

SZKOŁA JAKO ŚRODOWISKO WSPIERAJĄCE KSZTAŁTOWANIE PROZDROWOTNYCH POSTAW – KONTEKST PEDAGOGICZNO-ZDROWOTNY

THE SCHOOL AS AN ENVIRONMENT SUPPORTING THE DEVELOPMENT OF HEALTH-PROMOTING ATTITUDES – PEDAGOGICAL-MEDICAL CONTEXT

Doroła Lizak

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Promocji Zdrowia,
Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Streszczenie

Rodzina i szkoła to środowiska, które odgrywają kluczową rolę dla rozwoju i funkcjonowania człowieka. Socjalizacja pierwotna i edukacja nieformalna mogą stanowić i/lub stanowią wstęp do socjalizacji wtórnej i edukacji formalnej, dlatego też zwraca się szczególną uwagę na współpracę tych dwóch siedlisk. Artykuł nawiązuje do zadań i roli szkoły, jakie powinny być przez nią realizowane i jaką odgrywa w kształtowaniu prozdrowotnych postaw uczniów. Podkreśla również znaczenie szkoły jako instytucji, na której spoczywa największy ciężar, a zarazem odpowiedzialność za efekty edukacji zdrowotnej. Każda poprawnie zaplanowana edukacja nie może być pozbawiona ewaluacji, dzięki której uzyskuje się informację zwrotną na temat jakości zrealizowanej edukacji. Bez wątplenia edukacja zdrowotna, prowadzona w szkole, może być wstępem do budowania świadomości zdrowotnej młodych ludzi, a zarazem całego społeczeństwa, gdyż to siedlisko z różnych względów sprzyja realizowaniu działań edukacyjnych. Zmniejszenie kontroli rodziców i osób znaczących dla dziecka jest pewnego rodzaju pułapką na zagrożenia współczesnego świata, gdyż umiejętność dokonywania racjonalnych wyborów kształtuje się wraz z wiekiem, zatem w okresie dzieciństwa nie jest jeszcze wystarczająco utrwalona. W związku z powyższym, zarówno rodzina jak i szkoła powinny być siedliskami wspierającymi umacnianie zdrowia i realizowanie procesu edukacyjnego, bowiem tylko spójność i współpraca ww. środowisk może dziecko utwierdzić w przekonaniu co do słuszności podejmowanych działań prozdrowotnych. Wszelkie sprzeczności będą budziły niepokój i wątpliwości, co może stanowić zagrożenie i być punktem wyjścia do zachowań inicjacyjnych.

Słowa kluczowe: szkoła, postawa, edukacja zdrowotna, socjalizacja zdrowotna.

69

Abstract

Family and school are the environments that play a key role in the development and functioning of the human being. The primary socialization and informal education can provide or provide access to the secondary socialization and formal education, so it is very important to pay particular attention to the cooperation of these two habitats. The article refers to the tasks and role of the school, which should be implemented by it. Moreover it shows the role they play in shaping of the health-promoting attitudes of students. It also underlines the importance of the school as the institution, which bears the greatest burden and also responsibility for the effects of health education. Each properly planned education cannot be deprived of the evaluation, which allows to obtain the feedback on the quality of realized education. Undoubtedly, health education carried out in the school may be a prelude to building a health awareness young man and at the same time the whole society, as a habitat with a variety of reasons, favors the implementation of educational activities. Reduction of the control of parents and significant people for the child is a kind of trap for the threats of the modern world, because the ability of making rational choices strengthens with age, therefore in childhood is not yet shaped. Therefore, both the family and the school should be the environments that promote the strengthening of health and implementation of the educational process, because only the aforementioned consistency and cooperation of those environments, can confirm a child in the conviction of the rightness to undertaken health-promoting actions. Any conflicts will arouse anxiety and doubts, which may cause a threat and be the starting point for the initiation behaviors.

Keywords: school, attitude, health education, socialization of health.

Wstęp

Proces uczenia się, realizowany w szkole, stanowi podstawę i zarazem jeden z celów funkcjonowania tej placówki oświatowej. W myśl koncepcji podejmowania edukacji zdrowotnej m.in. w ramach tzw. ścieżek edukacyjnych, obecnie nauczania zintegrowanego i uzyskiwanych z niej pierwszych informacji zwrotnych wynika, że szkoła nie tylko przygotowuje młodego człowieka do życia w społeczeństwie ucząc podstaw komunikacji werbal-

nej, pisania, liczenia czy współżycia społecznego, począwszy od grupy rówieśniczej poprzez klasę szkolną, ale, co szczególnie ważne, proces ten wzbogacony o zagadnienia z zakresu zdrowia stanowi istotny element polityki zdrowotnej państwa. Nie bez powodu działania prozdrowotne skierowane do najmłodszej grupy społeczeństwa, ukierunkowane na kształtowanie prozdrowotnych postaw i zachowań pozytywnych, tj. prozdrowotnych, mogą w perspektywie przynieść wymierne

korzyści dla dojrzewającego społeczeństwa. Efektywność tych działań może być trudna do oceny w krótkiej perspektywie czasu, ale stan zdrowia przyszłego społeczeństwa może w dużej mierze zależeć od skuteczności działań edukacyjnych, oprócz stylu życia jednostki czy funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Zdrowie to nie tylko element życia, ale jego główna determinanta, bowiem tylko dzięki zdrowiu można realizować założone cele i spełniać wymagania stawiane przez życie. Pomimo, iż zdrowie jest wartością niematerialną, służy ono m.in. zdobywaniu wszystkich innych wartości, w tym materialnych, a kluczową rolę odgrywają osoby, w których zawód wpisane jest prowadzenie działań edukacyjnych.

Kropińska zwraca uwagę na fakt, iż edukacja zdrowotna towarzyszy człowiekowi na każdym etapie życia. Proces ten ewoluuje wraz ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi i edukacyjnymi odbiorcy. Wychowanie zdrowotne nie pozostaje w izolacji, ale jest częścią wychowania ogólnego, wyznaczającego cele życiowe i sposoby ich osiągnięcia (...). Miejszem realizacji tak rozumianego wychowania zdrowotnego jest przede wszystkim rodzina i szkolnictwo wszystkich szczebli [1].

Woynarowska podkreśla, że we wstępie do podstawy programowej z 2008 r. zapisano po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, że: „ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”. Zrezygnowano ze ścieżek edukacyjnych, w tym „edukacji prozdrowotnej”, ale wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono w wielu przedmiotach. Jest to w rzeczywistości ścieżka międzyprzedmiotowa (choć nie użyto takiej nazwy). Liczba i zakres wymagań dotyczących edukacji zdrowotnej jest większy niż w poprzedniej podstawie programowej. Nowym rozwiązaniem jest powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej w sprawie nowej podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego z dnia 23 grudnia 2008 r., od 1 września 2009 r. edukacja zdrowotna jest realizowana w szkołach na wielu przedmiotach, ale nie w postaci ścieżki międzyprzedmiotowej [2, 3].

Socjalizacja a edukacja zdrowotna i profilaktyka

Szczególną rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych odgrywają wychowanie i socjalizacja. Pewne zachowania zdrowotne są wyuczone poprzez naśladowanie oraz interakcje społeczne w rodzinie, grupie rówieśniczej lub poprzez działania wychowawcze szkoły, wpływ środków masowego przekazu są one stale interpretowa-

ne i testowane w różnych sytuacjach społecznych [4]. Człowiek, podlegając procesowi socjalizacji, wypracowuje pewne wzorce zachowań, przy współdziałaniu osób, które zarówno w sposób bezpośredni jak i pośredni w ten proces są wpisane. Mając na uwadze przede wszystkim etap socjalizacji pierwotnej stwierdza się, że szczególnie istotnymi kreatorami postaw są rodzice, a także nauczyciele. Proces ten, który ma niezwykle ważne znaczenie w życiu człowieka, a może mieć kluczowe dla jego późniejszego stanu zdrowia, określono nawet mianem socjalizacji zdrowotnej.

Jutras i wsp. zaznaczają, że socjalizacja zdrowotna jest częścią ogólnego procesu socjalizacji i składają się na nią trzy podstawowe elementy, tj. kontekst codziennego życia, aktywne uczestnictwo oraz dwustronne interakcje [5]. Nie jest to bez znaczenia dla wchodzenia przez młodziego człowieka w etap socjalizacji wtórnej, na którym silne ugruntowane „fundamenty zdrowotne” mają szansę pozostać nienaruszone poprzez szereg niekorzystnych oddziaływań środowiskowych. Jest to szczególnie ważne w przypadku utrwalania niektórych zachowań, głównie negatywnych, które winny być odpowiednio wcześniej korygowane i eliminowane, ponieważ zbyt często powielane mogą nabrać charakteru nawyku, a w konsekwencji nałogu czy uzależnienia. Do tego właśnie potrzebne są głęboko zakorzenione postawy psychospołeczne, które pozwolą ograniczyć bądź wyeliminować negatywne wpływy.

Zmiana zachowań staje się wraz z wiekiem zadaniem coraz trudniejszym, a w związku z tym, zmniejsza się szansa na powodzenie działania, zatem czynnik czasowy odgrywa tutaj dość ważną rolę. Zdaniem Lewickiego, zachowania prozdrowotne człowieka są zawsze związane z jego wysokim poziomem świadomości własnego ciała i zdrowia (...), natomiast zachowania antyzdrowotne są najczęściej wynikiem niskiego poziomu tej dyspozycji [6]. Akved i wsp. podkreślają, że w kształtowaniu u uczniów zachowań sprzyjających zdrowiu tak samo ważna jest edukacja zdrowotna, jak „sytuacje zdrowotne” w szkole – szkoła nie różni się pod tym względem od innych instytucji, takich jak np. zakład pracy. Jedyną różnicą polega na tym, że relacje pomiędzy ludźmi w szkole dokonują się „na płaszczyźnie pedagogicznej”, co stawia przed szkołą większą odpowiedzialność [7].

Socjalizacja może również stanowić punkt wyjścia do profilaktyki. O ile sama edukacja zdrowotna nie powinna być utożsamiana z profilaktyką, to stanowi ona jeden z jej istotnych elementów. Na skutek działań edukacyjnych następuje przyrost wiedzy, a człowiek wyedukowany to człowiek świadomy, w związku z czym na zasadzie procesu decyzyjnego wybiera taką, a nie inną drogę. Świadomość ta określana mianem zdrowotnej, umożli-

liwia dokonywanie racjonalnych i/lub nieracjonalnych wyborów, których podstawę stanowi pewne kwantum wiedzy, zaś drugą część indywidualność i behawioralność człowieka oraz podatność na wpływy otoczenia.

Zmiana zachowań zdrowotnych, zwłaszcza zaś angażowanie się w zachowania określone jako ryzykowne, następuje wraz ze zmniejszaniem się kontroli rodziców i wzrostem wpływu rówieśników. Jednakże, jak wynika z badań, również i w późniejszym wieku, wpływ rodziców na postawy i zachowania zdrowotne jest decydujący, zwłaszcza poprzez przekazany system wartości [8, 9]. Rodzina jest tym siedliskiem, w którym wiele działań i procesów zostaje zainicjowanych. W licznych publikacjach naukowych czy literaturze przedmiotu podkreśla się związek szkoły z rodziną, jako środowisk wzajemnie się wspierających w podejmowaniu działań edukacyjno-wychowawczych. Istnieją jednak sytuacje, w których z różnych przyczyn m.in. sytuacji materialnej rodziny, dysfunkcji rodziny czy problemów natury społecznej, proces edukacyjny będzie realizowany raczej jednostronnie, tj. przy udziale przede wszystkim szkoły. Brak siły wspierającej ze strony rodziny może ten proces osłabić, ale nie uniemożliwić. Nie można z góry założyć, że jest on skazany na niepowodzenie, ponieważ nie jest kontynuowany w domu. Jest to pewnego rodzaju utrudnienie, a zarazem wyzwanie dla osoby edukującej oraz niejako „wyjście poza mury szkoły”, ponieważ indywidualizacja edukacji zdrowotnej powinna stanowić jeden z jej elementów uwzględnianych po diagnozie potrzeb uczestników, podobnie jak sytuacja społeczno-socjalna. W myśl twierdzenia, iż każdy człowiek jest indywidualnością, tym razem postawa edukującego – edukatora zdrowia umożliwi spojrzenie na pewne problemy czy potrzeby edukacyjne z nieco innej perspektywy. Drugą stroną medalu jest podejście, iż nie można obarczać odpowiedzialnością za efekty edukacji zdrowotnej wyłącznie edukującego, bo to, czy treści edukacji trafią na podany grunt i zostaną wcielone w życie będzie zależne od edukowanego i siły jego postawy. Nie chodzi tutaj o uwzględnienie możliwości poznawczych odbiorcy czy tempa przyswajania treści – czynników istotnych dla planowania i realizowania działań edukacyjnych. Ważne jest dostosowanie treści edukacji do problemu zdrowotnego, społecznego, psychologicznego ucznia czy rodziny, a w związku z tym edukację pośrednią członków rodziny, tj. przenoszenie poprzez dziecko treści edukacji zdrowotnej na grunt domowy. Zakładając bowiem, że nie wszyscy rodzice posiadają dostatecznie duży zasób wiedzy o zdrowiu i rozwoju człowieka, chociażby ze względu na brak wykształcenia medycznego czy pedagogicznego, albo uwzględnienie faktu, iż temat ten nie stanowi przedmiotu ich zainteresowań, istnieje przynajmniej szansa na

„zaszczepienie wiedzy o zdrowiu” w rodzicach czy opiekunach poprzez dziecko, na zasadzie przeniesienia wiedzy. Przyjmując zatem takie założenie, edukacja zdrowotna może zwiększać swój zasięg na drodze formalno-nieformalnej i nie można również wykluczyć, że przyniesie ona pozytywny skutek. Czasem właśnie na drodze nieformalnej, w kontekście prowadzonej edukacji, można uzyskać bardzo dobre efekty.

Nie bez powodu podkreśla się znaczenie i wpływ środowiska rodzinnego na funkcjonowanie dziecka w szkole. Rodziny nie można odizolować podczas prowadzenia działań edukacyjnych w siedliskach pozadomowych, np. przedszkolu czy szkole. Przeplatanie się tych siedlisk, szczególnie zaś rodziny i szkoły, rzutuje na kształtowanie pozytywnych wzorców zachowań u dzieci. Szkoła nie jest jednostką zawieszoną w próżni, która funkcjonuje tylko dla idei i sama dla siebie, ale miejscem, które ma człowieka przygotować do życia, przekazać pewną wiedzę i właśnie na drodze edukacji ukształtować postawy zwane kompetencjami społecznymi, a więc pewne wzorce zachowań. Szkoła jest kontynuacją procesu edukacyjno-wychowawczego zapoczątkowanego w domu. Do sukcesu w tym względzie konieczna jest współpraca pomiędzy poszczególnymi środowiskami życia człowieka i tutaj swoje zastosowanie znajduje podejście siedliskowe. Tylko współdziałanie szkoły z rodziną, zgodność co do celu podejmowanych działań, czyli dobra dziecka (ucznia) – podmiotu opieki oraz działań edukacyjno-wychowawczych, może przynieść pozytywne efekty, przy czym działania te powinny mieć charakter raczej wspierająco-uczący oraz korygujący (korekcyjny), aniżeli nakazująco-moralizujący. Badania wskazują na fakt, że im wyższe wykształcenie rodziców, tym większa świadomość zdrowotna, im wyższy poziom wiedzy o zdrowiu, tym więcej pozytywnych wzorców zdrowotnych utrwalanych czy przenoszonych na grunt rodziny. Zależność ta potwierdza tezę, iż wiedza lub jej przyrost mogą mieć wprost proporcjonalny wpływ na zdrowie. Czynniki warunkujące edukację zdrowotną w rodzinie, takie jak pozytywne wzorce zachowań, kompetencje rodziców do wychowania dziecka w zdrowiu i do zdrowia, sytuacja materialna rodziny czy zjawisko wykluczenia społecznego, składają się na tworzenie podstaw do działań edukacyjnych, kontynuowanych w pozostałych, pozadomowych siedliskach życia człowieka. Świadomość istnienia tych powiązań, a szczególnie korelacji pomiędzy wiedzą a zdrowiem, stanowi bardzo dobry punkt wyjścia do inicjowania działań edukacyjnych, w tym przypadku edukacji zdrowotnej.

Edukacja (zdrowotna)

– wstęp do świadomości zdrowotnej

Kształtowanie się postaw jest działaniem długofalowym i przebiega pod wpływem wielu osób

i czynników. Wpływ autorytetu nauczyciela jest w tym względzie niezwykle istotny, ponieważ zazwyczaj na etapie edukacji szkolnej nauczyciel (często ulubionego przez ucznia przedmiotu) staje się kluczową postacią (niejednokrotnie na równi z rodzicami), determinującą jego późniejsze zachowania czy przekonania co do określonych kwestii, w tym spraw dotyczących zdrowia.

Gil i Dziedziczko zauważają, że nauczyciele, pedagodzy, psychologowie współpracujący z dziećmi i młodzieżą muszą mieć poczucie obowiązku kształtowania świadomości zdrowotnej dzieci i młodzieży. Zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, procesem utrzymywania dynamicznej równowagi w obrębie wymiaru fizycznego, psychicznego i społecznego oraz pomiędzy nimi [10].

Nauczyciele znajdują się w centrum szkolnej edukacji zdrowotnej, są bowiem edukatorami zdrowia, a dodatkowo tworzą określone wzorce zachowań dla uczniów i ich rodziców. Niestety wielu z nich, mając poczucie niedostatku wiedzy i umiejętności, a niejednokrotnie także przeciążenia obowiązkami, niechętnie widzi siebie w roli realizatora zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej. Skłania to często do „wyręczania się” lekarzami bądź innymi specjalistami wygłaszającymi okazjonalne prelekcje, co drastycznie zmniejsza skuteczność podejmowanych działań [11]. Trudno nie zgodzić się z powyższą opinią, ponieważ strach przed niewiedzą powoduje zaniechanie podejmowania działań, a dodatkowo formalizacja działania może powodować zniechęcenie. Z punktu widzenia pedagoga warto jednak podjąć tego typu próbę, która będzie zarazem miernikiem zasobów i możliwości oraz formą „sprawdzenia się”. Należy również pamiętać, że porada czy życzliwe słowo, czasem wypowiedziane mimochodem, jest w stanie wiele zmienić w świadomości drugiego człowieka: dziecka, adolescenta, osoby dojrzałej. To impulsywne bądź czynione z premedytacją działania może mieć charakter bodźca, który sprawi, że uda się w odbiorcy pewne procesy zainicjować, a pewnych (negatywnych) zaniechać, mając oczywiście na uwadze kontekst edukacji zdrowotnej i kształtowanie postaw oraz zachowań zdrowotnych. Pedagog powinien być przygotowany na różne okoliczności. Trudno jednak mówić o realizowaniu edukacji zdrowotnej mimochodem, ponieważ jest to proces, który winien być starannie zaplanowany. Nawigując do skuteczności wspomnianych wcześniej działań edukacyjnych, warto również wspomnieć o warunkach, jakie należy spełnić planując i realizując edukację zdrowotną, aby okazała się ona działaniem efektywnym.

Woynarowska wymienia trzy podstawowe warunki skuteczności edukacji zdrowotnej, a mianowicie: ramowość, spiralność i ciągłość [12]. Aby edukacja zdrowotna mogła być realizowana w sposób efektywny, nie wystarczy jedynie wła-

ściwe dobranie tematu edukacji, bowiem na efektywność edukacji składa się wiele innych elementów, takich jak np. diagnoza potrzeb uczestników czy odpowiedni dobór metod, środków i form. Warto również zwrócić uwagę na konieczność dokonania ewaluacji podejmowanych działań (ewaluacja procesu) oraz uzyskanych efektów (ewaluacja wyników). Trudno jest bowiem dokonywać korekty błędów edukacyjnych, dobierać optymalne metody i środki, czy wreszcie oceniać poziom (przyrost) wiedzy uczestników edukacji, nie mając informacji zwrotnej na temat jakości i efektywności przeprowadzonej edukacji. Ewaluacja jako ocena, oszacowanie wartości, stanowi cenną informację nie tylko o uczestnikach edukacji, ale i o samym nauczycielu, który powinien mieć na uwadze doskonalenie swojego warsztatu pracy, aktualizowanie wiedzy czy realizowanie swoich zadań w sposób profesjonalny i wiarygodny. Wiąże się to właśnie m.in. z dokonywaniem ewaluacji i „wglądu w siebie”.

Jeden z prekursorów wychowania zdrowotnego i pedagogiki zdrowia – Maciej Demel – wyróżnił etapy edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, które w sposób bardzo obrazowy przedstawiają proces kształtowania się postaw, zachodzący przy współudziale wielu znaczących, a zarazem na pewnych etapach życia, kluczowych dla człowieka osób. Jako pierwszy występuje etap heteroedukacji, dla którego kluczowymi osobami są rodzice, pielęgniarka, położna środowiskowa czy lekarz, po nim następuje etap pośredni, na którym podkreśla się znaczenie przedszkola i szkoły, a tym samym rolę nauczyciela, jako partnerów działań edukacyjno-wychowawczych zapoczątkowanych w siedlisku rodzinnym. Z kolei poprzez etap autoedukacji, dla którego charakterystyczny jest wpływ kolegów z grupy rówieśniczej, dochodzi się do momentu, gdy młody człowiek sam staje się świadomym wychowawcą dorosłych, co ma miejsce na etapie heteroedukacji odwróconej [13]. Aby jednak proces ten nie został zaburzony, na którymś z etapów, działania edukacyjne w tym zakresie należy podejmować w sposób profesjonalny, tj. zaplanowany, poprawny metodycznie i merytorycznie, z zastosowaniem odpowiednich metod i środków, adekwatnych do etapu rozwoju i możliwości percepcyjnych osób edukowanych. Nie chodzi tu o brak profesjonalizmu prowadzącego edukację zdrowotną, ale o podkreślenie faktu, że aby była ona efektywna i optymalna, powinna spełniać pewne kryteria, na które zwraca uwagę niekwestionowany autorytet w tej dziedzinie, profesor Barbara Woynarowska. Edukacja zdrowotna to proces, który powinien składać się z siedmiu etapów, począwszy od diagnozy potrzeb uczestników i wyboru priorytetów, skończywszy na realizacji programu i ewaluacji [12]. Oprócz przekonań dotyczących zdrowia i choroby, ważne są także

przekonania o możliwości wpływu na stan zdrowia, odnoszące się do własnej osoby. Przekonania dotyczące lokalizacji kontroli w sprawach zdrowotnych określają źródło wpływu na stan zdrowia. Źródłem tym może być własne działanie, działanie innych osób, obdarzonych mocą lub przypadkiem. Poczucie własnej skuteczności w odniesieniu do działań zdrowotnych – to ocena własnych możliwości wykonywania tych działań [14].

Podsumowanie

Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szanse na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w której żyją [15].

Wobec powyższych przesłanek należy jednoznacznie stwierdzić, że nauczyciel-pedagog powinien nie tylko wprowadzać wychowanków w świat kultury zdrowotnej, ale przede wszystkim powinien sam w niej aktywnie uczestniczyć, tworząc wzorzec będący podstawą jego autorytetu, inspirując siebie, uczniów do podejmowania wielu działań na rzecz kształtowania pozytywnych postaw wobec zdrowia [16]. Nauczyciel właściwie realizujący swoją rolę zawodową to nauczyciel kompetentny, a zatem musi mieć niezbędną wiedzę i umiejętności, które pozwolą mu skutecznie wywiązywać się z powierzonych zadań. Doskonalenie kompetencji nauczyciela może być także jedną z dróg podnoszenia motywacji do pracy, ponieważ chętniej angażujemy się w działanie, kiedy przynosi ono wymierne efekty [17]. Wychowanie do zdrowia powinno mieć nie tylko wymiar edukacji nieformalnej, ale przede wszystkim edukacji formalnej, realizowanej przez profesjonalistów w sposób świadomy i zaplanowany oraz ustawicznie monitorowany. O ile trudno jest mówić o odpowiedzialności za zdrowie innych, tak w kontekście prowadzenia działań edukacyjnych warto poczuwać się do współodpowiedzialności za efekty edukacji, ponieważ jakość edukacji zdrowotnej może być czynnikiem determinującym i utrwalającym zachowania (pro- i anty-) zdrowotne edukowanych. Treści i jakość edukacji zdrowotnej to połowa tego, co daje edukator i czym dysponuje edukowany po zajęciach, prelekcji czy wykładzie. Drugą połowę edukowany wypracowuje sam, tj. albo poszukuje informacji, zgłębia wiedzę w efekcie czego uzyskuje znaczny zasób wiedzy na dany temat, albo pozostaje przy tym, czego dowiedział się w ramach edukacji. Jest to niejako podejście „teoria-teoria”. Drugim podejściem, które można zaobserwować jako skutek działań edukacyjnych jest podejście „teoria-praktyka”. W wyniku przyswojenia określonej wiedzy, na

drodze działań edukacyjnych, edukowany wprowadza teorię w życie, np. zmieniając swoje negatywne przyzwyczajenia, styl życia czy wyzbywając się nałogu. Obydwa podejścia są poprawne, ale jednym z najlepszych mierników skuteczności edukacji zdrowotnej jest zmiana zachowań u edukowanych. To proces, który może być rozłożony w czasie i czasem trudny do zaobserwowania (konieczny stały kontakt z edukowanym), ale jeśli przynosi pożądane skutki, ma charakter użyteczny i daje poczucie satysfakcji. Jest to pewnego rodzaju sprawdzian dla edukatorów zdrowia, a zarazem wstęp do „nauczania społeczeństwa o zdrowiu”.

Według Woynarowskiej i wsp., środowisko szkolne ma istotny wpływ na skuteczność edukacji zdrowotnej, gdyż zależy ona od tego, czy istnieje spójność pomiędzy tym, czego uczniowie uczą się na lekcjach, a tym, co widzą wokół siebie i co mogą praktykować w szkole [18].

Piśmiennictwo

- [1] Kropińska I. Szkoła jako środowisko wspierające zdrowie w opiniach licealistów. W: Bilski D. (red.). Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź 2010; 81–96.
- [2] Woynarowska B. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej kształcenia ogólnego, jako fundament dla szkolnego programu profilaktyki, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011; 1–2. (www.ore.edu.pl) [dostęp 12.03.2014].
- [3] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie nowej podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z dnia 15 stycznia 2009, Nr 4, poz. 17).
- [4] Misiuna M. Styl życia a zdrowie. Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna. 1994;1–2:102.
- [5] Jutras S, Normandeau S, Kalnins I. Mutual help in relation to health: The experience of children, The Journal of Primary Prevention. 1997;2:173–192.
- [6] Lewicki C. Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006; 43.
- [7] Akved G, Schaap O, de Vries G. Health and safety coordinator at school, Commission of the European Countries, Utrecht 1997, cyt. za: Zdrowie i szkoła, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 424.
- [8] Brown BB. Peer groups and peer cultures. W: G. Elliot (red.), As the threshold: The developing adolescent, S. Feldman. Cambridge, Harvard University Press 1990; 171–196.
- [9] Fischhoff B. Risk taking: A developmental perspective. W: Yates JF (red.). Risk taking behavior. Chichester 1992, Wiley; 133–162.
- [10] Gil R, Dziedziczko A. Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby, Zdrowie Publiczne. 2004; 114(2):250–255.
- [11] Syrek E, Borzucka-Sitkiewicz K. Edukacja zdrowotna, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009; 114.

- [12] Woynarowska B. Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013; 142–148.
- [13] Demel M. O wychowaniu zdrowotnym, Wydawnictwo PZWS, Warszawa 1968.
- [14] Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 121.
- [15] Woynarowska B. Związki między zdrowiem a edukacją. W: Woynarowska B (red.). Zdrowie i szkoła. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 15.
- [16] Kijo P. Wartościowanie zdrowia i zachowania zdrowotne wśród przyszłych nauczycieli i pedagogów wychowania fizycznego. W: Bilski D. (red.). Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi, Łódź 2010; 49–80.
- [17] Hamer H. Klucz do efektywności nauczania. Poradnik dla nauczycieli, Wydawnictwo „Veda”, Warszawa 1994; 24–25.
- [18] Woynarowska B, Kowalewska A, Izdebski Z, Komościńska K. Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010; 337.

adres do korespondencji

mgr Dorota Lizak
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: dlizak@afm.edu.pl