

ORGANIZACJA I REALIZACJA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE

Poradnik dla dyrektorów szkół
i nauczycieli gimnazjum

Praca zbiorowa
pod redakcją Barbary Woynarowskiej



OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

ORGANIZACJA I REALIZACJA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE

Poradnik dla dyrektorów szkół
i nauczycieli gimnazjum

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 powstała w ramach projektu „Wdrożenie podstawy programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, ze szczególnym uwzględnieniem II i IV etapu edukacyjnego”

Nakład: 5000 egz.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

Przygotowanie do druku, druk i oprawa:
Agencja Reklamowo-Wydawnicza A. Grzegorzcyk
www.grzeg.com.pl

Spis treści

Przedmowa	5
CZĘŚĆ I. EDUKACJA ZDROWOTNA – ZAGADNIENIA OGÓLNE	7
1. Związki między zdrowiem a edukacją – <i>Barbara Woynarowska</i>	8
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	48
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 GIMNAZJUM	61
Wprowadzenie	63
1. Rozwój, zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów gimnazjum	
– <i>Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Barbara Woynarowska</i>	65
2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej różnych przedmiotów	70
2.1. Wychowanie fizyczne – <i>Tomasz Frołowicz</i>	70
2.2. Biologia – <i>Ligia Tuszyńska</i>	77
2.3. Język obcy nowożytny – <i>Magdalena Szpotowicz</i>	81
2.4. Wiedza o społeczeństwie – <i>Alicja Pacewicz</i>	85
2.5. Inne przedmioty	90
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 nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”.
- Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej uwzględniono w wielu przedmiotach (podobnie jak wcześniej w ścieżce edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”).
- Wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej.

Organizacja i realizacja zamieszczonych w wielu przedmiotach treści nauczania (wymagań szczegółowych) 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 gimnazjum.

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 gimnazjum. Uznano, że informacje te mogą być przydatne w planowaniu edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem potrzeb dzieci i młodzieży w danym okresie życia. W rozdziale drugim przedstawiono treści nauczania – wymagania szczegółowe powiązane z edukacją zdrowotną w różnych przedmiotach zapisane w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla gimnazjum. W przypadku przedmiotów, w których treści dotyczące edukacji zdrowotnej są szczególnie liczne (biologia, 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.

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

Barbara Woynarowska
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 działów analogiczne jak w podstawie programowej.

CZĘŚĆ I

EDUKACJA ZDROWOTNA – ZAGADNIENIA OGÓLNE

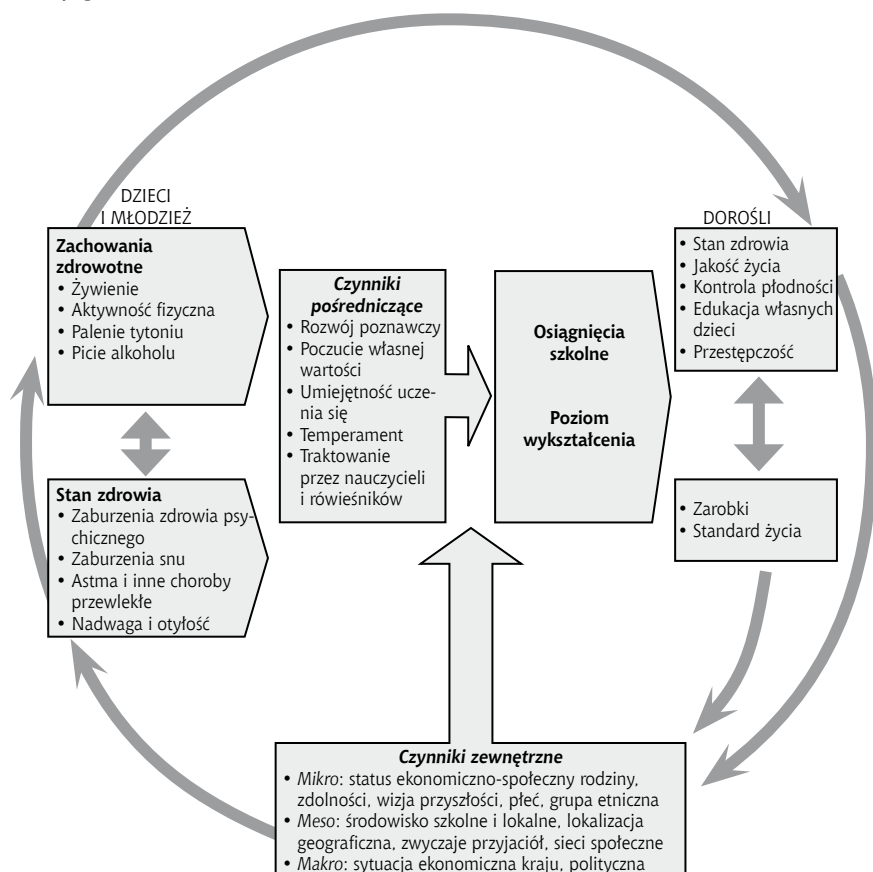
1. Związki między zdrowiem a edukacją

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.
- **Nawyki** – 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 siebie”).
- 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 szkolnego programu profilaktyki. 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.

Woynarowska 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

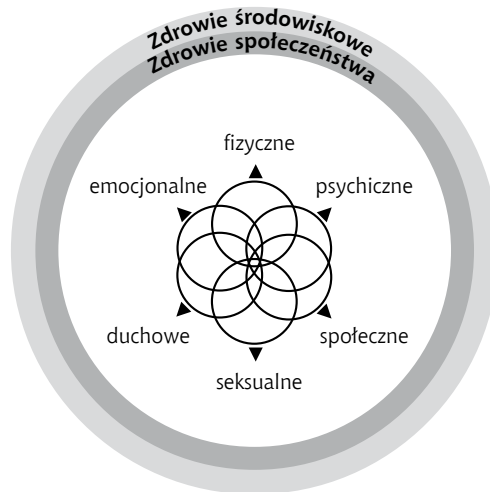
W ostatnich dekadach dokonano wiele zmian w koncepcji i realizacji edukacji zdrowotnej. Podstawą tych zmian było m.in. przyjęcie **całościowego, holistycznego modelu zdrowia** (gr. *holos* – cały, całościowy), zwanego też społeczno-ekologicznym lub biopsychospołecznym⁷.

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 młodzieży¹⁰
<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 psychicznych; 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 szkolnego programu profilaktyki** (patrz rozdz. 8).

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

Przedmiot	Treści nauczania dotyczące umiejętności życiowych. Uczeń:
Edukacja wczesnoszkolna	
Klasa I Edukacja polonistyczna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ obdarza uwagę dzieci i dorosłych, słucha ich wypowiedzi [...]; komunikuje w jasny sposób swoje spostrzeżenia, potrzeby, odczucia; ▪ w kulturalny sposób zwraca się do rozmówcy, [...] dostosowuje ton głosu do sytuacji ...
Edukacja społeczna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ współpracuje z innymi w zabawie, w nauce szkolnej i w sytuacjach życiowych; przestrzega reguł obowiązujących w społeczności dziecięcej oraz w świecie dorosłych, grzecznie zwraca się do innych w szkole, w domu i na ulicy.
Etyka	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niesie pomoc potrzebującym, także w sytuacjach codziennych.
Klasa III Edukacja społeczna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wie, jak należy zachowywać się w stosunku do dorosłych i rówieśników (formy grzecznościowe); rozumie potrzebę utrzymywania dobrych relacji z sąsiadami w miejscu zamieszkania; jest chętny do pomocy....
II etap edukacyjny klasy IV–VI	
Język polski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozpoznaje znaczenie niewerbalnych środków komunikowania się (gest, wyraz twarzy, mimika, postawa ciała); ▪ uczestnicząc w rozmowie, słucha z uwagą wypowiedzi innych; prezentuje własne zdanie i uzasadnia je.
Historia i społeczeństwo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wyjaśnia, w czym wyraża się odmiennosc i niepowtarzalność każdego człowieka; ▪ podaje przykłady konfliktów między ludźmi i proponuje sposoby ich rozwiązywania.
III etap edukacyjny – gimnazjum	
Język polski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rozpoznaje wypowiedzi o charakterze emocjonalnym i perswazyjnym; ▪ rozpoznaje intencje wypowiedzi (aprobatę, dezaprobatę, negację); ▪ dostrzega w wypowiedzi ewentualne przejawy agresji i manipulacji; ▪ uczestniczy w dyskusji, uzasadnia własne zdanie, przyjmuje poglądy innych lub polemizuje z nimi.
Język obcy Nowożytny	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prosi o radę i udziela rady; ▪ współdziała w grupie, np. w lekcyjnych i pozalekcyjnych językowych pracach projektowych.
Wiedza o społeczeństwie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wymienia i stosuje zasady komunikowania się i współpracy w małej grupie (np. bierze udział w dyskusji, zebraniu, wspólnym działaniu); ▪ wymienia i stosuje podstawowe sposoby podejmowania wspólnych decyzji; ▪ przedstawia i stosuje w praktyce sposoby rozwiązywania konfliktów w grupie i między grupami; ▪ wyjaśnia na przykładach, jak można zachować dystans wobec nieaprobowanych przez siebie zachowań grupy lub jak im się przeciwstawić;
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, WAI P.

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).

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 (www.reformaprogramowa.men.gov.pl).

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 „ciągłości procesu edukacji rozpoczętego w przedszkolu i kontynuowanego w szkole podstawowej” i w tym celu wyodrębniło treści nauczania dla klasy I.

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 (na koniec klasy I i III) dotyczą głównie zdrowia fizycznego, w tym:

- troski o ciało (higiena osobista, dbałość o postawę ciała),
- zachowań sprzyjających zdrowiu (właściwe żywienie, aktywność fizyczna, poddawanie się szczepieniom ochronnym),

- zachowania bezpieczeństwa (w czasie zajęć ruchowych, w kontaktach z lekami i substancjami chemicznymi) i szukania pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia,
- właściwego zachowania w chorobie.

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
<ul style="list-style-type: none">▪ Jest przewodnikiem (doradcą, liderem) uczniów.▪ Nie wchodzi w rolę „eksperta” („mistrza”), który: „musi wszystko wiedzieć”; ogranicza ocenianie, komentarze, narzucanie własnego zdania; ma odwagę powiedzieć: „nie wiem, ale sprawdzę i odpowiem” lub „nie wiem, 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

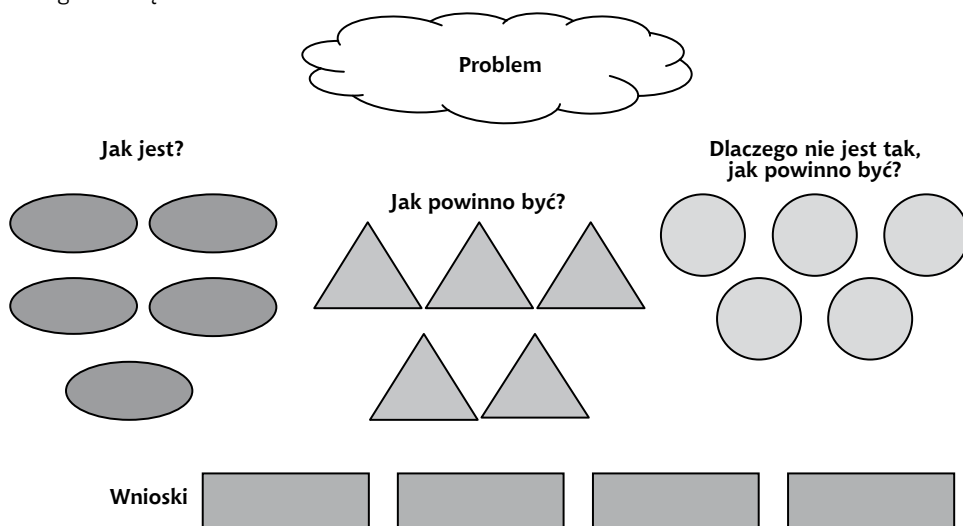
Istotą dyskusji jest wymiana poglądów. Celem jej jest umożliwienie uczniom rozwijania takich umiejętności jak: argumentowanie, przekonywanie, formułowanie spójnych, precyzyjnych wypowiedzi, zadawanie pytań, podsumowywanie, wnioskowanie i aktywne słuchanie. Dyskusja jest metodą rozwiązywania problemów 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. Owczar (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.

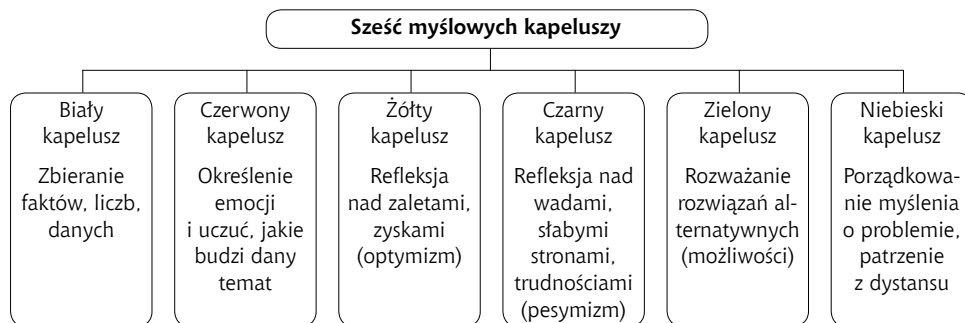
z zastosowaniem metody dyskusji. Może mieć ona charakter całkowicie dowolny (uczniowie wypowiadają się na dany temat w dowolny sposób), może też mieć charakter wolny, ale dyskutanci przestrzegają ustalonego uprzednio regulaminu dyskusji. Do ciekawych technik dyskusji należą m.in.:

- **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.

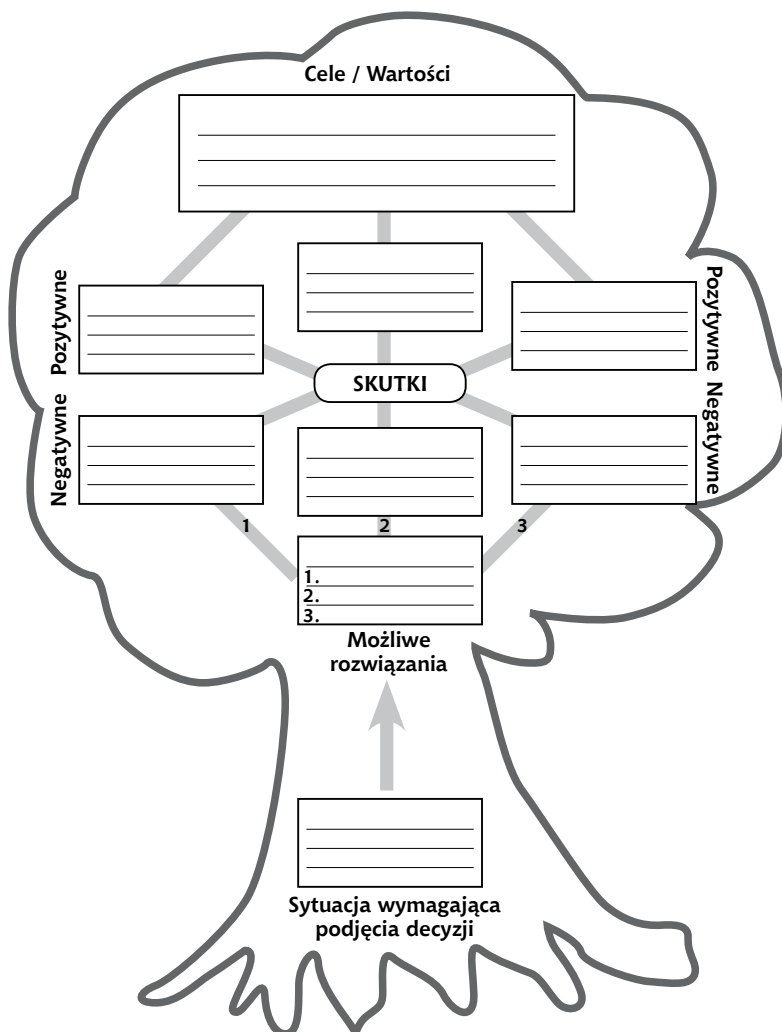
Rozwiązywanie i analizowanie problemów

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.

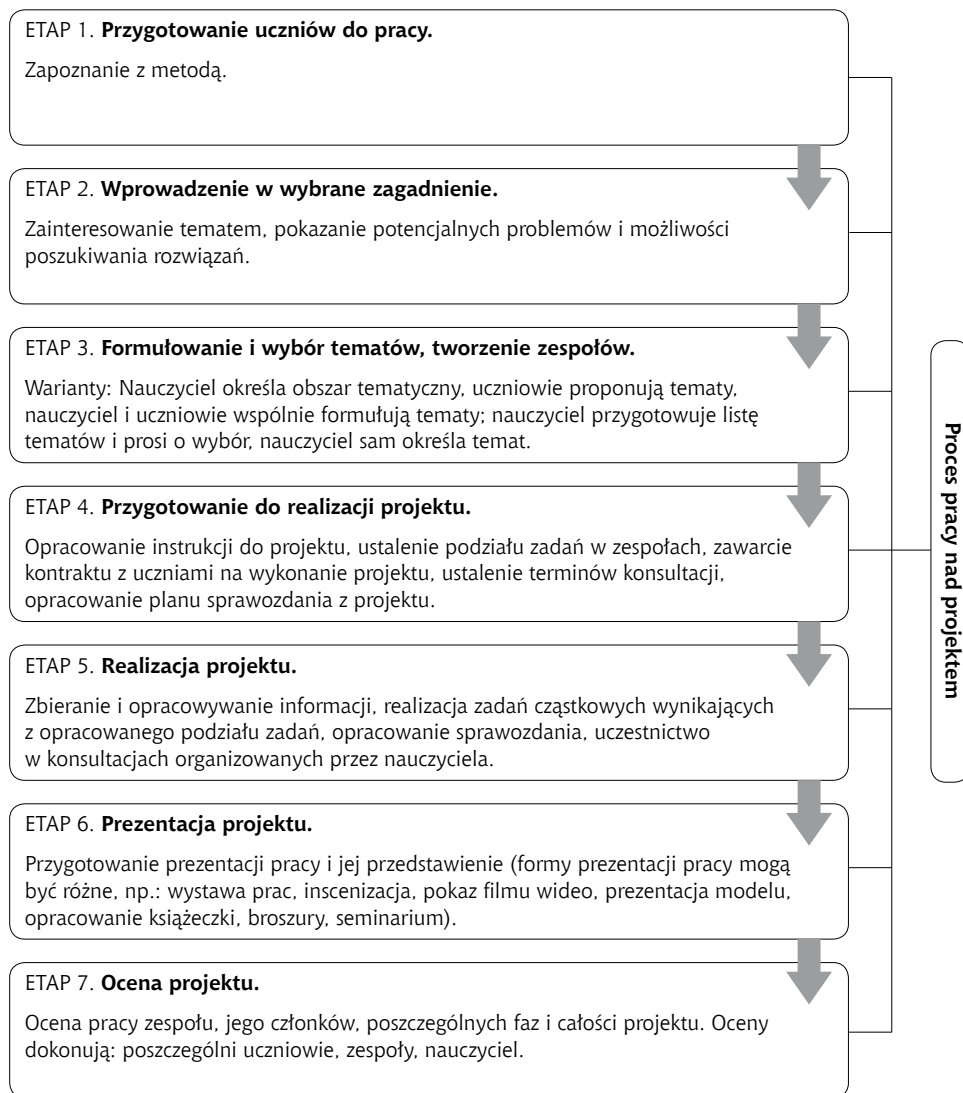
Metoda projektów

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 20 sierpnia 2010 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. 2010, Nr 156, poz. 1046).



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.

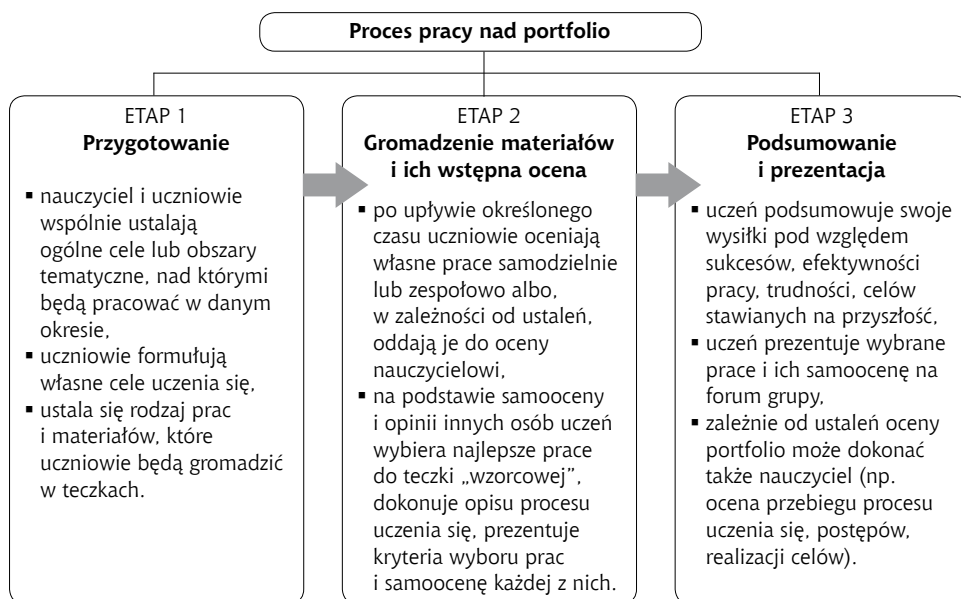
doradcy uczniów. Powinien stwarzać atmosferę sprzyjającą pracy, koncentracji. Musi również ściśle kontrolować czas i czuwać nad porządkiem pracy.

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 umożliwiać uczniom obserwację ich sposobu uczenia się i jego efektów, uczyć samodyscypliny i przyjmowania odpowiedzialności za własne uczenie się, samodzielności i ewaluacji własnej pracy.

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

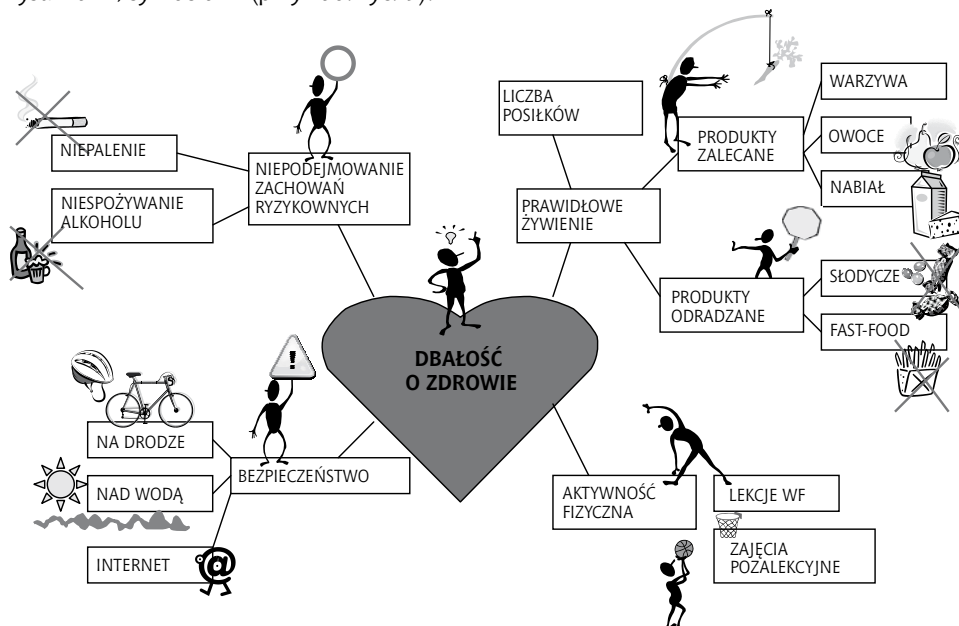
- zapisywać to, co uczeń uzna za ważne dla siebie (np. czego się dowiedział, co odkrył, co go zaskoczyło, a co utwierdziło w dotychczasowym sposobie myślenia o swoim zdrowiu i osobistych wyborach) i przydatne (od przepisów kulinarnych do obserwacji dotyczących własnej osoby, samopoczucia, planów na przyszłość).

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



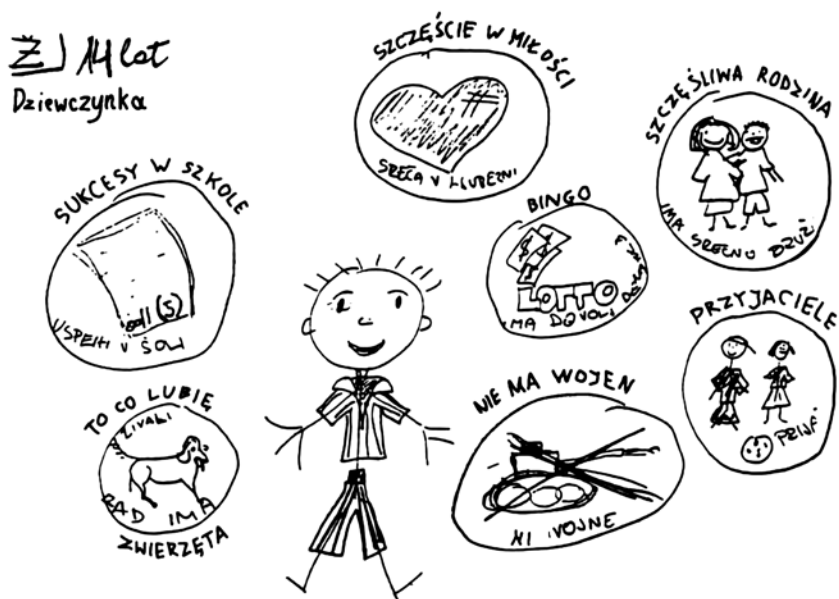
Ryc. 9. Przykład mapy myśli

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). 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

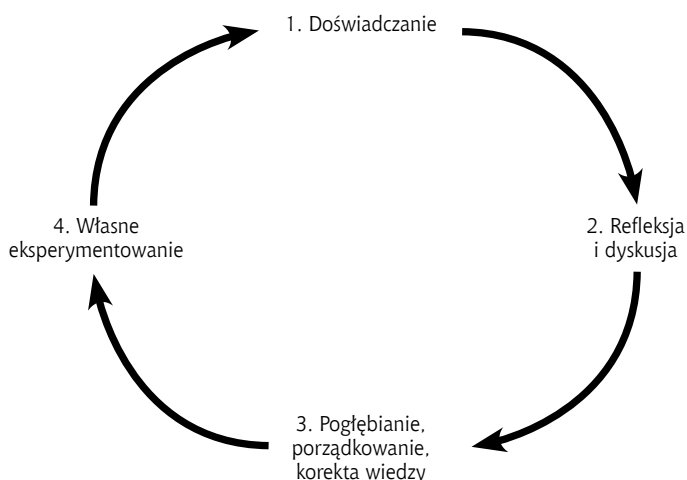
Zorganizuj **spotkanie z uczniami danej klasy** o następującym przebiegu:

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.

Podany wcześniej sposób diagnozy potrzeb może być modyfikowany i wykorzystany także przez 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. Kolby

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, przeciwyczyć jakieś umiejętności – przedyskutować coś. <p>Zadania powinny być bardzo precyzyjnie sformułowane, gdyż jest to punkt wyjścia do planowania ćwiczeń i przebiegu zajęć. Liczba i rodzaj zadań (ćwiczeń) powinna być dostosowana do czasu, którym dysponujesz i percepcji uczniów.</p>	<p>W zależności od zaplanowanych ćwiczeń zapisz, jakie potrzebujesz pomoce i materiały.</p>
	Czas trwania zajęć – określ.
<p>Oczekiwane efekty – zapisz, co uczestnicy po zajęciach powinni wiedzieć, rozumieć, umieć itd., zgodnie z ustalonymi zadaniami. Staraj się zaplanować oczekiwane efekty realistycznie. Oczekiwania te powinny nawiązywać do wymagań w podstawie programowej.</p>	
Opis przebiegu zajęć	
<p>1. Część wstępna</p> <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.

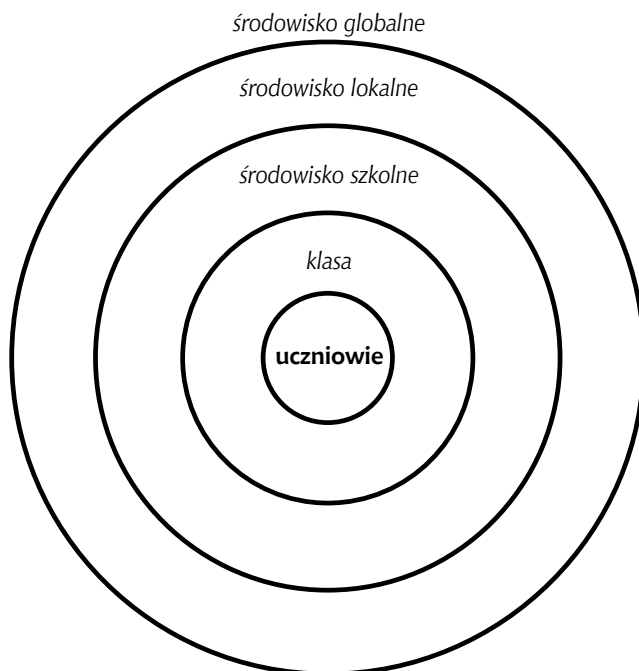
Literatura uzupełniająca

- 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 SFS.
- Taraszkiewicz M., (1996), *Jak uczyć lepiej?, czyli refleksyjny praktyk w działaniu*, Warszawa, Wydawnictwa CODN.
- Taraszkiewicz M., Rose C., (2006), *Atlas efektywnego uczenia (się)*, cz. 1, Warszawa, Transfer Learning, CODN.
- Woynarowska B., (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

6. Czynniki w środowisku szkoły wspierające realizację edukacji zdrowotnej

Barbara Woynarowska, Maria Sokołowska

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



Zdaniem Trefora Williamsa, jednego z twórców nowoczesnej edukacji zdrowotnej i koncepcji szkoły promującej zdrowie w Europie, **jeśli to czego dziecko uczy się w klasie, nie jest wspierane na pozostałych poziomach, to przekazywana mu wiedza jest niewiarygodna i nie ma żadnego na dziecko wpływu**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.

Prawie 20-letnie doświadczenia w realizacji w Polsce i w Europie programu „szkoła promująca całość zdrowia”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, **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 obecność 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; możliwość rekreacji, zaspokojenia głodu, pragnienia i innych potrzeb fizjologicznych.
- **Chroni uczniów i pracowników** przed:
 - urazami i zatruciami zaistniałymi w następstwie wypadków,
 - chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi, w tym chorobami szerzącymi się: drogą kropelkową (infekcje układu oddechowego, grypa), pokarmową i przez kontakt z ciałem lub odzieżą osób zarażonych np. świerzbem i wszawicą,
 - występowaniem zaburzeń: układu ruchu (odpowiednie meble), wzroku (odpowiednie oświetlenie), słuchu (ograniczanie hałasu), zaburzeń głosu u nauczycieli,
 - 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 (www.gis.gov.pl?dep=765) 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 z rodzin o niskich dochodach w sposób przeciwdziałający ich dyskryminacji,
- f) w szkołach, w których wydawane są obiady lub inne ciepłe posiłki dla uczniów, przestrzeganie przy ich przygotowywaniu zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia,
- g) uwzględnianie specyficznych potrzeb żywieniowych uczniów z chorobami przewlekłymi (m.in. z otyłością, cukrzycją, 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 (Opinie i stanowiska)

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.

Pożądane 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 (www.reformaprogramowa.men.gov.pl).

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

6.4. Współdziałanie z pielęgniarką lub higienistką szkolną

Zgodnie z obowiązującymi 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 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. 2009, Nr 139, poz. 1133).

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 publicznie 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.

Obecnie w Polsce planowane jest dokonanie w Ośrodku Rozwoju Edukacji oceny jakości programów dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, oferowanych szkołom i stworzenie na tej podstawie katalogu (banku) rekomendowanych programów edukacyjnych. Będzie on stanowił podstawę do wyboru programów, które najlepiej będą odpowiadać specyficznym potrzebom różnych szkół.

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).

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 ogólnego⁵³ 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”

⁵³ 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).

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. Turowski (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 odroczoneymi 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 26 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

⁵⁹ <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=105944>

CZĘŚĆ II

EDUKACJA ZDROWOTNA W PODSTAWIE PROGRAMOWEJ KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO DLA GIMNAZJUM

Wprowadzenie

W części drugiej niniejszego poradnika przedstawiono treści nauczania – wymagania szczegółowe⁶⁰ dotyczące edukacji zdrowotnej zawarte w podstawie programowej różnych przedmiotów w gimnazjum. 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 i opracowanie spójnego programu szkolnej 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 gimnazjum w kontekście edukacji zdrowotnej. Dane dotyczące zachowań zdrowotnych pochodzą z badań reprezentatywnych grup uczniów klas I i III gimnazjów w Polsce, 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 omówiono treści nauczania – wymagania szczegółowe bezpośrednio lub pośrednio powiązane z edukacją zdrowotną. W przypadku czterech przedmiotów (wychowanie fizyczne, biologia, język obcy nowożytny, wiedza o społeczeństwie) zwrócono się do osób, które były członkami grup ekspertów przygotowujących podstawę programową kształcenia ogólnego 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.

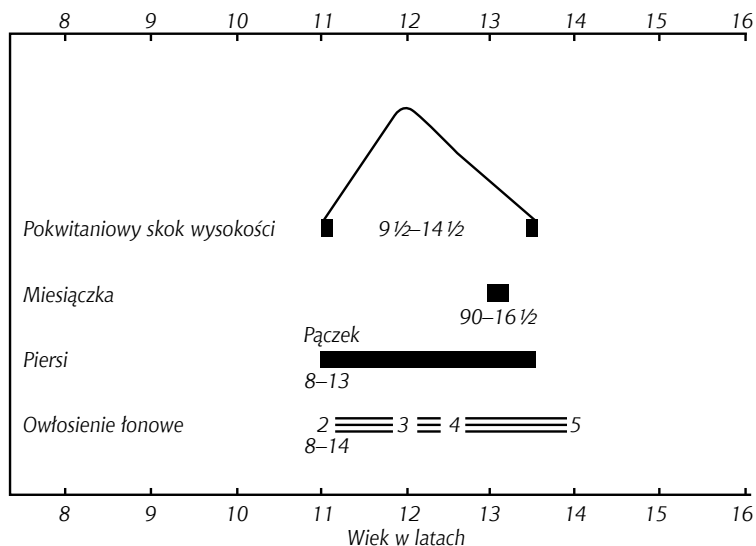
1. Rozwój, zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów gimnazjum

Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Barbara Woynarowska

Uczniów gimnazjum (młodzież w wieku 12/13 – 15/16 lat) charakteryzują bardzo duże różnice stopnia zaawansowania w dojrzałości płciowej. Są wśród nich dziewczęta, które już osiągnęły pełną dojrzałość fizyczną, i chłopcy, którzy dopiero rozpoczynają dojrzewanie płciowe, a także dzieci w różnych jego fazach. Intensywnym przemianom biologicznym nie towarzyszy przyspieszony rozwój emocjonalny i społeczny. Złożona sytuacja, w jakiej znajdują się młodzi ludzie w tej fazie życia, ma wpływ na ich samopoczucie, zachowania, relacje z rówieśnikami i dorosłymi, a także ich potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej.

Rozwój fizyczny i motoryczny

Większość **dziewcząt** – uczennic gimnazjum znajduje się w końcowej fazie dojrzewania płciowego i rozpoczęła już miesiączkowanie (średni wiek pierwszej miesiączki wynosi ok. 13 lat). Cechuje je zwolnienie przemian biologicznych (ryc. 1).



Ryc. 1. Schemat przebiegu dojrzewania płciowego dziewcząt według J.M. Tannera⁶². (Zaznaczony na rycinie „pączek” oznacza uwypuklenie otoczki piersi)

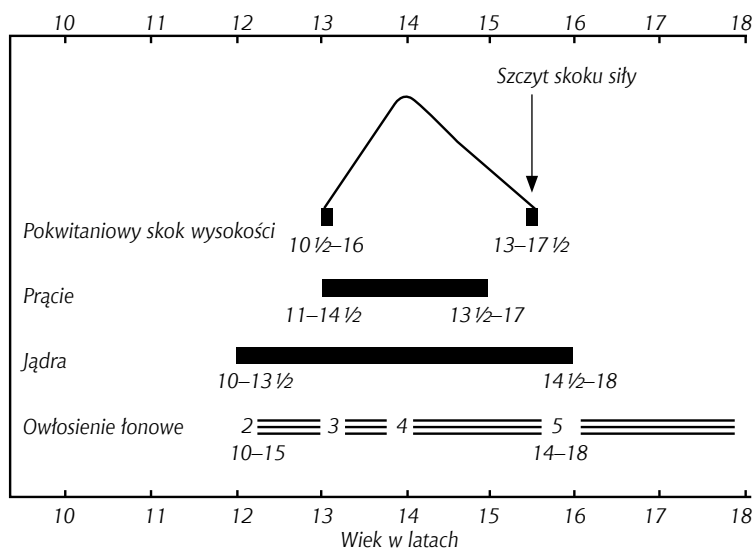
W ostatniej klasie gimnazjum (w wieku 15–16 lat) większość dziewcząt:

- dorasta do swojej ostatecznej wysokości ciała,
- ma typowo kobiecą sylwetkę ciała, rysy twarzy subtelniejsze,
- osiąga dojrzałość płciową: cykle miesiączkowe stają się regularne dwufazowe (faza estrogenowa i progesteronowa), w większości cykli jest owulacja (zdolność do zajścia w ciążę),
- kończy swój rozwój motoryczny.

⁶² J.M. Tanner, (1963). *Rozwój w okresie pokwitania*, Warszawa, PZWL.

Problemem dla dziewcząt są zwiększone przyrosty masy ciała (głównie tkanki tłuszczowej). Jest to zjawisko normalne (odpowiednia ilość tkanki tłuszczowej jest potrzebna dla rozwoju układu rozrodczego), ale spotęgowane zbyt małą aktywnością fizyczną. Dziewczeta są niezadowolone ze swojego wyglądu (ideałem ciała kobiecego jest ciało szczupłe). Wyniki badań wskazują, że ponad 50% uczennic klas I i III gimnazjum uważa, że są „za grube”, podczas, gdy nadwagę ma w tym wieku ok. 12% dziewcząt. Co piąta dziewczynka o prawidłowej masie ciała, a nawet jej niedoborze odchudza się, co jest zachowaniem ryzykownym dla zdrowia.

Większość **chłopców** w okresie nauki w gimnazjum dopiero rozpoczyna dojrzewanie płciowe. Kolejność i czas występowania jego objawów przedstawia ryc. 2. Przyspiesza się tempo wzrastania (skok pokwitaniowy, ze szczytem ok. 14 roku życia), zmieniają się proporcje ciała (powiększa się szerokość barków), zmniejsza się przyrost tkanki tłuszczowej (chłopcy mają tzw. sylwetkę „wyrostka”). Do charakterystycznych objawów dojrzewania należą mutacja głosu (rozrost chrząstek krtani, ok. 14.–15. r.ż.), występowanie polucji (czyli pierwszego mimowolnego wytrysku nasienia w czasie snu, ok. 14. r.ż.) i ginekomastia (przejściowy rozrost tkanki gruczołowej sutka u ok. 30% chłopców, ok. 15. r.ż.).



Ryc. 2. Schemat przebiegu dojrzewania płciowego chłopców według J.M. Tannera⁶³

Rozwój jąder i gwałtowny wzrost stężenia we krwi testosteronu powodują pojawienie się napięcia seksualnego i potrzeby jego rozładowania, które następuje przez czynności seksualne prowadzące do przeżycia orgazmu. Większość chłopców w końcowym okresie nauki w gimnazjum osiąga więc **dojrzałość seksualną**, nie osiągając równocześnie dojrzałości fizycznej, psychicznej i społecznej. Stwarza to wiele problemów i wpływa na zachowania nastoletnich chłopców, w tym podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych.

W większości przypadków rozwój motoryczny chłopców w tym okresie nie ulega zakłóceniu.

⁶³ Tamże.

Rozwój psychiczny i społeczny

W rozwoju psychicznym i społecznym okres dorastania, który rozpoczyna się w czasie uczęszczania dziecka do gimnazjum nazywany jest **okresem przejściowym między dzieciństwem a dorosłością**. Nastolatek w tym okresie zaczyna zmagać się z konfliktami dotyczącymi różnych obszarów funkcjonowania społecznego. Potencjalne źródła zewnętrznych i wewnętrznych konfliktów dotyczą: relacji społecznych z rodzicami oraz z rówieśnikami; zachowań nastolatka i wyborów jakich dokonuje; jego samopoczucia oraz obrazu własnej osoby; wyobrażenia jak jest spostrzegany przez innych, w tym przez znaczące osoby dorosłe.

W tym okresie, w rozwoju emocjonalnym charakterystyczne są silne emocje pozytywne i negatywne, z przewagą negatywnych oraz labilność emocjonalna. Spada globalna samoocena nastolatka, w porównaniu do jej poziomu z poprzedniego okresu rozwojowego. Młodzież ma tendencję do dychotomicznej samooceny, widząc siebie w kategoriach czarno-białych. W relacjach społecznych zaczynają mieć znaczenie związki intymne z osobami płci przeciwnej. Kształtuje się tożsamość płciowa, tożsamość grupowa oraz rozpoczyna się proces kształtowania się tożsamości indywidualnej⁶⁴. Przypadająca na ten okres **tożsamość rozproszona** przejawia się apatią, brakiem zainteresowania tym co będzie działo się w przyszłości, koncentracją na tym co daje chwilową satysfakcję oraz rozproszeniem aktywności i form działania. W poradzeniu sobie z tą sytuacją pomaga nastolatкови stabilne otoczenie społeczne m.in. rodzina i szkoła, które zapewniają wsparcie i bezpieczeństwo⁶⁵.

Zachowania dotyczące omawianych obszarów rozwoju związane są m.in. bezpośrednio z przejściem ze szkoły podstawowej do gimnazjum. Nowa szkoła, w której nie ma już młodszych dzieci stwarza fałszywe wyobrażenie dorosłości. Jednocześnie brak prawidłowych wzorców zachowania płynących od starszych uczniów, będących już na innym etapie rozwoju emocjonalnego i społecznego (ale niestety najczęściej uczących się w innych budynkach w szkołach ponadgimnazjalnych), powoduje rozproszenie i chaos w zachowaniach gimnazjalistów.

Problemy zdrowotne⁶⁶

Większość uczniów klas I i III gimnazjum (odpowiednio 83% i 76%) uważa, że ich zdrowie jest dobre lub znakomite. Mimo to zgłaszają częste występowanie różnych dolegliwości (np. bóle głowy – ok. 20%) i negatywnych stanów (np. zdenerwowanie – ok. 30%, rozdrażnienie i zły humor – ponad 25%). Dziewczeta częściej niż chłopcy gorzej oceniają swoje zdrowie i uskarżają się na różne dolegliwości.

Do **nowych problemów zdrowotnych** pojawiających się w tej fazie rozwoju należą:

- u dziewcząt: zaburzenia miesiączkowania, nieuzasadnione odchudzenie, wole młodzieńcze (powiększenie tarczycy),
- u chłopców: możliwość nasilenia się krótkowzroczności i zaburzenia układu ruchu (np. powiększenie boczego skrzywienia kręgosłupa) w okresie skoku pokwitaniowego.

Szczególnej uwagi w aspekcie edukacji zdrowotnej wymagają:

- dziewczęta wcześnie dojrzewające (pierwsza miesiączka przed 11. r.ż.). Stwierdzono, że w wieku 15 lat dziewczęta te, w porównaniu z rówieśniczkami dojrzewającymi później, gorzej oceniają swoje zdrowie i częściej odczuwają różne dolegliwości (zwłaszcza rozdrażnienie

⁶⁴ J. Trempała (red.), (2011). *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

⁶⁵ B. Bardziejewska, (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.

⁶⁶ Dane liczbowe pochodzą z badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, wykonanych w 2010 roku na reprezentatywnej grupie uczniów klas I i III gimnazjum, w ramach międzynarodowych badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*); dane zaczerpnięte z: J. Mazur, A. Małkowska-Szkućnik (red.), (2011), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

i zły humor), regularnie palą papierosy, nadużywają alkoholu oraz podejmują współżycie płciowe⁶⁷,

- chłopcy późno dojrzewający, którzy są zwykle niżsi i mniej sprawni fizycznie od swoich rówieśników. Z tego powodu mogą mieć kompleksy, podejmować próby używania odżywek czy sterydów w celu zwiększenia masy mięśniowej, co stanowi poważne zagrożenie ich zdrowia i rozwoju.

Zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia

U uczniów gimnazjum stwierdza się wiele niedostatków w zakresie żywienia, aktywności fizycznej, higieny jamy ustnej. W porównaniu z okresem wcześniejszym wyraźnie zwiększa się częstość podejmowania zachowań ryzykownych (tab. 5).

Tabela 5. Wybrane zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia podejmowane przez uczniów klas III gimnazjum (w wieku 15–16 lat) w Polsce w 2010 r.

Zachowanie	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
Częstość jedzenia śniadań w dni szkolne			
5 razy w tygodniu	56,6	60,6	52,8
3–4 razy w tygodniu	13,2	10,3	15,9
1 raz, 2 razy w tygodniu lub nigdy	30,2	29,1	31,3
Częstość jedzenia owoców			
codziennie 1 raz lub częściej	23,2	19,9	26,4
5–6 razy w tygodniu	16,3	10,0	16,6
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	60,5	70,1	57,0
Częstość jedzenia warzyw			
codziennie 1 raz lub częściej	25,2	21,9	30,1
5–6 razy w tygodniu	20,0	19,0	21,0
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	54,8	59,1	48,9
Częstość jedzenia słodyczy (cukierków, czekolady)			
codziennie 1 raz lub częściej	33,1	29,9	36,3
5–6 razy w tygodniu	18,5	21,7	15,5
4 razy w tygodniu, rzadziej lub nigdy	48,4	48,4	48,2
Częstość picia coca-coli lub innych słodkich napojów			
codziennie 1 raz lub częściej	27,3	31,3	23,4
5–6 razy w tygodniu	14,2	15,7	12,7
4 razy w tygodniu lub rzadziej i nigdy	58,5	53,0	63,9
Częstość czyszczenia zębów			
częściej niż 1 raz dziennie	72,5	59,5	85,0
1 raz dziennie	22,5	32,1	13,3
rzadziej niż 1 raz dziennie	5,0	8,4	1,7
Aktywność fizyczna w ostatnich 7 dniach (liczba dni, w których młodzież przeznaczała co najmniej 60 minut dziennie na aktywność fizyczną)			
7 dni (zalecane)	16,2	23,0	9,6
5–6 dni	25,3	28,8	21,8
0–4 dni	58,5	48,2	68,6
Palenie tytoniu			
próbowali palić	54,4	56,5	52,3
palą obecnie	21,1	22,7	19,5

⁶⁷ B. Woynarowska, (2007), *Tempo dojrzewania płciowego dziewcząt a ich zdrowie i występowanie zachowań ryzykownych*, „Pediatria Polska” nr 10, s. 775–782.

Picie napojów alkoholowych (w każdym tygodniu lub codziennie)			
piwo	11,2	15,1	7,4
wino	2,4	3,6	1,4
wódkę lub inne napoje wysokoprocentowe	3,4	4,4	2,4
gotowe napoje z dodatkiem alkoholu (alkopopy)	2,9	4,4	1,4
Częstość występowania upojenia alkoholowego			
nigdy	52,8	47,5	58,0
1–3 razy	31,4	32,1	30,6
4 razy lub więcej	15,8	20,4	11,4
Używanie marihuany lub haszyszu (w ostatnich 12 miesiącach)			
1–2 razy	7,4	8,4	6,5
3 razy lub więcej	7,6	11,5	4,1
Odbyli inicjację seksualną	16,8	20,0	13,7

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

Jednym z celów edukacji zdrowotnej powinno być zachęcanie młodzieży do praktykowania zachowań prozdrowotnych i niepodejmowania zachowań ryzykownych. Należy jednak uwzględnić fakt, że podejmowanie zachowań ryzykownych lub ryzykanckich jest w pewien sposób wpisane w rozwój. Dlatego ważne jest uświadomienie młodzieży powiązań między ich zachowaniami (przede wszystkim ryzykownymi dla zdrowia) a prawidłowościami wynikającymi z rozwoju oraz podejmowanie interwencji dostosowanych do wieku uczniów⁶⁸.

Literatura uzupełniająca

- Lopez R.I., (2006), *Twój nastolatek. Zdrowie i dobre samopoczucie*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Oleszkowicz A., Senejko A., (2011), *Dorastanie*, [w:] Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wojnarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., Komosińska K., (2010), *Biomedyczne podstawy wychowania i kształcenia*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

⁶⁸ A. Małkowska-Szcutnik, A. Zielska, J. Mazur, (2010), *Palenie tytoniu a podejmowanie zachowań ryzykanckich przez młodzież*, „Przegląd Lekarski”, nr 10, s. 949–952.

2. Edukacja zdrowotna w podstawie programowej różnych przedmiotów w gimnazjum

2.1. WYCHOWANIE FIZYCZNE

Tomasz Frołowicz

W części wstępnej podstawy programowej kształcenia ogólnego dla gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zapisano, że „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”⁶⁹. U gimnazjalistów na ewolucję nastawienia wobec zdrowia wpływają następujące elementy postawy prozdrowotnej:

- komponent poznawczy (wiedza i przekonania),
- komponent emocjonalno-wartościujący (uczucia i wartości),
- komponent behawioralny (sposoby postępowania).

Wśród celów ogólnych kształcenia zapisano: „dbałość o zdrowie”, „zrozumienie związku aktywności fizycznej ze zdrowiem” oraz „umiejętności osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu i bezpieczeństwu”. Wśród wymagań szczegółowych dominują (bezpośrednio lub pośrednio) te związane z edukacją zdrowotną. W grupie nieco ponad 30 wymagań szczegółowych z wychowania fizycznego aż 22 odwołują się do zachowań zdrowotnych.

Wymagania ogólne i szczegółowe powiązane bezpośrednio lub pośrednio z edukacją zdrowotną

W wymaganiach ogólnych (celach kształcenia) wyraźnie wskazano na związki między wychowaniem fizycznym i zdrowiem. Celem ogólnym kształcenia w tym przedmiocie jest: „Dbałość o sprawność fizyczną, prawidłowy rozwój, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne oraz zrozumienie związku aktywności fizycznej ze zdrowiem, w szczególności:

- 1) umiejętność oceny własnej sprawności fizycznej i przebiegu rozwoju fizycznego w okresie dojrzewania;
- 2) gotowość do uczestnictwa w rekreacyjnych i sportowych formach aktywności fizycznej oraz ich organizacji;
- 3) zrozumienie związku aktywności fizycznej ze zdrowiem;
- 4) umiejętności osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu i bezpieczeństwu”⁷⁰.

⁶⁹ Ministerstwo Edukacji Narodowej. (2009). *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8, s. 22.

⁷⁰ Tamże, s. 31.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe⁷¹

Wymagania szczegółowe z podstawy programowej przedmiotu wychowanie fizyczne, dotyczące edukacji zdrowotnej

1. Diagnoza sprawności i aktywności fizycznej oraz rozwoju fizycznego

Uczeń:

- 2) ocenia poziom własnej aktywności fizycznej;
- 3) wyjaśnia, jakie zmiany zachodzą w budowie ciała i sprawności fizycznej w okresie dojrzewania płciowego;
- 4) wymienia przyczyny i skutki otyłości oraz nieuzasadnionego odchudzania się i używania sterydów w celu zwiększenia masy mięśni.

2. Trening zdrowotny

Uczeń:

- 1) omawia zmiany zachodzące w organizmie w czasie wysiłku fizycznego;
- 2) wskazuje korzyści z aktywności fizycznej w terenie;
- 3) omawia korzyści dla zdrowia z podejmowania różnych form aktywności fizycznej w kolejnych okresach życia człowieka;
- 4) przeprowadza rozgrzewkę;
- 5) opracowuje i demonstruje zestaw ćwiczeń kształtujących wybrane zdolności motoryczne, w tym wzmacniające mięśnie brzucha, grzbietu oraz kończyn górnych i dolnych, rozwijające gibkość, zwiększające wytrzymałość, a także ułatwiające utrzymywanie prawidłowej postawy ciała;
- 6) opracowuje rozkład dnia, uwzględniając proporcje między pracą a wypoczynkiem, wysiłkiem umysłowym a fizycznym;

3. Sporty całego życia i wypoczynek

Uczeń:

- 3) wymienia miejsca, obiekty i urządzenia w najbliższej okolicy, które można wykorzystać do aktywności fizycznej.

4. Bezpieczna aktywność fizyczna i higiena osobista

Uczeń:

- 1) wymienia najczęstsze przyczyny oraz okoliczności wypadków i urazów w czasie zajęć ruchowych, omawia sposoby zapobiegania im;
- 2) wskazuje zagrożenia związane z uprawianiem niektórych dyscyplin sportu;
- 3) demonstruje ergonomiczne podnoszenie i przenoszenie przedmiotów o różnej wielkości i różnym ciężarze;
- 4) wyjaśnia wymogi higieny wynikające ze zmian zachodzących w organizmie w okresie dojrzewania.

5. Sport

Uczeń:

- 4) stosuje zasady „czystej gry”: niewykorzystywanie przewagi losowej, umiejętność właściwego zachowania się w sytuacji zwycięstwa i porażki.

7. Edukacja zdrowotna

Uczeń:

- 1) wyjaśnia, czym jest zdrowie; wymienia czynniki, które wpływają pozytywnie i negatywnie na zdrowie i samopoczucie oraz wskazuje te, na które może mieć wpływ;
- 2) wymienia zachowania sprzyjające i zagrażające zdrowiu oraz wyjaśnia, na czym polega i od czego zależy dokonywanie wyborów korzystnych dla zdrowia;
- 3) identyfikuje swoje mocne strony, planuje sposoby ich rozwoju oraz ma świadomość słabych stron, nad którymi należy pracować;
- 4) omawia konstruktywne sposoby radzenia sobie z negatywnymi emocjami;
- 5) omawia sposoby redukcji nadmiernego stresu i konstruktywnego radzenia sobie z nim;
- 6) omawia znaczenie dla zdrowia dobrych relacji z innymi ludźmi, w tym z rodzicami oraz rówieśnikami tej samej i odmiennej płci;
- 7) wyjaśnia, w jaki sposób może dawać i otrzymywać różne rodzaje wsparcia społecznego;
- 8) wyjaśnia, co oznacza zachowanie asertywne i podaje jego przykłady;
- 9) omawia szkody zdrowotne i społeczne związane z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych; wyjaśnia, dlaczego i w jaki sposób należy opierać się presji oraz namowom do używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych.

⁷¹ Tamże, s. 31–32.

Wiodąca rola nauczyciela wychowania fizycznego

Rangę edukacji zdrowotnej w podstawie programowej wychowania fizycznego dla gimnazjum potwierdzają również zalecenia dotyczące warunków i sposobu realizacji tego przedmiotu. Zapisano w nich m.in. 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 uczniów**”⁷². „Wiodąca rola” oznacza konieczność:

- nasycenia wychowania fizycznego w gimnazjum treściami edukacji zdrowotnej. Jednym z wymagań szczegółowych jest realizacja bloku tematycznego „edukacja zdrowotna”. Zawiera on zagadnienia dotyczące zdrowia psychicznego i społecznego, umiejętności życiowych (osobistych i społecznych) oraz elementy teorii zdrowia publicznego,
- przejęcia przez nauczyciela wychowania fizycznego roli szkolnego lidera edukacji zdrowotnej.

Przejęcie przez nauczyciela wychowania fizycznego roli koordynatora szkolnej edukacji zdrowotnej otwiera przed nim alternatywną drogę rozwoju zawodowego, np. wobec drogi nauczyciela-trenera zaangażowanego jedynie w działalność sportową. Dyrektor szkoły powinien uświadamiać nauczycielom możliwość takiego wyboru i wspierać ich, gdy zdecydują się podjąć stawiane przed nimi wyzwanie.

Konieczność prowadzenia polityki kadrowej przez dyrektora placówki powinna skłaniać go do doboru takich nauczycieli, którzy gwarantują realizację zadań szkoły, w tym – zgodnie z zapisem w podstawie programowej – jednego z najważniejszych celów, a mianowicie edukacji zdrowotnej. Jeśli wśród nauczycieli wychowania fizycznego brakuje jednej lub kilku osób, które byłyby zdolne do przejęcia roli szkolnych liderów edukacji zdrowotnej, to zatrudniając nowego pracownika, dyrektor powinien uwzględnić jego kwalifikacje i doświadczenia w tym zakresie.

Model organizacyjny edukacji zdrowotnej w ramach wychowania fizycznego

Zadania edukacyjne zdefiniowane w podstawie programowej powinny skłonić nauczycieli wychowania fizycznego do poszerzenia, a nawet reorientacji ich roli zawodowej oraz do ponownego przemyślenia modelu organizacyjnego zajęć z wychowania fizycznego, uwzględniającego specyfikę edukacji zdrowotnej w gimnazjum.

Rozwiązania dotyczące organizacji zajęć, rekomendowane przez specjalistów z zakresu edukacji zdrowotnej, są opisane w *Komentarzach do podstawy programowej przedmiotu „wychowanie fizyczne”*⁷³. Warto rozważyć wyodrębnienie z ogólnej puli godzin obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego (nie mniej niż 385 godzin w gimnazjum)⁷⁴ około 30 godzin i przeprowadzenie ich w formie zajęć warsztatowych. Za optymalną uznaje się realizację warsztatów w okresie nie dłuższym niż kilka miesięcy, najlepiej w jednym semestrze. Przykłady wariantów organizacji wychowania fizycznego w gimnazjum prezentują tabele 6 i 7.

⁷² Tamże, s. 30.

⁷³ Tamże, s. 37–66.

⁷⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 marca 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz.U. 2009, Nr 54, poz. 442).

Tabela 6. Przykłady organizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego w gimnazjum (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
I klasa, pierwszy semestr	4 godziny, w tym 2 godziny zajęć i 2 godziny warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej	ok. 65 godzin, w tym ok. 36 godzin warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej
I klasa, drugi semestr oraz kolejne klasy	4 lekcje	ok. 65 godzin
Łącznie w okresie trzech lat nauki w gimnazjum:		ok. 390 godzin

Tabela 7. Przykład organizacji obowiązkowych zajęć wychowania fizycznego w gimnazjum (przy podziale roku szkolnego na dwa semestry – jedna klasyfikacja śródroczna i jedna roczna) z uwzględnieniem zajęć do wyboru przez ucznia⁷⁵

Klasa i semestr	Liczba godzin obowiązkowych zajęć WF w tygodniu		Liczba godzin obowiązkowych zajęć WF w semestrze
I klasa, pierwszy semestr	2 lekcje	2 godziny warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej	ok. 65 godzin, w tym ok. 36 godzin warsztatów z zakresu edukacji zdrowotnej
I klasa, drugi semestr oraz kolejne klasy	2 lekcje	2 godziny zajęć do wyboru przez ucznia	ok. 65 godzin
Łącznie w okresie trzech lat nauki w gimnazjum:			ok. 390 godzin

Dyrektor gimnazjum może powierzyć realizację warsztatów z edukacji zdrowotnej, wyodrębnionych w tygodniowym planie zajęć obowiązkowych, nauczycielowi innej specjalności przedmiotowej niż wychowanie fizyczne. Musi mieć pewność, że odbyte studia oraz dotychczasowe doświadczenia zawodowe nauczyciela wskazują na merytoryczne i metodyczne przygotowanie do realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej⁷⁶.

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 takich zajęć konieczne są specyficzne umiejętności zawodowe – merytoryczne i metodyczne.

Wsparcie dyrektora udzielane nauczycielowi wychowania fizycznego w związku z realizacją zajęć dotyczących edukacji zdrowotnej powinno przyjmując różne formy. Dyrektor powinien zachęcać go do samokształcenia oraz ułatwiać mu udział w konferencjach, seminariach i warsztatach na temat edukacji zdrowotnej, szczególnie cenne byłoby także podjęcie przez niego studiów podyplomowych w tym zakresie. Warto wykorzystać również okresy staży związanych z ubieganiem się przez nauczycieli o awans zawodowy.

⁷⁵ 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).

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej 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).

Od czego zacząć przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej:

- konieczne jest uważne przeczytanie przez każdego nauczyciela podstawy programowej wychowania fizycznego (wraz z *Komentarzami* zamieszczonymi w wydawnictwie MEN⁷⁷ dostępnym w każdej szkole), w tym informacji na temat zalecanych warunków i sposobu realizacji zajęć;
- 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 podjęcie studiów podyplomowych.

Tak przygotowani nauczyciele wychowania fizycznego mogliby zacząć konstruować programy nauczania i plany pracy nasycone edukacją zdrowotną oraz dostosowane do potrzeb uczniów oraz warunków lokalowych.

Od programu nauczania do oceny ucznia

Nasycenie wychowania fizycznego w gimnazjum edukacją zdrowotną wymaga aktywnej postawy dyrektora szkoły. Wspomaganie i kontrola pracy nauczyciela wychowania fizycznego prowadzącego te zajęcia są tym bardziej potrzebne, 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 programu nauczania, a następnie dopuszczenia go do użytku w szkole, dyrektor powinien upewnić się, czy autor programu uwzględnił w nim wszystkie wymagania szczegółowe, również te dotyczące edukacji zdrowotnej. Należy dokładnie przeanalizować programy nauczania, które są modyfikacją programów wychowania fizycznego zgodnych z wcześniejszą podstawą programową.

Jeśli nauczyciele mają obowiązek okresowego planowania prowadzonych przez siebie zajęć, to plany pracy przygotowywane w poprzednich latach wymagają zmian. Nauczyciele muszą uwzględnić wszystkie treści lub wymagania zawarte w podstawie programowej. Nie wystarczy przy tym mechaniczne przepisywanie wymagań dotyczących edukacji zdrowotnej – trzeba nadać im bardziej operacyjny charakter, aby zakres wiadomości przekazywanych uczniom oraz umiejętności, które będą rozwijać, były zrozumiałe zarówno dla nauczyciela wychowania fizycznego, wychowawcy klasy, jak i dla samych uczniów oraz ich rodziców.

Nauczyciele wychowania fizycznego zazwyczaj nie wykorzystują w swojej pracy podręczników szkolnych, które stanowiłyby dobrą obudowę metodyczną, towarzyszącą programom nauczania i ułatwiającą planowanie realizacji wymagań z podstawy programowej. W tej sytuacji rośnie więc znaczenie ich autorskich pomysłów. W programie nauczania i w planach pracy nie wystarczy zapisać, np. „uczeń wymienia przyczyny i skutki otyłości oraz nieuzasadnionego odchudzania się i używania sterydów w celu zwiększenia masy mięśni”. Nauczyciel powinien sięgnąć do podręczników przeznaczonych do edukacji zdrowotnej⁷⁸ lub czasopism branżowych⁷⁹, a następnie zaplanować szczegółowe treści i metody kształcenia.

Treści edukacji zdrowotnej, zapisane w programach nauczania i planach pracy, muszą również znaleźć swoje odzwierciedlenie w tematach lekcji wpisywanych do dziennika, będących potwierdzeniem podjętych działań edukacyjnych. Kontrolując pracę nauczyciela wychowania

⁷⁷ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 8.

⁷⁸ B. Woynarowska, (2010), *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.

⁷⁹ M. Pogorzelska, J. Klonowska, T. Frołowicz, (2011), *Sposób na podstawę programową*, „Lider”, nr 10, s. 20–30.

fizycznego, należy poddać analizie nie tylko terminowość uzupełniania wpisów w dzienniku lekcyjnym, lecz także to, czy są wśród nich treści edukacji zdrowotnej. Nie wystarczy kontrola dokumentacji szkolnej – wspomaganie pracy nauczyciela wychowania fizycznego powinno uwzględniać również obserwacje prowadzonych przez niego zajęć z edukacji zdrowotnej i ich omówienie. Warto zachęcać nauczycieli do wzajemnego prowadzenia obserwacji swoich lekcji dotyczących edukacji zdrowotnej. Jest to konieczne zwłaszcza w przypadku nauczycieli, którzy podejmują staż związany z ubieganiem się o awans zawodowy.

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

- podejmowania przez ucznia różnych działań związanych z realizacją edukacji zdrowotnej, jako wskaźnik wysiłku ucznia,
- rozwój wiadomości i umiejętności związanych ze zdrowiem, jako wskaźnik jego osiągnięć edukacyjnych⁸⁰.

Operacjonalizacja wymagań szczegółowych

Niżej przedstawiono sposoby „wypełnienia treścią” wymagania szczegółowego „**Uczeń omawia korzyści dla zdrowia z podejmowania różnych form aktywności fizycznej w kolejnych okresach życia człowieka**”, ściśle związanego z edukacją zdrowotną. Uczeń powinien zdobyć następujące podstawowe wiadomości:

- Aktywność fizyczna (AF) jest jedną z podstawowych biologicznych potrzeb człowieka w całym okresie jego życia;
- W dzieciństwie i młodości AF:
 - stymuluje rozwój: fizyczny (np. sprzyja wzrastaniu ciała), psychiczny (np. uczy kontrolować emocje) i społeczny (np. sprzyja kształtowaniu relacji z innymi),
 - sprzyja adaptacji do zmian środowiska fizycznego (np. hartowanie) i społecznego (np. odporność na stres),
 - kompensuje wpływ niekorzystnych zjawisk współczesnego życia (np. obciążenie zajęciami w pozycji siedzącej),
 - zapobiega zaburzeniom rozwoju i zdrowia (np. otyłości, miażdżycy),
 - wspomaga leczenie wielu chorób (np. otyłości, astmy oskrzelowej);
- W okresie dorosłości AF:
 - zapobiega występowaniu wielu chorób,
 - zapobiega przedwczesnej inwolucji motoryczności,
 - opóźnia procesy starzenia i zapobiega zniedołężnieniu ruchowemu,
 - jest niezastąpionym elementem leczenia i rehabilitacji wielu chorób (np. miażdżycy i cukrzycy);
- W okresie starości AF wydłuża okres fizycznej sprawności i niezależności, co wpływa na poprawę jakości życia⁸¹.

⁸⁰ 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).

⁸¹ B. Woynarowska i in., (2010). *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN; Z. Cendrowski, (1997), *Przewodźcą innym. Poradnik dla liderów zdrowia i sportu*, Warszawa, Wydawnictwo ZG SZS i Agencja Promo-Lider.

Literatura uzupełniająca

- Cendrowski Z., (1997), *Przewodźć innym. Poradnik dla liderów zdrowia i sportu*, Warszawa, Wydawnictwo ZG SZS i Agencja Promo-Lider.
- Kwiatkowska-Łozińska M., (2007), *Żyj bezpiecznie i zdrowo program profilaktyczno-wychowawczy edukacji zdrowotnej*, Kraków, 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*, t. 8.
- Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwo WAiP.
- Woynarowska B., (2008), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woynarowska B. (red.), (2012), *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych*, Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

Scenariusz lekcji wychowania fizycznego

Temat: **Rozpoznawanie i wyrażanie emocji**⁸²

Zadania	Pomoce
1. Analiza rodzajów emocji. 2. Analiza roli emocji pozytywnych i negatywnych. 3. Zwrócenie uwagi na konieczność wyrażania emocji w sposób, który zaspakaja naszą potrzebę, ale nie rani (dotyka) drugiej osoby.	tablica lub arkusz papieru, markery Czas: 45 minut
Oczekiwane efekty	
Po zajęciach uczeń: – podaje przykłady ilustrujące rolę emocji pozytywnych i negatywnych w naszym życiu, – przedstawia różne sposoby wyrażania emocji, – uzasadnia, że mamy prawo przeżywać negatywne emocje, ale powinniśmy je wyrażać w sposób, który nie rani drugiej osoby.	
Przebieg zajęć	
1. Nazywanie emocji a) Poproś uczniów, aby w 4-osobowych grupach zapisali (przez 5 minut) jak najwięcej nazw różnych emocji (uczuć). b) Na podstawie propozycji zgłaszanych przez poszczególne grupy utwórzcie wspólną listę emocji z podziałem na uczucia pozytywne i negatywne.	
2. Wyrażanie emocji Zaproś uczniów do swobodnych odpowiedzi na pytania: Po czym poznajemy, jak czuje się koleżanka lub kolega? Po czym poznajemy, jaką emocję ktoś przeżywa? (wykorzystaj nazwy emocji z listy sporządzonej wcześniej).	
3. Po co są przykre emocje? a) Praca w grupach 4–5-osobowych. Przekaż następującą instrukcję: „Nikt z nas nie lubi przykrych emocji. Czy zastanawialiście się kiedyś, jak wyglądałby świat, gdybyśmy ich nie doświadczali? Przekonajmy się, co nam podpowiada wyobraźnia. Wyobraźcie sobie, że młoda, niedoświadczona wróżka chciała wyświadczyć ludziom przysługę i pewnej nocy zabrała im wszystkie negatywne uczucia oraz pamięć o nich. To co zaobserwowała, bardzo ją zaskoczyło. Opiszcie, jak wyglądał świat od tego momentu, jakie to wprowadziło zmiany w życiu poszczególnych osób oraz w kontaktach międzyludzkich”. Czas na napisanie opowiadania – 10 minut. b) Poproś grupy o zaprezentowanie swoich opowiadań. c) Zapytaj uczniów:	

⁸² Autorką scenariusza jest M. Sokołowska. Scenariusz zamieszczony w: B. Woynarowska (red.), (2012), *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej*, Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

Jakie nasuwają im się wnioski z tej pracy?

Czy zgadzają się ze stwierdzeniem: Potrzebne nam są negatywne emocje, ale powinniśmy je wyrażać w sposób, który nie rani drugiej osoby.

Uwagi: Gdyby ćwiczenia z pierwszej części zajęć (punkt 1) zajęły dużo czasu, zamiast propozycji napisania opowiadania można poprosić grupy o wypisanie, czym różniło by się nasze życie gdybyśmy doświadczyli tylko pozytywnych emocji lub poprosić o podanie przykładów sytuacji, kiedy doświadczanie negatywnych emocji jest niezbędne (np. strach pozwalający unikać zbyt ryzykownych zachowań).

2.2. BIOLOGIA

Ligia Tuszyńska

W części wstępnej podstawy programowej kształcenia ogólnego na III, podobnie jak na II i IV etapie edukacyjnym, 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**”⁸³.

Biologia należy do grupy przedmiotów, które w największym stopniu uwzględniają treści nauczania bezpośrednio lub pośrednio dotyczące edukacji zdrowotnej. Koncentrują się one głównie wokół zagadnień zdrowia fizycznego oraz profilaktyki chorób.

W części podstawy programowej „**Cele kształcenia – wymagania ogólne**” uwzględniono punkt „**Znajomość uwarunkowań zdrowia człowieka**”, w którym zapisano: „Uczeń analizuje związek pomiędzy własnym postępowaniem a zachowaniem zdrowia (prawidłowa dieta aktywność ruchowa, badania profilaktyczne) oraz rozpoznaje sytuacje wymagające konsultacji lekarskiej; rozumie znaczenie krwiodawstwa i transplantacji narządów”⁸⁴.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej⁸⁵

Treści, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej, znajdują się przede wszystkim w dwóch obszarach tematycznych (ramka).

Wymagania szczegółowe z podstawy programowej przedmiotu *biologia*, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej

VI. Budowa i funkcjonowanie organizmu człowieka

2. Układ ruchu

Uczeń:

- 4) przedstawia znaczenie aktywności fizycznej dla prawidłowego funkcjonowania układu ruchu i gęstości kostnej oraz określa czynniki wpływające na prawidłowy rozwój muskulatury ciała.

3. Układ pokarmowy i odżywianie się

Uczeń:

- 3) przedstawia rolę i skutki niedoboru niektórych witamin (A, C, B₆, B₁₂, kwasu foliowego, D), składników mineralnych (Mg, Fe, Ca) i aminokwasów egzogennych w organizmie;
- 5) przedstawia rolę błonnika w prawidłowym funkcjonowaniu układu pokarmowego oraz uzasadnia konieczność systematycznego spożywania owoców i warzyw;

⁸³ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja przyrodnicza w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 5, s. 21.

⁸⁴ Tamże, s. 73.

⁸⁵ Tamże, s. 76–80.

- 6) wyjaśnia, dlaczego należy stosować dietę zróżnicowaną i dostosowaną do potrzeb organizmu (wiek, stan zdrowia, tryb życia i aktywność fizyczna, pora roku itp.) oraz podaje korzyści z prawidłowego odżywiania się;
- 7) oblicza indeks masy ciała oraz przedstawia i analizuje konsekwencje zdrowotne niewłaściwego odżywiania (otyłość lub niedowaga oraz ich następstwa).

4. Układ oddechowy

Uczeń:

- 3) przedstawia czynniki wpływające na prawidłowy stan i funkcjonowanie układu oddechowego (aktywność fizyczna poprawia wydolność oddechową; niepalenie papierosów czynnie i biernie).

5. Układ krążenia

Uczeń:

- 4) przedstawia znaczenie aktywności fizycznej i prawidłowej diety dla właściwego funkcjonowania układu krążenia;

6. Układ odpornościowy

Uczeń:

- 3) porównuje działanie surowicy i szczepionki; podaje przykłady szczepień obowiązkowych i nieobowiązkowych oraz ocenia ich znaczenie;
- 5) wyjaśnia, na czym polega transplantacja narządów i podaje przykłady narządów, które można przeszczepiać;
- 6) przedstawia znaczenie przeszczepów, w tym rodzinnych, oraz zgody na transplantację narządów po śmierci.

8. Układ nerwowy

Uczeń:

- 4) wymienia czynniki wywołujące stres oraz podaje przykłady pozytywnego i negatywnego działania stresu;
- 5) przedstawia sposoby radzenia sobie ze stresem.

9. Narządy zmysłów

Uczeń:

- 3) przedstawia przyczyny powstawania oraz sposób korygowania wad wzroku (krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm);
- 4) przedstawia wpływ hałasu na zdrowie człowieka;
- 5) przedstawia podstawowe zasady higieny narządów wzroku i słuchu.

10. Układ dokrewny

Uczeń:

- 4) wyjaśnia, dlaczego nie należy bez konsultacji z lekarzem przyjmować środków lub leków hormonalnych (np. tabletek antykoncepcyjnych, sterydów).

11. Skóra

Uczeń:

- 2) opisuje stan zdrowej skóry oraz rozpoznaje niepokojące zmiany na skórze, które wymagają konsultacji lekarskiej.

12. Rozmnażanie i rozwój

Uczeń:

- 4) przedstawia cechy i przebieg fizycznego, psychicznego i społecznego dojrzewania człowieka;
- 5) przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową.

VII. Stan zdrowia i choroby

Uczeń:

- 1) przedstawia znaczenie pojęć „zdrowie” i „choroba” (zdrowie jako stan równowagi środowiska wewnętrznego organizmu, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne; choroba jako zaburzenie tego stanu);
- 2) przedstawia negatywny wpływ na zdrowie człowieka niektórych substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol), narkotyków i środków dopingujących oraz nadużywania kofeiny i niektórych leków (zwłaszcza oddziałujących na psychikę);
- 3) wymienia najważniejsze choroby człowieka wywoływane przez wirusy, bakterie, protisty i pasożyty zwierzęce oraz przedstawia zasady profilaktyki tych chorób; w szczególności przedstawia drogi zakażenia się wirusami HIV, HBV i HCV oraz HPV, zasady profilaktyki chorób wywołanych przez te wirusy oraz przewiduje indywidualne i społeczne skutki zakażenia;

- 4) przedstawia czynniki sprzyjające rozwojowi choroby nowotworowej (np. niewłaściwa dieta, tryb życia, substancje psychoaktywne, promieniowanie UV) oraz podaje przykłady takich chorób;
- 5) przedstawia podstawowe zasady profilaktyki chorób nowotworowych;
- 6) uzasadnia konieczność okresowego wykonywania podstawowych badań kontrolnych (np. badania stomatologiczne, podstawowe badania krwi i moczu, pomiar tętna i ciśnienia krwi);
- 7) analizuje informacje dotyczące leków oraz wyjaśnia, dlaczego nie należy przyjmować leków ogólnodostępnych bez wyraźnej potrzeby oraz dlaczego antybiotyki i inne leki należy stosować zgodnie z zaleceniem lekarza (dawka, godziny przyjmowania leku i długość kuracji);
- 8) przedstawia podstawowe zasady higieny;
- 9) analizuje związek pomiędzy prawidłowym wysypianiem się a funkcjonowaniem organizmu, w szczególności wpływ na procesy uczenia się i zapamiętywania oraz odporność organizmu.

Komentarz do realizacji zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej

Podczas edukacji biologicznej, przy okazji realizacji wymienionych treści nauczania, należy zwrócić uwagę na wymagania dotyczące zarówno **umiejętności obserwacji własnego organizmu, identyfikowania objawów zdrowia, jak i zaburzeń związanych z niedomaganiami i chorobami**. Uczeń gimnazjum powinien zdobyć kluczowe kompetencje w zakresie znajomości budowy i funkcjonowania poszczególnych układów anatomicznych człowieka oraz profilaktyki dysfunkcji i chorób związanych z niewłaściwym stylem życia.

W podstawie programowej biologii w gimnazjum zaleca się doświadczenia i obserwacje⁸⁶. Niezależnie od ich poziomu i treści niezbędne jest przedstawienie uczniom podstaw metodyki badań naukowych. Ma to duże znaczenie również przy realizacji treści edukacji zdrowotnej, podnosi bowiem poziom kluczowych kompetencji ucznia.

Wskazówki dla nauczyciela

Podczas lekcji biologii należy:

- Uwzględnić aspekt tematu związany ze zdrowiem.
- Zapewnić bezpieczeństwo i higienę pracy ucznia.
- Zwracać uwagę na higienę poszczególnych układów anatomicznych człowieka podczas przedstawiania ich budowy i funkcji.
- Uczyc (w formie praktycznej) udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach.
- Przygotowywać instrukcje doświadczeń, stosując schemat: temat – problem badawczy, krótki opis istoty problemu, cel doświadczenia, materiał, metoda – sposób wykonania, sposób zapisywania wyników, analiza, wnioski.

W podstawie programowej biologii umieszczono treści, które znajdują się także w podstawie innych przedmiotów, np. wychowania fizycznego (aktywność fizyczna, kontrolowanie masy ciała) czy szkolnego programu profilaktyki (zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych). Ważna jest zatem współpraca nauczyciela biologii z nauczycielami wychowania fizycznego, pedagogiem szkolnym, wychowawcami klas, z pielęgniarką szkolną, która również podejmuje wiele zagadnień zawartych w podstawie programowej biologii.

Literatura uzupełniająca

Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja przyrodnicza w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 5.

Chapleau W., (2010), *Ratownictwo medyczne*, Wrocław, Górnicki Wydawnictwo Medyczne.

Rosiński W. (red.), (2008), *Pierwsza pomoc przedmedyczna*, publikacja portalu internetowego www.ratownictwo.win.pl

⁸⁶ Tamże, s. 73–81.

Przykład instrukcji doświadczenia

Temat: **Badanie wpływu wysiłku fizycznego na poziom tętna i ciśnienia krwi**

Zadanie	Pomoce
Zbadanie tętna i ciśnienia krwi uczniów w czasie spoczynku i po wysiłku.	<ul style="list-style-type: none"> • aparat do mierzenia ciśnienia • stopery lub zegarki z sekundnikami
Przebieg zajęć	
<p>1. Wprowadzenie</p> <p>Wyjaśnij uczniom, że prawidłowe tętno i ciśnienie krwi świadczy m.in. o zdrowiu człowieka. Każdy powinien umieć zbadać tętno i ciśnienie krwi. Ta umiejętność oceny stanu zdrowia może okazać się bardzo ważna przy ocenie stanu chorego podczas udzielania pierwszej pomocy, jak również przy samopomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach. Tętno to uderzenie fali krwi o ścianę naczynia tętniczego. Ciśnienie krwi odzwierciedla nacisk krwi na ściany większych tętnic w czasie skurczu i rozkurczu serca. Podczas zapisywania wyniku pomiaru ciśnienia (RR) pierwsza wartość oznacza ciśnienie skurczowe (<i>systole</i>), a druga ciśnienie rozkurczowe (<i>diastole</i>).</p> <p>2. Badanie tętna i ciśnienia krwi w stanie spoczynku – instrukcja</p> <p>a) Pomiar tętna: przyłóż trzy środkowe palce swojej ręki do tętnicy promieniowej (znajdującej się na przedłużeniu kciuka) kolegi/koleżanki, dociśnij lekko tętnicę, aż wyczujesz pulsowanie naczynia. Patrząc na sekundnik, licz uderzenia przez 30 sekund, następnie pomnóż tę liczbę przez 2 i zapisz wynik.</p> <p>b) Pomiar ciśnienia: załóż mankiet aparatu do mierzenia ciśnienia na ramię kolegi/koleżanki (tuż nad zgięciem łokciowym) naciśnij przycisk aparatu i poczekaj na wyświetlenie wyniku. Zapisz wynik w tabelce. Podczas mierzenia tętna i ciśnienia krwi dana osoba powinna siedzieć spokojnie, nie rozmawiać i nie wykonywać żadnych ruchów.</p> <p>3. Badanie tętna i ciśnienia krwi po wysiłku – instrukcja</p> <p>Poproś kolegę/koleżankę o wykonanie wysiłku (np. 20–30 przysiadów) i powtórz badanie tętna. Zapisz wynik. Następnie zmierz ciśnienie krwi. Zapisz wynik.</p> <p>4. Analiza wyników</p> <p>Porównaj wartości tętna i ciśnienia krwi w stanie spoczynku i po wysiłku zapisane w tabeli wyników. Porównaj też wyniki otrzymane w stanie spoczynku ze średnimi wartościami prawidłowymi.</p> <p>5. Wnioski</p> <p>Poproś o odpowiedź na pytania:</p> <p>Czy wartości tętna i ciśnienia krwi badanego kolegi w stanie spoczynku są prawidłowe?</p> <p>Czy wyniki badań zmieniły się po wysiłku?</p> <p>Jaki wpływ ma wysiłek fizyczny na poziom tętna i ciśnienia krwi?</p> <p>Czy jest to zjawisko pozytywne dla organizmu?</p>	

Tabela wyników pomiaru – przykład

Uczeń	Tętno		Ciśnienie krwi	
	w stanie spoczynku	po wysiłku	w stanie spoczynku	po wysiłku
1.	75/min	100/min	116/80 mmHg	125/83 mmHg
2.				
3.				

Prawidłowe średnie wartości tętna w stanie spoczynku:

- niemowlęta – 130/min
- dzieci (do lat 10) – 100/min
- młodzież – 85/min
- dorośli – 70/min
- osoby starsze – 60/min

Średnie ciśnienie tętnicze w stanie spoczynku:

- dorośli – 120/80 mmHg
- dzieci – prawidłowe wartości ciśnienia krwi są niższe

2.3. JĘZYK OBCY NOWOŻYTNY⁸⁷

Magdalena Szpotowicz

W podstawie programowej kształcenia ogólnego dla III i IV etapu edukacyjnego 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 zdrowiu⁸⁸”. Nauczyciele języka obcego powinni również włączyć się do jej realizacji.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe dotyczące edukacji zdrowotnej⁸⁹

W podstawie programowej języka obcego nowożytnego na tym poziomie edukacyjnym uwzględniono następujące treści, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej (ramka):

Wymagania szczegółowe z podstawy programowej przedmiotu język obcy nowożytny, 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, uczucia i emocje, zainteresowania);5) życie rodzinne i towarzyskie (np. członkowie rodziny, koledzy, przyjaciele, czynności życia codziennego, formy spędzania czasu wolnego);6) żywienie (np. artykuły spożywcze, posiłki, lokale gastronomiczne);8) podróżowanie i turystyka (np. środki transportu, orientacja w terenie, informacja turystyczna, zwiedzanie);10) sport (np. popularne dyscypliny sportu, sprzęt sportowy, imprezy sportowe);11) zdrowie (np. higieniczny tryb życia, samopoczucie, choroby, ich objawy i leczenie). <p>4. Uczeń tworzy bardzo krótkie, proste i zrozumiałe wypowiedzi ustne:</p> <ul style="list-style-type: none">5) wyraża swoje opinie i uczucia;6) przedstawia intencje i plany na przyszłość. <p>7. 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);5) wyraża swoje opinie i życzenia, pyta o opinie i życzenia innych;6) wyraża swoje emocje (np. radość, niezadowolenie, zdziwienie); <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 stwarzają wiele możliwości do realizowania programu edukacji zdrowotnej. Zakres tematów poruszanych w kształceniu językowym daje okazję do kształtowanie postaw sprzyjających rozwojowi osobistemu i społecznemu młodzieży. Prawie wszystkie cele edukacji zdrowotnej wymienione w części pierwszej rozdz. 3 podstawy programowej mogą być realizowane podczas lekcji języka obcego.

Sposób realizacji treści związanych z edukacją zdrowotną jest jednak w dużej mierze uzależniony od tego, w jakim stopniu kładą na nie nacisk autorzy podręczników i programów nauczania, jakimi posługuje się nauczyciel. Podręczniki zatwierdzone do użytku szkolnego muszą

⁸⁷ Wymagania dotyczą poziomu III.0 dla początkujących oraz poziomu III.1 dla II etapu edukacyjnego.

⁸⁸ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009). *Podstawa programowa z komentarzami. Języki obce w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 3, s. 23.

⁸⁹ Tamże, s. 27–46.

zawierać ww. zakresy tematyczne, ale tematy te mogą być przedstawione w różny sposób i nie zawsze podkreślać zagadnienia związane ze zdrowiem oraz rozwojem fizycznym, psychicznym i społecznym ucznia. **Realizacja edukacji zdrowotnej na lekcjach języka obcego wymaga zrozumienia przez nauczyciela znaczenia edukacji zdrowotnej i eksponowania tych treści oraz zachęcania uczniów do praktykowania zachowań prozdrowotnych.**

Treści podstawy programowej na III etapie edukacji w języku obcym nowożytnym dotyczą wszystkich trzech wymiarów zdrowia – fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Treści dotyczące:

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

- żywienie (sposób odżywiania się, wartość odżywcza produktów, nawyki żywieniowe);
- podróżowanie i turystyka (orientacja w terenie, aktywny sposób spędzania czasu wolnego);
- sport (popularne dyscypliny sportu, sprzęt sportowy, rekreacja);
- zdrowie (higieniczny tryb życia, samopoczucie, choroby, ich objawy i leczenie, uzależnienia).

Przy tej okazji nauczyciele mogą pomagać uczniom w poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, rozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać.

- **Zdrowia psychicznego** realizowane są podczas wprowadzania słownictwa i struktur potrzebnych do omawiania tematu „człowiek” (dane personalne, wygląd zewnętrzny, uczucia i emocje, zainteresowania). Ucząc jak tworzyć wypowiedzi i reagować w różnych sytuacjach dnia codziennego w języku obcym, nauczyciel pomaga uczniom:

- wyrażać swoje opinie i uczucia,
- opisywać intencje, marzenia, nadzieje i plany na przyszłość,
- wyrażać swoje opinie i życzenia, pytać o opinie i życzenia innych,
- wyrażać swoje emocje (np. radość, niezadowolenie, zdziwienie).

Nauczyciel może także wspierać uczniów we wzmacnianiu poczucia własnej wartości oraz 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 omawiania tematu „życie rodzinne i towarzyskie” (np. członkowie rodziny, koledzy, przyjaciele, czynności życia codziennego, formy spędzania czasu wolnego, styl życia, konflikty i problemy). Ponadto nauczyciel może ćwiczyć z uczniami:

- nawiązywanie kontaktów towarzyskich (np. przedstawianie siebie i innych osób, przywitania i pożegnania, udzielanie podstawowych informacji na swój temat i pytanie o dane rozmówcy i innych osób);
- proszenie o radę i udzielanie rad.

Ważnym zagadnieniem związanym ze zdrowiem społecznym jest zapis w podstawie programowej dotyczący współdziałania uczniów w grupie podczas językowych prac projektowych⁹⁰. Przy tej okazji nauczyciele mogą pomagać uczniom w rozwijaniu umiejętności społecznych oraz w przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, 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 włącza ją w konkretne cele lekcji oraz spontanicznie nawiązuje do kwestii związanych ze zdrowiem.

⁹⁰ M. Szpotowicz, (2011), *Europejski Wymiar Edukacji – program Comenius w Polsce*, Warszawa, Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.

Przykłady integracji edukacji językowej i edukacji zdrowotnej

- Wykorzystywanie tematów, sytuacji, tekstów lub okoliczności do rozmów o zdrowym stylu życia.
- Tworzenie przyjaznej atmosfery opartej na wzajemnym zaufaniu, w której uczniowie chcą dzielić się swoimi opiniami i obserwacjami.
- Zachęcanie uczniów do refleksji nad swoim stylem życia i jego związkiem ze zdrowiem oraz dzielenia się opiniami.
- Pozytywne i życzliwe komentowanie działań prozdrowotnych podejmowanych przez uczniów lub bohaterów omawianych tekstów.
- Tworzenie dla uczniów wzorców zachowań prozdrowotnych np. pochwała regularnej aktywności fizycznej, zdrowego żywienia, niepalenia papierosów.
- Wdrażanie pracy w grupach i przygotowywanie uczniów do współpracy według ustalonych zasad wspólnych działań i projektów.
- Indywidualizowanie podejścia do każdego ucznia i umożliwienie mu odnalezienia swoich mocnych stron oraz doświadczenia poczucia sukcesu.
- Wskazywanie uczniom sposobów samodzielnej pracy nad swoimi umiejętnościami językowymi oraz udzielania sobie nawzajem wsparcia w uczeniu się i codziennych czynnościach.

Takie działania nauczyciela języka obcego są wskazane podczas realizacji wszystkich lekcji językowych, również tych niezawierających elementów edukacji zdrowotnej. Warto do takiego podejścia zachęcać, bo przyczynia się ono do skutecznego nauczania i uczenia się w warunkach sprzyjających przyswajaniu języka obcego.

Przykład realizacji edukacji zdrowotnej na lekcji języka obcego na III etapie edukacyjnym

Temat: **Rozwiązywanie problemów (II lub III klasa gimnazjum)**

Zadania	Pomoce
<p>Cele ogólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ćwiczenie myślenia problemowego, – ćwiczenie znajdowania wspólnych rozwiązań, – wykorzystanie dramy w nauce języka obcego, – integracja edukacji językowej oraz zdrowotnej. <p>Cele szczegółowe:</p> <p>Język obcy nowożytny:</p> <ul style="list-style-type: none"> – powtórzenie czasowników modalnych (musieć, powinno się), – prowadzenie rozmowy na temat zachowań innych osób, – przedstawianie opinii swoich i innych osób, – czytanie ze zrozumieniem krótkich tekstów i znajdowanie w nich szczegółowych informacji oraz określanie głównej myśli tekstu. <p>Edukacja zdrowotna:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wzmacnianie poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości; – rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia. 	<ul style="list-style-type: none"> • karty z opisami sytuacji problemowych • karty obrazkowe przedstawiające osoby w sytuacjach, z których wynikają zakazy lub nakazy albo wskazują na to, co się powinno lub czego nie powinno się robić • karty z zadaniami • opowiadanie <p>Czas: 45 minut</p>
Przebieg zajęć	
<p>1. Rozgrzewka językowa</p> <p>a) Zapytaj w języku obcym uczniów: Kto to jest dobry kolega? Uczniowie podają jego cechy zgłaszając się spontanicznie.</p> <p>b) Zapisz na tablicy: „Dobry kolega powinien.....; nie powinien.....; musi.....; nie musi.....”. Poproś uczniów o pomoc w uzupełnieniu zapisów.</p> <p>2. Powtórzenie struktur gramatycznych</p> <p>Powtórz z uczniami czasowniki modalne typu musieć, powinno się w różnych formach osobowych w czasie teraźniejszym, posługując się kartami obrazkowymi, które przedstawiają sytuacje, z których wynika co dana osoba powinna/musi albo czego nie powinna/nie musi robić.</p>	

3. Ćwiczenie struktur gramatycznych – odgrywanie ról

- a) Podziel grupę uczniów na kilkuosobowe zespoły i daj każdemu z nich kartę z opisem sytuacji, w której mogliby się znaleźć. Zadaniem każdego zespołu jest ustalenie, co należy zrobić w takiej sytuacji oraz przygotowanie scenki ilustrującej próbę rozwiązania problemu lub sytuacji konfliktowej.
- b) Poproś, aby kolejne zespoły przeczytały głośno opisy sytuacji, którą dostali do przedyskutowania i przedstawiają scenki. Po każdej scenie nauczyciel zachęca całą klasę do krótkiej dyskusji na temat zaproponowanego rozwiązania i ewentualnego zaproponowania innych scenariuszy rozwiązania problemu.

4. Ćwiczenie alternatywne Rozwiązywanie problemów – dyskusja

- a) Przedstaw uczniom zamieszczone niżej opowiadanie. Poproś ich, aby zastanowili się co zrobić, żeby Tomek mógł chodzić do szkoły i żeby był tam bezpieczny.
- b) Podziel klasę na kilka małych grup dyskusyjnych i rozdaj im karty z zadaniami (patrz niżej).
- c) Po przedyskutowaniu zadania w grupach poproś, aby przedstawiciel każdej z nich zaprezentował przygotowane pomysły.
- d) Zachęć do dyskusji o tym, czy są w szkole osoby, którym można zaproponować wsparcie, i w jaki sposób, żeby chcieli je przyjąć.

5. Praca domowa. Poproś, aby uczniowie opisali jedną prawdziwą lub wymyśloną sytuację problemową jako kartę pracy na następną lekcję albo dla innej grupy do wykorzystania w dyskusji.

Przykłady kart sytuacyjnych

Karta 1

Wdzieliście, jak kolega ściągał na lekcji od koleżanki i pytał ją o odpowiedź, a to ona została ukarana obniżeniem oceny z klasówki. Co powinniście zrobić? Przedyskutujcie w grupie, jakie jest najlepsze rozwiązanie i przygotujcie dialog, który odegracie przed klasą.

Karta 2

Jedna z osób w klasie nie chce jechać na wycieczkę szkolną i nie podaje powodu. Co powinniście zrobić? Przedyskutujcie w grupie, jakie jest najlepsze rozwiązanie i przygotujcie dialog, który odegracie przed klasą.

Karta 3

Widziałeś, jak koleżanka z innej klasy obrażała młodszego kolegę, dlatego że ten nosi skromne i niemarkowe ubrania. Co powinniście zrobić? Przedyskutujcie w grupie, jakie jest najlepsze rozwiązanie i przygotujcie dialog, który odegracie przed klasą.

Opowiadanie

Podczas weekendu spotkałem się z rodziną i rozmawiałem z chłopcem, który przeszedł kolejną skomplikowaną operację rekonstrukcji stopy, zniekształconej wiele lat temu wskutek poważnego wypadku. Pomimo tego, że nadal chodzi o kulach, a nogę ma w gipsie, 1 września poszedł do szkoły, gdyż był to jego pierwszy dzień w gimnazjum.

Szkoła jest duża, dwupiętrowa, a plan zajęć klasy Tomka jest tak ułożony, że każda lekcja odbywa się na innym piętrze. Na dodatek jego plecak jest ciężki, bo każdego dnia jest kilka różnych lekcji... Tomek bardzo stara się nie zwracać na siebie uwagi, ponieważ od dawna jego noga jest problemem i od lat chodzi lekko kulejąc, więc i teraz też nie traci ducha. Jednak już drugiego dnia w szkole przewrócił się w łazience – przewrócił się z powodu śliskiej kałuży z rozlanej wody, kule rozjechały się na mokrej podłodze... Upadając stłukł sobie biodro.

Rodzice Tomka i on sam zastanawiają się co zrobić w tej sytuacji, czy powinien chodzić do szkoły, czy na jakiś czas zostać w domu? Wtedy na pewno będzie miał wiele zaległości i nie nawiąże kontaktów z nowymi kolegami.

Karty z zadaniami

Grupa 1: Wyobraźcie sobie, że jesteście wychowawcą klasy Tomka. Co można zrobić, żeby jego nauka w szkole była łatwiejsza?

Grupa 2: Wyobraźcie sobie, że jesteście kolegami z klasy, którzy mieszkają niedaleko Tomka. Co możecie zrobić, żeby ułatwić mu bezpieczne przebywanie w szkole?

Grupa 3: Wyobraźcie sobie, że jesteście rodzicami Tomka. Do kogo i w jaki sposób możecie zwrócić się o pomoc Tomkowi w szkole?

Grupa 4: Wyobraźcie sobie, że jesteście w sytuacji Tomka. Do kogo powinien się zwrócić i w jak sposób?

2.4. WIEDZA O SPOŁECZEŃSTWIE

Alicja Pacewicz

Przedmiot wiedza o społeczeństwie nie odwołuje się wprawdzie bezpośrednio do edukacji zdrowotnej, stwarza jednak wiele możliwości rozwijania w uczniach 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 swój wyraz w rekomendacjach Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 2006 r., w których czytamy m.in.: „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”. 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 właściwie zdrowia fizycznego. I tak pierwsze wymagania ogólne na wszystkich etapach kształcenia odwołują się do trzech ważnych płaszczyzn rozwoju kompetencji społecznych i obywatelskich. Są to kolejno: wykorzystanie i tworzenie informacji, rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów oraz współdziałanie w sprawach publicznych.

Cele kształcenia – wymagania ogólne⁹¹

W celach kształcenia – wymaganiach ogólnych na III etapie edukacyjnym wymieniono m.in.:

- I. Wykorzystanie i tworzenie informacji.** Uczeń znajduje i wykorzystuje informacje na temat życia publicznego; wyraża własne zdanie w wybranych sprawach publicznych i uzasadnia je; jest otwarty na odmienne poglądy.
- II. Rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów.** Uczeń rozpoznaje problemy najbliższego otoczenia i szuka ich rozwiązań.
- III. Współdziałanie w sprawach publicznych.** Uczeń współpracuje z innymi – planuje, dzieli się zadaniami i wywiązuje się z nich.

⁹¹ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009). *Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja historyczna i obywatelska w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 4, s. 85.

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, lecz także w odniesieniu do reguł życia w swojej klasie, grupie rówieśniczej, szkole i jej otoczeniu. To właśnie tu uczą się **wyrażać własne zdanie i uzasadniać je, 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 świetlicy.

Rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów to wymaganie ogólne, które także „przecina” wszystkie etapy edukacyjne. W gimnazjum uczniowie zajmują się przede wszystkim problemami swojego najbliższego otoczenia. Kompetencje z tym związane pozwolą młodemu człowiekowi stawiać czoła problemom w życiu szkolnym, zawodowym i społecznym. Mogą też 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 życiu szkoły, a także miejscowości uczniów. Dlatego w samej podstawie programowej przedmiotu, a także w uwagach do jej realizacji, znalazły się rekomendacje dotyczące **włączania uczniów** w decyzje dotyczące życia szkoły i 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.).

Kolejny kluczowy element nauczania wiedzy o społeczeństwie i edukacji obywatelskiej w ogólności to **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”⁹² 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 właśnie 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 nabywania tych umiejętności i postaw w realnym działaniu, a nie z podręczników i wykładów. Warto dodać, że zgodnie z rekomendacjami MEN⁹³ ok. 20% treści i umiejętności szczegółowych przedmiotu wiedza o społeczeństwie powinno być realizowanych właśnie przez uczniowskie projekty edukacyjne. W gimnazjum projekt stanowi zresztą **obligatoryjny dla wszystkich uczniów element procesu nauczania** i może być wprowadzany na wszystkich przedmiotach i/lub międzyprzedmiotowo.

Pozostałe wymagania ogólne w gimnazjum dotyczą wprawdzie zasad i procedur demokratycznych, kwestii ustrojowych oraz problemów współczesnego świata, ale one także, w dłuższej perspektywie, sprzyjają kształtowaniu zdrowia społecznego 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 **lepsze rozumienie mechanizmów tych zjawisk prowadzi do lepszego radzenia sobie** w trudnych sytuacjach, a także zwiększa **odporność na populistyczne obietnice** szybkiego rozwiązania tych złożonych problemów.

⁹² J. Czapirski, T. Panek (red.), (2009), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego.

⁹³ Ministerstwo Edukacji Narodowej, (2009), *Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja historyczna i obywatelska w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, t. 4.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe⁹⁴ a zdrowie społeczne uczniów

Niżej zamieszczono wymagania szczegółowe w podstawie programowej przedmiotu wiedza o społeczeństwie na III etapie edukacyjnym, które można wykorzystać do wspierania zdrowia społecznego, a pośrednio także zdrowia psychicznego uczniów.

Wymagania szczegółowe z podstawy programowej z przedmiotu wiedza o społeczeństwie, które można wykorzystać w edukacji zdrowotnej

1. Podstawowe umiejętności życia w grupie

Uczeń:

- 1) omawia i stosuje zasady komunikowania się i współpracy w grupie (np. bierze udział w dyskusji, zebraniu, wspólnym działaniu);
- 2) wymienia i stosuje podstawowe sposoby podejmowania wspólnych decyzji;
- 3) przedstawia i stosuje podstawowe sposoby rozwiązywania konfliktów w grupie i między grupami;
- 4) wyjaśnia na przykładach, jak można zachować dystans wobec nieaprobowanych przez siebie zachowań grupy lub jak im się przeciwstawić.

2. Życie społeczne

Uczeń:

- 1) podaje przykłady zbiorowości, grup, społeczności i wspólnot; charakteryzuje rodzinę i grupę rówieńczą jako małe grupy;
- 2) wyjaśnia na przykładach znaczenie podstawowych norm współżycia między ludźmi, w tym wzajemności, odpowiedzialności i zaufania;
- 3) charakteryzuje życie szkolnej społeczności, w tym rolę samorządu uczniowskiego; wyjaśnia, na czym polega przestrzeganie praw ucznia;
- 4) rozpoznaje role społeczne, w których występuje oraz związane z nimi oczekiwania;
- 5) wyjaśnia, jak tworzą się podziały w grupie i w społeczeństwie (np. na „swoich” i „obcych”), i podaje możliwe sposoby przeciwstawiania się przejawom nietolerancji.

3. Współczesne społeczeństwo polskie

Uczeń:

- 3) przedstawia wybrany problem społeczny ważny dla młodych mieszkańców swojej miejscowości i rozważa jego możliwe rozwiązania.

4. Być obywatelem

Uczeń:

- 3) przedstawia cechy dobrego obywatela; odwołując się do historycznych i współczesnych postaci, wykazuje znaczenie postaw i cnót obywatelskich.

5. Udział obywateli w życiu publicznym

Uczeń:

- 5) opracowuje – indywidualnie lub w zespole – projekt uczniowski dotyczący rozwiązania jednego z problemów społeczności szkolnej lub lokalnej i w miarę możliwości go realizuje (np. jako wolontariusz).

6. Środki masowego przekazu

Uczeń:

- 3) wyszukuje w mediach wiadomości na wskazany temat; wskazuje różnice między przekazami i odróżnia informacje od komentarzy; krytycznie analizuje przekaz reklamowy.

23. Problemy współczesnego świata

Uczeń:

- 4) rozważa, jak jego zachowania mogą wpływać na życie innych ludzi na świecie (np. oszczędzanie wody i energii, przemyślane zakupy).

30. Wybór szkoły i zawodu

Uczeń:

- 1) planuje dalszą edukację (w tym wybór szkoły ponadgimnazjalnej), uwzględniając własne preferencje i predyspozycje;
- 2) wyszukuje informacje o możliwościach zatrudnienia na lokalnym, regionalnym i krajowym rynku pracy (urzędy pracy, ogłoszenia, internet).

⁹⁴ Tamże, s. 85–92.

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 wiedzy o społeczeństwie ułatwiać powinna rozpoznanie i rozwijanie tych więzów. Na III etapie edukacyjnym znajdują się treści i umiejętności związane z otwartością na inne niż „my” grupy społeczne (wymaganie 2.5). Nauczyciel powinien przygotować uczniów do rozpoznawania stereotypów narodowych czy społecznych i do nieulegania im, przestrzega się tu przed szowinizmem, rasizmem i dyskryminacją. Trudno oczywiście oczekiwać, że same lekcje wiedzy o społeczeństwie wystarczą, aby uczynić uczniów **otwartymi i tolerancyjnymi**, ale przy mądrej asyście nauczyciela mogą one stać się pierwszym miejscem refleksji młodzieży na ten temat.

Jednym z obszarów, w których ogniskują się problemy młodych ludzi jest funkcjonowanie w grupie – **komunikacja, podejmowanie decyzji, konstruktywne radzenie sobie z problemami**, które nieuchronnie się pojawiają, a także z **konfliktami** wewnątrz grupy (wymagania 1.1, 1.2, 1.3, 1.4).

Zapisy dotyczące **życia szkolnej społeczności** oraz **samorządności uczniowskiej** (patrz wymaganie 2.3), tzn. prawa uczniów do współdecydowania oraz aktywnego uczestniczenia w życiu szkoły, stwarzają przestrzeń do rozmowy, a co ważniejsze do działań w samorządzie klasowym, szkolnym czy choćby powoływanych ad hoc grupach uczniów, którzy „mają jakiś pomysł”.

Lekcje o **prawach uczniów i możliwościach ich ochrony** (wymaganie 2.3), zwłaszcza, jeśli nauczyciel i uczniowie odnoszą je do realiów swojej szkoły, mogą zwiększyć ich poczucie bezpieczeństwa, umiejętność korzystania w trudnych sytuacjach z należnych im praw i skutecznego stawania w obronie własnej oraz 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 ich słuszne i zgodne z prawem postulaty.

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 wychowankom zmierzenie się z tym trudnym tematem (co ja mam dalej robić? Jak szukać szkoły? Czy iść na studia, a jeżeli tak, to na jakie? Gdzie mam szansę na pracę?) i pomoże – przynajmniej części uczniom – 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 III etapie, punkt 30.

Warunki skuteczności edukacji obywatelskiej, społecznej i zdrowotnej

Wskazane zapisy z podstawy programowej przedmiotu wiedza o społeczeństwie nie gwarantują, 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 przykłada**.

Należy także 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 przezwyciężeniach, 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, szerzej – sposób zarządzania szkołą i jej klimat. Z badań edukacyjnych i metaanaliz prowadzonych w wielu krajach wynika, że wzajemne relacje między nauczycielami i uczniami, relacje uczniów ze sobą, a także kontakty szkoły z rodzicami i jej otoczeniem mają **silny wpływ nie tylko na społeczne funkcjonowanie uczniów, lecz także na 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,
 - brali udział w dyskusjach na forum klasy i szkoły,
 - mieli realny wpływ na wybrane obszary życia szkoły, m.in. w ramach samorządu uczniowskiego,
 - budowali swoje poczucie wartości i sprawstwa w życiu społecznym oraz zaufanie do innych.

Należy podkreślić, że gimnazjum to właśnie ten etap edukacyjny, w którym najłatwiej angażować uczniów w działania obywatelskie i społeczne służące ich rozwojowi i zdrowiu. Gimnazjaliści są gotowi brać w nich udział, jednak zwykle pod warunkiem, że mają poczucie ich autentyczności, a nie jedynie „realizacji programu wychowawczego szkoły”, czy też na potrzeby szkolnej sprawozdawczości („nasi uczniowie zorganizowali w tym roku dwie uroczyste akademie”). Nauczyciele wiedzy o społeczeństwie – choćby w ramach projektów edukacyjnych – mogą pomóc młodym ludziom znaleźć obszary realnego działania i odpowiedzialności, ale muszą w tym uzyskać wsparcie dyrekcji, innych nauczycieli, a często także rodziców.

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.

2.5. INNE PRZEDMIOTY⁹⁵

Niżej wymieniono treści nauczania – wymagania szczegółowe (w niektórych przypadkach również cele kształcenia – wymagania ogólne) dotyczące bezpośrednio lub pośrednio edukacji zdrowotnej uwzględnione w podstawie programowej innych przedmiotów na III etapie edukacyjnym (gimnazjum).

JĘZYK POLSKI

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

I. 1. Czytanie i słuchanie. Uczeń:

- 6) rozpoznaje wypowiedzi o charakterze emocjonalnym i perswazyjnym;
- 7) rozpoznaje intencje wypowiedzi (aprobatę, dezaprobatę, negację, prowokację);
- 8) dostrzega w wypowiedzi ewentualne przejawy agresji i manipulacji.

III. 1. Mówienie i pisanie. Uczeń:

- 5) uczestniczy w dyskusji, uzasadnia własne zdanie, przyjmuje poglądy innych lub polemizuje z nimi;
- 6) przestrzega zasad etyki mowy w różnych sytuacjach komunikacyjnych, m.in. zna konsekwencje stosowania form charakterystycznych dla środków elektronicznych, takich jak SMS, e-mail, czat, blog (ma świadomość niebezpieczeństwa oszukiwania i manipulacji powodowanych anonimowością uczestników komunikacji sieci, łatwego obrażania obcych, ośmieszania i zawstydzania innych wskutek rozpowszechniania obrazów przedstawiających ich w sytuacjach kłopotliwych, zna skutki kłamstwa, manipulacji, ironii).

GEOGRAFIA

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

5. Ludność Polski. Uczeń:

- 1) wyjaśnia i poprawnie stosuje podstawowe pojęcia z zakresu demografii: przyrost naturalny, urodzenia i zgony, średnia długość życia;
- 2) odczytuje z różnych źródeł informacji (m.in. rocznika statystycznego oraz piramidy płci i wieku) dane dotyczące liczby ludności Polski, urodzeń, zgonów, przyrostu naturalnego, struktury płci, średniej długości życia w Polsce.

6. Wybrane zagadnienia geografii gospodarczej Polski. Uczeń:

- 8) wykazuje konieczność ochrony środowiska przyrodniczego i kulturowego w Polsce; wymienia formy jego ochrony, proponuje konkretne działania na rzecz jego ochrony we własnym regionie.

CHEMIA

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

4. Powietrze i inne gazy. Uczeń:

- 10) wymienia źródła, rodzaje i skutki zanieczyszczeń powietrza; planuje sposób postępowania pozwalający chronić powietrze przed zanieczyszczeniami.

⁹⁵ 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. Nr 4, poz. 17). Załącznik nr 4.

- 9. Pochodne węglowodorów. Substancje chemiczne o znaczeniu biologicznym.** Uczeń:
- 2) bada właściwości etanolu; opisuje właściwości i zastosowania metanolu i etanolu; zapisuje równania reakcji spalania metanolu i etanolu; opisuje negatywne skutki działania alkoholu etylowego na organizm ludzki;
 - 10) klasyfikuje tłuszcze pod względem pochodzenia, stanu skupienia i charakteru chemicznego; opisuje właściwości fizyczne tłuszczów; projektuje doświadczenie pozwalające odróżnić tłuszczyki nienasycone od nasyconego.

FIZYKA

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

7. Fale elektromagnetyczne i optyka. Uczeń:

- 8) wyjaśnia pojęcia krótkowzroczności i dalekowzroczności oraz opisuje rolę soczewek w ich korygowaniu.

INFORMATYKA

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Bezpieczne posługiwanie się komputerem i jego oprogramowaniem, korzystanie z sieci komputerowej. Uczeń:

- 5) samodzielnie i bezpiecznie pracuje w sieci lokalnej i globalnej.

EDUKACJA DLA BEZPIECZEŃSTWA

Cele kształcenia – wymagania ogólne

II. Przygotowanie do działania ratowniczego. Uczeń zna zasady prawidłowego działania w przypadku wystąpienia zagrożenia życia i zdrowia.

III. Nabycie umiejętności udzielania pierwszej pomocy. Uczeń umie udzielać pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

2. Ochrona przed skutkami różnorodnych zagrożeń. Uczeń:

- 1) przedstawia typowe zagrożenia zdrowia i życia podczas powodzi, pożaru itp.;
- 7) omawia zasady zachowania się podczas wypadków i katastrof komunikacyjnych, technicznych i innych.

3. Źródła promieniowania jądrowego i jego skutki. Uczeń:

- 3) wyjaśnia znaczenie pojęć: odczekażenie, dezaktywacja, dezynfekcja, deratyzacja;
- 4) wyjaśnia, na czym polegają zabiegi sanitarne i specjalne.

4. Oznakowanie substancji toksycznych na środkach transportowych i magazynach.

Uczeń:

- 1) wymienia rodzaje znaków substancji toksycznych i miejsca ich eksponowania;
- 2) rozpoznaje znaki substancji toksycznych na pojazdach i budowlach;
- 4) wykorzystuje różne materiały na zastępcze środki ochrony dróg oddechowych i skóry.

5. Ostrzeżenie ludności o zagrożeniach i alarmowanie. Uczeń:

- 1) definiuje i rozpoznaje rodzaje alarmów i sygnałów alarmowych.

6. Bezpieczeństwo i pierwsza pomoc. Uczeń:

- 1) uzasadnia znaczenie udzielania pierwszej pomocy;
- 2) omawia zasady postępowania aseptycznego i bezpiecznego dla ratownika;

- 3) wzywa odpowiednią pomoc;
- 4) rozpoznaje stopień zagrożenia osoby poszkodowanej i wyjaśnia zasady bezpiecznego postępowania w rejonie wypadku;
- 5) omawia zasady zabezpieczenia miejsca wypadku;
- 6) wyjaśnia, jak należy udzielać pomocy w wypadku drogowym, podczas kąpieli, załamania lodu, porażenia prądem;
- 7) omawia sposób wynoszenia poszkodowanego ze strefy zagrożenia;
- 8) rozpoznaje stan przytomności, bada oddech i tętno;
- 9) wymienia zagrożenia dla osoby nieprzytomnej;
- 10) układa osobę nieprzytomną w pozycji bezpiecznej;
- 11) wykonuje samodzielnie resuscytację krążeniowo-oddechową;
- 12) udziela pomocy osobie porażonej prądem;
- 13) wyjaśnia, dlaczego duże krwotoki i wstrząs pourazowy zagrażają życiu;
- 14) tamuje krwotoki za pomocą opatrunku;
- 15) udziela pomocy przy złamaniach i zwichnięciach;
- 16) udziela pomocy przy zatruciach: pokarmowych, lekami, gazami, środkami chemicznymi;
- 17) omawia skutki działania niskiej i wysokiej temperatury na organizm ludzki;
- 18) udziela pomocy osobie poszkodowanej przy oparzeniu termicznym i chemicznym.

WYCHOWANIE DO ŻYCIA W RODZINIE

Cele kształcenia – wymagania ogólne

- I. Okazywanie szacunku innym ludziom, docenianie ich wysiłku i pracy, przyjęcie postawy szacunku wobec siebie. Wnoszenie pozytywnego wkładu w życie swojej rodziny.
- II. Przyjęcie integralnej wizji osoby; wybór i urzeczywistnianie wartości służących osobowemu rozwojowi; kierowanie własnym rozwojem, podejmowanie wysiłku samowychowawczego zgodnie z uznawanymi normami i wartościami; poznawanie, analizowanie i wyrażanie uczuć; rozwiązywanie problemów i pokonywanie trudności okresu dorastania.
- III. Znajomość organizmu ludzkiego i zachodzących w nim zmian oraz akceptacja własnej płciowości; przyjęcie integralnej wizji ludzkiej seksualności; umiejętność obrony własnej intymności i nietykalności seksualnej oraz szacunek dla ciała innej osoby.
- IV. Korzystanie ze środków przekazu w sposób selektywny, umożliwiający obronę przed ich destrukcyjnym oddziaływaniem.
- V. Umiejętność korzystania z systemu poradnictwa dla dzieci i młodzieży.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Rozwój człowieka: faza prenatalna, narodziny, faza niemowlęca, wczesnodziecięca, przedpokwitaniowa, dojrzewania, młodości, wieku średniego, wieku późnego. Życie jako fundamentalna wartość.
2. Budowa prawidłowych relacji z rodzicami. Konflikt pokoleń; przyczyny i sposoby rozwiązywania konfliktów. Odpowiedzialność wszystkich za atmosferę panującą w rodzinie. Rodzina niepełna.
3. Rola autorytetów w życiu człowieka.
4. Relacje międzysobowe i ich znaczenie. Przyjaźń, zakochanie, miłość; pierwsze fascynacje, miłość platoniczna, miłość młodzieńcza, miłość dojrzała.
5. Zachowania asertywne.

6. Podstawowe informacje o rozwoju seksualnym człowieka: tożsamość płciowa: kobiecość i męskość.
7. Dojrzewanie. Rozumienie i akceptacja kryteriów dojrzałości biologicznej, psychicznej i społecznej.
8. Problemy i trudności okresu dojrzewania (napięcia seksualne, masturbacja), sposoby radzenia sobie z nimi, pomoc w rozeznaniu sytuacji wymagających porady lekarza lub innych specjalistów.
9. Różnice w rozwoju psychoseksualnym dziewcząt i chłopców; postawy i wzajemne oczekiwania.
10. Zagrożenia okresu dojrzewania: presja seksualna, uzależnienia, pornografia, prostytutka nieletnich.
11. Główne funkcje płciowości: wyrażanie miłości, budowanie więzi i rodzicielstwo.
12. Inicjacja seksualna; związek pomiędzy aktywnością seksualną a miłością i odpowiedzialnością; dysfunkcje związane z przedmiotowym traktowaniem człowieka w dziedzinie seksualnej. Ryzyko związane z wczesną inicjacją.
13. Kształtowanie i akceptacja tożsamości płciowej. Możliwości pomocy w pokonywaniu trudności związanych z tożsamością płciową.
14. Płodność wspólną sprawą kobiety i mężczyzny.
15. Planowanie rodziny. Metody rozpoznawania płodności. Antykoncepcja – aspekt zdrowotny, psychologiczny i etyczny.
16. Infekcje przenoszone drogą płciową. AIDS: drogi przenoszenia zakażenia, profilaktyka, aspekt społeczny.
17. Wartości związane z seksualnością człowieka: męskość, kobiecość, miłość, małżeństwo, rodzicielstwo. Znaczenie odpowiedzialności w przeżywaniu własnej płciowości oraz budowaniu trwałych i szczęśliwych więzi.
18. Wpływ sposobu spędzania wolnego czasu (w tym korzystania ze środków masowego przekazu) na człowieka.

ETYKA

Cele kształcenia – wymagania ogólne

- I. Kształtowanie refleksyjnej postawy wobec człowieka, jego natury, powinności moralnych oraz wobec różnych sytuacji życiowych.
- II. Rozpoznawanie podstawowych wartości i dokonywanie właściwej ich hierarchizacji; dokonywanie wyboru wartości i tworzenie ich hierarchii.
- III. Poznanie specyficznych norm i wartości leżących u podstaw działalności publicznej w szkole (samorząd uczniowski), społeczności lokalnej [...]; podejmowanie działań zgodnych z tymi normami i wartościami w grupie rówieśniczej i szkole.
- IV. Podjęcie odpowiedzialności za siebie i innych oraz za dokonywane wybory moralne; rozstrzyganie wątpliwości i problemów moralnych zgodnie z przyjętą hierarchią wartości i dobrem wspólnym.
- V. Stosowanie zasad harmonijnego współistnienia i współdziałania ze środowiskiem społecznym i przyrodniczym.

Treści nauczania – wymagania szczegółowe

1. Człowiek jako osoba: natura i godność człowieka.
3. Samowychowanie jako droga rozwoju.
5. Człowiek wobec wartości; człowiek wobec cierpienia i śmierci.

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-Szkutnik – pedagog, psycholog, dr n. hum. w zakresie pedagogiki. Adiunkt w Zakładzie Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Adiunkt na Wydziale Pedagogicznym Akademii Humanistycznej im. A. Gieysztor 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, doktor n. hum. w zakresie pedagogiki. Adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Prowadzi zajęcia z pedagogiki oraz edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności psychospołecznych.



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

www.ore.edu.pl



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego