

WSTĘP

Myśl włączenia treści wychowania zdrowotnego do programu szkoły ma w Polsce bogate tradycje. Już w okresie Oświecenia Grzegorz Piramowicz zwrócił uwagę na podstawową kwestię w tym zakresie stwierdzając, że wychować należy także „co do ciała, to jest zdrowia i sił” (1958, s. 6). Idea ta została podjęta przez wielu pedagogów, lekarzy, działaczy społecznych i przez lata, niezależnie od utrudnień związanych z utratą niepodległości, wojnami, a także początkiem tworzenia się naszej państwowości, w różnej formie realizowana.

Zręby teorii tej dziedziny wychowania narodziły się dopiero w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Wtedy to właśnie M. Demel uzasadnił tezę „*wychowanie warunkiem zdrowia*”, która stała się paradygmatem dla powstającej pedagogiki zdrowia.

Tworzyły się zatem podstawy teorii dla praktycznych działań, najpierw w środowisku szkolnym, potem też pozaszkolnym i oświacie dorosłych. Jednak konieczność wprowadzenia tej nieodzownej dla prawidłowego rozwoju i zdrowia dziecka praktyki przez wiele lat nie była usankcjonowana prawnie. Wśród ekspertów toczyły się dyskusje nad efektywnym modelem realizacji wychowania zdrowotnego w szkołach. Dopiero w 1999 roku, wraz z wprowadzaniem założeń reformy oświatowej, treści edukacji zdrowotnej po raz pierwszy znalazły się w podstawie programowej kształcenia ogólnego. Zdecydowano, że będzie to tzw. ścieżka edukacyjna.

Obligatoryjne włączenie wychowania zdrowotnego do szkolnego programu dydaktyczno-wychowawczego zobowiązało wszystkich nauczycieli zatrudnionych w danej placówce do realizacji treści z tego zakresu. Założonym wynikiem takich działań oraz wskaźnikiem skuteczności edukacji zdrowotnej, realizowanej w formie ścieżki międzyprzedmiotowej, powinny być zachowania prozdrowotne uczniów, wsparte wiedzą i systemem wartości.

Dziewięcioletni okres urzeczywistniania wspomnianego modelu wychowania zdrowotnego oraz zaawansowane prace nad „nową” podstawą programową stały się bodźcem do podjęcia badań, których głównym celem było dokonanie analizy porównawczej stanu edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej sprzed reformy oświatowej ze skutecznością tego procesu realizowanego w warunkach zmian legislacyjnych i organizacyjnych dokonanych w wyniku wprowadzenia w 1999 do szkoły podstawowej obowiązkowej edukacji zdrowotnej.

Wyrażam nadzieję, że wyniki przeprowadzonych badań, które zamieszczono w niniejszej pracy przyczynią się do oceny skuteczności edukacji zdrowotnej realizowanej według różnych modeli, a także będą źródłem poszukiwań lepszych rozwiązań w tym zakresie.

Prezentowana praca składa się z części teoretycznej, metodologicznej i empirycznej. Część teoretyczna obejmuje dwa pierwsze rozdziały, metodologiczną zamieszczono w trzecim, a empiryczną w czwartym.

W rozdziale pierwszym przedstawiono proces kształtowania się tożsamości wychowania zdrowotnego i jego teoretyczne podwaliny stworzone na gruncie pedagogiki. Ukazano również próby wprowadzania tej dziedziny wychowania do praktyki szkolnej oraz skupiono się na zagadnieniu kształcenia kadr pedagogicznych dla edukacji zdrowotnej.

W kolejnym rozdziale omówione zostały kluczowe determinanty warunkujące skuteczność wychowania do zdrowia i nauczania zdrowia w szkole. W dalszej części tego rozdziału przedstawiono istotę wychowania zdrowotnego oraz przegląd treści, których realizacja zapewnia praktyczne urzeczywistnienie tej edukacyjnej idei. Podmiotem rozpatrywanych działań pedagogicznych jest uczeń, a także jego potrzeby zdrowotne. Dlatego też podkreślono problemy, które dotyczą zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego wychowanków. Na zakończenie omawianego rozdziału zaprezentowana została rola nauczyciela w procesie wdrażania ucznia do ratowania, ochrony i doskonalenia zdrowia.

W rozdziale trzecim omówiono założenia metodologiczne przeprowadzonych badań, czyli cele badań, problemy, hipotezy badawcze oraz zmienne i ich wskaźniki. Opisano również wykorzystane metody, techniki, narzędzia badawcze, procedurę badań i charakterystykę badanej populacji uczniów i nauczycieli.

Ostatni, czwarty rozdział zawiera komparatystyczne ujęcie wyników szkolnej edukacji zdrowotnej realizowanej według modelu tandemowego i ścieżki edukacyjnej. Przedstawiono tu analizę porównawczą zachowań zdrowotnych uczniów w zakresie przestrzegania zasad higieny osobistej, racjonalnego odżywiania się, sposobów spędzania wolnego czasu, radzenia sobie ze stresem oraz konsumpcji środków odurzających. Zaprezentowano także wyniki badań porównawczych na temat przygotowania rzeczowego i metodycznego nauczycieli niezbędnego do realizacji wychowania zdrowotnego.

Pracę zamykają: zakończenie, wnioski z badań, pożądane kierunki modyfikacji edukacji zdrowotnej oraz zestawienie bibliograficzne, streszczenie, spis tabel, wykresów i aneks.

Za trud recenzowania prezentowanej książki pragnę podziękować dr hab. Jerzemu Pośpiechowi i dr hab. Mirosławowi Kowalskiemu. Ich życzliwe propozycje okazały się niezwykle pomocne w dokonaniu niezbędnych poprawek i nadaniu publikacji ostatecznego kształtu.

Wyrazy podziękowania składam również Profesor Gabrieli Kapicy i Profesorowi Marianowi Kapicy. Ich zachęcające wskazówki oraz liczne wspólnie odbyte dyskusje okazały się bezcenne zarówno dla powstania niniejszej pracy, jak i w chwilach zwątpienia i niepewności.

Wdzięczna jestem również mojej Rodzinie – Mężowi, Dzieciom oraz Mamie – za zrozumienie i przede wszystkim za cierpliwość.

ROZDZIAŁ 1

EDUKACJA ZDROWOTNA W PRAKTYCE SZKOLNEJ

1.1. Rozwój koncepcji wychowania zdrowotnego

Praca pedagogiczna nad zdrowiem wymaga przełożenia kategorii biologicznych na kategorie osobowościowe. Jest to niełatwa operacja, skoro wychowanie zdrowotne – w jego dojrzałej postaci - weszło w skład pedagogiki dopiero w ubiegłym stuleciu. Operacja ta przekracza wielkie granice nauki o człowieku, granice między biologią i humanistyką, naturą i kulturą (M. Demel 1999, s. 239-240). Na możliwość przekroczenia wspomnianych granic wskazał Grzegorz Piramowicz. Stwierdził on, że wychowywać należy, „co do ciała, to jest zdrowia i sił” (1958, s. 6). Formuła ta wskazuje, że ciało i jego zdrowie nie są wychowwalne, wychowaniu natomiast podlega osobowość (M. Demel 1999, s. 243). Zasada ta odnosi się także do zdrowia psychicznego i społecznego, chociaż te płaszczyzny zdrowia wcześniej stały się przedmiotem zainteresowania pedagogów, głównie ze względu na ich bezpośrednie osadzenie w osobowości człowieka.

Jednak to troska o zdrowie fizyczne stała się początkiem formowania tożsamości wychowania zdrowotnego. Już w okresie Oświecenia pojawiła się myśl pedagogiczna odnosząca się właśnie do somatyki człowieka. Grzegorz Piramowicz wychowanie fizyczne i zachowanie zdrowia uznał nawet za ważniejsze od wychowania moralnego. Dostrzegał wartość zdrowia podkreślając, że jest ono warunkiem szczęścia, a mocne ciało umożliwia sprostanie wszelkim obowiązkom życiowym. Ten wybitny pedagog rozpatrywał troskę o ciało z dwóch punktów widzenia - jako rozwijanie sił fizycznych dzieci oraz utrzymywanie zdrowia. Do rozwijania sił miały służyć ćwiczenia i gry ruchowe, natomiast do utrzymania zdrowia – higiena osobista, odżywiania, mieszkania, pracy umysłowej i hartowanie ciała (T. Mizia 1958, s. XVIII).

Pedagogiczna myśl G. Piramowicza w powiązaniu z traktatem J. Śniadeckiego „O fizycznym wychowaniu dzieci” stała się zaczątkiem tworzenia tożsamości wychowania zdrowotnego. M. Demel podkreśla harmonię stworzonej koncepcji, opartej na trzech równej wartości filarach – teorii, praktyce i organizacji (M. Demel 1992a, s. 4). Teoria to wspomniane wcześniej rozprawy – pedagoga, przyrodnika i lekarza, natomiast praktyka zawiera się w funkcjonowaniu Liceum w Krzemieńcu - pierwszej „zdrowej szkoły” (M. Demel 1980, s. 22). Organizacja z kolei, to działalność Komisji Edukacji Narodowej, która podniosła zagadnienia wychowania fizycznego i zdrowotnego do rangi spraw publicznych (H. Sypniewska 1973, s. 1).

Ten twórczy rozwój wychowania zdrowotnego został przerwany latami niewoli i upadkiem polskiej szkoły. Jednak idea potrzeby kształtowania zdrowia

człowieka pozostała na gruncie ruchu higienicznego i stała się troską rodziny, placówek pozaszkolnych i stowarzyszeń – Parku Henryka Jordana, Instytutu Lenwała, Ogrodów Rausa, czy Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (M. Demel 1989a, s. 2; 1997, s. 8).

Pomimo braku szkoły narodowej, spowodowanej rozbiorem Polski, rozwój higieny jako nauki przyczynił się do organizowania szkolnej opieki zdrowotnej. Wybitnym pionierem higieny szkolnej był Stanisław Kopczyński. Opracował on koncepcję opieki lekarsko – higienicznej, która stała się podstawą założeń organizacyjnych ochrony zdrowia w szkołach niepodległej już Polski. Wskazał na możliwość realizacji zagadnień zdrowotnych w ramach wszystkich przedmiotów szkolnych. Warunkiem osiągnięcia tego celu była, z jednej strony, pedagogizacja lekarzy, a z drugiej – medykalizacja pedagogów. Dzięki tradycjom polskiego ruchu higienicznego Kopczyński, po objęciu urzędowego kierownictwa higieny szkolnej w resorcie oświaty, stworzył w odrodzonym państwie polskim (po 1918 roku) zręby państwowej szkolnej opieki lekarskiej. Nie objęła ona wszystkich placówek oświatowych, ponieważ dotyczyła wyłącznie szkół średnich. Zadania lekarza szkolnego sprowadzały się głównie do nadzoru sanitarnego nad procesem nauczania i środowiskiem szkolnym, wykrywania chorób i udzielania doraźnej pomocy w nagłych wypadkach. Do szkół zaczęto wprowadzać także higienistki szkolne i stomatologów (S. Radiukiewicz 1973, s. 7-9).

Pomimo znacznych dokonań w zakresie tworzenia higienicznych warunków do nauki szkolnej i żywego zainteresowania wychowaniem zdrowotnym (por. M. Demel 1965, s. 22), wychowawcza myśl o zdrowiu ucznia coraz bardziej wypadała także z pola higieny szkolnej i zaczęła być przesuwana w ramy oświaty sanitarnej. Warto tutaj powołać się na słowa M. Demela, który podkreśla, że pomimo dużego wkładu oświaty zdrowotnej w dorobek wychowania zdrowotnego, jej kompensacyjne formy kształcenia, epizodyczność, ekstensywność oraz przerost dydaktyzmu, stanęły na przeszkodzie prawidłowemu rozwojowi rozpatrywanej dziedziny wychowania (1965, s. 22).

Koncepcja współpracy pedagogów z higienistami, podkreślana w systemie higieny szkolnej Kopczyńskiego, nie zyskała uznania w okresie powojennym. W 1952 roku przeniesiono ją do resortu służby zdrowia. Wskutek tego problemy zdrowia przestały być zadaniem szkoły, a tym samym i pedagogiki. I pomimo tego, iż na gruncie medycyny rozwijała się medycyna szkolna, higiena szkolna oraz oświata zdrowotna, idea powiązania procesu wychowania ze zdrowiem dziecka powoli traciła rację bytu. Szkole pozostało jedynie wychowanie fizyczne, które odcięte od dawnych sprzymierzeńców, higieny i oświaty zdrowotnej, gubiło myśl zdrowotną (M. Demel 1992a, s. 5).

Renesans wychowania zdrowotnego to lata sześćdziesiąte ubiegłego wieku. Wpływały na to głównie dwa fakty. Pierwszym z nich jest utworzenie w 1963 roku Pracowni Wychowania Zdrowotnego w Instytucie Pedagogiki w Warszawie (J. Kutzner 1965, s. 5). Pracownia powstała z inicjatywy Macieja Demela,

który opracował terminologię, klasyfikację oraz pierwsze kontury teorii wychowania zdrowotnego. Drugi bardzo ważny fakt to pojawienie się w 1965 roku publikacji tego autora, stanowiącej proklamację przedstawionego wychowania zdrowotnego jako samodzielnej subdyscypliny pedagogicznej oraz ukazanie się trzy lata później pierwszej monografii „*O wychowaniu zdrowotnym*” (M. Demel 1968).

W pracy tej oraz w innych swych dziełach M. Demel określa istotę wychowania zdrowotnego, która polega na uświadomieniu zależności pomiędzy wychowaniem i zdrowiem. Podkreśla on, że pełny proces wychowania ma przygotować człowieka do życia we wszystkich jego przejawach, a więc i do zdrowia (1992b, s. 113). Zdrowie nie jest abstrakcyjnym stanem, ale poddającą się zmianom zdolność człowieka do osiągania pełni fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości. Daje się ono kreować i doskonalić zgodnie z ukształtowanym i utrwalonym w procesie wychowania systemem wartości i wzorów. Idea ta musi się zakorzenić w osobowości człowieka, a realizować siłami dyspozycji instrumentalnych (M. Demel 1999, s. 101-102). Wychowanie staje się, więc jednym z głównych czynników warunkujących zdrowie ludzi. Całościowy, systematyczny i intensywny proces wychowania, a nie oświata zdrowotna, czy higiena. Dziedziny te stanowią macierze wychowania zdrowotnego, ale nie są w stanie ukształtować „osobowości dbającej o zdrowie” – oświata przez swój dydaktyzm, epizodyczność i ekstensywność, higiena natomiast poprzez przedmiotowe traktowanie wychowanka. Za wychowanie zdrowotne możemy uznać jedynie proces, w którym człowiek wykorzystuje wiadomości w sposób efektywny – myśli, zastanawia się, podejmuje decyzje i działania dotyczące zdrowia oraz zdobywa umiejętność życia sprzyjającego mu (T. Williams 1989, s. 195).

Kolejnym krokiem wsparcia teorią praktyki w środowisku szkolnym były sympozja i konferencje naukowe. Pierwsze Ogólnopolskie Sympozjum Higieny Szkolnej pod hasłem „Szkoła a zdrowie dziecka” odbyło się w Legnicy w 1967 roku (Materiały 1967). Zjazd ten poświęcono higienie szkolnej, ale dawał on również podwaliny pod praktyczne rozwiązania realizacji wychowania zdrowotnego w szkole i tym samym wspierał jego teorię. W 1971 roku w Kielcach odbyło się Krajowe Sympozjum „Wychowanie zdrowotne w szkole”. Główny temat obrad dotyczył zdrowia dziecka oraz poszukiwania najwłaściwszych dróg jego ochrony (Materiały 1974). Warto zaznaczyć, że zmieniła się już wyraźnie tematyka obrad, zajmowano się zdrowiem dziecka w aspekcie wychowania zdrowotnego, a nie jak poprzednio, przez pryzmat higieny szkolnej.

Założenia teoretyczne nie znalazły jednak szybkiego odbicia w praktyce szkolnej, chociaż sprzyjało temu wiele wydarzeń tamtego okresu. Ministerstwo Oświaty i Wychowania ogłosiło program działania w zakresie warunków zdrowotnych w szkołach i placówkach oświatowo – wychowawczych na lata 1973 – 1975 (Uchwała 1973). W dokumencie tym podkreślono, iż jednym z celów re-