

# Paweł Kijo

---

## Kultura zdrowotna w kontekście programowych zmian w edukacji szkolnej (reformy programowej 2009 roku)

---

Kultura i Wychowanie 1, 213-226

---

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

# Kultura zdrowotna w kontekście programowych zmian w edukacji szkolnej (reformy programowej 2009 roku)

**Paweł Kijo**

Łódź, Polska

Pawel.Kijo@gmail.com

słowa kluczowe: kultura zdrowotna, kultura fizyczna, zdrowie, zachowania zdrowotne studentów

## Kultura zdrowotna a kultura fizyczna

Prowadząc rozważania dotyczące kultury zdrowotnej, warto w pierwszej kolejności określić jej obszar i istotę działań w kontekście edukacji szkolnej. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na jej relacje z kulturą fizyczną reprezentowaną w szkole przez przedmiot wychowanie fizyczne. Czy są to obszary we współczesnej edukacji odrębne wobec siebie czy wzajemnie się uzupełniające?

Jednym z bardziej wyrazistych określeń kultury zdrowotnej jest myśl ujęta w słowach M. Demela i K. Zuchory: „Na kulturę zdrowotną składa się system wartości przywiązanych do zdrowia fizycznego i psychicznego, obiektywnego i subiektywnego, jednostkowego i publicznego. Kultura przejawia się w higienicznej organizacji środowiska, świadomym regulowaniu relacji człowiek – środowisko, w reżimie życia, słowem w tym wszystkim, co Grzegorz Piramowicz na-

zwał »obyczajami co do zdrowia«. W aspekcie wychowawczym kultura zdrowotna polega przede wszystkim na świadomej i stałej pracy nad sobą, na poczuciu odpowiedzialności za zdrowie własne i publiczne oraz owocnej w czyn wrażliwości na potrzeby zdrowotne, a zwłaszcza cierpienia drugiego człowieka<sup>1</sup>. Tak przyjęty sposób rozumowania nie powinien budzić wątpliwości, że kulturę zdrowotną należy krzewić, tzn. upowszechniać, propagować, ukazywać jej wartości oraz potrzeby wśród dzieci i młodzieży w procesie wychowania. Nikt nie jest w stanie negować wartości działań na rzecz kultury zdrowotnej. Jest to wyzwanie bezwzględnie konieczne w procesie edukacji, procesie skoncentrowanym na działaniach w przedszkolu i szkole, ale także poza nimi. Swój wymierny charakter w tym względzie mają słowa M. Demela: „pragniemy wychować ucznia w zasadach zdrowia, wprowadzić go w świat kultury zdrowotnej, gdyż zdrowie jest kardynalnym warunkiem pomyślnego przebiegu procesu wychowania<sup>2</sup>. Dopełniającym tę myśl jest stwierdzenie M. Kasprzaka – nie mózg dziecka chodzi do szkoły, lecz ono całe. Dlatego też w procesie edukacji trzeba się liczyć z całym splotem uwarunkowań zdrowotnych, które mogą ograniczać, a niekiedy wykluczać działania dydaktyczno-wychowawcze. Ważnym jest, iż wychowanie stanowi jeden z warunków

Paweł Kijo, dr, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi, Katedra Pedagogiki

1 M. Demel, K. Zuchora za: Z. Jaworski, *Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965-2004)*, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna ADAM, Warszawa 2005, s. 7.

2 M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, WSiP, Warszawa 1980, s. 5.

zdrowia. „Nad zdrowiem trzeba pracować i praca ta ma charakter pedagogiczny. Chodzi bowiem o wykształcenie trwałych nawyków higieniczno-zdrowotnych, odpowiednich postaw wobec zdrowia fizycznego i psychicznego, wreszcie o pewne kwantum wiedzy i umiejętności”<sup>3</sup>.

Obraz takich działań był podejmowany już w pracach Komisji Edukacji Narodowej (1773-1783), wedle których podkreślano wartość zdrowia, a działania na jego rzecz wpleciono w proces edukacji fizycznej określanej mianem wychowania fizycznego. Potwierdzeniem tych ustaleń jest fragment zapisu obrazujący wartość i treść postępowania na rzecz zdrowia, ujęty w rozdziale XXV uchwał KEN: „Nieprzerwana osnowa starań około dziecięcia od pierwszych jego życia początków, około zdrowia, czerstwości i sił jego, starań stosowanych do pomnażającego się wieku, a zawsze za cel mających uczynić człowieka szczęśliwym i do wykonania powinności zdolnym – takowa osnowa starań jest edukacją fizyczną. Związek i zjednoczenie najściślejsze duszy z ciałem gruntuje istotną potrzebę i okazuje równie ścisły związek edukacji fizycznej z edukacją moralną. Nie można być szczęśliwym, nie można nabierać oświecenia umysłu, dzielności duszy, łatwości w używaniu jej władz, zdatności i zręczności w wykonywaniu obowiązków swego stanu, bez mocnego i trwałego złożenia ciała: zdrowie zaś, czerstwość, moc zmysłów i sił, od pierwszego wychowania w niemowlęctwie, od sposobu życia w młodzieńskim wieku nieochybnie zawisły. Pokarm, pielęgnowanie, hartowanie z pomiarkowaniem, lub miękkie i zniewieściałe obchodzenie się z dziećmi, więcej, niż się pospolicie rozumie, wpływają w przymioty umysłu serca, w charakter

duszy człowieka. Za pierwszemi wrażeniami idzie przyzwyczajanie się, wprawa i nałóg, a ten jest po większej części naturą”<sup>4</sup>. Uchwały KEN wpłynęły na proces kształtowania się kultury zdrowotnej, a zarazem i fizycznej w procesie edukacji. Wychowaniu fizycznemu nadano odpowiedzialność za wychowywanie w trosce o zdrowie, w rozumieniu zdrowia fizycznego i psychicznego.

Jednak przez znaczący okres czasu w kryształizującej się kulturze fizycznej coraz bardziej wyrazista stawała się troska o ciało, odsuwając na plan dalszy sferę psychiczną wraz ze świadomym działaniem na rzecz zdrowia. Wykładnią tego stwierdzenia jest myśl M. Demela: „kultura fizyczna jest to względnie zintegrowany i utrwalony system zachowań w dziedzinie dbałości o rozwój fizyczny, sprawność ruchową, zdrowie, urodę, cielesną doskonałość i ekspresję człowieka, przebiegających według przyjętych w danej zbiorowości wzorów, a także rezultaty owych zachowań”<sup>5</sup>. Pojawiające się zdrowie w dążeniu do kształtowania świadomych postaw wobec niego stawało się obszarem równorzędnym, a nawet drugoplanowym wobec dążenia do afirmacji sprawności fizycznej, której domeną stał się sport. Sport w rozumieniu rywalizacji i walki o jak najlepszy wynik w pominięciu wartości związanych ze zdrowiem. Zatem działalność sportowa w zakresie celów i treści przez długie lata dominowała w szkolnym wychowaniu fizycznym. Stała się ona fundamentem wychowania do wartości kultury fizycznej.

3 M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, WSiP, Warszawa 1980, s. 6.

4 Ustawy Komisji Edukacji Narodowej (1773), Rozdział XXV, *Edukacja Fizyczna*, w: M. Demel, *Propedeutyka wychowania fizycznego. Sport i Turystyka*, Warszawa 1965 s. 20.

5 Z. Krawczyk (red.), *Socjologia kultury fizycznej*, AWF, Warszawa 1995, s. 28.

Już na początku XIX wieku zwrócił uwagę E. Piasecki na dominację form sportowych w wychowaniu fizycznym, których skutkiem było zniechęcanie do aktywności fizycznej większości uczniów: „Profesjonalizm sportowy to rzecz bezwzględnie szkodliwa, to najgorszy wróg wychowania fizycznego. Zabił on zamiłowania do ćwiczeń cielesnych ogółu już w odległej starożytności, w Egipcie, Indiach, Grecji, Rzymie, a obecnie bardzo silnie zagraża także i naszemu sportowi amatorskiemu i wychowaniu fizycznemu”<sup>6</sup>. Wracając do pierwotnych założeń wychowania fizycznego, ujętych w postanowieniach KEN, przez długie lata zdrowie i obyczaje wobec niego stały się obszarem wyobcowanym z kultury fizycznej w sensie praktycznego działania. Pierwzoplanowymi celami i zadaniami okazywały się umiejętności ruchowe w ramach specjalizacji różnych dyscyplin sportowych z pominięciem zrozumienia przez ucznia sensu zdrowotnego uczestniczenia w aktywności fizycznej.

Obecne zmiany w podstawie programowej w zakresie wychowania fizycznego<sup>7</sup> podkreślają znaczenie edukacji zdrowotnej, która czasami określana jest mianem wychowania zdrowotnego, a to z kolei warunkuje inne spojrzenie na proces wychowania fizycznego w ogóle. Po raz pierwszy formalnie (w nowej podstawie programowej 2009) pojawił się obszar związany ze zdrowiem, który realizowany jest w wielu przedmiotach, między innymi w biologii, wychowaniu do życia w rodzinie, wiedzy o społeczeństwie, edukacji

6 E. Piasecki, O zawodzie wychowawcy fizycznego, Biblioteka Eugeniczna Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, Nr 16, Warszawa 1927, s. 1.

7 Z. Cendrowski, E. Czerska, T. Frolowicz, M. Madejski, J. Pośpiech, W. Przybylski, B. Przysiężna, B. Woyrnowska, Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum, 2009, t. 8, s. 41.

dla bezpieczeństwa, przedsiębiorczości, religii, etyce czy edukacji przyrodniczej i społecznej. Jednak podstawowym filarem jest wychowanie fizyczne. Podkreśla się, iż „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”<sup>8</sup>. Dlatego edukacja zdrowotna nabrała wymiaru obowiązkowego w postaci realizacji bloku semestralnego w III i IV etapie edukacyjnym (w gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej) w ramach przedmiotu wychowanie fizyczne. Dotychczasowa realizacja jej treści w postaci „ścieżki międzyprzedmiotowej” nie odniosła oczekiwanych rezultatów. Zatem obecnie i w przyszłości, przed wychowaniem fizycznym stoi olbrzymie wyzwanie i odpowiedzialność w obszarze krzewienia kultury fizycznej i zdrowotnej. W zasadzie przedmiot powinien przyjąć nazwę wychowanie fizyczne i zdrowotne lub być może wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna, gdyż w kierunkach swoich zadań ściśle związany jest z kulturą fizyczną i kulturą zdrowotną, które przenikają się nawzajem. W ten sposób zostałaby podniesiona jego ranga i wartość wśród społeczności szkolnej. Przykładem tego rozumowania są zapisy podstawy programowej dla I etapu edukacji. W klasie I szkoły podstawowej w ramach wymagań dla ucznia wyeksponowano podtytuł „kształtowanie sprawności fizycznej dzieci i edukacja zdrowotna”, a w klasie III nadano nazwę „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”. W ten sposób założenia stawiają równorzędnie

8 Z. Cendrowski, E. Czerska, T. Frolowicz, M. Madejski, J. Pośpiech, W. Przybylski, B. Przysiężna, B. Woyrnowska, Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum, 2009, t. 8, s. 41.

wobec siebie wymagania szczegółowe dla ucznia dotyczące postaw do kultury fizycznej i kultury zdrowotnej.

Zmiany w podstawie programowej na wszystkich etapach podkreślają znaczenie edukacji zdrowotnej, która stała się wprowadzeniem do kultury zdrowotnej, tak jak wychowanie fizyczne do kultury fizycznej. Propozycje rozwiązań zawarte w ustaleniach formalnych wskazują na zarys wizji nowoczesnego wychowania fizycznego, którego celem jest zdrowie i jego potęgowanie. W ten sposób pojmowane wychowanie fizyczne ma swoje znaczące miejsce w procesie szkolnej kultury fizycznej, która w tym wymiarze nie tylko staje się równorzędną, ale i podporządkowuje się procesowi wychowania w kulturze zdrowotnej. Myślenie o wychowaniu fizycznym jako o obszarze nadającym sens działań na rzecz zdrowia wzmacnia i pogłębia proces wychowania w kulturze zdrowotnej.

### Zdrowie jako wartość

Zdrowie we wszystkich społeczeństwach traktowane jest jako dobro, stan ceniony i pożądaný, o które należy dbać, jak również i je pomnażać. Uznaje się je za wartość i zasób dla jednostki i społeczeństwa. Zatem szczególną rolę w tym obszarze należy przypisać edukacji, której celem jest między innymi ukształtowanie systemu hierarchii wartości, w tym również świadomości społecznej w zakresie działań na rzecz zdrowia.

Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że zdrowie jest jedną ze szczególnie istotnych wartości, ale obok niego są również inne, także istotne. Ocena wartości zdrowia może się zmienić w zależności od kontekstu, w jakim dokonuje się tej oceny oraz zastosowanego narzędzia. Zdrowie,

zajmując wysokie miejsce w hierarchii wartości, nie zawsze jest jednak wartością realizowaną w codziennym życiu, co oznacza, że znaczny odsetek ludzi nie dąży do jej osiągnięcia i nie dba wystarczająco o swoje zdrowie<sup>9</sup>.

Wartościowanie zdrowia w systemie hierarchii wartości zależy od wielu czynników, między innymi od kultury, wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania, a nade wszystko od poziomu świadomości społecznej uwarunkowanej chociażby edukacją i promocją zdrowia. Zatem można zauważyć ścisły związek między motywacją do zachowań zdrowotnych, wyrażających się zainteresowaniem sprawami własnego zdrowia (co z kolei warunkuje podejmowanie działań zmierzających do ochrony i pomnażania zdrowia), a wartością jaką przypisuje się zdrowiu. Zaobserwowano, że osoby, które przypisują zdrowiu wysoką wartość wykazują większe zaangażowanie w zachowania promujące zdrowie<sup>10</sup>. W badaniach młodzieży stwierdzono również, że grupa, która przypisuje zdrowiu wysoką wartość, w porównaniu z grupą wartościującą swe zdrowie nisko lub przeciętnie, podejmuje znacząco więcej zachowań prozdrowotnych i częściej unika zachowań i miejsc zagrażających zdrowiu. Wskazuje to na potrzebę zachęcania młodzieży do refleksji nad wartością zdrowia i jego miejscem w hierarchii wartości<sup>11</sup>.

Wyniki badań przeprowadzone na grupach osób dorosłych wskazują, że zdrowie zajmuje wysokie i stałe miejsce w hierarchii wartości.

9 B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 39.

10 Z. Juczynski, Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, PTPPTP, Warszawa 2001, s. 114.

11 B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 40.

Z komunikatu z badań CBOS 2004<sup>12</sup> wynika, że zdrowie własne i rodziny jest ważne dla wszystkich dorosłych, przy czym prawie wszyscy są przekonani, że dobre zdrowie to wartość bardzo istotna. Z diagnozy społecznej 2005<sup>13</sup> wynika, że warunkiem szczęśliwego udanego życia jest zdrowie (wybór na pierwszym miejscu dla 65% badanych). W latach 1992-2005 system wartości osób dorosłych w Polsce, według badań, był raczej stabilny i zdrowie zajmowało w nim zawsze wysoką pozycję. Badania opinii społecznej (2006) dotyczące komponentów udanego życia<sup>14</sup> (co jest w życiu najważniejsze) pokazały, że większość (51%) za najważniejszy element udanego życia uznaje dobre zdrowie, jednak dbanie o nie stanowi bezpośredni przedmiot dążeń jedynie co dziesiątego spośród tych, którzy mają jakieś życiowe aspiracje. Z badań CBOS 2007 „Zdrowie jako wartość”<sup>15</sup> wynika, że zdrowie to jedno z podstawowych dóbr cenionych społeczeństwie. Na zachowanie dobrego zdrowia jako jednej z najważniejszych wartości codziennego życia wskazuje niemal trzy piąte badanych (59%). Wyżej cenione jest jedynie szczęście rodzinne (76% wskazań).

Odnosząc się do stanu dotychczasowej wiedzy opartej na cyklicznych badaniach, można uznać, że świadomość znaczenia zdrowia w codziennym życiu oraz deklarowana troska o nie są bardzo wyraźne w społeczeństwie. Jednak tradycja zdro-

wego stylu życia, pomimo silnych deklaracji dbania o własne zdrowie, w szerszym kontekście raczej nie jest dostrzegana. Wskazują na to zarówno indywidualne odczucia badanych, jak i deklaracje faktycznych zachowań pro- i antyzdrowotnych. Inaczej mówiąc, wysoka subiektywna wartość przypisywana zdrowiu nie znajduje wyraźnego potwierdzenia w praktyce życia codziennego.

W związku z tym, środowiska pedagogów i nauczycieli odpowiedzialne są w znaczącej mierze za kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród dzieci, młodzieży i dorosłych. We współczesnej szkole reformatorzy chcą szczególny nacisk położyć na edukację zdrowotną, której priorytetem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu. Zadania te wpisują się w słowa K. Sosnowskiego: „Dwa obowiązki ma szkoła wobec zdrowotności swego społeczeństwa: pierwszy krzepić w swych wychowawcach zdrowie, drugi, krzewić za ich pośrednictwem kulturę zdrowotną”<sup>16</sup>.

Nauczyciele i ich kompetencje w tym zakresie, jak również instytucje i uczelnie wyższe przygotowujące do zawodu są odpowiedzialnymi za jakość kształcenia i budowania systemu wartości oraz postaw wśród studentów, słuchaczy, którzy to będą niebawem funkcjonowali w relacjach nauczyciel – uczeń, nauczyciel – rodzic, nauczyciel – nauczyciel.

Należy zatem zastanowić się, czy nauczyciel, pedagog wychowania fizycznego, a także nauczyciele innych przedmiotów są przygotowani do realizacji celów związanych ze zdrowiem. Stawiane pytanie

12 M. Wenzel, Wartości życiowe. Komunikat z badań CBOS, nr 3145, BS/98/2004, www.cbos.com.pl [dostęp: 12.02.2010]

13 J. Czapiński, Cechy osobowości i styl życia [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków, VIZJA PRESS&IT, Warszawa 2005, s. 150-163.

14 R. Boguszewski, Co jest w życiu najważniejsze? Komunikat z badań CBOS, BS/77/2006, www.cbos.com.pl [dostęp: 12.02.2010].

15 R. Boguszewski, Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce, Komunikat z badań CBOS, BS/138/2007, www.cbos.com.pl [dostęp: 12.02.2010].

16 K. Sosnowski za: Z. Jaworski, Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965-2004), Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna ADAM, Warszawa 2005, s. 137.

wiąże się z oczekiwaniami wobec nauczyciela i pedagoga, gdyż ma on wpływ na budowanie systemu wartości i kształtowania postaw. Stąd też „Światowa Organizacja Zdrowia jednoznacznie wskazuje na konieczność obecności wszystkich nauczycieli w procesie wychowywania młodego pokolenia do wartości zdrowia i prowadzenia takiego trybu życia, który mu najbardziej sprzyja”. Sprowadza się ono do: wytwarzania nawyków i postaw związanych z odnową i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego; wyrabiania sprawności w tym zakresie. Zadaniu temu można sprostać wtedy, gdy nauczyciele staną się kreatorami edukacji zdrowotnej. Muszą zatem posiadać niezbędną wiedzę o uwarunkowaniach zdrowia, a swoim zachowaniem i podejmowaną działalnością zachęcać dzieci, młodzież, społeczność szkolną i lokalną do działań na rzecz swojego zdrowia<sup>17</sup>.

Wobec powyższych przesłanek należy jednoznacznie stwierdzić, że nauczyciel-pedagog powinien nie tylko wprowadzać wychowanków w świat kultury zdrowotnej, ale przede wszystkim powinien sam w niej aktywnie uczestniczyć, tworząc wzorzec będący podstawą jego autorytetu, inspirując siebie, uczniów do podejmowania wielu działań na rzecz kształtowania pozytywnych postaw wobec zdrowia.

W związku z tym, należy poszukiwać odpowiedzi na pytanie: czy nauczyciel, pedagog wychowania fizycznego i innych przedmiotów jest przygotowany do realizacji celów związanych ze zdrowiem, określonych w podstawie programowej edukacji szkolnej? Jakimi postawami do zdrowia się charakteryzuje? Stawiane pytania wiążą się z oczekiwaniami wobec nauczyciela i pedagoga,

17 K. Denek (1996), *Zdrowie i jego promocja w edukacji dzieci, młodzieży i dorosłych*, „Edukacja Dorosłych” 1996, nr 2.

których sens sprowadza się do stwierdzenia, że: nauczyciel chcąc dawać innym – musi sam wiele posiadać, chcąc kształcić innych – musi sam być gruntownie wykształcony, chcąc czynić innych lepszymi – musi sam być dobry<sup>18</sup>.

### **Zdrowie w wartościach osobistych i zachowania zdrowotne wśród pedagogów.**

We współczesnej i przyszłej szkole według dokumentów programowych MEN<sup>19</sup> szczególny nacisk położony jest na edukację zdrowotną, której priorytetem będzie kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.

Analiza wcześniejszych wyników badań i nowa rzeczywistość szkolna wskazała potrzebę określenia postaw do wartości zdrowia przyszłych nauczycieli i pedagogów studiujących na kierunkach pedagogicznych. Z tak ujętym celem wiąże się wskazanie znaczenia i miejsca wartości zdrowia w hierarchii wartości osobistych. Jednocześnie podjęto próbę przedstawienia charakterystyki zachowań zdrowotnych w tej grupie osób. Ocena tego stanu może rzutować na postawę w przyszłej roli zawodowej. Możemy przyjąć tezę, że jeżeli zdrowie ma wysoką rangę w hierarchii wartości i potwierdzone jest zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie osób, to możemy przypuszczać, że będą oni zdecydowanie lepiej wypełniali swoje powinności edukacyjne w obszarze zdrowia.

18 W. Okoń, *Osobowość nauczyciela*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1962, s. 19.

19 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 r., Nr 4, poz. 17).

Badania przeprowadzono w 2009 roku wśród studentów i słuchaczy uczęszczających do dwóch Kolegiów Nauczycielskich (w Zgierzu i Łowiczu) oraz trzech uczelni wyższych (Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi i Uniwersytetu Łódzkiego, Wydziału Nauk o Wychowaniu oraz Wyższej Szkoły Informatyki w Łodzi – kierunek wychowanie fizyczne). Zebrano materiał obejmujący 1260 spostrzeżeń. Badaniami objęto studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych kierunków pedagogicznych o specjalnościach: kultura fizyczna i zdrowotna, wychowanie fizyczne i zdrowotne, sport rekreacja i turystyka, kształcenie zintegrowane, pedagogika wieku dziecięcego i innych oraz wychowanie fizyczne (tab. 1).

Tabela 1.

Liczba badanych studentów pedagogiki (I stopień studiów)

Specjalność/kierunek	Forma studiów				Ogółem
	stacjonarne		niestacjonarne		
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	
<b>Pedagogika kultury fizycznej</b> (Pedagogika kultury fizycznej i zdrowotnej (L) i Pedagogika sportu, rekreacji i turystyki (WSP))	79	106	56	58	299
<b>Pedagogika z wychowaniem fizycznym i zdrowotnym – studia nauczycielskie</b> (Pedagogika z wychowaniem fizycznym i zdrowotnym Kolegium Nauczycielskie w Zgierzu i Łowiczu – studia nauczycielskie dwuroczniowe)	120	55	0*	0*	175
<b>Wychowanie fizyczne</b> (Wychowanie fizyczne w Wydziale Szkole Informatyki w Łodzi)	29	10	35	32	106
<b>Pedagogika zintegrowanej edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej</b> (Pedagogika zintegrowanej edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej w WSP i Uniwersytecie Łódzkim)	2	86	1	118	207
<b>Pedagogika wieku dziecięcego – studia nauczycielskie</b> (Pedagogika wieku dziecięcego z przynależną lub informatyczną lub przynależną Kolegium Nauczycielskie w Zgierzu – studia nauczycielskie dwuroczniowe)	13	135	2	55	205
<b>Pedagogika w zakresie...</b> (Pedagogika w zakresie – Pedagogika w innych specjalnościach: domowych, społeczna, opiekuńczo-wychowawcza w WSP i (L))	12	191	6	59	268
<b>Badani razem</b>	<b>255</b>	<b>583</b>	<b>100</b>	<b>322</b>	<b>1260</b>

\* Kolegium Nauczycielskie w Zgierzu i Łowiczu nie prowadzi formy niestacjonarnej w/w specjalności

Szczególną uwagę skierowano na osoby uzyskujące kwalifikacje nauczycielskie (w przyszłości), które będą odpowiedzialne za realizację edukacji zdrowotnej w nowym wymiarze podstawy programowej w szkole. Zwrócono również uwagę na

formę studiów badanych studentów, gdyż jest ona dość istotna z punktu widzenia objętości programowej zajęć (studenci niestacjonarni realizują około 60% zajęć studiów stacjonarnych). Fakt ten może wskazywać na jakość uzyskiwanych kompetencji w obszarze zdrowia. Warto zatem się odnieść do pożądaných kompetencji, jakimi powinni się charakteryzować nauczyciele i pedagodzy realizujący zakres edukacji zdrowotnej w szkole, gdyż to oni w znaczącym zakresie odpowiedzialni są za budowanie hierarchii wartości i kształtowanie zachowań zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem narzędzi pomiaru stosowanego (przez pedagogów i psychologów zdrowia) w promocji, pedagogice i psychologii zdrowia: Lista Wartości Osobistych – LWO, Z. Juczyńskiego<sup>20</sup> oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ, Z. Juczyńskiego<sup>21</sup>.

Zastosowany kwestionariusz LWO, służący do określenia wartości zdrowia, składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera opis 9 symboli szczęścia, które wyrażają formy przejawów wartości ludzkich. Wśród nich: duży krąg przyjaciół; udane życie rodzinne; wykonywanie ulubionej pracy, zawodu; sukcesy w nauce, pracy; dobre zdrowie; bycie potrzebnym innym ludziom; dobre warunki materialne; życie pełne przygód, podróży; sława, popularność. Druga część przedstawia 10 kategorii wartości osobistych, wśród których znajduje się: miłość, przyjaźń; dobre zdrowie (utożsamiane ze sprawnością fizyczną i psychiczną), poczucie humoru, dowcip; inteligencja, bystrość umysłu;

20 Z. Juczyński, Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, PTPPTP, Warszawa 2001, s. 129.

21 Tamże, s. 116.



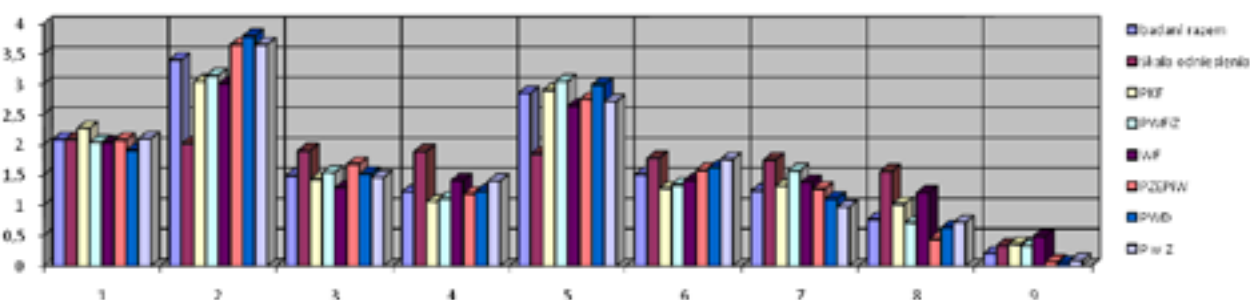
wiedza, mądrość; odwaga, stanowczość; radość, zadowolenie; dobroć, delikatność; ładny wygląd zewnętrzny, prezencja; bogactwo, majątek. To kategorie, które powinny być ważne dla nauczyciela, pedagoga. Badanie polegało na wyborze 5 najważniejszych symboli i wartości oraz nadaniu im rangi od 5 dla najważniejszego do 1 punktu dla najmniej ważnego. Rzetelność LWO sprawdzono poprzez dwukrotny pomiar tym samym narzędziem w odstępie dwóch tygodni. Współczynnik korelacji dla obydwu części wynosił odpowiednio 0,78 i 0,76, zaś po sześciu tygodniach 0,72 i 0,62 – co wskazuje na zadowalającą trafność metody.

Kolejnym istotnym badaniem była ocena i charakterystyka różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem. Zastosowany Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ, charakteryzuje się rzetelnością ustaloną na podstawie alfa Cronbacha wynoszącą 0,85 dla całego inwentarza, zaś dla czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65. Trafność inwentarza także mieści się na poziomie zadowalającym.

Analiza objęła cztery kategorie zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności, zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych – uzyskiwania informacji dotyczących zdrowia i choroby. Natomiast praktyki zdrowotne obejmują codzienne nawyki dotyczące snu, rekreacji czy aktywności fizycznej. Z kolei pozytywne nastawienia psychiczne włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć czy sytuacji wpływających przygnębiająco. Ze-stawienie charakterystyk poszczególnych kategorii ze skalą odniesienia umożliwiły ocenę dotychczasowej efektywności procesu edukacji w obszarze zdrowia. Jednocześnie zobrazowały postawy i nastawienia przyszłych nauczycieli i pedagogów.

Wykres 1.

Hierarchia wartości osobistych – symboli szczęścia wśród badanych w zależności od formy studiów



Źródło: badania własne

1. Duży krąg przyjaciół; 2. Udana życie rodzinne; 3. Wykonywanie ulubionej pracy, zawodu; 4. Sukcesy w nauce, pracy; 5. Dobre zdrowie; 6. Bycie potrzebnym innym ludziom; 7. Dobre warunki materialne; 8. Życie pełne przygód, podróży; 9. Sława, popularność
- PKF – Pedagogika kultury fizycznej i zdrowotnej UŁ i Pedagogika sportu, rekreacji i turystyki WSP; PWFIZ – Pedagogika z wychowaniem fizycznym i zdrowotnym Kolegium Nauczycielskie w Zgierzu i Łowiczu – studia nauczycielskie dwuprzedmiotowe; WF – Wychowanie fizyczne w Wyższej Szkole Informatyki w Łodzi; PZPiW – Pedagogika zintegrowanej edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej w WSP; PWB – Pedagogika wieku dziecięcego z przyrodą lub informatyką lub plastyką Kolegium Nauczycielskie w Zgierzu – studia nauczycielskie dwuprzedmiotowe; PwZ – Pedagogika w innych specjalnościach: dorosłych, społeczna, opiekuńczo-wychowawcza w WSP i UŁ; SO – skala odniesienia

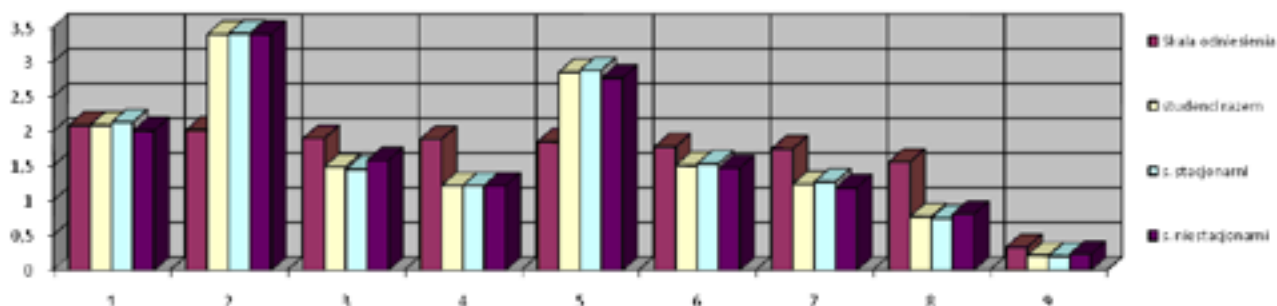
Zebrany materiał opracowano statystycznie przy zastosowaniu programu EpiData 3.1.

W pierwszym etapie postępowania określono hierarchię tzw. symboli szczęścia, które składają się na wartości osobiste. W wyniku przeprowadzonej analizy zebranego materiału (wyk. 1, wyk. 2) zauważa się, że najważniejszym symbolem

scie i wartość. Niepokojącym jest to, że w badanej grupie studentów pedagogiki takie symbole, jak „bycie potrzebnym dla innych ludzi”, wykonywanie „ulubionego zawodu” czy „sukcesy w nauce, pracy” zajmują niższe pozycje i charakteryzują się zdecydowanie niższą wartością w stosunku do skali odniesienia. Najniższe miejsca zgodnie

Wykres 2.

Rozkład wartości osobistych (symboli szczęścia) wśród badanych studentów w zależności od formy studiów



Źródło: badania własne

1. Duży krąg przyjaciół; 2. Udana życie rodzinne; 3. Wykonywanie ulubionej pracy, zawodu; 4. Sukcesy w nauce, pracy; 5. Dobre zdrowie; 6. Bycie potrzebnym innym ludziom; 7. Dobre warunki materialne; 8. Życie pełne przygód, podróży; 9. Sława, popularność

warunkującym zadowolenie z życia jest „udane życie rodzinne”, które stanowi wartość 3,40 (w skali 0-5), dla wszystkich studentów ze wszystkich specjalności i form studiów. Drugim (zarówno wśród studentów stacjonarnych i niestacjonarnych) w hierarchii ważności deklarowanym symbolem jest dobre zdrowie, które osiąga wartość 2,85. Okazuje się, że najbardziej je cenią studenci pedagogiki wychowania fizycznego i zdrowotnego oraz kultury fizycznej, a najmniej studenci innych specjalności (opiekuńczo-wychowawczej, dorosłych, społecznej). Znaczącą wartość dla badanych ma „duży krąg przyjaciół”, który przy wartości 2,09 osiąga trzecią pozycję, co wydaje się zrozumiałe, gdyż okres nauki i studiów charakteryzuje się dużą intensywnością kontaktów społeczności akademickiej. Porównując analizowane symbole ze skalą odniesienia, stwierdzamy ich zbliżone miej-

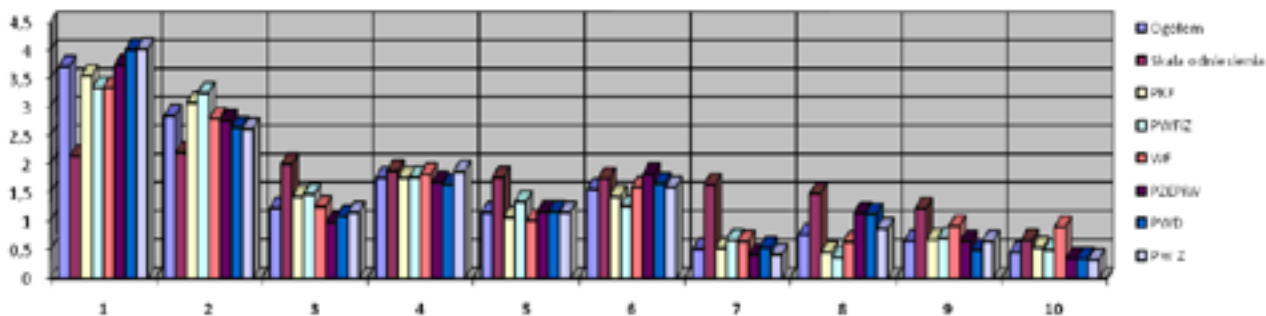
z oczekiwaniami zajmuje „sława, popularność” oraz „życie pełne przygód”, gdyż jak można się spodziewać nie jest to domena przyszłego nauczyciela i pedagoga. Natomiast przyglądając się szczegółowym wynikom (przy uwzględnieniu kryterium specjalności pedagogicznej), dostrzegalne jest zróżnicowanie wartości w zależności od analizowanego symbolu szczęścia. Najbardziej uwidacznia się ta sytuacja w „udanym życiu rodzinnym”, „dobrych warunkach materialnych”, „sławie i popularności”. Różnice występują między studentami specjalności związanych z kulturą fizyczną a pozostałymi. Można przypuszczać, że jest to zgodne z poglądem na życie kształtowanym przez uczestniczenie w obszarze sportu, który w obecnej rzeczywistości polega na dążeniu do sławy, popularności i dobrych warunków materialnych.

W kategoriach wartości osobistych (wyk. 3, wyk. 4) najistotniejszą jest „miłość i przyjaźń”, a następnie „dobre zdrowie, sprawność fizyczna

delikatność” oraz „radość, zadowolenie” zajmują niskie pozycje wśród wartości osobistych przyszłych pedagogów i nauczycieli. W porównaniu ze

Wykres 3.

Hierarchia kategorii wartości osobistych wśród badanych w zależności od kierunku i specjalności studiów



Źródło: badania własne

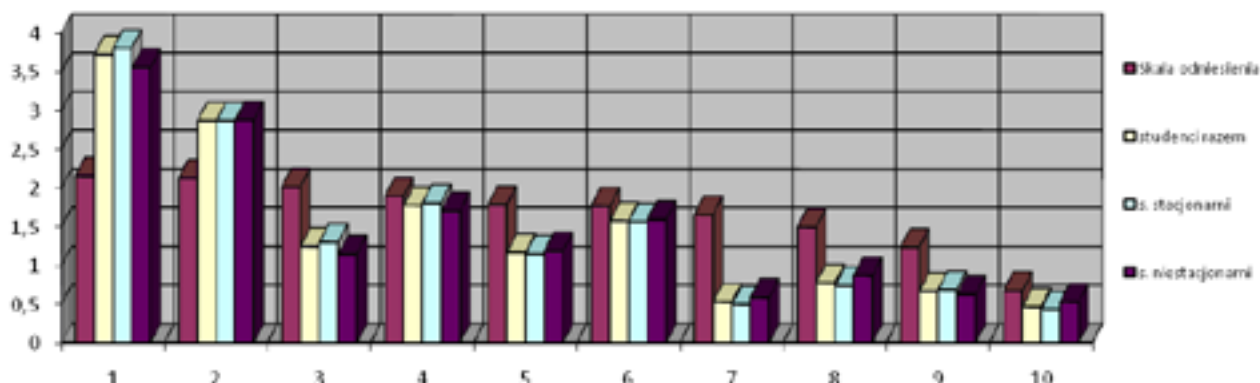
1. Miłość, przyjaźń; 2. Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna; 3. Poczucie humoru, dowcip; 4. Inteligencja, bystrość umysłu;
5. Wiedza, mądrość; 6. Odwaga, stanowczość; 7. Radość, zadowolenie; 8. Dobroć, delikatność; 9. Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja;
10. Bogactwo, majątek

i psychiczna” we wszystkich badanych grupach i formach studiów. W stosunku do skali odniesienia kategorie te zajmują odpowiednio te same pozycje w hierarchii, lecz osiągają większe znaczenie. Niepokojącym jest, iż taka wartość jak „dobroć,

skala odniesienia są to wartości co najmniej dwa i więcej razy niższe. Jednocześnie zauważalne są różnice wśród nich w zależności od specjalności studiów. Niestety u przyszłych nauczycieli i pedagogów wychowania fizycznego i zdrowotnego

Wykres 4.

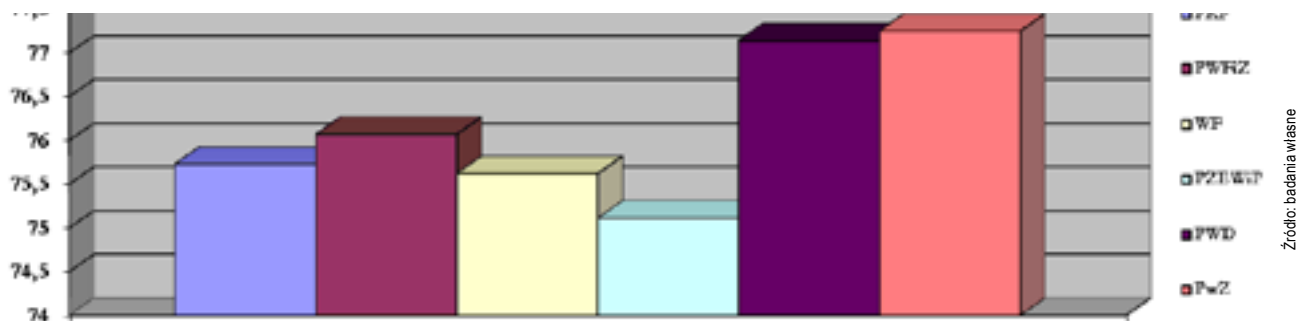
Rozkład kategorii wartości osobistych wśród badanych w zależności od formy studiów



Źródło: badania własne

1. Miłość, przyjaźń; 2. Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna; 3. Poczucie humoru, dowcip; 4. Inteligencja, bystrość umysłu;
5. Wiedza, mądrość; 6. Odwaga, stanowczość; 7. Radość, zadowolenie; 8. Dobroć, delikatność; 9. Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja;
10. Bogactwo, majątek

Wykres 5.  
Wskaźnik zachowań zdrowotnych wśród badanych według kierunków i specjalności studiów

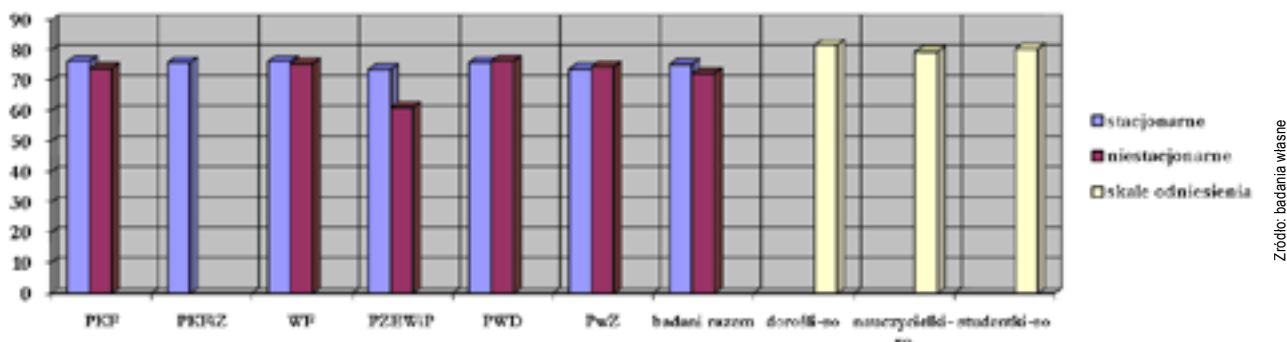


Zródło: badania własne

osiągają najniższą wartość (nie tylko w zależności od specjalności, ale w ogóle w hierarchii ich wartości). Tym bardziej, że grupa tych osób odpowiada za poziom aktywności fizycznej w procesie edukacji. Radość z ruchu czy z uczestniczenia w jego różnych formach warunkuje zachowanie i pomnażanie zdrowia.

intencjonalne działanie jednostki, którego celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności<sup>22</sup>. Zachowania zdrowotne kształtują się od najmłodszych lat naszego życia pod wpływem różnorodnych wzorów osobowych wyniesionych z domu, przedszkola, szkoły, społeczności lokalnej, religijnej, mediów

Wykres 6.  
Wskaźnik zachowań zdrowotnych wśród badanych studentów w zależności od specjalności i formy studiów



Zródło: badania własne

Kolejnym etapem postępowania badawczego było określenie zachowań zdrowotnych wśród przyszłych pedagogów i nauczycieli. Zachowania człowieka warunkują jego styl życia, który wg Lalonde'a w największym stopniu determinuje zdrowie człowieka. Według socjologów medycyny mianem zachowań zdrowotnych określa się każde

itd. Dlatego też, szczególną rolę przypisuje się edukacji szkolnej, która to w istotny sposób powinna wpływać na świadomość zdrowia wśród

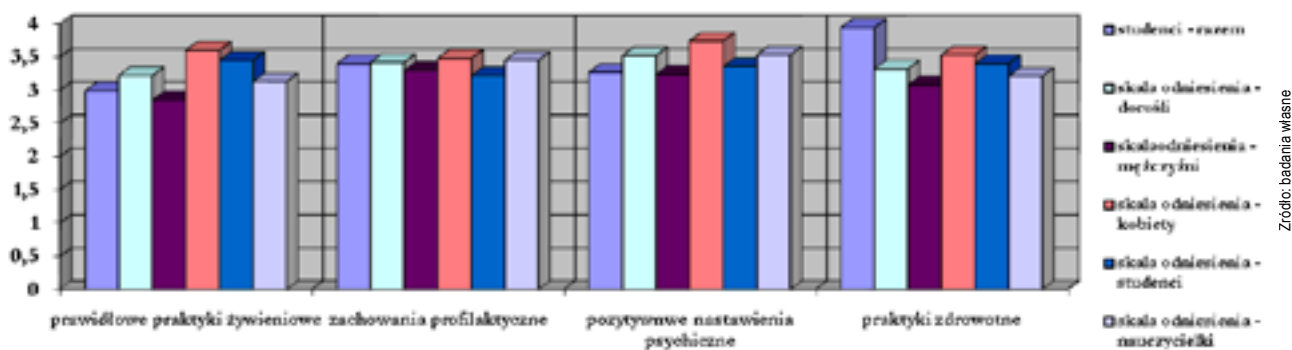
22 J. Piwoński, A. Pytla, Zachowania zdrowotne i poziom wiedzy na temat wybranych zagadnień profilaktyki chorób serca młodzieży warszawskich szkół gimnazjalnych prawobrzeżnej Warszawy, „Polski Przegląd Kardiologiczny” 2003, 5, 3, s. 302.

uczniów. Zatem decydujące znaczenie w tym zakresie ma społeczność nauczycieli, pedagogów i pracowników szkoły.

Uzyskane wyniki badań (wyk. 5, wyk. 6) wskazują, że wartość wskaźnika zachowań zdrowotnych (określanego jako deklarowane zachowania zdrowotne) wynosi 76,22 na 120 pkt., co stanowi dolną granicę wartości średnich znormalizowanych. Należy podkreślić, iż jest on zdecydowanie

Wśród kategorii zachowań zdrowotnych (wyk. 7, wyk. 8) zdecydowanie najkorzystniej przedstawiają się deklaracje w zakresie praktyk zdrowotnych (sen, rekreacja, aktywność fizyczną, niepalenie tytoniu), które to znacząco przewyższają wartości skal odniesienia we wszystkich grupach. Uwidacznia się między innymi moda na niepalenie, co jest zadowalającym zachowaniem wśród przyszłych nauczycieli i pedagogów. Można sądzić, że

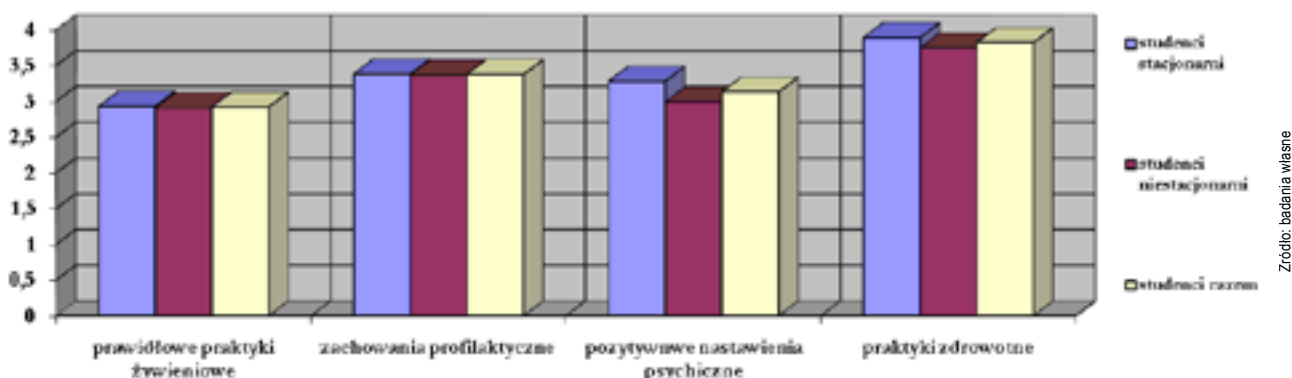
Wykres 7.  
Zachowania zdrowotne wśród badanych według skali odniesienia



niższy w stosunku do skali odniesienia osób dorosłych, grupy studentek i nauczycielek. Sytuacja ta pokazuje niekorzystne zjawisko w deklarowanych zachowaniach zdrowotnych w badanej grupie przyszłych pedagogów i nauczycieli.

w tym zakresie występuje duża skuteczność działań, ujętych w Narodowym Programie Zdrowia<sup>23</sup> (na lata 1996-2005 i 2007-2015). Zdecydowanie niekorzystne wyniki obserwują się w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, które składają się na zakres edukacji żywieniowej.

Wykres 8.  
Wskaźnik zachowań zdrowotnych wśród badanych studentów w zależności od specjalności i formy studiów



Zaniedbanie tego obszaru skutkuje najczęściej nadwagą i otyłością, które traktowane są w chwili obecnej jako choroby cywilizacyjne. Uzyskane wartości są na najniższym poziomie w stosunku do pozostałych kategorii zachowań zdrowotnych wśród studentów wszystkich specjalności pedagogicznych i wychowania fizycznego.

Poddając analizie zachowania zdrowotne studentów w zależności od formy studiów – stacjonarne i niestacjonarne (wyk. 8), możemy stwierdzić, że studenci studiów stacjonarnych charakteryzują się wyższym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych niż studenci studiów niestacjonarnych. Tendencja ta dostrzegalna jest w większości specjalności pedagogicznych i wychowaniu fizycznym. Możemy zatem przypuszczać, a na pewno nie wykluczać, że zmniejszona objętość (liczba godzin) studiów w trybie niestacjonarnym, jak również styl życia w tym okresie powoduje takie efekty. Ważne jest by się one w przyszłości nie przekładały na proces kształcenia dzieci i młodzieży.

### Zakończenie i wnioski

Podsumowując należy podkreślić, iż nasuwają się wątpliwości w stosunku do jakości dotychczasowej edukacji w zakresie obyczajów związanych ze zdrowiem zarówno w edukacji w szkole, jak i na studiach. Studia pierwszego stopnia nadają kwalifikacje do wykonywania zawodu. Zatem wydaje się, że należy od przyszłych pedagogów i nauczycieli oczekiwać więcej aniżeli tylko przeciętności w zakresie wartościowania i zachowań co do zdrowia. Innym spostrzeżeniem jest fakt, iż wśród badanych studentów obserwuje się podobne tendencje jak u osób dorosłych. Dotychczasowe badania w zakresie hierarchii wartości wśród społeczeństwa polskiego odwzorowują ten

trend u przyszłych nauczycieli i pedagogów. Niepokojącym jednak jest niski poziom kategorii „radości i zadowolenia oraz dobroci i delikatności”, które powinny zajmować wysoką pozycję wśród osób tej grupy zawodowej. Jednocześnie w zachowaniach zdrowotnych badanej grupy nie dostrzega się istotnych różnic w zależności od wybranej specjalności pedagogicznej, a w porównaniu ze skalami odniesienia (sprzed 10 lat) postęp w tym zakresie jest niezadowolający.

Biorąc pod uwagę powyższe spostrzeżenia, niepokój może budzić również skuteczność wprowadzanych zmian. Co więcej: czy przyszli pedagogzy i nauczyciele są w stanie im sprostać? Dlatego też kultura zdrowotna jest wyzwaniem dla edukacji dzieci i młodzieży, gdyż z jednej strony mamy do czynienia z wymaganiami i oczekiwaniami (wobec ucznia) wynikającymi z zapisów formalnych, a z drugiej strony mamy do czynienia z pedagogiem i nauczycielem przygotowywanym do zawodu. Obawy może budzić postawa do zdrowia przyszłych pedagogów i nauczycieli, która w zasadzie zostaje ugruntowana w trakcie studiów (wynikająca po części z programu studiów). Na przykładzie przyszłych nauczycieli i pedagogów wychowania fizycznego możemy mówić o braku przygotowania do realizacji nowej koncepcji edukacji zdrowotnej i wychowania fizycznego opartej na działaniach na rzecz zdrowia. W związku z tym, sprawą pilną jest stworzenie systemu doskonalenia nauczycieli wychowania fizycznego i innych przedmiotów w zakresie edukacji zdrowotnej. Dokonanie zmian w kształceniu przeddyplomowym pedagogów i nauczycieli wychowania fizycznego powinno odbywać się poprzez wprowadzenie pedagogiki zdrowia, edukacji zdrowotnej lub wychowania zdrowotnego (obecnie w standardach kształcenia na kierunkach: pedagogika I stopnia

i wychowanie fizyczne II stopnia brak jest takiego przedmiotu) oraz uwzględnienie edukacji zdrowotnej z metodyką w kształceniu przeddyplomowym nauczycieli wszystkich przedmiotów. Dlatego można postulować o przebudowywanie programów studiów tak, by w większym zakresie uwzględniały treści obejmujące działania na rzecz zdrowia. Zatem należy stworzyć alternatywny projekt (na wzór podstawy programowej 2009) uwzględniający zakres celów i treści w zakresie edukacji zdrowotnej w wielu obszarach tematycznych dostosowanych do specjalności pedagogicznej studiujących. Priorytetem oczywiście stawałaby się sylwetka absolwenta, która obrazuje przygotowanie zawodowe. Jednocześnie wydaje się konieczne podjęcie prób stworzenia „uczelni promującej zdrowie” na wzór istniejących „szkół promujących zdrowie”. Zasadność potęguje fakt, iż uczelnie pedagogiczne kształcą pedagogów i nauczycieli, którzy to z kolei będą ponosili odpowiedzialność za edukację dzieci i młodzieży. To właśnie nauczyciele i pedagodzy powinni odgrywać ważne role społeczne i rozwojowe, które wykraczają poza tradycyjne granice danego przedmiotu. Powinni oni stanowić dla uczniów wzór do naśladowania. A odpowiednie kwalifikacje zawodowe pedagogów i nauczycieli wychowania fizycznego powinny zajmować niezwykle istotną rolę w fizycznym i umysłowym rozwoju dzieci i młodzieży oraz w zachęcaniu ich do prowadzenia zdrowego stylu życia. Tylko czy reprezentując przeciętną postawę w zakresie zachowań zdrowotnych (jak wykazały wyniki badań) jest się w stanie tym zadaniom sprostać. Istotą jest fakt, iż to w znaczącej mierze od poziomu kultury zdrowotnej przyszłych pedagogów i nauczycieli zależeć będzie proces wychowania w kulturze zdrowotnej dzieci i młodzieży. ■

**Paweł Kijo**

Lodz, Poland

Pawel.Kijo@gmail.com

Keywords: health culture, physical culture, health, health behaviors of students

### **Health culture in the context of programmatic changes in school education (curriculum reform of 2009)**

#### **Abstract**

The relationship between health education and physical education are reflected in the general education curriculum introduced in 2009 in the Polish educational system. Therefore, changes concerning the educational process, requirements and expectations towards students, put teachers and pedagogues in a new situation. An analysis of existing research results and situation and new school reality showed a need to determine attitudes to the health of future teachers and educators. Efforts have also been made to show the performance of health behaviors in this group of people. The evaluation of this condition may affect their attitude in future professional role as well as present education in this area.

The study was conducted in 2009 among students of public and private universities and teacher training colleges of Łódź. There was analyzed material covering 1260 observations. The study used a diagnostic survey method with measuring tools used in the promotion, pedagogy and psychology of health: LWO - List of Personal Values - Z. Juczyński and Health Behaviour Inventory - IZZ, Z. Juczyński. The results indicate the current unsatisfactory state of education in the field of customs related to health education both in school and during the study. It is therefore necessary, in the process of education, to increase pressure on health-related activities, since future educators and teachers should be characterized by high rates rather than just average rate of behavior regarding health. It can therefore be assumed that this condition directly translates into shaping pro-health attitudes in children and adolescents.

Paweł Kijo, PhD, The Pedagogical Academy in Lodz,  
Department of Pedagogy