuszu papieru (tak, aby na dole arkusza pozostało wolne miejsce) lub powielić je dla każdego ucznia.
3. Poproś, aby każdy przeczytał uważnie te wymagania i zapisał/zakreślił te, które uważa za szczególnie **ważne dla siebie**. Następnie daj każdemu 2 paski papieru (arkusz A4 makulatury pocięty na 4 części) i poproś, aby na każdym pasku zapisał jeden **dodatkowy temat**, który go interesuje i którym chciałby zajmować się na zajęciach.
4. Utwórz grupy 4–6 osobowe i poproś, aby uczniowie przedyskutowali w nich: które wymagania uznali za **ważne** i dlaczego? jakie **dodatkowe** tematy są dla nich interesujące?
 - e) Poproś kolejno zespoły o podawanie: **wymagań uznanych za ważne** (zaznaczaj wybór na arkuszu papieru kreskami), **dodatkowych tematów** – zapisz je na dole arkusza.
 - f) Podsumuj wyniki pracy uczniów. Zwróć uwagę na wymagania z podstawy programowej, których uczniowie nie uznali za ważne; zapytaj: dlaczego? Ustalcie wspólnie **tematy priorytetowe**. Można to zrobić przez wybór tematów najczęściej uznawanych za ważne lub przez głosowanie na wszystkie tematy zapisane na arkuszu (łącznie w dodatkowymi). Wymagania i tematy dodatkowe, które uzyskają najwięcej głosów, należy uznać za priorytetowe dla danej klasy i podjąć ich realizację.

Podań wcześniej sposób diagnozy potrzeb może być modyfikowany i wykorzystany także przez wychowawców i nauczycieli innych przedmiotów. 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. Kolba³⁵, 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. Kolba

Etap 1. Doświadczanie – 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 jakieś sytuacje, 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.

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.

³⁵ D.A. Kolb, (1984), *Experiential learning. Experiences as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc.

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, przećwiczyć 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> <ol style="list-style-type: none"> Przedstaw temat zajęć i zadania (zapisz je na tablicy lub arkuszu papieru). W zależności od sytuacji i potrzeby wybierz ćwiczenie wprowadzające. <p>2. Część właściwa</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> doświadczanie (praca indywidualna), refleksja i dyskusja (praca w małych grupach, parach), pogłębianie, porządkowanie lub korekta wiedzy („miniwykład”). <p>Korzystnie jest nadać tytuł danemu ćwiczeniu, jak w scenariuszach w części drugiej.</p>	

b) Określ orientacyjnie czas przeznaczony na każde ćwiczenie oraz zaplanuj warianty ćwiczeń, do ew. wykorzystania w zależności od przebiegu zajęć i potrzeb grupy.

3. Część końcowa – podsumowanie i ewaluacja zajęć

- 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.
- b) Zaplanuj, jak dokonasz oceny przebiegu zajęć (ewaluacja procesu). Możesz zapytać: Co się podobalo? Co zmieniłoby? Czy są zadowoleni z udziału w zajęciach? Uwaga! Dokonywanie tej oceny nie jest konieczne, ani też możliwe po każdym zajęciach.

Uwagi

- 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, umożliwi 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 grupie³⁶

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”**³⁷ 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.

³⁶ Według: K. Tones, J. Green, (2004). *Health promotion. Planning and strategies*, London, SAGE Publications, s. 303–304.

³⁷ Termin „swoboda psychologiczna” oznacza, że posiadamy swobodę w: wykorzystaniu wiedzy, posługiwaniu się odpowiednią terminologią (np. nazwami związanymi z narządami płciowymi i seksualnością, które mogą wprawiać niektóre osoby 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 pożądanych 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 SFSFS.

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

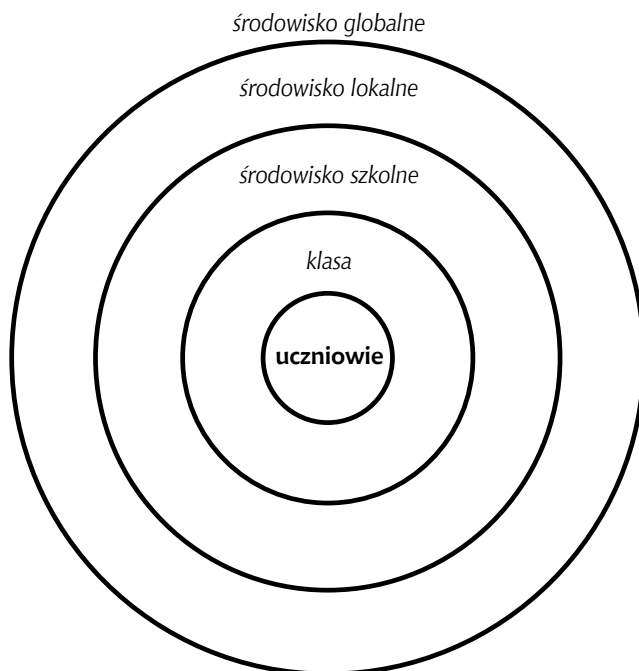
Taraszkiewicz M., Rose C., (2006), *Atlas efektywnego uczenia (się)*, cz. 1, Warszawa, Transfer Learning, CODN.

Wojnarowska 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**³⁸. 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.

³⁸ 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 ca zdrowie”³⁹ 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), stosowanie i 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 niekorzystnych zjawisk w otoczeniu szkoły (np. akty przemocy i wandalizmu, sprzedaż i używanie alkoholu i narkotyków, zdewastowane budynki, śmieci).

³⁹ 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).

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; możliwości 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,
 - zaostreniem 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 publikacjach⁴⁰. 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.

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 umywalkach) 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.

⁴⁰ 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, *Bio-medyczne podstawy wychowania i kształcenia. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 235–378.

⁴¹ 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 w rodzinach 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 przygotowywaniem 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 nauczycieli⁴².

Społeczność szkolna tworzy **klimat społeczny szkoły**. Jest to pojęcie złożone i różnie definiowane⁴³. 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 zdrowie⁴⁴.

Wymiary klimatu społecznego szkoły

Najczęściej wymieniane wymiary klimatu społecznego szkoły to:

- 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 aktywno-

⁴² 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*

⁴³ zachowania zdrowotne uczniów w Polsce, Warszawa, Wydział Pedagogiczny UW, s. 109–131.

⁴³ M. Woynarowska-Sołdan, (2007), *Klimat społeczny szkoły – koncepcje i czynniki warunkujące*, „Remedium” nr 12, s. 22–23.

⁴⁴ M. Woynarowska-Sołdan, (2006), *Standard czwarty (klimat społeczny szkoły)*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, z. 11, s. 102–132.

ści fizycznej, która nie łączy się z poczuciem wygranej czy przegranej, ale jest wspólną zabawą, daje poczucie 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). Pozwala 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.)⁴⁵.

Pożądanane kompetencje nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej

- **Wiedza o:**
 - 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.

⁴⁵ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, s. 65.

▪ **Umiejętności:**

- 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.

▪ **Postawa**, którą charakteryzuje:

- 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.

Wymienione wyżej kompetencje **powinni posiadać również inni nauczyciele**. 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, swoim samopoczuciem psychospołecznym. Wykonywanie zawodu nauczyciela jest związane z wieloma obciążeniami dla zdrowia i samopoczucia fizycznego oraz psychicznego⁴⁶. Zawód nauczyciela należy do zawodów społecznych, pomocowych (istotą ich jest praca z ludźmi), o zwiększonym ryzyku wypalenia zawodowego⁴⁷. 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.

⁴⁶ J. Pyżalski, P. Plichta, (2007), *Kwestionariusz obciążeń zawodowych pedagoga (KOZP)*, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

⁴⁷ S. Tuchołska, (2009), *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*, Lublin, Wydawnictwo KUL.

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.

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 czują 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 przepisami⁴⁸ 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

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2013, poz. 1248).

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 dyrektora i nauczycieli z pielęgniarką szkolną w obszarze edukacji zdrowotnej w znacznej części szkół nie jest zadowalająca. Obserwacje i wyniki badań wskazują, że dyrektorzy szkół i nauczyciele oczekują od pielęgniarki szkolnej przede wszystkim⁴⁹:

- 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 publicznych 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.

⁴⁹ 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.

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 zdrowie⁵⁰, ale również w wielu z nich pozyskanie rodziców do współpracy jest bardzo trudne. Warto jednak próbować a inicjatywa jest po stronie szkoły.

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 akcyjne 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.

⁵⁰ B. Woynarowska, M. Sokołowska, (2000), *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*, Warszawa, KOWEŻiU, s. 78-88.

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 produktów⁵¹.
- 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 jakieś 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*)

⁵¹ 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 Szkołach⁵². 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 edukacyjnego⁵³

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).

⁵² 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).

⁵³ Todorowska-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 przeciwko prawu, nierealizowanie obowiązku szkolnego itp. Ważnym elementem tego programu powinno być także zapobieganie nadwadze i otyłości.

Zgodnie z podstawą programową kształcenia ogólnego⁵⁴ 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 **stanowiąc 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”

⁵⁴ 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 załatwianie 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. Demela⁵⁴. 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 charakteru⁵⁵. 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 szkół promujących zdrowie, wartość „zdrowia” znajduje swoje miejsce w programach wycho-

⁵⁴ M. Demel (1968) *O wychowaniu zdrowotnym*, Warszawa PZWS; M. Demel (1980) *Pedagogika zdrowia*, Warszawa. WSiP.

⁵⁵ M. Demel (1999) *Pedagogika zdrowia*, [w:] *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*, L. Turoś (red.), Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 155-168.

wawczych 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 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 się⁵⁶. 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.

⁵⁶ 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 273(14), 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.

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).	Nieuwzględnianie 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. Biemy 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 Ostaszewski ⁵⁷

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:

⁵⁷ 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", 58(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”, 20(4), s. 261-274.

A. Borucka, K. Ostaszewski, (2004), *Wiodące szkolne strategie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, „Wychowanie na co dzień”, 10-11(133-134), s. 3-7.

- **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.
- **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 psychospołecznych 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 pożądanых 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 szerokiego 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 polecenia⁵⁸. 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**⁵⁹. 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-Giluń 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.

⁵⁸ http://www.ore.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=810&Itemid=1153 - dostęp z dnia 20.11.2014 r.

⁵⁹ <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 PONADGIMNAZJALNYCH

Wprowadzenie

W części drugiej niniejszego poradnika przedstawiono treści nauczania – wymagania szczegółowe⁶⁰ dotyczące edukacji zdrowotnej zawarte w podstawie programowej różnych przedmiotów w szkołach ponadgimnazjalnych. 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 tym 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 zagadnień 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. W pierwszym rozdziale podano podstawowe informacje o specyfice rozwoju, problemach zdrowotnych i potrzebach zdrowotnych oraz zachowaniach zdrowotnych uczniów szkół ponadgimnazjalnych w kontekście edukacji zdrowotnej. Dane o zachowaniach zdrowotnych pochodzą z badań ogólnopolskiej reprezentatywnej grupy uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17–18 lat) wykonanych w 2010 r. w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*)⁶¹. Dane te wskazują, jakie są niedostatki zachowań zdrowotnych i na co należy zwrócić szczególną uwagę w edukacji zdrowotnej.

W rozdziale drugim wymieniono treści nauczania dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej, zapisane w podstawie programowej różnych przedmiotów. W przypadku przedmiotów (wychowanie fizyczne, przyroda/biologia, język obcy nowożytny, historia i społeczeństwo/wiedza o społeczeństwie) zwrócono się do osób, które były członkami grup ekspertów przygotowujących podstawę programową lub specjalistów w zakresie danego przedmiotu z prośbą o komentarz do zapisów treści dotyczących edukacji zdrowotnej. W tych podrozdziałach zamieszczono także przykłady scenariuszy zajęć.

⁶⁰ Zapisano je zgodnie z podstawą programową, zachowując odpowiednie oznaczenia numerami.

⁶¹ J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, (2011), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

1. Rozwój, zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych

Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Barbara Woynarowska

Okres nauki w szkole ponadgimnazjalnej przypada na wiek 15/16–18/20 lat. Jest to kończąca się faza tzw. wieku rozwojowego, zwana także okresem młodzieńczym lub późnej adolescencji. Okres ten obejmuje kilka lat po zakończeniu głównych przemian dojrzewania płciowego. Cechuje go, zwłaszcza u dziewcząt, „wyciszenie” po gwałtownych przemianach związanych z dojrzewaniem płciowym, co sprzyja uczeniu się w końcowym etapie edukacji szkolnej.

Rozwój fizyczny i motoryczny

U **dziewcząt**, po osiągnięciu ostatecznej wysokości ciała, utrzymuje się tendencja do zwiększania się masy ciała, głównie przez wzrost ilości tkanki tłuszczowej. Sylwetka staje się typowo kobieca, rysy twarzy subtelniejsze. Ustępują objawy typowe dla pokwitania: wzmoczony łojotok, trądzik młodzieńczy, potliwość, zasinienie i marmurkowatość skóry. Doskonali się funkcja układu rozrodczego, cykle miesięczne są dwufazowe, zmniejsza się częstość zaburzeń miesiączkowania.

Naturalny proces rozwoju motorycznego dziewcząt kończy się ok. 15. r.ż. Większość uczennic szkół ponadgimnazjalnych osiąga cechy motoryczności kobiecej. Gdy dziewczęta nie są aktywne fizycznie, nie uprawiają sportu lub innych zajęć ruchowych, w okresie tym może dojść do obniżenia się sprawności fizycznej (wczesna inwolucja motoryczności).

U **chłopców** okres rozwoju przypadający na naukę w szkole ponadgimnazjalnej jest bardziej dynamiczny. Jest to kończąca się faza dojrzewania płciowego. Zwiększa się jeszcze wysokość ciała i masa ciała, głównie przez wzrost masy mięśni. Rozwijają się owłosienie na tułowiu, kończynach, zarost na twarzy, utrzymuje się trądzik młodzieńczy. Większość chłopców osiąga **dojrzałość płciową** – skład i właściwości nasienia są podobne jak u dorosłego mężczyzny, co oznacza pełną zdolność do zapłodnienia. Silna jest potrzeba rozładowania napięcia seksualnego (związana w dużym stężeniem testosteronu we krwi).

Rozwój motoryczny chłopców trwa dłużej niż u dziewcząt, szczególnie dotyczy to siły i szybkości. U chłopców nie obserwuje się wczesnych zmian inwolucyjnych, co jest głównie efektem większej aktywności fizycznej, dążenia do zwiększenia masy mięśniowej (ideałem męskości jest harmonijnie zbudowane i umięśnione ciało).

Potrzeby biologiczne młodzieży w tej fazie życia są podobne, jak u ludzi dorosłych. Ze względu na trwający proces mineralizacji kośćca, konieczne jest dostarczanie młodym ludziom większej ilości wapnia (głównie przez spożycie mleka i jego przetworów). Z uwagi na utrzymujące się u dziewcząt przyrosty masy ciała i zakończenie rozwoju motorycznego, należy zachęcać je do zwiększenia aktywności fizycznej.

Rozwój psychiczny i społeczny

W **rozwoju emocjonalnym** obserwuje się **wzrost kontroli ekspresji emocjonalnej** oraz rozwój sposobów wyrażania emocji negatywnych. Stopniowo rozpoczyna się przewaga emocji pozytywnych nad negatywnymi. Nadal obecna ambiwalencja uczuciowa postrzegana jest jako umiejętność odzwierciedlania sprzecznych uczuć. Następuje rozwój empatii, uczuć wyższych i ustala się system wartości. Samoocena dokonuje się na kontinuum *bardziej – mniej* (np.: „uważam, że poradziłem sobie całkiem nieźle, ale są rzeczy, które mógłbym poprawić”).

w odróżnieniu od samooceny dychotomicznej charakterystycznej dla gimnazjalistów („uwazam, że z niczym sobie nie poradziłem”).

W tym okresie nadal kształtuje się tożsamość, która osiąga tu status **tożsamości moratoryjnej (odroczonej)**. Nastolatek poszukuje wtedy własnej drogi życiowej. Charakterystyczne są częste zmiany decyzji, angażowanie się w różne (czasem skrajne) ideologie. Młody człowiek jest skłonny do krytycznego myślenia, otwarty na nowe doświadczenia. Mimo obaw, jakie mogą przeżywać dorośli, dotyczących zachowań nastolatka, jest to okres dla niego bardzo ważny. Największym osiągnięciem jest dokonanie świadomego wyboru tego, co jest dla niego ważne, określenie kim chce być, na czym mu zależy, co chce robić w przyszłości. Dorośli powinni wykazać się dużą cierpliwością i pomagać zrozumieć nastolatкови jego sposób funkcjonowania.

W **rozwoju społecznym** widoczna jest **stabilizacja relacji z rodzicami**, w czym pomaga brak wzmożonej ingerencji w osobiste życie nastolatka oraz poszanowanie jego potrzeby intymności i samotności. Obserwuje się także rozwój bliskich relacji z rówieśnikami (przyjacielskich oraz erotyczno-uczuciowych). Nastolatki mają potrzebę identyfikacji z grupą społeczną o ściśle określonej tożsamości, stąd ich **przynależność do grup młodzieżowych** i subkultur. Rozwój uczuć wyższych powoduje większe zaangażowanie w życie społeczne. Młodzi ludzie chętnie uczestniczą w działaniach społecznych np. w wolontariacie. Zachowania społeczne wynikają w tym okresie z potrzeby podkreślania dorosłości i kształtowania się własnej odrębności.

Problemy zdrowotne⁶²

Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych gorzej oceniają swoje zdrowie niż gimnazjaliści. Wśród uczniów klas II (w wieku 17–18 lat) swoje zdrowie za dobre i znakomite uznało 69%, a za słabe 5,3% uczniów. Częściej też zgłaszają różne dolegliwości, w tym występujące częściej niż raz w tygodniu lub prawie codziennie: bóle głowy – 28%, bóle pleców – 18%, zdenerwowanie – 41%, rozdrażnienie lub zły humor – 30%, przygnębienie – 22%, trudności w zasypianiu – 22% uczniów. Nasilenie tych objawów jest znacznie większe u dziewcząt niż u chłopców. Wskazuje to, że około 1/3 uczniów ma różnorodne problemy zdrowia psychospołecznego, co uzasadnia potrzebę kształtowania ich umiejętności psychospołecznych (życiowych).

Zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia

W okresie nauki w szkole ponadgimnazjalnej, młodzi ludzie wnoszą w dorosłe życie zachowania zdrowotne i styl życia ukształtowane w końcowej fazie wieku rozwojowego. Trudno jest je później zmieniać. Wyniki badań wskazują jednak, że częstość niedostatków zachowań prozdrowotnych uczniów tych szkół jest większa, niż w młodszych grupach wiekowych (patrz rozdz. 2.1. i 3.1.). Zagrożeniem dla zdrowia młodzieży jest wzrastająca z wiekiem częstość zachowań ryzykownych (używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne) – tab. 8.

Przedstawione obok dane wskazują na potrzebę intensyfikacji edukacji zdrowotnej w szkołach ponadgimnazjalnych, zwłaszcza ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych. Umiejętności te mogą być szczególnie przydatne absolwentom zasadniczych szkół zawodowych, w związku z poszukiwaniem i podejmowaniem pracy zawodowej.

⁶² Dane liczbowe pochodzą z badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, wykonanych w 2010 r. na reprezentatywnej grupie uczniów klas I i III gimnazjum, w ramach międzynarodowych badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*): J. Mazur, A. Małkowska-Szkućnik (red.), (2011), *Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny*, Warszawa, Instytut Matki i Dziecka.

Tabela 8. Wybrane zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych (w wieku 17–18 lat) w Polsce w 2010 r.

Zachowania prozdrowotne i ryzykowne	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
Częstość jedzenia śniadań w dni szkolne			
5 razy w tygodniu	52,2	59,9	46,0
3–4 razy w tygodniu	12,7	10,4	14,5
1 raz, 2 razy w tygodniu lub nigdy	35,1	29,7	39,5
Częstość jedzenia owoców			
codziennie 1 raz lub częściej	18,1	15,2	20,4
5–6 razy w tygodniu	13,3	12,1	14,2
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	68,6	72,7	65,4
Częstość jedzenia warzyw			
codziennie 1 raz lub częściej	20,3	15,1	24,5
5–6 razy w tygodniu	18,4	19,5	17,6
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	61,3	65,4	57,9
Częstość jedzenia słodczy (cukierków, czekolady)			
codziennie 1 raz lub częściej	25,7	21,1	29,5
5–6 razy w tygodniu	15,7	16,7	14,8
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	58,6	62,2	55,7
Częstość picia coca-coli lub innych słodkich napojów			
codziennie 1 raz lub częściej	16,5	18,1	15,2
5–6 razy w tygodniu	11,2	13,3	9,5
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	72,3	68,6	75,3
Aktywność fizyczna w ostatnich 7 dniach (liczba dni, w których młodzież przeznaczała co najmniej 60 minut dziennie na aktywność fizyczną)			
7 dni (zalecane)	10,3	17,9	4,2
5–6 dni	16,2	23,0	10,7
0–4 dni	73,5	59,1	85,1
Palenie tytoniu			
próbowali palić	67,8	69,3	66,5
palą obecnie	33,5	31,8	34,8
Częstość występowania upojenia alkoholowego			
nigdy	26,5	21,4	30,6
1–3 razy	39,6	31,0	46,5
4 razy lub więcej	33,9	47,6	22,9
Częstość picia alkoholu (w ostatnich 30 dniach)			
nigdy	23,4	19,9	26,2
1–2 razy	32,2	28,5	35,1
3–5 razy	20,8	22,1	19,7
6 razy lub więcej	23,6	29,5	19,0
Używanie marihuany lub haszyszu (w ostatnich 12 miesiącach)			
1–2 razy	11,8	15,2	9,1
3 razy lub więcej	11,3	14,4	8,8
Odbyli inicjację seksualną	41,5	45,3	38,5

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

Literatura uzupełniająca

- Bardziejewska M., (2005), *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?*, [w:] A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 345–379.
- Lopez R.I., (2006), *Twój nastolatek. Zdrowie i dobre samopoczucie*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleszkiewicz A., Senejko A., (2011), *Dorastanie*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 259–287.
- Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K., (2010), *Biomedyczne podstawy wychowania i kształcenia. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej różnych przedmiotów

Niżej omówiono treści dotyczące edukacji zdrowotnej, uwzględnione w podstawie programowej różnych przedmiotów na IV etapie edukacyjnym. Dotyczą one liceów i techników oraz w większości przedmiotów również zasadniczych szkół zawodowych.

2.1. WYCHOWANIE FIZYCZNE

Tomasz Frołowicz

W części wstępnej podstawy programowej dla gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych zapisano: „**Ważnym zadaniem szkoły na III i IV etapie edukacyjnym jest także edukacja zdrowotna**, której celem jest rozwijanie u uczniów postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.” Uczeń szkoły ponadgimnazjalnej powinien rozwijać swoje nastawienia wobec zdrowia, jako efekt rozwoju:

- komponentu poznawczego (wiedzy i przekonań),
- komponentu emocjonalno-wartościującego (uczuć i wartości),
- komponentu behawioralnego (sposobów postępowania) postawy prozdrowotnej.

Wśród celów kształcenia uwzględniono „ochronę i doskonalenie zdrowia własnego oraz innych”, „stosowanie w życiu codziennym zasad prozdrowotnego stylu życia” oraz „umiejętności sprzyjające zapobieganiu chorobom”. Także wśród wymagań szczegółowych dominują bezpośrednio lub pośrednio związane z edukacją zdrowotną. W grupie 29 wymagań szczegółowych z wychowania fizycznego, niemal wszystkie dotyczą umiejętności i wiadomości związanych ze zdrowiem.

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

W części „**Cele kształcenia – wymagania ogólne**” podkreślono, że celem przedmiotu *wychowanie fizyczne* jest: „Przygotowanie do całonocnej aktywności fizycznej oraz ochrona i doskonalenie zdrowia własnego oraz innych, w szczególności:

- 1) uświadomienie potrzeby całonocnej aktywności fizycznej;
- 2) stosowanie w życiu codziennym zasad prozdrowotnego stylu życia;
- 3) umiejętności sprzyjające zapobieganiu chorobom i doskonaleniu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

Treści nauczania, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej podano w ramce.

Wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej

1. Diagnoza sprawności i aktywności fizycznej oraz rozwoju fizycznego

Uczeń:

- 1) wskazuje mocne i słabe strony swojej sprawności fizycznej;
- 2) opracowuje i realizuje program aktywności fizycznej dostosowany do własnych potrzeb;
- 3) omawia zalecenia dotyczące aktywności fizycznej w zależności od płci, okresu życia i rodzaju pracy zawodowej;
- 4) wymienia czynniki wpływające na podejmowanie aktywności fizycznej zależne od rodziny, kolegów, mediów i społeczności lokalnej.

2. Trening zdrowotny

Uczeń:

- 1) ocenia reakcje własnego organizmu na wysiłki fizyczne o różnej intensywności;
- 2) wyjaśnia, na czym polega prozdrowotny styl życia;
- 3) wyjaśnia związek między aktywnością fizyczną a żywieniem a zdrowiem i dobrym samopoczuciem, oraz omawia sposoby utrzymania odpowiedniej masy ciała we wszystkich okresach życia;
- 4) wykonuje proste ćwiczenia relaksacyjne;
- 5) wyjaśnia, gdzie szukać wiarygodnych informacji dotyczących zdrowia i sportu oraz dokonuje krytycznej analizy informacji medialnych w tym zakresie;
- 6) wymienia choroby cywilizacyjne uwarunkowane niedostatkiem ruchu, w szczególności choroby układu krążenia, układu ruchu i otyłość oraz omawia sposoby zapobiegania im;
- 7) wylicza oraz interpretuje własny wskaźnik wagowo-wzrostowy (BMI).

3. Bezpieczna aktywność fizyczna i higiena osobista

Uczeń:

- 1) wykonuje ćwiczenia kształtujące i kompensacyjne w celu przeciwdziałania negatywnym dla zdrowia skutkom pracy, w tym pracy w pozycji siedzącej i przy komputerze;
- 2) wyjaśnia, na czym polega umiejętność oceny stopnia ryzyka związanego z niektórymi sportami lub wysiłkami fizycznymi.

5. Sport

Uczeń:

- 1) wyjaśnia relacje między sportem profesjonalnym i sportem dla wszystkich a zdrowiem;
- 2) omawia etyczne i zdrowotne konsekwencje stosowania środków dopingujących.

6. Edukacja zdrowotna

Uczeń:

- 1) wyjaśnia, dlaczego zdrowie jest wartością dla człowieka i zasobem dla społeczeństwa oraz na czym polega dbałość o zdrowie w okresie młodości i wczesnej dorosłości;
- 2) wyjaśnia, co oznacza odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi;
- 3) omawia konstruktywne, optymistyczne sposoby wyjaśniania trudnych zdarzeń i reformułowania myśli negatywnych na pozytywne;
- 4) wyjaśnia, na czym polega praca nad sobą dla zwiększenia wiary w siebie, poczucia własnej wartości i umiejętności podejmowania decyzji;
- 5) wyjaśnia, na czym polega konstruktywne przekazywanie i odbieranie pozytywnych i negatywnych informacji zwrotnych oraz radzenie sobie z krytyką;
- 6) omawia zasady racjonalnego gospodarowania czasem;
- 7) wyjaśnia, na czym polega samobadanie i samokontrola zdrowia oraz dlaczego należy poddawać się badaniom profilaktycznym w okresie całego życia;
- 8) wyjaśnia, co to znaczy być aktywnym pacjentem i jakie są podstawowe prawa pacjenta;
- 9) omawia przyczyny i skutki stereotypów i stygmatyzacji osób chorych psychicznie i dyskryminowanych (np. żyjących z HIV/AIDS);
- 10) planuje projekt dotyczący wybranych zagadnień zdrowia oraz wskazuje na sposoby pozyskania sojuszników i współuczestników projektu w szkole, domu lub w społeczności lokalnej;
- 11) omawia, na czym polega współuczestnictwo i współpraca ludzi, organizacji i instytucji w działaniach na rzecz zdrowia;
- 12) wyjaśnia, jaki jest związek między zdrowiem i środowiskiem oraz co sam może zrobić, aby stworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu.

Wiodąca rola wychowania fizycznego

Rangę edukacji zdrowotnej w podstawie programowej wychowania fizycznego dla szkół ponadgimnazjalnych potwierdzają również zalecenia dotyczące warunków i sposobu realizacji tej dziedziny edukacji. Zapisano w nich, że: „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**”⁶³.

Wiodąca rola oznacza konieczność:

- silnego wysycenia wychowania fizycznego w szkole ponadgimnazjalnej treściami edukacji zdrowotnej. W wymaganiach szczegółowych przewidziano blok tematyczny „edukacja zdrowotna”. Blok ten zawiera zagadnienia dotyczące zdrowia psychicznego i społecznego, umiejętności życiowych (osobistych i społecznych) oraz elementy zdrowia publicznego;
- przejęcia przez nauczyciela wychowania fizycznego roli szkolnego lidera edukacji zdrowotnej.

Przejęcie przez nauczyciela wychowania fizycznego roli koordynatora szkolnych działań w tym zakresie, otwiera przed nim alternatywną drogę rozwoju zawodowego, wobec np. drogi nauczyciela-trenera, zaangażowanego w szkolną działalność sportową. Warto, aby dyrektor uświadamiał nauczycielom wychowania fizycznego taką alternatywę i wspierał ich, gdy zdecydują się na jej wybór.

Konieczność prowadzenia przez dyrektora szkoły polityki kadrowej powinna skłaniać go do doboru nauczycieli, którzy zapewnią 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 brakuje jednej lub kilku osób (w zależności od wielkości szkoły), które byłyby zdolne do przejścia roli szkolnych liderów edukacji zdrowotnej, to zatrudniając nowego nauczyciela wychowania fizycznego dyrektor placówki powinien uwzględnić jego kwalifikacje i doświadczenia w zakresie edukacji zdrowotnej.

Model organizacyjny edukacji zdrowotnej w ramach wychowania fizycznego

Zdefiniowane w podstawie programowej zadania edukacyjne powinny skłonić nauczycieli wychowania fizycznego do poszerzenia, a nawet do reorientacji roli zawodowej oraz do ponownego przemyślenia modelu organizacyjnego wychowania fizycznego, uwzględniającego specyfikę edukacji zdrowotnej w szkole ponadgimnazjalnej.

Rekomendowane przez specjalistów z zakresu edukacji zdrowotnej rozwiązania dotyczące organizacji zajęć, opisane w „Komentarzach do podstawy programowej przedmiotu wychowanie fizyczne”⁶⁴. Należy rozważyć wyodrębnienie **około 30 godzin** z ogólnej puli godzin obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego (nie mniej niż 290 godzin w trzyletniej szkole ponadgimnazjalnej)⁶⁵ i przeprowadzenie ich w formie zajęć warsztatowych, rozwijających umiejętności życiowe uczniów. Za optymalne uznaje się przeprowadzenie warsztatów tego rodzaju **w czasie nie dłuższym niż kilka miesięcy**, najlepiej w jednym semestrze. Przykłady wariantów organizacji wychowania fizycznego w szkole ponadgimnazjalnej prezentują tabele 9 i 10.

W szkole ponadgimnazjalnej dyrektor może powierzyć realizację warsztatów z edukacji zdrowotnej, wyodrębnionych w tygodniowym planie obowiązkowych zajęć, nauczycielowi innej

⁶³ Ministerstwo Edukacji Narodowej. (2009). *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8.

⁶⁴ Tamże.

⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz.U. 2012 poz. 204)

specjalności przedmiotowej niż wychowanie fizyczne. Musi tylko mieć pewność, że odbyte studia oraz dotychczasowe doświadczenia zawodowe nauczyciela, wskazują na merytoryczne i metodyczne przygotowanie do realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej⁶⁶.

Tabela 9. Przykład organizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego w trzyletniej szkole ponadgimnazjalnej (przy podziale roku szkolnego na dwa semestry – jedna klasyfikacja śródroczna i jedna roczna)

Klasa i semestr	Liczba godzin obowiązkowych zajęć WF w tygodniu	Liczba godzin obowiązkowych zajęć WF w semestrze
Pierwsza klasa, pierwszy semestr	1 lekcja i 2 godziny warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej	ok. 50 godzin, w tym ok. 36 godzin warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej
Pierwsza klasa, drugi semestr oraz kolejne klasy	3 lekcje	ok. 50 godzin
W sumie w okresie trzech lat nauki w szkole ponadgimnazjalnej		ok. 300 godzin

Tabela 10. Przykład organizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego w trzyletniej szkole ponadgimnazjalnej (przy podziale roku szkolnego na dwa semestry – jedna klasyfikacja śródroczna i jedna roczna) z uwzględnieniem zajęć do wyboru przez ucznia⁶⁷.

Klasa i semestr	Liczba godzin obowiązkowych zajęć WF w tygodniu		Liczba godzin obowiązkowych zajęć WF w semestrze
Pierwsza klasa, pierwszy semestr	1 lekcja	2 godziny warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej	ok. 50 godzin, w tym ok. 36 godzin warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej
Pierwsza klasa, drugi semestr oraz kolejne klasy	1 lekcja	2 godziny zajęć do wyboru przez ucznia	ok. 50 godzin
W sumie w okresie trzech lat nauki w szkole ponadgimnazjalnej			ok. 300 godzin

Nowe treści kształcenia – nowe kompetencje nauczyciela

Organizacja i metody realizacji warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej zasadniczo różnią się od lekcji, w czasie których realizowane są pozostałe wymagania szczegółowe z wychowania fizycznego. Do prowadzenia tych zajęć konieczne są specyficzne umiejętności zawodowe – merytoryczne i metodyczne.

Wsparcie dyrektora szkoły udzielane nauczycielowi wychowania fizycznego w realizacji edukacji zdrowotnej powinno przyjąć różne formy. Dyrektor powinien zachęcać nauczyciela do samokształcenia oraz ułatwiać mu udział w konferencjach, seminariach, warsztatach na temat edukacji zdrowotnej. Szczególnie cenne byłoby podjęcie przez nauczyciela studiów podyplomowych w tym zakresie. Warto wykorzystać okresy staży związanych z ubieganiem się przez nauczyciela o awans zawodowy.

⁶⁶ Rozporządzeniem MEN z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli (Dz.U. 2009, Nr 50, poz. 40).

⁶⁷ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2011 r. w sprawie dopuszczalnych form realizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego (Dz.U. 2011, Nr 175, poz. 1042).

Od czego powinni zacząć nauczyciele wychowania fizycznego przygotowując się do realizacji edukacji zdrowotnej?

- Konieczne jest 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 MEN⁶⁸.
- Nauczyciele wychowania fizycznego powinni przedyskutować swoje zadania dotyczące edukacji zdrowotnej wynikające z podstawy programowej, np. w czasie spotkania zespołu przedmiotowego, najlepiej z udziałem dyrektora szkoły.
- Kolejnym krokiem powinno być dalsze samokształcenie i udział w dostępnych szkoleniach lub studiach.

Tak przygotowani nauczyciele wychowania fizycznego mogliby zacząć konstruować programy nauczania i plany pracy, wysyczone edukacją zdrowotną proporcjonalnie do zapisów podstawy programowej i dostosowane do potrzeb uczniów oraz warunków lokalnych.

Od programu nauczania do oceny ucznia

Wysycenie wychowania fizycznego w szkole ponadgimnazjalnej edukacją zdrowotną wymaga aktywnej postawy dyrektora szkoły. Wspomaganie i kontrola pracy nauczyciela wychowania fizycznego jest tym bardziej potrzebna, im bardziej zadania wynikające z podstawy programowej wychowania fizycznego, w tym zadania edukacji zdrowotnej, stanowią nowość dla szkoły i nauczyciela. Już 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, również te dotyczące edukacji zdrowotnej. Należy dokładnie przeanalizować zwłaszcza te programy nauczania, które powstają jako modyfikacje programów wychowania fizycznego, zgodne z wcześniejszą podstawą programową.

Jeśli w szkole nauczyciele mają obowiązek okresowego planowania swojej pracy, to np. roczne plany pracy przygotowywane w poprzednich latach przez nauczycieli wychowania fizycznego będą wymagały zmian. Nauczyciele muszą uwzględnić wszystkie treści lub 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, ucznia i jego rodziców – jakie wiadomości i umiejętności będą rozwijać uczniowie.

Nauczyciele wychowania fizycznego zazwyczaj nie wykorzystują w swojej pracy żadnych podręczników szkolnych, które stanowiłyby obudowę metodyczną, towarzyszącą programom nauczania i ułatwiającą planowanie realizacji wymagań podstawy programowej. W tej sytuacji rośnie znaczenie ich autorskich pomysłów. W programie nauczania i w planach pracy nie wystarczy zapisać (cytuując podstawę programową), np. „wymienia czynniki wpływające na podejmowanie aktywności fizycznej zależne od rodziny, kolegów, mediów i społeczności lokalnej”. Nauczyciel powinien sięgnąć do podręczników z zakresu edukacji zdrowotnej⁶⁹ lub czasopism branżowych⁷⁰, a następnie zaplanować szczegółowe treści i metody kształcenia.

Treści edukacyjne, wynikające z wymagań szczegółowych z zakresu edukacji zdrowotnej, przewidziane przez nauczyciela w programach nauczania i planach pracy, muszą znaleźć swoje odzwierciedlenie we wpisywanych do dziennika tematach lekcji (jako potwierdzenie podjętych

⁶⁸ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8.

⁶⁹ B. Woynarowska, (2008), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN; B. Woynarowska (red.), (2012), *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych*, Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

⁷⁰ M. Pogorzelska, J. Klonowska, T. Frołowicz, (2011), *Sposób na podstawę programową*, „Lider” nr 10, s. 20–30.

przez nauczyciela działań edukacyjnych). 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. Kontrola dokumentacji szkolnej nie wystarczy. Wspomaganie pracy nauczyciela wychowania fizycznego powinno uwzględniać również obserwacje i omawianie prowadzonych przez niego zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej. Należy również zachęcać nauczycieli do wzajemnego prowadzenia obserwacji swoich lekcji, w których wprowadzają tematykę edukacji zdrowotnej wynikającą z podstawy programowej. Jest to konieczne – zwłaszcza w odniesieniu do nauczycieli, którzy podejmują staż związany z ubieganiem się o awans zawodowy.

Uwzględnienie w podstawie programowej wychowania fizycznego wymagań z zakresu edukacji zdrowotnej ma swoje konsekwencje również dla **oceniania ucznia**. Nauczyciel, planując przedmiot oceny, nie może ograniczać się do oceny umiejętności ruchowych ucznia. Przedmiotem bieżącej oceny powinno również być:

- podejmowanie przez ucznia różnych działań związanych z realizacją edukacji zdrowotnej w ramach wychowania fizycznego, jako wskaźnik wysiłku ucznia,
- rozwój wiadomości i umiejętności związanych ze zdrowiem, wynikających z podstawy programowej, jako wskaźnik osiągnięć edukacyjnych⁷¹.

Operacjonalizacja wymagań szczegółowych

Niżej podano przykład „wypełnienia treścią” wymagania szczegółowego z wychowania fizycznego, ściśle związanego z edukacją zdrowotną.

Z wymagania: „**uczeń wyjaśnia, na czym polega prozdrowotny styl życia**” wynika, że uczeń powinien zdobyć podstawowe wiadomości na ten temat, a w szczególności:

- znać koncepcję „pól zdrowia” M. Lalonde’a, w której wyróżniono cztery podstawowe grupy czynników wpływających na zdrowie:
 - styl życia (ok. 50% „udziału”),
 - środowisko fizyczne i społeczne (ok. 20%),
 - czynniki genetyczne (ok. 20%),
 - organizacja opieki medycznej (ok. 10%);
- wiedzieć, że styl życia jest czynnikiem w największym stopniu wpływającym na zdrowie człowieka, a styl życia sprzyjający zdrowiu określa się jako prozdrowotny;
- wiedzieć, że zachowania zdrowotne składające się na prozdrowotny styl życia to:
 - zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym (aktywność fizyczna, zbilansowana dieta, sen, hartowanie się, dbanie o ciało),
 - zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym (unikanie nadmiaru stresów i skuteczny sposób radzenia sobie z nimi, korzystanie ze wsparcia społecznego),
 - zachowania prewencyjne (samobadanie, np. piersi u kobiet, jąder u mężczyzn, samokontrola, np. masy ciała, poddawanie się okresowym badaniom profilaktycznym, np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, bezpieczne zachowania seksualne, zachowanie bezpieczeństwa w ruchu drogowym),
 - niepodejmowanie zachowań ryzykownych (umiarkowana ekspozycja na słońce, niepalenie tytoniu, niespożywanie alkoholu, nienadużywanie leków, nieużywanie innych substancji psychoaktywnych)⁷².

⁷¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 sierpnia 2009 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. 2009, Nr 141, poz. 1150).

⁷² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 kwietnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów publicznych (Dz.U. 2013 poz. 520)

Scenariusz lekcji wychowania fizycznego

Temat zajęć: **Zdrowie jako wartość dla człowieka i zasób dla społeczeństwa**⁷³

Zadania	Pomoce
1. Uświadomić, jaką wartość ma dla każdego człowieka zdrowie. 2. Uświadomić, że zdrowie jest zasobem dla społeczeństwa.	<ul style="list-style-type: none"> • karty A3 do zapisu życzeń • paski papieru (np. karty A4 przecięte na pół) • tablica/arkusz papieru, flamastry • magnesy/klej/taśma klejąca/pinezki <p>Czas: 45 minut</p>
<p>Oczekiwane efekty. Po zajęciach uczeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wyjaśnia, jaką wartość ma dla niego zdrowie, – wyjaśnia, dlaczego zdrowie stanowi zasób dla społeczeństwa. 	
Przebieg zajęć	
<p>1. Jaką wartość ma dla człowieka zdrowie?</p> <p>a) Podziel uczniów na kilkusobowe grupy, poproś, aby w grupach ułożyli i zapisali na karcie życzenia imienninowe dla: młodszej siostry/brata, koleżanki/kolegi z klasy, cioci w ciąży, mamy/taty, babci/dziadka. Przydziel każdej grupie adresata życzeń. Rozdaj flamastry i karty do zapisu życzeń, poproś, aby zapisali je czytelnie, dużymi literami.</p> <p>b) Poproś grupy o prezentację życzeń i zamieszczenie swoich kart na tablicy.</p> <p>c) Przeanalizujcie życzenia dla różnych osób: Czego komu życzymy? Dlaczego? Czy życzymy ludziom zdrowia? Komu? Dlaczego tak, dlaczego nie? Dlaczego zdrowie jest ważne dla ludzi? Czy zdrowie jest ważne dla uczniów i dlaczego?</p> <p>d) Podsumuj pracę uczniów, zwróć uwagę na znaczenie świadomości, że zdrowie jest wartością.</p> <p>2. Co to znaczy, że zdrowie jest zasobem dla społeczeństwa?</p> <p>a) Poproś uczniów, aby w grupach zastanowili się nad tym, co to znaczy, że zdrowie jest zasobem (dobrem, bogactwem) dla społeczeństwa. Poproś grupy o zanotowanie pojedynczych refleksji na osobnych paskach papieru.</p> <p>b) Poproś reprezentantów grup, aby zaprezentowali wyniki pracy, przyczepiając paski na tablicy lub arkuszu papieru.</p> <p>c) Przeanalizujcie refleksje uczniów: Na co zwrócili uwagę? Co się powtarza?</p> <p>d) Zastanówcie się, co wynika z faktu, że zdrowie jest zasobem: Kto tworzy ten zasób? Czy można go pomnażać? Kto jest za to odpowiedzialny?</p>	
<p>Uwagi. Refleksja nad zdrowiem jako wartością może być poprowadzona także w inny sposób, np. można:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zadać uczniom pytanie, co jest dla nich w życiu ważne, zanotować ich odpowiedzi, przekonać się, czy wśród kwestii ważnych wymieniają oni zdrowie; jeśli tak – dlaczego? jeśli nie – dlaczego? – Przedstawić uczniom listę wartości (może ona zawierać następujące wartości: rodzina, praca, przyjaciele, pieniądze, opatrność, Bóg, uczciwość, pogoda ducha, optymizm, życzliwość i szacunek otoczenia, wolność, swoboda, zdrowie, wykształcenie, silny charakter i inne (możliwość dopisania)). Następnie poprosić uczniów o wybranie trzech najważniejszych z ich punktu widzenia, przeanalizować najczęściej wybierane wartości i pozycję zdrowia wśród nich. – Zapytać uczniów o to, w jakich okolicznościach w codziennym życiu pojawia się wyraz „zdrowie” (życzymy sobie zdrowia, pijemy za zdrowie, pozdrawiamy się, powtarzamy sobie „obymy tylko zdrowi byli”, modlimy się o zdrowie); zapytać uczniów, jakie jest znaczenie zdrowia dla ludzi i dla nich samych. 	

⁷³ Autorka scenariusza M. Woynarowska-Sołdan. Scenariusz zamieszczony w książce: B. Woynarowska (red.), (2012). *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej*. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

Literatura uzupełniająca

Cendrowski Z., (1997), *Przewodźcą innym. Poradnik dla liderów zdrowia i sportu*, Warszawa, Wydawnictwo ZG SZS i Agencja Promo-Lider.

Kwiatkowska-Łozińska M., (2007), *Żyć bezpiecznie i zdrowo program profilaktyczno-wychowawczy edukacji zdrowotnej*, Kraków, Wydawnictwo Impuls.

Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2002), *Jak żyć z ludźmi (umiejętności interpersonalne). Program profilaktyczny dla młodzieży*, Warszawa.

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

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

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

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

2.2. BIOLOGIA – zakres rozszerzony⁷⁴

Ligia Tuszyńska

W części wstępnej podstawy programowej na III i IV etapie edukacyjnym, podobnie jak na etapie wcześniejszym, zapisano że **„Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest rozwijanie u uczniów postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”**.

W przedmiocie **biologia – zakres rozszerzony** na IV etapie edukacyjnym, wśród **celów kształcenia – wymagań ogólnych** uwzględniono m.in. następujące zapisy:

II. „Pogłębienie wiadomości dotyczących budowy i funkcjonowania organizmu ludzkiego. Uczeń objaśnia funkcjonowanie organizmu ludzkiego na różnych poziomach złożoności; dostrzega związki między strukturą a funkcją na każdym z tych poziomów.

VI. Postawa wobec przyrody i środowiska. Uczeń rozumie znaczenie ochrony przyrody i środowiska oraz zna i rozumie zasady zrównoważonego rozwoju; prezentuje postawę szacunku wobec siebie i wszystkich istot żywych, środowiska; opisuje postawę i zachowanie człowieka odpowiedzialnie korzystającego z dóbr przyrody i środowiska; [...] analizuje swój stosunek do organizmów żywych i środowiska”.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej

W treściach nauczania biologii uwzględniono wiele wymagań szczegółowych bezpośrednio lub pośrednio dotyczących edukacji zdrowotnej. Dotyczą one przede wszystkim:

- zdrowia fizycznego i profilaktyki różnych chorób w powiązaniu z anatomią i fizjologią człowieka; jest to pewna kontynuacja i rozszerzenie treści nauczania realizowanych w gimnazjum,
- zdrowia środowiskowego, które zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, dotyczy aspektów życia człowieka zależnych od czynników fizycznych, chemicznych, biologicznych, społecznych, psychicznych, ekonomicznych jego środowiska życia – domu, szkoły, pracy, miejsc rekreacyjnych, środowiska lokalnego.

⁷⁴ Dotyczy tylko szkół ponadgimnazjalnych, których ukończenie umożliwia uzyskanie świadectwa dojrzałości po zdaniu egzaminu maturalnego.

Wymagania szczegółowe, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej

IV. Przegląd różnorodności organizmów

2. Wirusy

Uczeń:

- wymienia najważniejsze choroby wirusowe człowieka (WZW typu A, B, C, AIDS, zakażenie HPV, grypa, odra, świnka różyczka, ospa wietrzna, polio, wścieklizna) i określa drogi zakażenia wirusami oraz przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób wirusowych;

3. Bakterie

Uczeń:

- wymienia najważniejsze choroby bakteryjne człowieka (gruźlica, czerwonka bakteryjna, dur brzuszny, cholera, węglik, borelioza, tężec), przedstawia drogi zakażenia bakteriami oraz przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób bakteryjnych.

4. Protisty i rośliny pierwotnie wodne

Uczeń:

- wymienia najważniejsze protisty wywołujące choroby u człowieka (malaria, rzęsistkowica, lamblioza, toksoplazmoza, czerwonka pełzakowa), przedstawia drogi zarażenia oraz podstawowe zasady profilaktyki chorób wywoływanych przez protisty.

5. Rośliny lądowe

Uczeń:

- podaje przykłady znaczenia roślin w życiu człowieka (np. rośliny jadalne, trujące, przemysłowe, lecznicze).

10. Grzyby

Uczeń:

- przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób człowieka wywoływanych przez grzyby.

11. Zwierzęta bezkręgowce

Uczeń:

- na podstawie schematów omawia przykładowe cykle rozwojowe: tasiemca – tasiemiec nieuzbrojony, nicieni pasożytniczych – glista ludzka, włośień; wymienia żywicieli pośrednich i ostatecznych oraz wskazuje sposoby zarażenia ich wyżej wymienionymi pasożytami.

V. Budowa i funkcjonowanie organizmu człowieka

3. Układ ruchu

Uczeń:

- wymienia główne grupy mięśni człowieka oraz określa czynniki wpływające na prawidłowy rozwój muskulatury ciała;
- analizuje związek pomiędzy systematyczną aktywnością fizyczną a gęstością masy kostnej i prawidłowym stanem układu ruchu.

4. Układ pokarmowy i przebieg procesów trawiennych

Uczeń:

- analizuje potrzeby energetyczne organizmu oraz porównuje (porządkuje) wybrane formy aktywności fizycznej pod względem zapotrzebowania na energię;
- analizuje związek pomiędzy dietą i trybem życia a stanem zdrowia (otyłość i jej następstwa zdrowotne, cukrzyca, anoreksja, bulimia).

5. Układ oddechowy

Uczeń:

- analizuje wpływ czynników zewnętrznych na stan i funkcjonowanie układu oddechowego (alergie, bierność i czynne palenie tytoniu, pyłowe zanieczyszczenia powietrza).

6. Układ krwionośny

Uczeń:

- analizuje związek pomiędzy dietą i trybem życia a stanem i funkcjonowaniem układu krwionośnego (miażdżyca, zawał serca, zylaki).

7. Układ odpornościowy

Uczeń:

- opisuje sytuacje, w których występuje niedobór odporności (immunosupresja po przeszczepach, AIDS itd.) i przedstawia związane z tym zagrożenia;
- wyjaśnia, co to są choroby autoimmunizacyjne, podaje przykłady takich chorób.

9. Układ nerwowy

Uczeń:

- przedstawia biologiczne znaczenie snu.

10. Narządy zmysłów

Uczeń:

- przedstawia podstawowe zasady higieny narządu wzroku i słuchu.

11. Budowa i funkcje skóry

Uczeń:

- przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób skóry (trądzik, kontrola zmian skórnych, wpływ promieniowania UV na stan skóry i rozwój chorób nowotworowych skóry).

Komentarz do realizacji treści nauczania dotyczących edukacji zdrowotnej

W nauczaniu biologii, już na poziomie gimnazjum, a szczególnie w szkołach ponadgimnazjalnych należy posługiwać się nomenklaturą naukową. Aby uczeń poznawał i posługiwał się poprawnie przygotowaną instrukcją obserwacji i doświadczenia czy eksperymentu – musi rozumieć pojęcia metodyczne. Na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej, szczególnie na lekcjach biologii w zakresie rozszerzonym, w instrukcjach doświadczeń należy stosować takie pojęcia jak: problem badawczy, hipoteza badawcza, metoda wykonania doświadczenia lub obserwacji, zapisywanie wyników, formułowanie wniosków i weryfikacja hipotezy badawczej. Na tym poziomie uczniowie przygotowują się do podjęcia studiów na kierunkach przyrodniczych (w tym medycznych) stąd ich zainteresowania badaniami naukowymi mogą sprzyjać wysokiemu poziomowi edukacji zdrowotnej.

Wskazówki dla nauczyciela w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej:

- Pracuj z uczniami metodą projektów.
- Zachęcaj do zbierania pomysłów na temat projektów.
- Przydzielaj zadania chętnym uczniom.
- Pozwól na samodzielną pracę grup projektowych.
- Pomagaj w dotarciu do źródeł wiedzy.
- Ułatwiaj prezentację projektu na większym forum.
- Wspólnie z uczniami dokonajcie ewaluacji projektu⁷⁵.

Literatura uzupełniająca

Maciejowska-Mias D., Stawarz R., (2005), *Biologia cz. I, Poradnik metodyczny, liceum ogólnokształcące, liceum profilowane i technikum. Kształcenie w zakresie podstawowym i rozszerzonym*, Warszawa, Wydawnictwo Nowa Era.

Królikowski J. (2001) *Projekt edukacyjny – materiały dla zespołów międzyprzedmiotowych*, Warszawa, CODN.

2.3. PRZYRODA⁷⁶

Ligia Tuszyńska

Celem zajęć „przyroda” jest poszerzenie wiedzy z zakresu nauk przyrodniczych tych uczniów, którzy na IV etapie edukacyjnym nie wybrali zajęć w zakresie rozszerzonym z przedmiotów: *fizyka, chemia, biologia, geografia*. [...]. Na zajęciach można realizować bądź **wątek tematyczny** (czyli omówić wybrany temat w zakresie przedmiotów: fizyka, chemia, biologia, geografia) bądź **wątek przedmiotowy** (czyli omówić jedną pełną grupę tematów w obrębie wybranego przedmiotu). Zajęcia na IV etapie edukacyjnym powinny objąć co najmniej cztery takie wątki (np. cztery wątki tematyczne lub dwa wątki tematyczne i dwa wątki przedmiotowe).

⁷⁵ Przykład projektu podano w dalszej części – w przedmiocie *przyroda*.

⁷⁶ Dotyczy tylko szkół ponadgimnazjalnych, których ukończenie umożliwia uzyskanie świadectwa dojrzałości po zdaniu egzaminu maturalnego.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe związane z edukacją zdrowotną

W podstawie programowej przyrody uwzględniono wiele treści dotyczących edukacji zdrowotnej (wymieniono je w ramce).

Wymagania szczegółowe, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej:

A. Nauka i świat

4. Dylematy moralne w nauce

Uczeń:

- 7) omawia biologiczne i społeczne podłoże różnych form nietolerancji i przedstawia propozycje, jak jej przeciwdziałać;
- 8) przedstawia swoje stanowisko wobec GMO, klonowania reprodukcyjnego, zapłodnienia *in vitro*, badań prenatalnych, badania genomu człowieka, dostępności informacji na temat indywidualnych cech genetycznych człowieka i innych problemów etycznych związanych z postępowaniem genetyki, biotechnologii i współczesnej medycyny.

6. Nauka w mediach

Uczeń:

- 1) ocenia krytycznie informacje medialne pod kątem ich zgodności z aktualnym stanem wiedzy naukowej;
- 4) analizuje wpływ na zdrowie reklamowanych produktów, w szczególności żywnościowych, farmaceutycznych, kosmetycznych (np. rzeczywista kaloryczność produktów typu „light”, „ekologiczność” produktów, zawartość witamin w produktach a dobowe zapotrzebowanie, niekontrolowane stosowanie leków dostępnych bez recepty).

B. Nauka i technologia

12. Sport

Uczeń:

- 3) omawia stosowany w sporcie doping i uzasadnia szkodliwość stosowanych substancji chemicznych;
- 4) analizuje wpływ różnych czynników na kondycję i osiągnięcia sportowe (np. dieta, trening, warunki wysokogórskie);
- 6) analizuje wpływ sportu wyczynowego na zdrowie.

14. Współczesna diagnostyka i medycyna

Uczeń:

- 1) przedstawia zasady, na jakich oparte są współczesne metody diagnostyki obrazowej i podaje przykłady ich wykorzystania;
- 2) podaje przykłady analizy płynów ustrojowych i ich znaczenie w profilaktyce chorób (np. wykrywanie białka i glukozy w moczu);
- 5) omawia metody wykrywania mutacji genowych i ocenia ich znaczenie diagnostyczne;
- 6) wyszukuje i analizuje informacje i dane statystyczne o przyczynach i występowaniu chorób cywilizacyjnych na świecie.

15. Ochrona przyrody i środowiska

Uczeń:

- 1) przedstawia mechanizm efektu cieplarnianego i omawia kontrowersje dotyczące wpływu człowieka na zmiany klimatyczne;
- 2) omawia znaczenie dla rolnictwa i konsekwencje stosowania nawozów sztucznych i chemicznych środków zwalczania szkodników;
- 3) przedstawia naturę chemiczną freonów i ocenia ich wpływ na środowisko;
- 5) przedstawia udział bakterii w unieszkodliwianiu zanieczyszczeń środowiska (np. biologiczne oczyszczalnie ścieków); ocenia znaczenie genetycznie zmodyfikowanych bakterii w tym procesie.

C. Nauka wokół nas

17. Uczenie się

Uczeń:

- 2) omawia różne formy uczenia się i ocenia ich znaczenie biologiczne (uczenie się percepcyjne, wpajanie, habituacja, uczenie się metodą prób i błędów, uczenie się przez wgląd, uczenie się przez naśladowanie, uczenie się motoryczne);
- 3) omawia rolę połączeń nerwowych w procesie uczenia się (skojarzenia i „ścieżki informacyjne”);
- 4) omawia podstawowe cechy uczenia się poprzez zmysły (preferencje wizualne, audytywne, kinestetyczne);
- 5) przedstawia sposoby ułatwiające zapamiętywanie informacji (np. haki myślowe, skojarzenia, wizualizacja, mnemotechniki);
- 6) przedstawia możliwości wykorzystania współczesnych osiągnięć technicznych w procesie uczenia się.

19. Cykle, rytmy i czas

Uczeń:

- 4) omawia okołodobowy rytm aktywności człowieka ze szczególnym uwzględnieniem roli szyszynki i analizuje dobowy rytm wydzielania hormonów;
- 5) analizuje wpływ sytuacji zaburzających działanie zegara biologicznego na zdrowie człowieka (praca w systemie zmianowym, częste przekraczanie stref czasowych).

20. Śmiech i płacz

Uczeń:

- 3) opisuje chemiczne aspekty stresu;
- 6) omawia znaczenie śmiechu i płaczu w nawiązywaniu i podtrzymywaniu więzi wśród ludzi pierwotnych i współczesnych (np. sygnalizowanie potrzeb przez noworodka, budowanie relacji matka–dziecko, łagodzenie agresji wśród współplemieńców);
- 7) wyszukuje i przedstawia informacje dotyczące kulturowych różnic w wyrażaniu emocji w społeczeństwach tradycyjnych i nowoczesnych.

21. Zdrowie

Uczeń:

- 1) wymienia mechanizmy utraty ciepła przez organizm;
- 2) wyjaśnia rolę ubioru w wymianie ciepła między ciałem ludzkim a otoczeniem;
- 3) analizuje ulotkę leku i omawia podane w niej informacje;
- 4) wyjaśnia, w jaki sposób organizm zachowuje homeostazę;
- 5) opisuje stan zdrowia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym;
- 6) analizuje wpływ czynników wewnętrznych i zewnętrznych na zdrowie;
- 7) analizuje zdrowie jako wartość indywidualną i społeczną;
- 8) wyszukuje informacje o zagrożeniach wynikających z pobytu w odmiennych warunkach środowiskowych i wskazuje sposoby zabezpieczenia się przed tymi zagrożeniami.

22. Piękno i uroda

Uczeń:

- 3) podaje przykłady ponadkulturowych kanonów piękna (proporcje ciała, symetria twarzy itp.) i analizuje ich związek z doborem płciowym (atrakcyjne są te cechy, które zwiększają szansę na posiadanie zdrowego potomstwa);
- 4) przedstawia wykorzystanie produktów pochodzenia roślinnego i zwierzęcego w pielęgnacji ciała i urody.

23. Woda – cud natury

Uczeń:

- 7) wykazuje konieczność racjonalnego gospodarowania zasobami naturalnymi wody oraz przedstawia własne działania, jakie może w tym celu podjąć.

Komentarz do realizacji treści dotyczących edukacji zdrowotnej

Niezależnie od przyjętego przez nauczyciela profilu edukacji przyrodniczej na IV etapie edukacyjnym należy pamiętać o tym by przekazywać wiedzę, kształtować umiejętności i postawy związane ze zdrowiem człowieka. Przedmiot przyroda ma przygotować humanistę świadomego zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwego stylu życia. Wychować człowieka krytycznie oceniającego reklamy, rozumiejącego podstawowe procesy fizjologiczne własnego organizmu, potrafiącego nawiązać dialog na temat własnego zdrowia z lekarzem i pielęgniarką, znać podstawowe prawa pacjenta.

W realizacji tego przedmiotu szczególnie ważne jest diagnozowanie potrzeb uczniów w zakresie zagadnień dotyczących zdrowia (patrz rozdz. 5.3) oraz stosowanie metod aktywizujących (patrz rozdz. 5.2). W podstawie programowej zalecono nauczycielom stosowanie podczas lekcji przyrody metody projektów. Projekty związane z ochroną zdrowia i środowiska człowieka mogą być interesującym wyzwaniem dla nauczyciela i służyć kształtowaniu kreatywności ucznia.

Wskazówki dla nauczyciela

Planując opracowanie projektu, należy:

- Określić temat projektu.
- Wyznaczyć czas na przygotowanie projektu.
- Uświadomić uczniom cele podjęcia pracy.
- Przydzielić zadania dla poszczególnych grup.
- Wskazać, gdzie szukać źródeł informacji.
- Zaproponować formy prezentacji projektu.
- Podać kryteria ocen.

Etapy projektu

- 1. Wybór tematu** wiąże się z określeniem celów projektu. Należy wykorzystać pomysły całej grupy, dokonać selekcji tych pomysłów zgodnie z przyjętymi kryteriami. Następnie sformułować temat i cele projektu. Uczniowie pracują w 4–6-osobowych grupach, wybierają lidera i ustalają zasady współpracy.
- 2. Zbieranie i opracowywanie informacji.** Należy wykorzystać różne źródła (literatura, akty prawne, wywiady, konsultacje, Internet), poddając krytyce i sprawdzeniu wiarygodność tych źródeł. Należy dokonać selekcji informacji, wybierając informacje ważne i oryginalne.
- 3. Prezentacja projektu.** Wykonawcy projektu powinni przedyskutować i wybrać sposób prezentacji. Przećwiczyć i wypróbować różne sposoby zapisywania i prezentowania zebranych materiałów. Przygotowując się do wystąpień publicznych, powinni być zaopatrzeni w dobrze opracowane przez siebie środki dydaktyczne.

Przykłady tematów projektów związanych ze zdrowiem na IV etapie kształcenia

- Kurs udzielania pierwszej pomocy – warsztaty dla chętnych uczniów (uczniowie jednej grupy przyjmują role ekspertów, przewodników, instruktorów, prowadzą ćwiczenia i przeprowadzają egzamin dla uczestników); wskazana współpraca z pielęgniarką szkolną.
- „Zdrowa żywność” – wystawa produktów żywnościowych – roślin z własnych ogrodów i działek z najbliższej okolicy szkoły, opisy składników wartości odżywczych.
- Wytyczenie i opracowanie ścieżki zdrowia w okolicy szkoły.
- „Zdrowie w zielonej szkole” opracowanie programu edukacji zdrowotnej i nagranie filmu z jego realizacji w czasie pobytu na zielonej szkole.

Literatura uzupełniająca

Maciejowska-Mias D., Stawarz R., (2005), *Biologia cz. I, Poradnik metodyczny, liceum ogólnokształcące, liceum profilowane i technikum. Kształcenie w zakresie podstawowym i rozszerzonym*, Warszawa, Wydawnictwo Nowa Era.

Królikowski J., (2001), *Projekt edukacyjny – materiały dla zespołów międzyprzedmiotowych*, Warszawa, CODN.

2.4. JĘZYK OBCY NOWOŻYTNY⁷⁷

Magdalena Szpotowicz

W części wstępnej podstawy programowej kształcenia ogólnego dla gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zapisano m.in., że: „ważnym celem działalności szkoły jest skuteczne nauczanie języków obcych” oraz że „ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest rozwijanie u uczniów postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Nauczyciele języka obcego powinni również włączyć się do jej realizacji wykorzystując niektóre zapisane w podstawie programowej treści nauczania.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej

W zamieszczonej niżej ramce znajdują się wymagania szczegółowe, które nauczyciele języka nowożytnego na IV etapie edukacyjnym powinni wykorzystać dla realizacji edukacji zdrowotnej.

Wymagania szczegółowe, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej
<p>1. Uczeń posługuje się podstawowym zasobem środków językowych [...] umożliwiającym realizację pozostałych wymagań ogólnych w zakresie następujących tematów:</p> <ul style="list-style-type: none">1) człowiek (np. dane personalne, wygląd zewnętrzny, cechy charakteru, uczucia i emocje, zainteresowania, problemy etyczne);5) życie rodzinne i towarzyskie (np. okresy życia, członkowie rodziny, koledzy, przyjaciele, czynności życia codziennego, formy spędzania czasu wolnego, święta i uroczystości, styl życia, konflikty i problemy);6) żywienie (np. artykuły spożywcze, posiłki i ich przygotowanie, lokale gastronomiczne, diety);8) podróżowanie i turystyka (np. środki transportu, informacja turystyczna, baza noclegowa, wycieczki, zwiedzanie, wypadki);11) zdrowie (np. samopoczucie, choroby, ich objawy i leczenie, higieniczny tryb życia);13) świat przyrody (np. klimat, ... zagrożenia i ochrona środowiska naturalnego, klęski żywiołowe). <p>4. Uczeń tworzy bardzo krótkie, proste i zrozumiałe wypowiedzi ustne:</p> <ul style="list-style-type: none">5) przedstawia opinie swoje i innych osób;6) przedstawia intencje i plany na przyszłość. <p>6. Uczeń reaguje ustnie w prosty i zrozumiały sposób, w typowych sytuacjach:</p> <ul style="list-style-type: none">1) nawiązuje kontakty towarzyskie (np. przedstawia siebie i inne osoby, wita się i żegna, udziela podstawowych informacji na swój temat i pyta o dane rozmówcy i innych osób);7) wyraża swoje opinie i życzenia, pyta o opinie i życzenia innych;8) wyraża swoje emocje (np. radość, niezadowolenie, zdziwienie);9) wyraża prośby i podziękowania oraz zgodę lub odmowę wykonania prośby. <p>10. Uczeń współdziała w grupie, np. w lekcyjnych i pozalekcyjnych językowych pracach projektowych.</p>

Realizacja edukacji zdrowotnej w edukacji językowej

Lekcje języka obcego w szkole ponadgimnazjalnej stwarzają doskonałe warunki do realizacji edukacji zdrowotnej. Starsze nastolatki, które są odbiorcami edukacji na tym etapie są już dojrzałe do podejmowania dyskusji na wszelkie tematy dotyczące zdrowia, postaw życiowych i rozważania dylematów etycznych. Jest to też okres, w którym uczniowie uzyskują taką dojrzałość intelektualną i językową, że stosunkowo szybko w swoim rozwoju językowym są

⁷⁷ Wymagania dotyczą poziomów: IV.0 dla początkujących oraz IV.1 na podbudowie poziomu III.1 i IV.1.

gotowi podejmować różnorodne tematy podczas lekcji języka obcego. Podobnie, jak na wcześniejszych etapach edukacji, również tu zakres tematów poruszanych w kształceniu językowym wspomaga kształtowanie umiejętności sprzyjających rozwojowi osobistemu i społecznemu młodych ludzi. Większość, o ile nie wszystkie wymienione w części I, rozdz. 3 cele edukacji zdrowotnej, mogą być realizowane podczas lekcji języka obcego.

Sposób realizacji treści związanych z edukacją zdrowotną wynika w pewnym stopniu z układu treści w podręczniku oraz proponowanych w nim zadań, jednak w dużej mierze zależy od nauczyciela, który odpowiednie treści i umiejętności uwypukla i podkreśla.

Wybrane i wymienione wyżej treści podstawy programowej na IV etapie edukacji w języku obcym nowożytnym, dotyczą trzech wymiarów (aspektów) zdrowia – zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne (patrz część I, rozdz. 2). Zagadnienia dotyczące:

• **Zdrowia fizycznego** mogą być realizowane podczas wprowadzania słownictwa i struktur potrzebnych do omawiania tematów:

- żywienie (a zwłaszcza: posiłki i ich przygotowanie, wybór lokali gastronomicznych, diety),
- podróżowanie i turystyka (a zwłaszcza: planowanie bezpiecznej podróży, zachowanie środków ostrożności w różnych sytuacjach, pomoc w nagłych wypadkach),
- zdrowie (a zwłaszcza: choroby, ich objawy i leczenie, higieniczny tryb życia),
- świat przyrody (a zwłaszcza: zagrożenia i ochrona środowiska naturalnego, wpływ człowieka na środowisko, klęski żywiołowe i przeciwdziałanie oraz reagowanie w sytuacjach kryzysowych).

Przy tej okazji nauczyciele mogą realizować cele edukacji zdrowotnej, pomagając 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,
- przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej.

• **Zdrowia psychicznego** realizowane są podczas wprowadzania słownictwa i struktur potrzebnych do omawiania tematu **człowiek** (a zwłaszcza: cechy charakteru i ich wpływ na relacje z innymi, uczucia i emocje, problemy etyczne). Poza tym, ucząc jak tworzyć wypowiedzi i reagować w różnych sytuacjach dnia codziennego w języku obcym, nauczyciel wskazuje jak:

- przedstawiać opinie swoje i innych osób,
- przedstawiać intencje i plany na przyszłość,
- wyrażać swoje opinie i życzenia, pytać o opinie i życzenia innych,
- wyrażać swoje emocje (np. radość, niezadowolenie, zdziwienie),
- wyrażać prośby i podziękowania oraz zgodę lub odmowę wykonania prośby.

Przy tej okazji nauczyciele mogą realizować cele edukacji zdrowotnej, pomagając uczniom w:

- wzmocnianiu poczucia własnej wartości,
- rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia.

• **Zdrowia społecznego** realizowane są podczas wprowadzania słownictwa i struktur potrzebnych do realizowania tematu **życie rodzinne i towarzyskie** (a zwłaszcza: okresy życia człowieka, przyjaciele, święta i uroczystości, styl życia, konflikty i problemy). Poza tym, ucząc jak reagować w różnych sytuacjach dnia codziennego, nauczyciel ćwiczy jak:

- nawiązywać kontakty towarzyskie (a zwłaszcza: przedstawiać siebie i inne osoby, pytać o dane rozmówcy i innych osób),
- przepraszać i przyjmować przeprosiny.

Istotnym aspektem zdrowia społecznego, który jest podkreślany w podstawie programowej dla języka obcego nowożytnego, jest współdziałanie uczniów w grupie podczas językowych prac projektowych⁷⁸. Przy tej okazji nauczyciele mogą realizować cele edukacji zdrowotnej pomagając uczniom w przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej.

Pożądane działania i postawy nauczycieli

Integracja celów edukacji językowej i zdrowotnej może być skuteczna dopiero wtedy, gdy nauczyciel świadomie i w sposób zaplanowany dąży to realizacji edukacji zdrowotnej przez włączenie jej w konkretne cele lekcji oraz nawiązuje do niej na bieżąco w sytuacjach spontanicznych.

Przykłady integracji edukacji językowej i edukacji zdrowotnej

- Wykorzystywanie tematów, sytuacji, tekstów lub okoliczności do rozmów o zdrowym trybie życia.
- Stworzenie przyjaznej atmosfery opartej na wzajemnym zaufaniu, w której uczniowie chcą dzielić się swoimi opiniami i obserwacjami.
- Zachęcanie uczniów do refleksji nad prozdrowotnym stylem życia i dzieleniem się opiniami.
- Pozytywne i życzliwe komentowanie działań i wyborów prozdrowotnych uczniów lub bohaterów omawianych tekstów.
- Tworzenie własnym przykładem wzorców zachowań prozdrowotnych dla uczniów, np. regularna aktywność fizyczna, zdrowe żywienie, radzenie sobie z negatywnymi emocjami.
- 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 się nawzajem wspierać w uczeniu się i czynnościach dnia codziennego.

Taka postawa i działania nauczyciela języka obcego są wskazane podczas realizacji wszystkich lekcji językowych, również tych, w których nie ma tematów powiązanych z edukacją zdrowotną. Postawa taka przyczynia się do skutecznego nauczania i uczenia się w warunkach sprzyjających przyswajaniu języka obcego.

⁷⁸ M. Szpotowicz, (2011), *Europejski wymiar edukacji – program Comenius w Polsce*, Warszawa, Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.

Przykład realizacji edukacji zdrowotnej na lekcji języka obcego na IV etapie edukacyjnym – klasa II lub III

Temat: **Moja dieta**

Zadania	Pomoce
<p>Cele ogólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dokonanie przeglądu stosowanych diet – analiza zawartości kalorycznej produktów żywnościowych – zaplanowanie własnej diety na tydzień – utrwalenie słownictwa i struktur językowych używanych w kontekście żywienia – 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 wagi, wartości kalorii, składu potraw – powtórzenie i utrwalenie słownictwa związanego z produktami spożywczymi, dietą i składnikami odżywczymi – prowadzenie rozmowy na temat diety – przedstawianie opinii swoich i innych osób – czytanie ze zrozumieniem krótkich tekstów i znajdowanie w nich szczegółowych informacji oraz określanie głównej myśli tekstu. <p><u>Edukacja zdrowotna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – zrozumienie, jaki jest związek między dietą a zdrowiem – opracowanie prawidłowego jadłospisu oraz podjęcie próby jego przestrzegania 	<ul style="list-style-type: none"> • definicje diety z kilku źródeł • teksty z prasy popularnonaukowej lub stron internetowych o stosowanych obecnie dietach • zestaw tekstów zapotrzebowaniu energetycznym w różnych zawodach • tabele z informacją o zawartości kalorycznej produktów spożywczych
	Czas: 45 minut
Przebieg zajęć	
<p>1. Rozgrzewka językowa. Napisz na tablicy w języku obcym słowo „dieta” i proś uczniów, aby podawali wszystkie skojarzenia związane z tym słowem. Staraj się zachęcić każdego do podania przynajmniej jednego skojarzenia.</p> <p>2. Wprowadzenie do tematu – utrwalenie i prezentacja słownictwa i struktur gramatycznych</p> <p>a) Podyskutuj z uczniami na temat definicji słowa „dieta”. Po wspólnej próbie sformułowania i zapisania na tablicy, podaj kilka definicji z różnych źródeł (naukowych i popularno-naukowych).</p> <p>b) W zależności od poziomu zaawansowania grupy, wprowadź lub powtarzaj nazwy podstawowych składników pokarmowych (białko, węglowodany, tłuszcze, sole mineralne, witaminy) oraz wyjaśnij nazwę wskaźnika masy ciała w języku obcym. Następnie, wspólnie z uczniami powtarzaj struktury: ile waży? Jaki ma wskaźnik masy ciała? Jakie są składniki (nazwa produktu)? Ile kalorii ma dany produkt? Ile czasu potrzeba, aby spalić kalorii? Zawieś na tablicy ilustracje do tematów, o których rozmawiałeś.</p> <p>3. Czytanie i dyskusja na temat tekstu</p> <p>a) Zapytaj uczniów czy znają nazwy popularnych i stosowanych obecnie diet oraz na czym one polegają. Zapisz podane nazwy na tablicy.</p> <p>b) Podziel klasę na kilka grup i każdej z nich daj odpowiednią liczbę kopii tekstu o danej diecie, np. dieta białkowa, dieta niskoglikemiczna, dieta eliminacyjna. Uczniowie czytając teksty mają wyłowić zalety i wady danej diety.</p> <p>c) Poproś o prezentację wyników pracy przez przedstawiciela każdej z grup.</p> <p>d) Poproś, aby w tych samych grupach uczniowie zastanowili się, którą z diet byłoby im łatwiej, a którą trudniej podjąć i dlaczego.</p>	

4. Zadanie problemowe

a) Daj każdej grupie:

- tekst o osobach, które prowadzą różny tryb życia (np. kierowca, uczeń, trener tenisa, mama wychowująca dwoje małych dzieci, urzędnik) zawierające ich dzienne zapotrzebowanie na kalorie (najlepiej byłoby, aby te teksty były napisane przez dietetyka),
- tabelę produktów spożywczych z podaniem ich ilości oraz wartość kaloryczną.

Zadaniem każdej grupy jest opracowanie dziennego jadłospisu, który nie przekroczy dziennego zapotrzebowania kalorycznego tej osoby.

b) Poproś kolejne grupy o prezentację jednej osoby i jej jadłospisu na jeden dzień.

5. Praca domowa. Uczniowie mają za zadania opracowanie zdrowej i odpowiednio kalorycznej diety dla siebie na cały tydzień a następnie przekazanie nauczycielowi biologii do oceny. Po akceptacji zachęć ich do przestrzegania tej diety i na jednej z kolejnych lekcji zdania relacji ze swoich doświadczeń. Możesz zachęcić uczniów do prowadzenia dzienniczka związanego z dietą lub bloga, w którym dzielą się swoimi obserwacjami podczas stosowania danej diety.

Literatura uzupełniająca

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

2.5. WIEDZA O SPOŁECZEŃSTWIE

Alicja Pacewicz

Przedmiot wiedza o społeczeństwie nie odwołuje się bezpośrednio do edukacji zdrowotnej, ale stwarza wiele możliwości rozwijania u uczniów umiejętności i postaw, które wpływają na ich **zdrowie psychiczne i społeczne**. Warto zauważyć, że **kompetencje obywatelskie i społeczne** są powszechnie uznawane za jeden z warunków dobrego funkcjonowania człowieka w życiu osobistym, zawodowym i publicznym. Takie przekonanie znalazło wyraz w rekomendacjach Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 2006 r.: „Kompetencje są definiowane w niniejszym dokumencie jako połączenie wiedzy, umiejętności i postaw odpowiednich do sytuacji. Kompetencje kluczowe to te, których wszystkie osoby potrzebują do samorealizacji i rozwoju osobistego, bycia aktywnym obywatelem, integracji społecznej i zatrudnienia”⁷⁹. Na lekcjach wiedzy o społeczeństwie rozwijać można także inne kompetencje wymienione w tym dokumencie – przedsiębiorczość i inicjatywność (w dziedzinie aktywności społecznej), a także kompetencje porozumiewania się i uczenia.

Zapisy zawarte w podstawie programowej przedmiotu **wiedza o społeczeństwie otwierają przestrzeń dla edukacji w zakresie zdrowia społecznego**, w pewnym stopniu także psychicznego, ale nie dotyczą w zasadzie zdrowia fizycznego. Pierwsze **cele ogólne** na wszystkich etapach edukacyjnych odwołują się do trzech ważnych płaszczyzn rozwoju kompetencji społecznych i obywatelskich: wykorzystania i tworzenia informacji, rozpoznawania i rozwiązywania problemów oraz współdziałania w sprawach publicznych.

⁷⁹ http://www.nina.gov.pl/docs/edukacja/plikido-pobrania/Zalecenie_PE_i_Rady_Kluczowe_kompetencje_2006_962_WE.pdf - dostęp z dnia 21.11.2014 r.

Cele kształcenia – wymagania ogólne

Zakres podstawowy

- I. Wykorzystanie i tworzenie informacji.** Uczeń znajduje i wykorzystuje informacje na temat sposobu, w jaki prawo reguluje życie obywateli; wyraża własne zdanie w wybranych sprawach na różnych forach publicznych i uzasadnia je; jest otwarty na odmienne poglądy; gromadzi i wykorzystuje informacje potrzebne do zaplanowania dalszej nauki i kariery zawodowej.
- II. Rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów.** Uczeń rozpoznaje prawne aspekty codziennych problemów życiowych i szuka ich rozwiązania.
- III. Współdziałanie w sprawach publicznych.** Uczeń współpracuje z innymi – planuje, dzieli się zadaniami i wywiązuje się z nich; sprawnie korzysta z procedur i możliwości, jakie stwarzają obywatelom instytucje życia publicznego; zna i stosuje zasady samoorganizacji i samopomocy.

Zakres rozszerzony

- I. Wykorzystanie i tworzenie informacji.** Uczeń znajduje i wykorzystuje informacje na temat życia publicznego, krytycznie je analizuje, samodzielnie wyciąga wnioski; wyraża i uzasadnia własne zdanie w wybranych sprawach w formie ustnej i pisemnej na różnych forach publicznych; przedstawia i uzasadnia poglądy odmienne od własnych.
- II. Rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów.** Uczeń rozpoznaje problemy w skali lokalnej, krajowej, europejskiej i globalnej oraz szuka ich rozwiązania; rozumie złożoność problemów społecznych i politycznych; dostrzega perspektywy różnych uczestników życia publicznego.
- III. Współdziałanie w sprawach publicznych.** Uczeń współpracuje z innymi – planuje, dzieli się zadaniami i wywiązuje się z nich; sprawnie korzysta z procedur i możliwości, jakie stwarzają obywatelom instytucje życia publicznego; zna i stosuje zasady samoorganizacji i samopomocy.

Umiejętności i postawy związane ze **znajdowaniem i wykorzystywaniem informacji** przekładają się bezpośrednio na społeczne funkcjonowanie ucznia – nie tylko w sferze życia publicznego – na poziomie gminy czy całego państwa. Młodzi ludzie nabywają je i stosują także w odniesieniu do reguł życia w swojej klasie, grupie rówieśniczej, szkole i jej otoczeniu. To właśnie tutaj uczą się **wyrażać własne zdanie i je uzasadniać, słuchać innych i być otwartym na ich poglądy, uczestniczyć w publicznej rozmowie** na tematy ważne dla danej społeczności, np. zasad pracy na lekcji, prowadzenia gazetki, organizacji szkolnego święta czy koloru ścian w szkolnej stołówce.

Rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów to wymaganie ogólne, które także „przecina” wszystkie etapy edukacyjne. W pierwszej klasie szkoły ponadgimnazjalnej uczniowie rozpoznają prawne aspekty problemów i szukają ich rozwiązań, aby na etapie IV rozszerzonym zdobyć umiejętność widzenia problemów w skali lokalnej, krajowej, europejskiej i globalnej, rozumieć ich złożoność oraz perspektywy różnych uczestników życia publicznego (np. różnych grup społecznych, partii politycznych czy różnych regionów świata). Kompetencje z tym związane pozwolą młodemu człowiekowi lepiej stawiać czoła problemom w życiu szkolnym, zawodowym i społecznym, i mogą zmniejszyć ich poczucie braku kontroli nad własnym losem – a co za tym idzie – **przełamać mechanizmy wyuczonej bezradności**.

Poczucie braku wpływu na otaczającą nas rzeczywistość ma korzenie w domu rodzinnym, może jednak zostać pogłębione – lub zniwelowane – przez doświadczenie w klasie, grupie rówieśników i w życiu szkoły, a także ich miejscowości. Dlatego w podstawie programowej przedmiotu, a także w uwagach do jej realizacji opracowanych przez MEN⁸⁰, znalazły się rekomendacje dotyczące **właźniania uczniów** w decyzje dotyczące życia szkoły, a także tych problemów społeczności lokalnej, które oni sami uważają za ważne (np. brak miejsca spotkań dla młodych ludzi, niedostatek ciekawych i zdrowych możliwości spędzania wolnego czasu, bezpieczeństwo i przestępczość młodych, uzależnienia, los bezdomnych zwierząt, dzikie wysypiska w pobliskim lesie itp.).

⁸⁰ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja historyczna i obywatelska w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 4.

Kluczowym elementem nauczania wiedzy o społeczeństwie, a szerzej – edukacji obywatelskiej – jest **umiejętność współdziałania z innymi**, planowania wspólnej pracy, dzielenia się zadaniami, wspierania w ich realizacji, wywiązywania z nich, a także poszukiwania sojuszników i skutecznego działania. Z badań prowadzonych m.in. w ramach „Diagnozy społecznej”⁸¹, wynika, że jednym z głównych czynników blokujących rozwój społeczny i gospodarczy Polski, a zatem obniżających szanse na indywidualny sukces wszystkich Polaków, jest deficyt kapitału społecznego. Jedną z rekomendacji autorów tych raportów dotyczy kształtowania przez szkołę **umiejętności współpracy, zaufania do innych i zdolności samoorganizowania się**. Lekcje wiedzy o społeczeństwie, zwłaszcza te prowadzone metodą projektu edukacyjnego, to jeden z najbardziej skutecznych sposobów uczenia się tych umiejętności i postaw w realnym działaniu, a nie z podręczników i wykładów. Zgodnie z rekomendacjami MEN, na etapie IV ok. 10% treści przedmiotu wiedza o społeczeństwie, powinno być realizowanych przez uczniowskie projekty edukacyjne.

Pozostałe wymagania ogólne w szkole ponadgimnazjalnej dotyczą zasad i procedur demokratycznych, kwestii ustrojowych oraz problemów współczesnego świata, ale one także w dłuższej perspektywie sprzyjają zdrowiu społecznemu młodych ludzi. Wyposażają ich bowiem w „mapę drogową” i „słownik” niezbędny do zrozumienia procesów społecznych (takich jak np. rozwarstwienie, wykluczenie), politycznych (np. walka partii politycznych o władzę) oraz gospodarczych (np. kryzys gospodarczy, bezrobocie), których stają się oni świadkami, a także uczestnikami. Można zakładać, że **lepszemu rozumieniu mechanizmów tych zjawisk prowadzi do lepszego radzenia sobie** w trudnych sytuacjach, a także zwiększa **odporność na populistyczne obietnice** szybkiego rozwiązania tych złożonych problemów.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe a zdrowie społeczne uczniów

W podstawie programowej przedmiotu wiedza o społeczeństwie jest wiele wymagań szczegółowych, które można wykorzystać do wspierania zdrowia społecznego, a pośrednio także – zdrowia psychicznego uczniów.

Ważnym elementem dobrego samopoczucia i funkcjonowania młodych ludzi jest **poczucie przynależności do szerszej wspólnoty** – grupy rówieśników, klasy, szkoły, wspólnoty lokalnej, narodowej czy europejskiej. Realizacja zapisów podstawy programowej do wiedzy o społeczeństwie ułatwiać powinna rozpoznanie i rozwijanie tych więzów. Równocześnie na wszystkich etapach nauczania znajdują się treści i umiejętności związane z otwartością na inne niż „my” grupy społeczne, kultury, religie i style życia.

Nauczyciel powinien przygotować uczniów do rozpoznawania stereotypów narodowych czy społecznych i do nieulegania im. Przestrzega się tu przed szowinizmem, rasizmem i dyskryminacją. Trudno oczekiwać, że same lekcje wiedzy o społeczeństwie wystarczą, aby uczniów i uczennice uczynić **otwartymi i tolerancyjnymi**, ale przy mądrej asyście nauczyciela mogą one stać się pierwszym miejscem ich refleksji na ten temat. Tego wątku dotyczą m.in. wymagania szczegółowe: zakres podstawowy – wymaganie 6.5, zakres rozszerzony – 2.3, 6.4, 6.5, 8.7, 37.4.

Lekcje o **prawach uczniów i możliwościach ich ochrony** (etap IV podstawowy – 4.1), zwłaszcza, jeśli nauczyciel i uczniowie odnoszą je do realiów swojej szkoły, mogą zwiększyć ich poczucie bezpieczeństwa, umiejętność korzystania z należnych im praw w trudnych sytuacjach i skutecznego stawania w obronie własnej, kolegów i koleżanek. To z kolei buduje poczucie sprawstwa, tak ważne dla zdrowia społecznego i psychicznego młodych ludzi, oczywiście pod warunkiem, że dyrekcja i nauczyciele uwzględnią słuszne i zgodne z prawem ich postulaty.

⁸¹ J. Czapirski, T. Panek (red.), (2009). *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego; patrz także: *Diagnoza społeczna 2011*.

Zakres podstawowy

3. Bezpieczeństwo.

Uczeń:

- 6) przedstawia przepisy prawne dotyczące sprzedaży i konsumpcji alkoholu, papierosów i narkotyków i wskazuje na konsekwencje ich łamania.

4. Edukacja i praca w Polsce i Unii Europejskiej.

Uczeń:

- 1) wymienia prawa i obowiązki ucznia; wyszukuje gwarantujące je przepisy prawa oświatowego (np. w ustawie, statucie szkoły) oraz przepisy zawarte w innych aktach prawnych (np. w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej),
- 2) rozpoznaje przypadki naruszania praw ucznia i w razie potrzeby podejmuje odpowiednie kroki w celu ich ochrony,
- 3) omawia na wybranych przykładach zasady przyjmowania do szkół wyższych,
- 4) przedstawia warunki podejmowania przez młodych Polaków nauki w Unii Europejskiej oraz wyszukuje informacje na ten temat odnoszące się do wybranego państwa.

5. Prawa człowieka.

Uczeń:

- 1) przedstawia krótko historię praw człowieka i ich generacje; wymienia najważniejsze dokumenty z tym związane,
- 2) wymienia podstawowe prawa i wolności człowieka; wyjaśnia, co oznacza, że są one powszechne, przyrodzone i niezbywalne,
- 3) podaje najważniejsze postanowienia Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Konwencji o Prawach Dziecka,
- 4) znajduje w źródłach masowego przekazu (w tym w Internecie) informacje o przypadkach łamania praw człowieka na świecie,
- 5) bierze udział w debacie klasowej, szkolnej lub internetowej na temat wolności słowa lub innych praw i wolności,
- 6) wyjaśnia, na czym polegają: prawo do prywatności, w tym do ochrony danych osobowych i prawa obywatela w kontaktach z mediami.

6. Ochrona praw i wolności.

Uczeń:

- 1) przedstawia główne środki ochrony praw i wolności w Polsce,
- 5) rozpoznaje przejawy rasizmu, szowinizmu, antysemityzmu i ksenofobii; uzasadnia potrzebę przeciwstawiania się im oraz przedstawia możliwości zaangażowania się w wybrane działania na rzecz równości i tolerancji,
- 6) znajduje informacje o naruszaniu praw człowieka w wybranej dziedzinie (np. prawa kobiet, prawa dziecka, wolność wyznania, prawo do edukacji, prawa humanitarne) i projektuje działania, które mogą temu zaradzić.

Zakres rozszerzony

2. Socjalizacja i kontrola społeczna.

Uczeń:

- 1) porównuje modele socjalizacji charakterystyczne dla własnej grupy wiekowej i pokolenia rodziców,
- 2) opisuje przejawy kontroli społecznej w życiu codziennym,
- 3) wyjaśnia na przykładach, w jaki sposób dochodzi do stygmatyzacji społecznej i jakie mogą być jej skutki.

3. Grupa społeczna.

Uczeń:

- 1) przedstawia cechy i funkcjonowanie małej grupy społecznej (liczebność, więź, trwałość, role grupowe, wspólne wartości i cele, poczucie odrębności, współdziałanie).

6. Naród, ojczyzna i mniejszości narodowe.

Uczeń:

- 4) charakteryzuje mniejszości narodowe, etniczne i grupy imigrantów żyjące w Polsce (liczebność, historia, kultura, religia itp.); wymienia prawa, które im przysługują,
- 5) rozpoznaje przejawy ksenofobii, antysemityzmu, rasizmu i szowinizmu i uzasadnia potrzebę przeciwstawiania się tym zjawiskom.

8. Kultura i pluralizm kulturowy.

Uczeń:

- 7) rozróżnia tolerancję od akceptacji; ocenia ich znaczenie dla życia społecznego.
- 8) charakteryzuje subkultury młodzieżowe w Polsce i Europie.

9. Współczesne spory światopoglądowe.

Uczeń:

- 4) rozważa argumenty i kontrargumenty stron sporu o przyznanie mniejszościom seksualnym takich samych praw, jakie mają osoby heteroseksualne.
- 5) rozpatruje racje stron innych aktualnych sporów światopoglądowych i formułuje swoje stanowisko w danej sprawie.

10. Edukacja w XXI w.

Uczeń:

- 1) przedstawia rolę szkoły i edukacji nieformalnej we współczesnym społeczeństwie informacyjnym,
- 2) wskazuje działania, które może podejmować państwo, władze samorządowe oraz organizacje społeczne, by zwiększyć równość szans w dostępie do edukacji,
- 3) wyjaśnia zależność między systemem edukacyjnym a rynkiem pracy; wskazuje przykłady ich niedopasowania.
- 4) wyjaśnia, w jaki sposób można podnosić lub zmieniać swoje kwalifikacje zawodowe i dlaczego uczenie się przez całe życie jest jednym z warunków sukcesu w karierze zawodowej.

14. Środki masowego przekazu.

Uczeń:

- 7) krytycznie analizuje przekazy medialne, oceniając ich wiarygodność i bezstronność oraz odróżniając informacje od komentarzy,
- 8) ocenia zasoby Internetu z punktu widzenia rzetelności i wiarygodności informacyjnej świadomie i krytycznie odbiera zawarte w nich treści.

36. Prawa człowieka.

Uczeń:

- 1) przedstawia ideę oraz historyczny rodowód praw człowieka.
- 2) przedstawia argumenty na rzecz uniwersalności praw człowieka i analizuje zastrzeżenia formułowane przez jej przeciwników,
- 3) rozróżnia prawa i wolności osobiste, polityczne oraz ekonomiczne, społeczne i kulturalne; wskazuje, do której generacji należą poszczególne prawa.
- 4) rozważa, odwołując się do historycznych i współczesnych przykładów, dlaczego dochodzi do łamania praw człowieka na wielką skalę przez reżimy autorytarne.

37. Ochrona praw człowieka w Polsce.

Uczeń:

- 1) przedstawia prawa i wolności zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, wymienia środki i mechanizmy ich ochrony w Polsce,
- 2) rozważa dylematy związane z prawami socjalnymi i sposobem ich realizacji przez państwo.
- 3) odnosi przedstawiane w mediach przypadki naruszenia praw lub wolności w Polsce do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej,
- 4) analizuje stan przestrzegania praw mniejszości narodowych, etnicznych i religijnych,
- 5) przygotowuje opracowanie na temat naruszania i ochrony praw człowieka w wybranej dziedzinie.

Obrony praw człowieka, tematu, który skłania do myślenia i debatowania o ludzkiej godności i wolności, dotyczy wiele zapisów podstawy programowej, w tym przede wszystkim wymagania dla etapu IV w zakresie podstawowym (działy 5 i 6 w całości) i rozszerzonym (działy 36 i 37). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że uczniowie pierwszych klas szkół ponadgimnazjalnych przez cały rok szkolny uczą się, jak w codziennym życiu stosować prawo, a także jak rozpoznawać sytuacje naruszania prawa przez organy władzy państwowej oraz współobywateli. Można mieć nadzieję, że taka pogłębiona, a równocześnie praktyczna edukacja prawna zwiększy poczucie młodych ludzi kontroli nad własnym życiem, zarówno w jego prywatnym, jak i publicznym wymiarze.

Osobny obszar, który może mieć związek z edukacją zdrowotną, to **planowanie przyszłości, dalszej nauki i pracy zawodowej**. Jeśli nauczyciel odpowiednio poprowadzi zajęcia na ten temat i zachęci uczniów do samodzielnych poszukiwań, oferując swoje wsparcie i radę, to ułatwi w ten sposób swoim wychowankom zmierzenie się z tym trudnym tematem („co ja mam dalej robić? jak szukać szkoły? czy iść na studia, a jeżeli tak, to jakie? gdzie mam szansę na pracę?”) i pomoże – przynajmniej części uczniów – uniknąć nieprzemyślanych decyzji, nieopartych na rozpoznaniu zarówno własnych zainteresowań czy talentów, jak i rynku pracy. Przestrzeń do poszukiwań w tym zakresie otwierają m.in. wymagania na IV etapie podstawowym – 4.3, 4. 4., 4.7) oraz IV rozszerzonym – np. dział 10.

Jedyne zapisy, które bezpośrednio odwołują się do zdrowia fizycznego (i psychicznego) dotyczą **bezpieczeństwa uczniów**, w tym **przestępstw** popełnianych – przez i wobec – ludzi młodych. W podstawie znalazł się także zapis o ryzyku oraz o **przepisach prawnych** związanych z paleniem **papierosów, pić alkoholu i zażywaniem narkotyków** (etap IV podstawowy – wymagania: 3.4, 3.5 i 3.6).

Warunki skuteczności edukacji obywatelskiej, społecznej i zdrowotnej

Zapisy podstawy programowej przedmiotu wiedza o społeczeństwie nie gwarantują wcale, że lekcje tego przedmiotu pozytywnie wpłyną na zdrowie społecznie i psychiczne uczniów. Jak zwykle **wiele zależy od nauczyciela, jego warsztatu pracy i wagi, jaką do tego przykład.**

Należy zwrócić uwagę, że rozwijanie kompetencji obywatelskich i społecznych młodych ludzi, to **zadanie całej szkoły, nie tylko nauczycieli wiedzy o społeczeństwie**. 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 (patrz część I, rozdz. 6). Z badań edukacyjnych i metaanaliz prowadzonych w wielu krajach wynika, że 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 dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny**, 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,
- mogli brać 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.

Edukacja obywatelska i społeczna w szkole ponadgimnazjalnej ma głęboki sens, bo dotyczy młodych ludzi, którzy dopiero zaczynają samodzielnie działać, i którzy muszą podejmować decyzje edukacyjne, życiowe, zdrowotne, wpływające w istotny sposób na całe ich życie. Z drugiej strony, wszyscy – zarówno nauczyciele, jak i uczniowie – działają pod presją egzaminu maturalnego, co powoduje, że „obywatelskie” tematy i pomysły, które nie gwarantują lepszego wyniku na maturze, traktowane są czasami niechętnie i lekceważąco. Na szczęście, coraz więcej dyrektorów i nauczycieli ma świadomość, że dla przyszłości młodego człowieka równie ważne, jak wynik egzaminu są inne kompetencje, których matura nie sprawdza: umiejętność komunikowania się w życiu publicznym, krytycznego myślenia, gotowość do odpowiedzialnego działania i współdziałania z innymi, umiejętność rozwiązywania problemów, a także poczucie więzi i przynależności do szerszej wspólnoty.

Literatura uzupełniająca

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

Czapiński J., Panek T. (red.), (2009), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego; patrz także: *Diagnoza społeczna 2011*.

2.6. INNE PRZEDMIOTY⁸²

Niżej wymieniono cele kształcenia i/lub treści nauczania dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej uwzględnione w podstawie programowej innych przedmiotów w IV etapie edukacyjnym (szkoły ponadgimnazjalne).

PODSTAWY PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

Cele kształcenia – wymagania ogólne

I. Komunikacja i podejmowanie decyzji. Uczeń wykorzystuje formy komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Podejmuje decyzje i ocenia ich skutki, zarówno pozytywne, jak i negatywne.

⁸² Wyboru dokonała B. Woynarowska na podstawie 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) – Załącznik nr 4 i nr 5.

III. Planowanie i kariera zawodowa. Uczeń opisuje mocne strony swojej osobowości. Analizuje dostępność rynku pracy w odniesieniu do własnych kompetencji i planów zawodowych.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Człowiek przedsiębiorczy. Uczeń:

- 2) rozpoznaje zachowania asertywne, uległe i agresywne; odnosi je do cech osoby przedsiębiorczej;
- 3) rozpoznaje mocne i słabe strony własnej osobowości; odnosi je do cech osoby przedsiębiorczej;
- 4) charakteryzuje swoje role społeczne i typowe dla nich zachowania;
- 5) zna korzyści wynikające z planowania własnych działań i inwestowania w siebie;
- 7) podejmuje racjonalne decyzje, opierając się na posiadanych informacjach i ocenia skutki własnych działań;
- 8) stosuje różne formy komunikacji werbalnej i niewerbalnej w celu autoprezentacji oraz prezentacji własnego stanowiska.

GEOGRAFIA – zakres podstawowy

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

3. Relacja człowiek–środowisko przyrodnicze a rozwój zrównoważony.

Uczeń:

- 1) formułuje problemy wynikające z eksploatacji zasobów odnawialnych i nieodnawialnych; potrafi przewidzieć przyrodnicze i pozaprzyrodnicze przyczyny i skutki zakłóceń równowagi ekologicznej.

CHEMIA – zakres podstawowy

Cele kształcenia – wymagania ogólne

II. Rozumowanie i zastosowanie nabytej wiedzy do rozwiązywania problemów. Uczeń zdobywa wiedzę chemiczną w sposób badawczy – obserwuje, sprawdza, weryfikuje, wnioskuje i uogólnia; [...] posługuje się zdobytą wiedzą chemiczną w życiu codziennym w kontekście dbałości o własne zdrowie i ochrony środowiska naturalnego.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

3. Chemia wspomaga nasze zdrowie. Chemia w kuchni.

Uczeń:

- 1) tłumaczy, na czym mogą polegać i od czego zależeć lecznicze i toksyczne właściwości substancji chemicznych (dawka, rozpuszczalność w wodzie, rozdrobnienie, sposób przenikania do organizmu) aspiryny, nikotyny, alkoholu etylowego;
- 2) wyszukuje informacje na temat działania składników popularnych leków (itd. węgla aktywowanego, aspiryny, środków neutralizujących nadmiar kwasów w żołądku);
- 3) wyszukuje informacje na temat składników napojów dnia codziennego (kawa, herbata, mleko, woda mineralna, napoje typu cola) w aspekcie ich działania na organizm ludzki;
- 4) opisuje procesy fermentacyjne zachodzące podczas wyrabiania ciasta i pieczenia chleba, produkcji wina, otrzymywania kwaśnego mleka, jogurtów, serów [...];

- 5) wyjaśnia przyczyny psucia się żywności i proponuje sposoby zapobiegania temu procesowi; przedstawia znaczenie i konsekwencje stosowania dodatków do żywności, w tym konserwantów.

INFORMATYKA – zakres podstawowy

Cele kształcenia – wymagania ogólne

- I. Bezpieczne posługiwanie się komputerem i jego oprogramowaniem, wykorzystanie sieci komputerowej [...];
- V. Ocena zagrożeń i ograniczeń, docenianie społecznych aspektów rozwoju i zastosowań informatyki.

EDUKACJA DLA BEZPIECZEŃSTWA

Cele kształcenia – wymagania ogólne

- II. Przygotowanie do sytuacji zagrożeń.** Uczeń zna zasady postępowania w przypadku wystąpienia zagrożenia życia, zdrowia lub mienia. Zna zasady planowania i organizowania działań.
- III. Opanowanie zasad pierwszej pomocy.** Uczeń umie udzielać pierwszej pomocy poszkodowanym w różnych stanach zagrażających życiu i zdrowiu.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

- 4. Zagrożenia czasu pokoju, ich źródła, przeciwdziałanie ich powstawaniu, zasady postępowania w przypadku ich wystąpienia i po ich ustąpieniu.** Uczeń:
- 3) wymienia i charakteryzuje źródła zagrożeń w najbliższym otoczeniu szkoły oraz domu;
 - 4) przedstawia zasady działania w przypadku awarii, zagrożeń czasu pokoju, podczas przebywania w domu, szkole, miejscu rekreacji i na trasie komunikacyjnej.
- 6. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach (zachowanie ratownika).** Uczeń:
- 1) omawia podstawowe zasady postępowania ratownika w miejscu wypadku;
 - 2) ocenia sytuację w miejscu wypadku;
 - 3) zabezpiecza miejsce wypadku i wzywa profesjonalną pomoc;
 - 4) omawia zasady zapewnienia bezpieczeństwa ratownikowi, poszkodowanym i świadkom zdarzenia;
 - 5) wymienia środki przydatne przy udzielaniu pierwszej pomocy;
 - 6) ocenia stan poszkodowanego i demonstruje sposób skontrolowania jego funkcji życiowych;
 - 7) udziela pierwszej pomocy w przypadkach oparzeń, złamań i zwichnięć, krwotoków, dławienia się ciałem obcym, utraty przytomności, utraty oddechu, zatrzymania krążenia, wstrząsu pourazowego.

WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE

Cele kształcenia – wymagania ogólne

- II. Rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z okresem dojrzewania, dorastania i wyborem drogi życiowej; umiejętność świadomego kreowania własnej osobowości.

- III. Uzyskanie przez uczniów lepszego rozumienia siebie i najbliższego otoczenia; umiejętność poszukiwania i udzielania odpowiedzi na pytania: kim jest człowiek? Jakie są jego cele i zadania życiowe? Jaki jest sens życia?
- IV. Przyjęcie pozytywnej postawy wobec życia ludzkiego, osób niepełnosprawnych i chorych; przygotowanie, na podstawie wiedzy i wykształconych umiejętności, do poszanowania godności życia ludzkiego i dojrzałego funkcjonowania w rodzinie.
- V. Znajomość podstawowych zasad postępowania w sferze ludzkiej płciowości i płodności; kształtowanie postaw prozdrowotnych, prospołecznych i prorodzinnych.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Tożsamość i wielowymiarowość człowieka. Poczucie sensu życia.
2. Komunikacja interpersonalna, asertywność, techniki negocjacji, empatia.
3. Tolerancja wobec odmienności kulturowych, etnicznych, religijnych, seksualnych.
4. Rozwój psychoseksualny człowieka w kolejnych fazach życia.
5. Dojrzewanie: rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej. Problemy okresu dojrzewania i sposoby radzenia sobie z nimi.
6. Wartości i pojęcia związane z płciowością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, rodzina, rodzicielstwo. Znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości i budowaniu emocjonalnych więzi. Role kobiet i mężczyzn a panujące stereotypy.
7. Inicjacja seksualna, jej uwarunkowania i następstwa. Argumenty biomedyczne, psychologiczne i moralne za opóźnianiem wieku inicjacji seksualnej.
8. Istota seksualności człowieka i jej aspekty. Integracja seksualna.
9. Komplementarność płci – wzajemne dopełnianie się płci w sferach fizycznej, psychicznej, emocjonalnej i społecznej. Rozumienie, akceptacja i szacunek dla osób płci odmiennej.
10. Istota, rodzaje i etapy rozwoju miłości. Różnice w przeżywaniu miłości.
11. Metody rozpoznawania płodności.
12. Metody i środki antykoncepcji. Sposoby ich działania i zasady doboru.
13. Choroby przenoszone drogą płciową i zapobieganie im. AIDS: profilaktyka, aspekt społeczny i etyczny, chory na AIDS w rodzinie.
14. Trudności w osiągnięciu tożsamości płciowej, możliwości pomocy.
15. Normy zachowań seksualnych. Przemoc i przestępstwa seksualne; możliwości zapobiegania, sposoby obrony. Informacja o ośrodkach pomocy psychologicznej, medycznej i prawnej.
16. Przygotowanie do małżeństwa. Problem wierności, zaufania, dialogu.
18. Przebieg i higiena ciąży. Rozwój prenatalny dziecka. Szkoła rodzenia, poród i naturalne karmienie. Rola rodziców w okresie oczekiwania na narodziny dziecka, w czasie porodu i po narodzinach.
20. Nieplanowana ciąża; sposoby szukania pomocy w sytuacjach trudnych.
21. Aborcja jako zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego – aspekty: prawny, medyczny i etyczny.
22. Konflikty w rodzinie i ich przyczyny. Sposoby rozwiązywania konfliktów.
23. Przemoc w rodzinie. Wykorzystywanie seksualne. Profilaktyka. Możliwości uzyskiwania pomocy.
24. Zagrożenia życia społecznego: alkoholizm, narkomania, agresja, sekty, pornografia.
25. Prawodawstwo dotyczące rodziny. Zawarcie małżeństwa, separacja, rozwód. Prawa i obowiązki małżonków i rodziców, prawa dziecka. Obowiązki państwa wobec rodziny.
26. Człowiek wobec niepełnosprawności, starości, choroby, umierania i śmierci, w tym w aspekcie życia rodzinnego.
27. Poradnictwo młodzieżowe i rodzinne.

Cele kształcenia – wymagania ogólne

I. Rozwijanie wrażliwości moralnej; umiejętność lepszego poznania siebie i rozwijania własnej tożsamości.

III. Podjęcie samokontroli i pracy nad sobą. Przyjmowanie odpowiedzialności za słowa i czyny.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

4. Człowiek jako osoba i jego działanie. Etyczna analiza aktywności ludzkiej. Motywy podejmowanych decyzji.
5. Cel i sens ludzkiej egzystencji. Hierarchie celów. Szczęście w życiu ludzkim. Rozwój moralny i duchowy człowieka jako osoby. Rola oddziaływań wychowawczych.
6. Dobro moralne i wartości moralne. Hierarchia wartości. Wartości autoteliczne i instrumentalne. Konflikt wartości. Wartości wybierane i realizowane.
7. Prawo moralne, imperatyw moralny, w tym prawo naturalne. Dekalog jako podstawa życia moralnego. Nienaruszalne prawa istoty ludzkiej.
8. Wymiar moralny życia człowieka [...]. Problem manipulacji. Obecność dobra i zła we współczesnej kulturze.
9. Sprawności moralne. Samowychowanie.
11. Moralne aspekty pracy i różnych dziedzin życia publicznego. Etyki zawodowe. Przykłady kodeksów etycznych [...]. Moralny wymiar stosunku człowieka do świata przyrody.
12. Etyczny wymiar życia szkolnego. Umiejętność życia z innymi i dla innych. Uczciwość. Problem „ściągnięcia”. Wartości szczególnie cenione w życiu szkolnym.

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 Małkowska-Szcutnik – 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. Gieysztorą w Pułtusku.

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.



OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

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

www.ore.edu.pl



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego