doi: 10.15503/onis2017.249.267

Realizacja założeń edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej – analiza dokumentacji pracy szkoły

Barbara Kołecka
Uniwersytet Zielonogórski, ul. Licealna 9, 65-417 Zielona Góra
E-mail: barbara_kolecka@op.pl

Abstrakt

Cel badań. Celem badań było rozpoznanie związku pomiędzy założeniami teoretycznymi a realizacją edukacji zdrowotnej na etapie szkoły podstawowej.

Metoda badań. W badaniach zastosowano metodę zbierania danych w oparciu o źródła wtórne (Rubacha, 2011). Analizie poddano zapisy dotyczące procedur realizacji edukacji zdrowotnej zapisane w przedmiotowych planach pracy nauczycieli (język angielski, przyroda, wychowanie fizyczne, wychowanie do życia w rodzinie) w oparciu o wytyczne zawarte w podstawach programowych wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2014, poz. 803).

Wyniki. W toku analizy dokumentacji stwierdzono, że przedmiotowe plany dydaktyczno-wychowawcze zawierają cele, zadania i treści edukacji zdrowotnej. Na pierwszym etapie kształcenia treści edukacji zdrowotnej realizowane są w układzie spiralnym co oznacza, że uczniowie w kolejnych latach stopniowo wzbogacają i pogłębiają zakres kompetencji (Celarek, Dąbrowski, Jankowski, 1999). W klasach 4 – 6 zauważono rozbieżności co do założeń zawartych w podstawie programowej a przedmiotowymi planami nauczania w przedmiotach: przyroda i wychowanie do życia w rodzinie. Otóż w klasie 5 i 6 plany pracy z przedmiotu przyroda wykazały brak kontynuacji spiralnej realizacji treści z obszaru zdrowie i troska o zdrowie w klasach 5 i 6. W kasie 5 i 6 nie wyposażają uczniów w wiedzę dotyczącą biologii rozwoju człowieka (ciąża, rozwój płodu, poród).

Wnioski.

1. Przedmiotowa analiza dokumentacji umiejscawia treści edukacji zdrowotnej wskazane podstawą programową w holistycznej koncepcji zdrowia.
2. Treści edukacji zdrowotnej są realizowane na obu etapach kształcenia w zakresie przedmiotów wskazanych podstawą programową.
3. Przedmiotowe plany pracy nauczycieli zawierały treści edukacji zdrowotnej zawarte w podstawie programowej.

Słowa kluczowe*:* edukacja zdrowotna, podstawa programowa, przedmiotowe plany nauczania.

The realisation of health education objectives in primary schools - an analysis of the documentation of the school's work

Abstract

Purpose of research. The purpose of the study was to identify the relationship between theoretical assumptions and the implementation of health education at the elementary school level.

Method of research. The study used a data collection method based on secondary sources (Rubacha, 2011). Analysis concerned the procedures for implementation of health education that were included in the teachers' work plans (English, nature studies, physical education, upbringing in the family), based on the guidelines included in the core curricula of pre-school education and general education in particular types of schools (Journal of Laws 2014, item 803).

Results. In the course of the analysis of the documentation it was stated that the didactic plans contain the objectives, tasks and content of health education. In the first stage of education, the content of health education is implemented in a spiral system, which means that students in the following years gradually enrich and deepen their competence (Celarek, Dąbrowski, Jankowski, 1999). In grades 4-6 differences were found in terms of the assumptions contained in the curriculum and the curricula of the following subjects: nature studies and upbringing in the family. In grades 5 and 6, the work plans for the subject of nature studies have shown no continuation of the spiral implementation of the content of health and health care in grades 5 and 6. In classes 5 and 6 students are not equipped with knowledge about the biology of human development (pregnancy, childbirth).

Conclusions.1. This documentary analysis locates the content of health education indicated by the core curriculum in the holistic health concept.2. The content of health education is implemented at both stages of education in the subjects identified by the core curriculum.3. The teachers' work plans contained the content of health education included in the curriculum.***Key words***: health theories, health education, curriculum, subject work plans.

„Zdrowie – to nie dar niebios dany nam raz na zawsze. Nad zdrowiem trzeba pracować, praca ta ma charakter pedagogiczny. Zdrowia bowiem można i należy nauczać, do zdrowia trzeba wychowywać" (Demel, 1968, s.8).

Pojęcie zdrowia można interpretować w zależności od przyjętej perspektywy teoretycznej. Oznacza to, że będzie ono różnie definiowane z punktu widzenia nauk biologicznych (medycznych), społecznych, czy humanistycznych. Powszechne rozumienie zdrowia jest nierozerwalnie związane z pojęciem choroby. Ma to swoje uzasadnienie w biomedycznej koncepcji. Definicja zdrowia przyjęta przez World Health Organization (WHO) w 1946 (Woynarowska, 2008) stała się podstawą do zmiany w myśleniu o zdrowiu, jako o wartości warunkującej potencjał psychofizyczny człowieka i jego dobrą jakość życia. Zdrowia nie czujemy na co dzień i dopóki jesteśmy zdrowi, nie podejmujemy czynności związanych z jego podtrzymywaniem i pomnażaniem często działając antyzdrowotnie (źle zbilansowana dieta, brak aktywności fizycznej, używki).

Zdrowie w ujęciu biomedycznego i holistycznego modelu.

W naukach medycznych funkcjonuje kilka koncepcji zdrowia. W niniejszym opracowaniu omówione zostały dwie wiodące teorie tłumaczące z jakich powodów człowiek podejmuje działania na rzecz własnego zdrowia - model biomedyczny i holistycznym, które jednocześnie odzwierciedlają stale ewaluujące potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Pierwsze podejście – biomedyczne, jak wskazuje Marta Czarnecka i Lidia Cierpiałkowska, traktuje zdrowie jako brak choroby, tj. brak zakłóceń w przebiegu funkcji biologicznych organizmu. Jednakże zdrowie jest w tym modelu tłem dla choroby, która jest głównym przedmiotem zainteresowań. Choroba i zdrowie wykluczają się nawzajem. Ponadto, charakterystyczne dla tego podejścia jest utrzymywanie kartezjańskiej myśli dotyczącej podziału człowieka na dwie niezależne części „somę" i „psyche" oraz podkreślanie roli lekarza, jako jedynej aktywnej osoby w sytuacji choroby (Czarnecka, Cierpiałkowska, 2007, s. 162). Artur Ostrzyżek i Jerzy Marcinkowski podsumowali takie podejście następująco: „biomedyczny model zdrowia skupił się na czynnikach czysto biologicznych, nie obejmując całego pozostałego otoczenia choroby a więc wpływów psychologicznych, środowiskowych i społecznych. W terapii nacisk położony został na poszukiwanie usterek biofizycznych i analizę wyników badań, a dobre zdrowie było jedynie wykładnią nieobecności bólu, dysfunkcji czy choroby" (Ostrzyżek, Marcinkowski, 2012, s. 683). Ludzie są zdrowi, dopóki nie poczują się źle. Złe samopoczucie jest najczęściej spowodowane przez chorobę, która powstaje w rezultacie zatrucia, infekcji lub wypadku. Chorzy idą do lekarzy, którzy badają objawy choroby i stawiają diagnozę. Następnie podejmują leczenie w postaci przyjmowania zapisanych leków, zabiegów chirurgicznych oraz zaleceń lekarskich, które likwidują chorobę. „Jednym z fundamentalnych błędów modelu medycznego jest nieuwzględnienie ludzkich uczuć (Clark, 1978, s. 33). „Jeśli zdrowie i choroba są traktowane jako stany rozłączne (człowiek albo jest zdrowy albo jest chory i nie ma stanów pośrednich) wówczas pozostają poza kontrolą jednostki co oznacza, że zdrowie w tym sposobie pojmowania jest sprowadzone jedynie do zasad biologicznego funkcjonowania jednostki na bazie wrodzonych możliwości" (Koszczyc, Koper 2013, s. 46).

Drugi z wymienionych modeli zdrowia ukształtował się na krytycznym podejściu wskazującym braki modelu biomedycznego. Model holistyczny ujmuje w swoim zakresie potrzebę odmiennego spojrzenia na sytuację życiową pacjenta, uwzględnia te obszary jego funkcjonowania, które były dotąd pomijane w ocenach klinicznych. Zatem opiera się na traktowaniu człowieka jako całości, co oznacza, że zdrowie człowieka konstytuują powiązane ze sobą wszystkie aspekty egzystencji:

- fizyczny (prawidłowe funkcjonowanie organizmu, wszystkich jego układów i narządów)
- psychiczny, a w jego obrębie zdrowie: umysłowe (zdolność do jasnego, logicznego myślenia) i emocjonalne (zdolność do rozpoznawania uczuć, np. lęku, radości i wyrażania ich w odpowiedni sposób oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem, lękiem)
- społeczny (zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi)

- duchowy (u niektórych ludzi jest związany z wierzeniami i praktykami religijnymi, u innych dotyczy ich osobistego credo, zasad, zachowań i sposobów utrzymywania wewnętrznego spokoju)
- część całości (postrzeganie zdrowia człowieka w kontekście czynników, które na nie wpływają, w tym głównie stylu życia i warunków, w jakich człowiek żyje) warunki (Woynarowska, 1995a, s. 15).

W związku z powyższym w drugiej połowie XX wieku upowszechniło się inne spojrzenie na prawidłowości rządzące światem przyrody, życiem społeczno-kulturowym, oraz wpływem na stan zdrowia człowieka. Rozważania w tym zakresie prowadził George D. Bishop zauważając, „że relacje między ciałem i umysłem już od czasów antycznych stanowiły źródło licznych spekulacji i kontrowersji. Większość kultur na pewnym etapie rozwoju przechodziła zarówno przez okres wiary w nierozerwalny związek ciała i umysłu, jak i przez okresy przekonania o braku łączności między tymi elementami" (Bishop, 2000, s. 40).

W modelu holistycznym wyraźnie podkreśla się, że zdrowie nie jest stanem statycznym i we wszystkich okresach życia należy: chronić je – czyli zapobiegać chorobom (profilaktyka), doskonalić je – pomnażać, zwiększać jego potencjał (promocja zdrowia), przywracać je – gdy pojawi się choroba (leczenie i rehabilitacja) (Sęk, Ścigała, Pasikowski, 1992).

Rozpatrując oba podejścia odnosi się wrażenie, że bliższy doskonałemu modelowi zdrowia jest model holistyczno-funkcjonalny, co potwierdzają słowa G.D. Bishopa, autora *Psychologii zdrowia* o istnieniu coraz większej ilości powodów, że psychiczne i behawioralne czynniki są co najmniej tak samo ważne, jak ściśle fizyczne. Wynika z tego, że „we współczesnym dążeniu do skuteczności leczenia niezbędne jest podejście nie tylko medyczne, ale również psychosomatyczne (Bishop, 2000 s. 12).

Uwzględnia te założenia definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), mówiąca, że zdrowie to: „stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub kalectwa i niepełnosprawności" (Woynarowska, 1995b, s. 9). Równie popularna i upowszechniana na świecie jest definicja zakładająca, że „ zdrowie jest czymś więcej aniżeli brakiem choroby – jest dobrym samopoczuciem we wszystkich wymiarach: fizycznym, psychicznym, społecznym" (Downie, Fyfe, Tannahill, 1994, s. 49) oraz traktująca zdrowie: „jako funkcjonalną zdolność jednostki, która umożliwia realizację jej zadań i obowiązków oraz jako pewną własność czy cechę życia, która gwarantuje człowiekowi szczęśliwe, efektywne i kreatywne życie" (Boruchovitch, Mednick, 2002, s. 175).

Mirosław Kowalski zauważa, że widzenie świata i człowieka oparte na modelu biomedycznym przyczyniło się do postępu technicznego w medycynie, szybkiego rozwoju nauk ścisłych, który pozwolił na wykorzystanie metod analitycznych w badaniu ciała człowieka i jego funkcji. Holistyczne ujęcie człowieka, wskazując na złożoność i wielowymiarowość powiązań istoty ludzkiej ze światem, przyczyniło się – z perspektywy funkcjonalnej – do ujmowania problematyki zdrowia w sposób całościowy. Biomedyczne i holistyczne obrazy zdrowia – mimo że zawierają skrajnie odmienne propozycje definiujące zdrowie (i chorobę) oraz wskazują na inne ich uwarunkowania – uzupełniają się nawzajem (Kowalski, Gaweł, 2007, s. 25). Zdrowie człowieka, jak podkreśla M. Kowalski, charakteryzuje się całożyciową

dynamicznością, a nie statycznością. Stąd zasadne jest rozpatrywanie go na płaszczyznach aksjologicznych, które pozwalają ujmować zdrowie jako całość lub część całości. Według autora „ płaszczyzny mają tę właściwość, że mogą się wzajemnie przenikać, nakładać lub ewentualnie stanowić oddzielne elementy" (Kowalski, Gaweł, 2006, s. 55).

Celnie zdefiniował zdrowie w ujęciu holistycznym Kazimierz Dąbrowski. Skupił się bowiem na sposobie rozumienia zdrowia psychicznego. Według niego „zdrowie oznacza zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej w hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego" (Dąbrowski, 1979, s. 34). Postrzegał on zdrowie jako proces, którego charakterystyczną cechą główną jest rozwój oraz doskonalenie. Podobnie zdefiniował to pojęcie Kazimierz Denek, twierdząc, że „zdrowie jest uniwersalną, ogólnoludzką i ponadczasową wartością, która znajduje swój wyraz w sprawności fizycznej oraz w zdolności do sensownego i twórczego życia. Jego zdaniem zdrowie, traktowane jako proces, wymaga ciągłej troski oraz umiejętności przywracania ciągle zakłóconej równowagi i przystosowania się do nieustannie dokonujących się zmian zachodzących wewnątrz, jak i w otaczającym nas środowisku" (Nowocień, 2016, s. 222).

Barbara Woynarowska uwzględniła całościowe (holistyczne) i pozytywne rozumienie zdrowia oraz wskazała na powiązanie ze sobą obszarów: fizycznego, psychicznego (umysłowego, emocjonalnego), społecznego i duchowego (Woynarowska, 2008). Autorka podkreśla, że w szkolnej edukacji zdrowotnej „zdrowie ukazywane jako kategoria pozytywna (dobrostan, wellness), wiąże się z dobrą jakością życia, energią życiową, sprawnością fizyczną, potencjałem człowieka, rozwojem, zdolnością do aktywnego i twórczego życia, cieszenia się z życia, optymizmem, szczęściem" (Woynarowska, 2010, s. 24). W takim ujęciu zdrowie ukazywane jest wychowankom jako dobro, stan pożądany, ceniony a także uznawane jest za wartość i zasób dla jednostki (Woynarowska, 2010). Dalsze rozwinięcie tej definicji podejmuje autorka twierdząc, że „zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym, psychicznym i dobrze adaptuje się do otaczającego go środowiska społecznego. Całkowicie realizuje on swoje zdolności fizyczne i umysłowe, może dostosować się do zmian w otoczeniu, jeśli nie wykraczają one poza granice normy, i wnosi swój wkład w pomyślność społeczeństwa odpowiednio do swoich możliwości i zdolności" (Woynarowska, 2010, s. 18).

Instytucjonalna edukacja zdrowotna.

Edukacja zdrowotna może być realizowana w ramach procesu socjalizacji przebiegającego w rodzinie (pozainstytucjonalna) oraz w instytucjach, które w swoich działaniach mają wpisane cele i zadania na rzecz całożyciowej troski o zdrowie (przedszkola, szkoły, ośrodki akademickie).

Jaki wpływ na ukształtowanie zdrowego obywatela w społeczeństwie mogą mieć instytucje oświatowe podaje Eligiusz Madejski. Badania przeprowadził wśród rodziców uczniów szkół podstawowych województwa śląskiego. Rodzice w większości (82%) czują się nie tylko prawnie, ale i moralnie odpowiedzialni za zdrowie własnych

dzieci. Zaledwie 17% z badanych uważa, że jest to obowiązek szkoły i służby zdrowia, jako placówki ich zdaniem najbardziej kompetentnej. Jego zdaniem szkoła w pierwszej kolejności odpowiada za realizację i propagowanie edukacji zdrowotnej w społeczności lokalnej, której ogniwami są środowiska rodzinne. Aby planowane efekty w tym zakresie były możliwe do osiągnięcia, konieczna jest ścisła współpraca obu środowisk: szkolnego i rodzinnego (Madejski, 2009, s.79).

W Polsce strategia działań na rzecz edukowania ku zdrowiu oraz podnoszenia jakości życia społeczeństwa została przedstawiona w Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996 – 2006, 2007 – 2015 i 2016 – 2020. Program ponadto stał się podstawą do wprowadzenia przez Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN) zmian w podstawie programowej z wychowania fizycznego (rozporządzenie z dnia 23.12.2008 r.), w której opisano procedury realizacji wychowania zdrowotnego w ramach tego przedmiotu od roku szkolnego 2009/2010 (Dz. U. 2008, nr 4, poz. 17). Tym samym rozpoczął się proces podnoszenia świadomości społeczeństwa na temat możliwości wpływu każdego z nas na własne zdrowie, co zaskutkowało m.in. wprowadzeniem sieci szkół promujących zdrowie. Dostrzeżono zatem, że jedną z dróg zrozumienia przez społeczeństwo znaczenia zdrowia w dobrostanie psychofizycznym jest proces instytucjonalnej edukacji. „Nadrzędnym celem działalności edukacyjnej szkoły jest dążenie do wielostronnego rozwoju ucznia, obejmującego intelektualny, psychiczny, społeczny, zdrowotny, estetyczny, moralny i duchowy wymiar jego osobowości. Aby ten cel mógł być osiągnięty niezbędne jest tworzenie sprzyjających tej działalności materialnych i psychospołecznych warunków" (Kowalski, Gaweł, 2006, s.183). Oznacza to również „ciągły, rytmiczny i planowo realizowany proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych" (Żukowska,1999, s. 14). „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, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu lub rehabilitacji, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki (Woynarowska, 2010, s.103). Kształtując postawę prozdrowotną wychowanka powinnością nauczyciela jest zatem uwzględnienie następujących zmian w osobowości ucznia:

- wartość zdrowia jest realnością; zdrowie jest wartością egzystencjalną, a to oznacza, że ma istotne znaczenie w życiu człowieka (Popielski, 1994)
- wartość zdrowia uwidacznia się dzięki właściwościom procesu strukturyzowania osobowości (widoczne jest to m. in. w obszarach związanych z regulowaniem życia społecznego, grupowego, jak również zachowań indywidualnych)
- wartość zdrowia zobowiązuje (powiązanie odpowiedzialności z podejmowaniem określonych decyzji w obszarze zdrowia)
- wartość zdrowia służy twórczemu byciu jednostki
- wartość zdrowia wyzwala siły motywacyjne oraz mobilizuje
- wartość zdrowia uaktywnia sposoby poznawania siebie i innych, a także oceniania otaczającej rzeczywistości
- wartość zdrowia uaktywnia wyobraźnię, skojarzenia oraz intuicje, aktywizując wolę i decyzje jednostki

- wartość zdrowia nadaje sens życiu jednostki oraz ma charakter sensotwórczy (Kowalski, Gaweł, 2006).

Na podstawie powyższych rozważań można sądzić, że w procesie edukacji zdrowotnej wychowankowie „uczą się starannie dobranych umiejętności potrzebnych w codziennym życiu do pokonywania trudności, zaspokajania potrzeb psychicznych bez uciekania się do przemocy lub stosowania substancji zmieniających świadomość. Wspomniane umiejętności dotyczą konstruktywnego rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, budowania pozytywnego obrazu siebie, asertywności" (Woynarowska, 2010, s. 502).

Pojmowanie zdrowia zgodnie z jego holistyczną koncepcją wielowymiarowego dobrostanu, poddającego się zmianom w ciągu życia człowieka – jest wstępnym warunkiem skutecznie prowadzonych działań w edukacji ku całożyciowej trosce o zdrowie. „Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szansę na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w których żyją" - Hiroshi Nakajimy - Dyrektor Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia (Woynarowska, 2000, s. 15).

Metodologia badań własnych.

Cel pracy i pytania badawcze

Mając na uwadze zdrowie społeczeństwa władze oświatowe dostrzegły potrzebę wprowadzenia celów, zadań i treści z zakresu edukacji zdrowotnej m. in. do takich przedmiotów szkolnych jak: wychowanie fizyczne, edukacja przyrodnicza i edukacji społecznej (Podstawa programowa, 2014).

W związku z powyższym zaistniała potrzeba przeprowadzenia badań empirycznych, których celem było rozpoznanie związku pomiędzy założeniami teoretycznymi a realizacją edukacji zdrowotnej na etapie szkoły podstawowej.

Artykuł jest próbą rozpoznania rzeczywistej realizacji edukacji zdrowotnej przez nauczycieli na pierwszym i drugim etapie kształcenia. Szczegółowej analizie poddano treści podstawy programowej, zgodnej z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2014, poz. 803). Uszczegółowieniem celu badań była próba odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jaką koncepcję - biomedyczną czy holistyczną - wyraża podstawa programowa dla szkoły podstawowej?
2. W obszarze jakich przedmiotów szkolnych realizowane są treści edukacji zdrowotnej?
3. Czy przedmiotowe plany pracy nauczycieli obejmowały treści edukacji zdrowotnej zawarte w podstawie programowej?
4. Czego dotyczyły powiązania a czego rozbieżności?

Metody, techniki, narzędzia badawcze

W badaniach zastosowano metodę przeszukiwania źródeł wtórnych a następnie poddano analizie i interpretacji ich treść (Rubacha 2011). Krzysztof Rubacha uważa, że autorzy metodologii badań analizę źródeł utożsamiają z metodą zbierania danych. Jednakże autor twierdzi, że zbieranie to nie analiza. Metodolog posługuje się zatem pojęciem źródeł wtórnych określając je jako „zbiory danych, będące materialnymi śladami ludzkiej działalności" (Rubacha 2011, s. 157), do których zalicza m.in. podręcznik, pamiętniki, świadectwa szkolne, dokumenty prawne. „Źródła wtórne istnieją fizycznie, tak jak osoby badane. Z tego punktu widzenia można powiedzieć, że pozostałe metody zbierania danych bazują na źródłach pierwotnych, ponieważ badacz, aktywizując osobę badaną, niejako kreuje, «wydobywa z niej» dane (Rubacha, 2011, s. 158). Na postawie sformułowanego celu badań i pytań badawczych dokonano celowego doboru źródeł wtórnych, którymi były podstawy programowe i plany nauczania tych przedmiotów szkolnych, w ramach których realizowany jest proces edukacji zdrowotnej tj. wychowania fizycznego, przyrody, wychowania w rodzinie, języka angielskiego i zajęć technicznych.

Wszystkie dokumenty zostały zgromadzone w roku szkolnym 2016/2017 roku. Zebrane plany pracy z poszczególnych przedmiotów nauczania potwierdzone były pieczęcią szkoły. Opatrzone podpisem i akceptacją do realizacji przez dyrektora szkoły oraz podpisami nauczycieli prowadzących dany przedmiot. Stanowiły zatem wiarygodne źródło informacji. Analizowane plany były spójne ze szkolnym zestawem programów nauczania, przyjętym przez radę pedagogiczną na dany rok szkolny.

Organizacja badań. Materiał badawczy

W badaniach dokonano analizy treści podstawy programowej z 2014 r. (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r.) zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2014, poz. 803) dla szkół podstawowych w zakresie edukacji zdrowotnej. W jej wyniku wyodrębniono szczegółowe cele przedmiotów wyznaczone podstawą programową, w zakresie których realizowana ma być edukacja zdrowotna (tabela 1 i tabela 2). W celu rozpoznania związku pomiędzy założeniami teoretycznymi a realizacją edukacji zdrowotnej na etapie szkoły podstawowej analizie poddano plany pracy nauczycieli klas 1-3 oraz na etapie 4-6 analizie poddano treści z języka angielskiego, przyrody, zajęć technicznych, wychowania fizycznego i wychowania do życia w rodzinie (dla klasy 5 i 6, gdyż przedmiot realizowany jest tylko w tych klasach). Każdy znak (+) postawiony w tabeli 1 i 2 na poziomie wymagań szczegółowych oznacza uwzględnienie treści w planie nauczania z powyższych przedmiotów. Materiał badawczy stanowiło 17 planów.

Analizowane plany pracy dla klas 1-3 były ułożone do programu Anety Jegier i Beaty Szurowskiej *Moje ćwiczenia* (Jegier, Szurowska, 2014). Oznaczono je symbolami – Pp.1, Pp.2, Pp.3. Analogicznie oznaczono kolejne plany przedmiotowe w drugim etapie kształcenia. Plan pracy z języka angielskiego został przygotowany do progra-

mu „Discover English 3" (Hearn, Wildam, 2015) (Pp.ja.4, Pp.ja.5, Pp.ja.6). Przyroda obejmowała plan pracy do programu – „Tajemnice przyrody" (Marko – Worłowska, Stawarz, Szlajfer, 2015) (Ppp.4, Ppp.5, Ppp.6). Zajęcia techniczne - w planach zostały przedłożone do programu „Bądź bezpieczny na drodze" (Bogacka-Osińska, Łazuchiewicz, 2015) (Pp.zt.4, Pp.zt.5, Pp.zt.6). Podstawą do opracowania planów pracy z wychowania fizycznego był program Urszuli Kierczak „Koncepcja edukacji fizycznej. Zdrowie, sport, rekreacja, dla szkoły podstawowej" (Kierczak 2009) (Pp.wf.4, Pp.wf.5, Pp.wf.6). Plan przedmiotu wychowania do życia w rodzinie został przedstawiony do programu dla klasy 5 i 6 autorstwa Teresy Król „Wędrując ku dorosłości" (Król, 2014) (Pp.wdż.5, Pp.wdż6). Jego realizacja została zaplanowana na 1 semestr w obu poziomach klas zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej, z 17 lutego 2012 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego, stosowane od dnia 1 września 2013 r. w klasie 5 szkoły podstawowej. Do ich realizacji nauczyciel prowadzący przedstawił zgodnie z wymogiem formalnoprawnym podpisane zgody przez rodziców, uczniów biorących udział w zajęciach.

Realizacja edukacji zdrowotnej a założenia zawarte w podstawie programowej

„Edukacja zdrowotna jako całożyciowy proces uczenia ludzi jak żyć zajmuje właściwe miejsce w procesie wychowania i stanowi filar oddziaływań modyfikujących wszelkie zachowania zagrażające naturalnemu i spontanicznemu rozwojowi dzieci i młodzieży" (Podstawa Programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa, 2014, s. 56).

Wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono w kilku obszarach edukacji wczesnoszkolnej: w zakresie edukacji przyrodniczej, społecznej i polonistycznej, zajęciach komputerowych oraz w etyce. Obszary realizowane w ramach tychże przedmiotów dotyczą: dbałości o zdrowie i bezpieczeństwo własne i innych, kontrolowania zdrowia i przestrzegania zaleceń lekarza i stomatologa, bezpieczeństwa w ruchu drogowym, relacji i współpracy z innymi, pomagania potrzebującym, ochrony środowiska przyrodniczego (Podstawa programowa z komentarzami, 2014, s. 55) W tabeli 1 przedstawiono cele szczegółowe wyodrębnione z podstawy programowej, uwzględniające treści edukacji zdrowotnej w kształceniu zintegrowanym. W trzech końcowych kolumnach znakiem (+) oznaczono ich uwzględnienie w planach pracy nauczycielek.

Tabela 1

Wyniki analizy planów pracy nauczycieli I etapu kształcenia w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej w oparciu o podstawę programową kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej

Szczegółowe cele edukacji zdrowotnej w zakresie przedmiotów szkoły podstawowej wyznaczone podstawą programową	**klasy**		
	1	2	3
I etapu edukacyjnego (klasy 1 – 3)			
Edukacja Społeczna. Uczeń:	Pp1	Pp2	Pp3
5.1. odróżnia, co jest dobre, a co złe w kontaktach z rówieśnikami i dorosłymi	+	+	+
5.2. odróżnia dobro od zła, stara się być sprawiedliwym i prawdomównym; nie krzywdzi innych, pomaga słabszym i potrzebującym;	+	+	+
5.4. współpracuje z innymi w zabawie, w nauce szkolnej, przestrzega reguł obowiązujących w społeczności dziecięcej oraz świecie ; 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, respektuje prawo innych do pracy i wypoczynku;	+	+	+
5.5. jest tolerancyjny wobec osób innej narodowości, tradycji kulturowej itp.; wie, że wszyscy ludzie mają równe prawa;	+	+	+
5.6. (zna prawa ucznia i jego obowiązki w tym zasady bycia dobrym kolegą), respektuje je; uczestniczy w szkolnych wydarzeniach;	+	+	+
5.10. wie, gdzie można bezpiecznie organizować zabawy, a gdzie nie można i dlaczego;	+	+	+
5.11. zna zagrożenia ze strony ludzi; potrafi powiadomić dorosłych o wypadku, zagrożeniu, niebezpieczeństwie; zna numery telefonów: pogotowia ratunkowego, straży pożarnej, policji oraz ogólnopolski numer alarmowy 112.	-	+	+
Edukacja przyrodnicza. Uczeń:	+	+	+
6.5. wyjaśnia zależność zjawisk przyrody od pór roku; wie, jak zachować się odpowiednio do warunków atmosferycznych;	+	+	+
6.9. zna podstawowe zasady racjonalnego odżywiania się; rozumie konieczność kontrolowania stanu zdrowia i stosuje się do zaleceń lekarza i lekarza dentysty;	+	+	+
6.10. dba o zdrowie i bezpieczeństwo swoje i innych (w miarę swoich możliwości);orientuje się w zagrożeniach ze strony roślin i zwierząt, a także w zagrożeniach typu burza, huragan, śnieżyca, lawina, powódź itp.; wie, jak trzeba zachować się w takich sytuacjach	+	+	+
Wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna. Uczeń:	+	+	+
10.1. w zakresie sprawności fizycznej a) realizuje marszobieg trwający co najmniej 15 minut, b) umie wykonać próbę siły mięśni brzucha oraz próbę gibkości dolnego odcinka kręgosłupa, c) potrafi pokonywać przeszkody naturalne i sztuczne;	 + + +	 + + +	 + + +
10.2. w zakresie treningu zdrowotnego: a) przyjmuje pozycje wyjściowe i ustawienia do ćwiczeń oraz wykonuje przewrót w przód, b) skacze przez skakankę, wykonuje przeskoki jednonóż i obunóż nad niskimi przeszkodami, c) wykonuje ćwiczenia równoważne bez przyboru, z przyborem i na przyrządzie;	 + + +	 + + +	 + + +

Szczegółowe cele edukacji zdrowotnej w zakresie przedmiotów szkoły podstawowej wyznaczone podstawą programową	**klasy**		
	1	2	3
10.3. w zakresie sportów całego życia i wypoczynku: a) posługuje się piłką: rzuca, chwyta, kozłuje, odbija i prowadzi ją, b) jeździ np. na rowerze, wrotkach; przestrzega zasad poruszania się po drogach, c) bierze udział w zabawach, minigrach i grach terenowych, zawodach sportowych, respektując reguły i podporządkowując się decyzjom sędziego, d) wie, jak należy zachować się w sytuacjach zwycięstwa i radzi sobie z porażkami w miarę swoich możliwości;	 + + + +	 + + + +	 + + + +
4. w zakresie bezpieczeństwa i edukacji zdrowotnej: a) dba o higienę osobistą i czystość odzieży, b) wie, jakie znaczenie dla zdrowia ma właściwe odżywianie się oraz aktywność fizyczna, c) wie, że nie może samodzielnie zażywać lekarstw i stosować środków chemicznych niezgodnie z przeznaczeniem, d) dba o prawidłową postawę, np. siedząc w ławce, przy stole, e) przestrzega zasad bezpiecznego zachowania się w trakcie zajęć ruchowych; posługuje się przyborami sportowymi zgodnie z ich przeznaczeniem, f) potrafi wybrać bezpieczne miejsce do zabaw i gier ruchowych; wie, do kogo zwrócić się o pomoc w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia.	 + + + + + +	 + + + + + +	 + + + + + +
11. Etyka. Uczeń:			
11.2. zastanawia się nad tym, na co ma wpływ, na czym mu zależy, do czego może dążyć nie krzywdząc innych; stara się nieść pomoc potrzebującym;	+	+	+
11.3. wie, że dzieci niepełnosprawne znajdują się w trudnej sytuacji i pomaga im;	+	+	+
11.4. wie, na czym polega prawdomówność i jak ważna jest odwaga przeciwstawiania się kłamstwu i obmowie; potrafi z tej perspektywy oceniać zachowania bohaterów baśni, opowiadań, legend, komiksów;	+	+	+
11.5. wie, że nie można zabierać cudzej własności i stara się tego przestrzegać; wie, że należy naprawić wyrządzoną szkodę; dostrzega, kiedy postaci z baśni, opowiadań, legend, komiksów nie przestrzegają reguły „nie kradnij"; pamięta o oddawaniu pożyczonych rzeczy, nie niszczy ich;	+	+	+
(Podstawa programowa, 2014, s. 10-16)			

* + oznacza uwzględnienie treści w nauczycielskim planie nauczania Pp1, Pp2, Pp3.

Źródło: Opracowanie własne Autora

Edukacja w klasach 1-3 szkoły podstawowej jest realizowana w formie kształcenia zintegrowanego. Ze względu na prawidłowości rozwoju umysłowego dzieci, treści nauczania powinny narastać i rozszerzać się w układzie spiralnym, tzn. w każdym następnym roku wiadomości i umiejętności nabyte przez ucznia mają być powtarzane i pogłębiane, a potem rozszerzane (Podstawa programowa, 2014, s. 20). Po dokonaniu zestawienia celów edukacji zdrowotnej opisanych w podstawie programowej i planach pracy Pp1, Pp2, i Pp3 wyłania się obraz odzwierciedlający spójność pomiędzy celami w ramach realizacji edukacji społecznej, przyrodniczej, wychowania fizycznego oraz etyki na pierwszym etapie kształcenia. Wymagania szczegółowe są realizowane na pierwszym etapie kształcenia w układzie spiralnym przez 3 lata nauki. Spełniają dostosowanie przekazania wiadomości najbliższych dziecku, ich syste-

matycznego powtarzania, utrwalania i rozszerzania w cyklu 3 lat pracy z wychowankiem pierwszego etapu kształcenia.

Realizacja celów edukacji zdrowotnej na etapie 4-6 na przedmiotach: język angielski, przyroda, zajęć technicznych, wychowania fizycznego i wychowania do życia w rodzinie jest również odzwierciedleniem celów zawartych w podstawie programowej (tabela 2). W trzech końcowych kolumnach znakiem (+) oznaczono ich uwzględnienie w planach pracy nauczycieli.

Tabela 2

Wyniki analizy planów pracy nauczycieli II etapu kształcenia w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej szkoły podstawowej na poszczególnych przedmiotach nauczania

Szczegółowe cele edukacji zdrowotnej w zakresie przedmiotów szkoły podstawowej wyznaczone podstawą programową	klasy		
II Etap edukacyjny (klasy 4-6)	4	5	6
Język obcy nowożytny			
1.6.żywienie (artykuły spożywcze, posiłki);	+	+	-
1.11.zdrowie (samopoczucie, higiena codzienna)	+	+	-
Przyroda Ja i moje otoczenie. Uczeń:			
1.1. wymienia czynniki pozytywnie i negatywnie wpływające na jego samopoczucie w szkole oraz w domu i proponuje sposoby eliminowania czynników negatywnych;	+		
1.2. wyjaśnia znaczenie odpoczynku (w tym snu), odżywiania się i aktywności ruchowej w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu;	+		
1.3. wymienia zasady prawidłowego uczenia się i stosuje je w życiu;	+		
1.4. opisuje prawidłowo urządzone miejsce do nauki ucznia szkoły podstawowej;	+		
1.5. uzasadnia potrzebę planowania zajęć w ciągu dnia i tygodnia; prawidłowo planuje i realizuje swój rozkład zajęć w ciągu dnia;	+		
Człowiek a środowisko. Uczeń:			
5.1.prowadzi obserwacje i proste doświadczenia wykazujące zanieczyszczenie najbliższego otoczenia (powietrza, wody, gleby);		+	
5.2.wyjaśnia wpływ codziennych zachowań w domu, w szkole, w miejscu zabawy na stan środowiska;		+	+
5.3.proponuje działania sprzyjające środowisku przyrodniczemu	+	+	+
5.4.podaje przykłady miejsc w najbliższym otoczeniu, w których zaszły korzystne i niekorzystne zmiany pod wpływem działalności człowieka;		+	+
5.5.podaje przykłady pozytywnego i negatywnego wpływu środowiska na zdrowie człowieka.		+	+
8. Organizm człowieka. Uczeń:			
8.1.podaje nazwy układów narządów budujących organizm człowieka: układ kostny, oddechowy, pokarmowy, krwionośny, rozrodczy, wskazuje na planszy główne narządy tych układów:	+		

Szczegółowe cele edukacji zdrowotnej w zakresie przedmiotów szkoły podstawowej wyznaczone podstawą programową	klasy		
II Etap edukacyjny (klasy 4-6)	4	5	6
e) układ rozrodczy żeński – jajniki, jajowody, macica, pochwa i układ rozrodczy męski – jądra, nasieniowody, prącie.	+		
8.2. wymienia podstawowe funkcje poznanych układów człowieka;	+		
8.3. rozpoznaje i nazywa, na podstawie opisu, fotografii lub rysunku, etapy rozwoju człowieka (zarodkowy i płodowy, okres noworodkowy, niemowlęcy, poniemowlęcy, przedszkolny, szkolny, wieku dorosłego, starości);	+		
8.4. opisuje zmiany zachodzące w organizmach podczas dojrzewania płciowego;	+		
Zdrowie i troska o zdrowie. Uczeń:			
9.2.wymienia zasady postępowania z produktami spożywczymi od momentu zakupu do spożycia (termin przydatności, przechowywanie, przygotowywanie posiłków);	+		
9.3.wymienia zasady prawidłowego odżywiania się i stosuje je;	+		
9.4.podaje i stosuje zasady dbałości o własne ciało (higiena skóry, włosów, zębów, paznokci oraz odzieży);	+		
9.5.charakteryzuje podstawowe zasady ochrony narządów wzroku i słuchu;	+		+
9.6.wyjaśnia znaczenie ruchu i ćwiczeń fizycznych w utrzymaniu zdrowia	+		
9.7.podaje przykłady właściwego spędzania wolnego czasu, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa w czasie gier i zabaw ruchowych oraz poruszania się po drodze;	+		
9.8.opisuje zasady udzielania pierwszej pomocy w niektórych urazach (stłuczenia, zwichnięcia, skaleczenia, złamania, ukąszenia, użądlenia), potrafi wezwać pomoc w różnych sytuacjach;	+		
9.9.podaje przykłady zachowań i sytuacji, które mogą zagrażać zdrowiu i życiu człowieka (np. niewybuchy i niewypały, pożar, wypadek drogowy, jazda na łyżwach lub kąpiel w niedozwolonych miejscach);	+		
9.10.wyjaśnia znaczenie symboli umieszczonych np. na opakowaniach środków czystości i korzysta z produktów zgodnie z ich przeznaczeniem;	+		
9.11.wymienia podstawowe zasady bezpiecznego zachowania się w domu, w tym posługiwania się urządzeniami elektrycznymi, korzystania z gazu, wody;	+		
9.12.wyjaśnia negatywny wpływ alkoholu, nikotyny i substancji psychoaktywnych na zdrowie człowieka, podaje propozycje asertywnych zachowań w przypadku presji otoczenia;	+		
9.13.wymienia zasady zdrowego stylu życia i uzasadnia konieczność ich stosowania.	+		

Szczegółowe cele edukacji zdrowotnej w zakresie przedmiotów szkoły podstawowej wyznaczone podstawą programową	klasy		
II Etap edukacyjny (klasy 4-6)	4	5	6
Zajęcia techniczne. Sprawne i bezpieczne posługiwanie się sprzętem technicznym. Uczeń:			
4.1.potrafi obsługiwać i regulować urządzenia techniczne znajdujące się w domu, szkole i przestrzeni publicznej, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa; czyta ze zrozumieniem instrukcje obsługi urządzeń;	+	+	+
4.2.bezpiecznie uczestniczy w ruchu drogowym jako pieszy, pasażer i rowerzysta.	+	+	+
Wychowanie fizyczne. Trening zdrowotny. Uczeń:			
2.1.mierzy tętno w spoczynku i po wysiłku;	+		+
2.2.wymienia zasady i metody hartowania organizmu;	+	+	+
2.3.demonstruje po jednym ćwiczeniu kształtującym wybrane zdolności motoryczne oraz ułatwiające utrzymywanie prawidłowej postawy ciała;	+	+	+
2.4.wykonuje próbę wielobojową składającą się z biegu, skoku i rzutu	+	+	+
2.5.wykonuje przewrót w przód z marszu oraz przewrót w tył;		+	
2.6.wykonuje prosty układ gimnastyczny		+	+
Sporty całego życia i wypoczynek. Uczeń:			
3.1.organizuje w gronie rówieśników zabawę, grę ruchową, rekreacyjną, stosując przepisy w formie uproszczonej	+	+	+
3.2.stosuje w grze: kozłowanie piłki w biegu ze zmianą kierunku ruchu, prowadzenie piłki w biegu ze zmianą kierunku ruchu, podanie piłki oburącz i jednorącz, rzut piłki do kosza, rzut i strzał piłki do bramki, odbicie piłki oburącz sposobem górnym;	+	+	+
3.3. omawia zasady aktywnego wypoczynku	-	-	-
Bezpieczna aktywność fizyczna i higiena osobista. Uczeń:			
4.1.omawia sposoby postępowania w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia;	+	+	+
4.2.korzysta bezpiecznie ze sprzętu i urządzeń sportowych;	+	+	+
4.3.stosuje zasady samoasekuracji		+	+
4.4.omawia zasady bezpiecznego zachowania się nad wodą i w górach;	+	+	+
4.5.omawia sposoby ochrony przed nadmiernym nasłonecznieniem;	+	+	+
4.6.dobiera strój i obuwie sportowe do ćwiczeń w zależności od miejsca zajęć oraz warunków atmosferycznych.	+	+	+
Wychowanie do życia w rodzinie			
3.Więź rodzinna, związki uczuciowe i inne relacje w rodzinie; konflikty i ich rozwiązywanie.	-	+	+
4.Macierzyństwo i ojcostwo; podstawowa wiedza dotycząca budowy i funkcjonowania układu rozrodczego człowieka.	-	+	+
5.Ciąża, rozwój płodu, poród, przyjęcie dziecka jako nowego członka rodziny.	-	-	-

Szczegółowe cele edukacji zdrowotnej w zakresie przedmiotów szkoły podstawowej wyznaczone podstawą programową	klasy		
II Etap edukacyjny (klasy 4-6)	4	5	6
6.Różnice i podobieństwa między chłopcami i dziewczętami; identyfikacja z własną płcią; akceptacja i szacunek dla ciała.	-	+	+
7.Zmiany fizyczne i psychiczne okresu dojrzewania; zróżnicowane, indywidualne tempo rozwoju.	-	+	+
8.Higiena okresu dojrzewania	-	+	+
9.Prawo człowieka do intymności i ochrona tego prawa; postawy asertywne.	-	+	+
10.Istota koleżeństwa i przyjaźni, wzajemny szacunek, udzielanie sobie pomocy, współpraca, empatia.	-	+	+
13.Odpowiedzialność za własny rozwój; samowychowanie.	-	+	+
(Podstawa programowa, 2014, s. 30 – 64)			

*+ oznacza uwzględnienie treści w nauczycielskim planie nauczania: Pp.ja.4, Pp.ja.5, Pp.ja.6 , Ppp.4, Ppp.5, Ppp.6, Pp.zt.4, Pp.zt.5, Pp.zt.6, Pp.wf.4, Pp.wf.5, Pp.wf.6, Pp.wdż.5, Pp.wdż.6.

Źródło: Opracowanie własne Autora

Po analizie zgromadzonego materiału dotyczącego rzeczywistej realizacji założeń podstawy programowej na drugim etapie kształcenia można dostrzec inne rozłożenie i realizację treści na poszczególnych przedmiotach. Właściwie są uwzględnione treści na języku angielskim. Omawiane w klasie 4 i 5 jako wskazane tematy żywienia i zdrowia, czyli tematyki planowanej podstawą programową. Daje to szansę utrwalenia i rozszerzenia poznanego słownictwa w korelacji zagadnień dotyczących zdrowia w języku obcym.

Podział treści nauczania na przyrodzie dla poszczególnych klas należy rozpocząć od tego, co jest dziecku najlepiej znane, czyli od najbliższej okolicy, a następnie poszerzyć je o treści dotyczące Polski i świata (Podstawa programowa z komentarzem, 2014, s. 28). Podstawa nie określa ściśle treści przeznaczonych dla poszczególnych klas, jednak układ działów sugeruje, aby to, co jest uczniowi najbardziej znane, a więc i najbliższe – czyli obserwowanie i doświadczanie najbliższego otoczenia znalazło się w klasie 4. W znanym otoczeniu dziecko czuje się bezpiecznie, jest pewniejsze i mniej zagubione. Stąd też tytuły działów nawiązujące do najbliższego otoczenia: ja i moje otoczenie, orientacja w terenie, obserwacje, doświadczenia przyrodnicze i modelowanie, najbliższa okolica, człowiek a środowisko. W klasie 5 proponowane są treści zawarte w działach: właściwości substancji, krajobrazy Polski i Europy, organizm człowieka, zdrowie i troska o nie, zjawiska elektryczne i magnetyczne w przyrodzie. Możliwości percepcyjne ucznia klasy 6, jak i umiejętności uogólniania i abstrakcyjnego myślenia są znacznie większe, dlatego proponowane treści są zgrupowane w następujące działy: ziemia we wszechświecie, lądy i oceany, krajobrazy świata, przemiany substancji, ruch i siły w przyrodzie (Podstawa programowa, 2014, s. 30-31).

W związku z powyższym realizacja szczegółowych zagadnień dotyczących edukacji zdrowotnej na przedmiocie przyroda obejmująca trzy działy: ja i moje otoczenie, organizm człowieka oraz zdrowie i troska o zdrowie są realizowane tylko w klasie 4

z uwagi na przystępność wiedzy dla uczniów w tym wieku. Niezachowany jest układ spiralny nauczania w treściach wskazanych podstawą programową. Dział człowiek a środowisko uwzględniony był tylko raz w klasie 4, a jego pełna realizacja następuje w klasie 5 i jest kontynuowana w 6. Zgodnie z założeniami podstawy programowej.

W zakresie przedmiotu zajęcia techniczne w dziale sprawne i bezpieczne posługiwanie się sprzętem technicznym uczniowie w układzie spiralnym mają możliwość zdobycia wiadomości teoretycznych i praktycznych jako obecni i przyszli uczestnicy ruchu drogowego. Ucząc się zasad bezpiecznego poruszania na drogach poszerzają w kolejnej dziedzinie wiedzę w ujęciu holistycznej koncepcji zdrowia.

W rzeczywistości szkolnej wychowanie fizyczne pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej uczniów (Podstawa programowa z komentarzami, s. 78). Na lekcjach dokonuje się proces wspierania rozwoju psychofizycznego i społecznego uczniów, a także kształtuje obyczaj aktywności fizycznej i troski o zdrowie w okresie całego życia.

Wychowanie fizyczne jest przedmiotem szkolnym, w ramach którego proces edukacji fizycznej odbywa się poprzez realizację strony czynnej i biernej (Demel, 1980). Oznacza to, że uczniowie wyposażani są w kompetencje w zakresie wiedzy dotyczącej: diagnozowania sprawności, bezpiecznej aktywności fizycznej i higieny osobistej, racjonalnego odżywiania, hartowania organizmu, radzenia sobie ze stresem (strona bierna) oraz w metody i formy wykorzystujące aktywność fizyczną do całożyciowej troski o sprawność i aktywne spędzanie czasu wolnego np. trening zdrowotny, ćwiczenia relaksacyjne (strona czynna). Nauczyciel wychowania fizycznego staje się przewodnikiem po kulturze ludzkiego ciała wypełniając m.in. funkcję prosomatyczną i prospołeczną, zdrowotno – higieniczną oraz utylitarną (Osiński, 2011).

Etap I szkoły podstawowej (klasy 1-3) to czas, kiedy działania nauczyciela powinny koncentrować się na przekazie wiedzy i wyposażaniu uczniów w umiejętności (czas aktywności) w zakresie czynności warunkujących zdrowy styl życia. Bardzo ważne jest także podtrzymywanie nawyków ukształtowanych w okresie edukacji przedszkolnej w następujących obszarach edukacji zdrowotnej: troska o ciało (higiena osobista, dbałość o postawę ciała), zachowania sprzyjające zdrowiu (właściwe żywienie, aktywność fizyczna, poddawanie się szczepieniom ochronnym), zachowanie bezpieczeństwa (w czasie zajęć ruchowych, w kontaktach z lekami i substancjami chemicznymi) i szukanie pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia oraz właściwego zachowania w chorobie (Komentarz do podstawy programowej przedmiotu wychowanie fizyczne, s. 54-55). Ważne jest, aby pamiętać, że to czas w rozwoju psychoruchowym dzieci charakteryzujący się „głodem ruchu", który należy zaspokoić codzienną aktywnością fizyczną.

Z analizy planów nauczania realizowanych w klasach 1-3 wynika, że nauczyciele aktywnie włączają się w działania na rzecz troski o zdrowie swoich wychowanków. Wszystkie dokumenty zawierały zapis w/w wymienionych treści (tabela 1).

Klasy 4-6 to etap w rozwoju edukacyjnym uczniów, w którym powinnością nauczycieli jest wprowadzenie uczniów w samodzielne działania (Koszczyc, 2000) na rzecz całożyciowej troski o zdrowie.

Zgodnie z zapisem w podstawie programowej nauczyciel jest zobowiązany do pokazania związku pomiędzy aktywnością fizyczną a zdrowiem (Komentarz do podstawy programowej przedmiotu wychowanie fizyczne, s. 55). Oznacza to, że w dzia-

łaniach dydaktyczno – wychowawczych należy eksponować sferę emocjonalno – wolicjonarną (motywacyjną), a także włączać wychowanków w prowadzenie lekcji zdrowia. To czas, kiedy uczeń zaczyna rozumieć dlaczego? i po? co? troska o zdrowie jest ważna dla satysfakcjonującego życia. Ponadto istotnego znaczenia w czynnościach wychowawczych nabiera przygotowanie uczniów do adekwatnej samooceny swoich słabych i mocnych stron.

Twórcy dokumentów Pp.wf.4, Pp.wf.5, Pp.wf.6 uszczegółowili treści zwarte w programie „Koncepcja edukacji fizycznej. Zdrowie, sport, rekreacja, dla szkoły podstawowej" (Kierczak 2009). Analizując zapisy, zauważono że nauczyciele pominęli w planach treści dotyczące zasad aktywnego wypoczynku. Nie zaplanowano tych zagadnień w czasie 3 lat nauki. Być może wynika to z faktu, że omawianie tego zagadnienia zostało włączone w inne obszary edukacji zdrowotnej (tabela 2).

Przedmiot wychowanie do życia w rodzinie stanowi ważne ogniwo łączące sferę bytu biologicznego człowieka z prawem do dokonywania wyborów. Oznacza to, że normy moralne, jakie człowiek reprezentuje są drogowskazami i określają jego tożsamość (także tożsamość zdrowotną). W analizowanej dokumentacji (Pp.wdż.5 i Pp. wdż.6) uwzględniono realizację zagadnień rozwoju organizmu ludzkiego, kształtowania się uczuć i emocji w relacjach rodzinnych i rówieśniczych. Są one dopełnieniem wiadomości o uwarunkowaniach psychicznych w rozwoju dziecka i jego uspołecznieniu.

Na podstawie analizy porównawczej dokumentów można stwierdzić, że we wszystkich 17. planach nauczania zostały uwzględnione wytyczne do realizacji wychowania zdrowotnego zwarte w podstawie programowej. Z przeprowadzonej analizy wynika też, że nauczyciele, konstruując dokumenty, wpisują się w holistyczne rozumienie pojęcia zdrowia. Nadają rangę wartości zdrowia i konieczność jej internalizacji w świadomości ludzkiej, zwłaszcza ludzi młodych. Proces intelektualizacji ponadto stanowi podstawowy warunek powodzenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w kształtowaniu odpowiednich postaw prozdrowotnych. Należy przy tym uwzględnić czynniki warunkujące motywację jednostki, a także znaczenie środowisk, w których ta edukacja się odbywa, czyli rodziny i szkoły. Istotne jest, aby kierunki wpływu na formującą się jednostkę pochodzące z obu środowisk były zbieżne. Ważne jest też, aby zdrowie utożsamiać nie tyle ze stanem czy właściwością, ale nade wszystko z celem, do którego powinno się dążyć przez całe życie. Zauważa się sens i potrzebę wychowywania do wartości zdrowia, gdyż jednostka ceniąca zdrowie będzie prawdopodobnie czyniła starania, aby o zdrowie dbać, chronić je i pomnażać – w tym zakresie rola edukacji jest niezbywalna. Postulat ten jest szczególnie ważny w aspekcie współczesności i siły zagrożeń, jakie ona ze sobą niesie.

Okres dzieciństwa i młodości to czas oddziaływania edukacyjnego, kształtowania pozytywnych zachowań i nawyków, które mają szansę przynieść najlepsze rezultaty, a w przyszłości posłużyć jako gwarancja zdrowia. Dlatego badanie poziomu wiedzy młodzieży na temat zdrowia staje się również impulsem do dalszego kształtowania i potęgowania prawidłowych oraz poprawnie ukształtowanych postaw wobec zdrowia. Ważne jest, aby młodzież rozumiała, od czego zależy ich zdrowie i stosowała prozdrowotne zasady w codziennym życiu. Poczyniona analiza jest pierwszym etapem wglądu w rzeczywistość edukacyjną młodego pokolenia, wychowywanego do

zdrowia na etapie szkoły podstawowej. Dalsza analiza realizacji zagadnień edukacji zdrowotnej na kolejnym etapie kształcenia pozwoli na ocenę postaw prozdrowotnych młodych obywateli po zakończeniu edukacji. Analiza dokumentacji szkolnej w materiale badawczym umożliwiła uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze. W jej wyniku możemy skłonić się do następujących wniosków:

1. Analiza dokumentacji szkolnej w zbiorze 17 planów pracy nauczycielskich umiejscawia, treści edukacji zdrowotnej wskazane podstawą programową w holistycznej koncepcji zdrowia.
2. Treści edukacji zdrowotnej są realizowane na obu etapach kształcenia w zakresie przedmiotów wskazanych podstawą programową: kształcenia zintegrowanego, języka angielskiego, przyrody, zajęć technicznych, wychowania fizycznego klas 4-6 oraz wychowania do życia w rodzinie dla klasy 5 i 6.
3. Przedmiotowe plany pracy nauczycieli zawierały treści edukacji zdrowotnej zawarte w podstawie programowej zgodnie z założeniami.
4. Rozbieżności dotyczyły braku realizacji zagadnienia omawiającego zasady aktywnego wypoczynku na zajęciach wychowania fizycznego.

Bibliografia

[1] Bishop, D. (2000). *Psychologia zdrowia.* Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
[2] Bogacka-Osińska, B. i Łazuchiewicz, D. (2015). *Bądź bezpieczny na drodze.* Kraków: WSiP.
[3] Boruchovitch, E., Mednick, BR. (2002). The meaning of health and illness: some considerations for health psychology [Znaczenie zdrowia i choroby: rozważania na temat psychologii zdrowia]. *Psico-USF, 7(2),* 175-183.
[4] Celarek, B., Dąbrowski, M., B., Obidniak, D., Żnijski, J. (1999). Projektowanie. Materiały szkoleniowe dla rad pedagogicznych. Program Nowa Szkoła. Warszawa: CODN
[5] Clark D.H.,(1978). *Terapia społeczna w psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
[6] Czarnecka, M. Cierpiałkowska, L. (2007). Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty. *Nowiny Lekarskie, 76 (2),* 161-165.
[7] Dąbrowski, K. (1979). *Zdrowie psychiczne.* Wydawnictwo: PWN.
[8] Demel, M. (1968). *O wychowaniu zdrowotnym*. Warszawa: PZWS.
[9] Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: WSiP
[10] Downie, R.S., Fyfe, C., Tannahill, A. (1994). Health promotion. Models and Values. [Promocja zdrowia. Modele i wartości]. New York: Oxford University Press.
[11] Hearn, I., Wildman J. (2015). *Discover English 3*. Warszawa: Pearson.
[12] Jegier, A., Szurowska, B. (2014). *Moje ćwiczenia. Program edukacji wczesnoszkolnej dla kl. I-III.* Warszawa: Mac Edukacja Juka.
[13] Kierczak, U. (2009). *Koncepcja edukacji fizycznej. Zdrowie, sport, rekreacja, dla szkoły podstawowej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
[14] Koszczyc, M., Koper Ł. (2013). *Health activities as the image of the lifestyle lived by people in late adulthood* [Czynności zdrowotne jako obraz stylu życia ludzi późnej dorosłości]. W: S. Spiska (red.), *Health behaviors of adolescents and adults* (ss. 43-58). Biała Podlaska: PSWJPII.
[15] Koszczyc, T. (2000). Kształcenie w kulturze fizycznej w zreformowanym systemie edukacji. W: R. Muszkieta, M. Bronikowski (red.) *Wychowanie fizyczne w nowym systemie edukacji* (ss. 62-65). Poznań: AWF Poznań.
[16] Kowalski, M., Gaweł, A. (2007). *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
[17] Madejski, E. (2009). Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym i rodzinnym. W: T. Lisicki (red.), *Zdrowie - Kultura Zdrowotna - Edukacja*, *3*, ss. 79 - 83, Gdańsk: AWFiS.
[18] Marko-Worłowska, M., Stawarz, J., Szlajfer, F. (2015). *Tajemnice przyrody*. Nowa Era
[19] Nowocień, J. (2016). Wychowanie fizyczne, turystyka i krajoznawstwo w koncepcji dobrej szkoły Kazimierza Denka. W: L. Pawelski, B. Urbanek (red.), *Paideia – drogą do uniwersalizmu w wychowaniu. Księga dedykowana pamięci prof. K. Denka Honorowego Prezesa Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Twórczych* (ss. 219 - 231), Szczecinek: PSNT.
[20] Ostrzyżek, A., Marcinkowski, JT. (2012). Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Problemy Higieny Epidemiologii, 93(4). Pobrane z: www.pth.pl/* (dostęp 14.12.2016)

[21] Osiński, W. (2011). *Teoria wychowania fizycznego.* Poznań: AWFP.
[22] Podstawa programowa z komentarzami (2014). *Komentarz do podstawy programowej przedmiotu wychowanie fizyczne*, *8*, ss. 54-55. Pobrane z: www.npseo.pl.
[23] Podstawa programowa z komentarzami (2014). *Edukacja przyrodnicza w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum* , *5*, ss. 28-31 Pobrane z: www.npseo.pl.
[24] Popielski, K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Lublin: KUL.
[25] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. 2008, nr 4, poz. 17).
[26] Rubacha, K. (2011). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf.
[27] Sęk, H., Ścigała, I., Pasikowski, T., Beisert M., Bleja A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. *Przegląd Psychologiczny*, 3 (35), 351-363.
[28] Woynarowska, B. (1995a). *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia z realizacji projektu „Szkoła Promująca Zdrowie" w latach 1992–1995. Poradnik dla szkolnych koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia oraz osób ich wspierających*. Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie MEN.
[29] Woynarowska, B.(1995b). *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*. Warszawa: MEN
[30] Woynarowska, B. (2010). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
[31] Woynarowska, B., (2000). Związki między zdrowiem a edukacją. W: B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła* (ss. 9-15) Wydawnictwo: Lekarskie PZWL.
[32] Żukowska, Z. (2002). Nauczyciel kreatorem zdrowia w reformującej się szkole. W: W. Wrona -Wolny, B. Makowska, B. Jawień (1999). *Nauczyciel w edukacji zdrowotnej (*ss. 21-30), Ogólnopolska Konferencja Naukowa, AWF Kraków, 27-28 maja 1999. Tom I. Kraków: AWF Kraków
[33] Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2014, poz. 803).