

Paweł F. Nowak

Politechnika Opolska

Edukacja zdrowotna jako ukryty wymiar wychowania fizycznego

Wprowadzenie

Współcześnie szkolne wychowanie fizyczne, rozumiane jako obowiązkowy przedmiot kształcenia ogólnego, przeżywa kryzys na całym świecie (T. Bober, 2002). Czy również w Polsce można dostrzec symptomy tego zjawiska?

Jeżeli rozpatrujemy problem powierzchownie, to niekoniecznie, ponieważ na tle państw europejskich zajmujemy wraz z Portugalią czołową pozycję pod względem tygodniowej liczby godzin zajęć wychowania fizycznego w szkołach (J. Pośpiech, 2006). Jednak w Polsce edukacja fizyczna, z teoretycznie wysoką pozycją w szkole, stoi na rozdrożu. Za sprawą ostatniej reformy oświatowej pojawiła się szansa na prawdziwe umocnienie wychowania fizycznego w systemie edukacji i odbiorze społecznym oraz podniesienie prestiżu samych nauczycieli wychowania fizycznego, pod warunkiem że nastąpi praktyczna reorientacja wychowania fizycznego z prosportowej koncepcji w kierunku oddziaływań prozdrowotnych, zarówno w wymiarze bezpośrednim, jak i przez przekaz informacji na temat zdrowia i zdrowego stylu życia.

Z wielu badań (M. Lewandowski, W. Starościak, 2005; S. Szczepański, 2008) wynika, że wychowanie fizyczne w polskich szkołach nie jest procesem o wysokiej jakości i efektywności. Nie zachęca do całonocnej rekreacji fizycznej. Niewielki odsetek dorosłych Polaków (zaledwie 9,3% mężczyzn i 2,2% kobiet) uczestniczy systematycznie w programowanej aktywności fizycznej (GUS, 2007). Również niewielki odsetek dzieci obecnie uprawia sport (12,5% w wieku 6–14 lat), ćwicząc co najmniej 5 godzin tygodniowo (J. Szymborski, K. Jakóbiak, 2008).

Współcześnie wychowanie fizyczne stanowi mało atrakcyjną ofertę dla dzieci i młodzieży. Jego cele są niewłaściwie rozumiane przez uczniów,

rodziców, dyrektorów szkół i innych nauczycieli, czego wskaźnikiem jest nasilający się problem licznej absencji uczniów. Dowodzi to słabości całego systemu wychowania fizycznego (C. Kuśnierz, 2005; M. Bukowiec, 2010). Można się zastanawiać, w jakim stopniu jest to słabość funkcjonowania całego systemu, a w jakim dotyczy tylko jego niektórych kluczowych elementów. Za podstawowy element można uznać postać nauczyciela wychowania fizycznego – kierownika tego procesu. Nauczyciele, choć w większości mają najwyższy stopień awansu zawodowego, nie do końca trafnie interpretują współczesny kulturowy paradygmat wychowania fizycznego. Według H. Grabowskiego (1997) jest nim „wychowanie w trosce o ciało”, czyli kształtowanie ciała oraz postaw prosomatycznych i prospołecznych. Tak rozumiane wychowanie fizyczne, w jego teoretycznej, dobrze dopracowanej postaci, upowszechniane było już w latach 80. ubiegłego wieku.

Zdrowie jako wartość

Człowiek od pierwszych do ostatnich lat swego istnienia żyje w świecie wartości, m.in. zdrowia. Zdrowie ludzkie w kręgu europejskiej cywilizacji i tradycji postrzega się jako wartość uniwersalną, mogącą generować inne wartości społecznie użyteczne, stąd lokowane jest wysoko w indywidualnych hierarchiach wartości. W dokumentach dotyczących zdrowia sporządzanych przez międzynarodowy zespół ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podkreśla się, że jest ono wartością, zasobem (potencjałem), środkiem do codziennego życia, podnoszącym jego jakość oraz prawem każdego człowieka. Obecnie popularyzowany jest społeczno-ekologiczny model zdrowia. Holistyczna wizja człowieka jest przeciwna tradycyjnej biomedycznej koncepcji, ujmującej człowieka jako biomaszynę.

W ostatnich dziesięcioleciach sformułowano wiele definicji zdrowia. Jednak badacze najczęściej odwołują się do definicji wpisanej w konstytucję WHO, która określa je jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy kalectwa (Z. Słońska, M. Misiuna, 1994).

Zdrowie to nie tylko wartość osobnicza, ale i społeczna. Poziom jego zasobów jest potencjalnym bogactwem społeczeństwa. Zdrowe społeczeństwo to sprawni ludzie, mogący wydajnie pracować, tworzyć dobra materialne i niematerialne.

W polskiej rzeczywistości społecznej nie dostrzega się powszechnie uświadamianej w wysoko rozwiniętych krajach potrzeby zainteresowania człowiekiem zdrowym, a nie tylko chorym. Chory potrzebuje opieki w postaci lekarza – wykwalifikowanego specjalisty od leczenia (naprawiania, regulacji) ciała i psychiki. Człowiek zdrowy również potrzebuje opieki, tyle

że ze strony nauczyciela, trenera zdrowia – wykwalifikowanego specjalisty od promowania zdrowia (podnoszenia na wyższy pułap możliwości psychofizycznych organizmu).

W wielu krajach, również w Polsce, powstał Narodowy Program Zdrowia (NPZ), który z założenia jest przedsięwzięciem ogólnokrajowym, wpisującym się w hasło WHO „Myśleć globalnie, działać lokalnie”. Dokument stanowi narzędzie dla wspólnych działań administracji publicznej i całego społeczeństwa na rzecz zdrowia. Głównym celem ostatniej wersji NPZ na lata 2007–2015 jest „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu” (*Narodowy Program Zdrowia 2007–2015*, 2007, s. 15). Cele te mają być osiągnięte przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Jako jedno z wielu zadań zapisanych w NPZ dla administracji rządowej i samorządowej proponuje się m.in. dokonanie zmian w kształceniu kadr kultury fizycznej w kierunku przygotowywania ich do roli animatorów zdrowego życia.

Edukacja zdrowotna jako element promocji zdrowia

Międzysektorowe i interdyscyplinarne podejście do holistycznie rozumianego zdrowia wydaje się niezbędną i jedynie słuszną strategią w jego promocji.

Zdaniem B. Woynarowskiej, promocja zdrowia

[...] jest globalną strategią działań na rzecz zdrowia, której kluczowym, niezbędnym komponentem jest edukacja zdrowotna. Aby ludzie uczestniczyli w działaniach promocyjnych – dokonywali zmian w swoim stylu życia oraz środowisku, potrzebne im są do tego odpowiednie kompetencje, które uzyskują w procesie edukacji zdrowotnej (2008, s. 137).

Promowanie zdrowia w szkole to różnego rodzaju komplementarne działania prowadzone w celu ochrony i poprawy zdrowia, skupiające się wokół edukacji zdrowotnej.

Działania edukacyjne mogą być prowadzone przez różne podmioty w rozmaitych środowiskach społecznych. Znaczna część odpowiedzialności w tym zakresie spada na szkołę m.in. dlatego, że dzieci i młodzież są grupą wysoce podatną na oddziaływanie wychowawcze, na zakorzenienie pozytywnych nawyków dbałości o zdrowie. Niestety, szkoła nie spełnia oczekiwań w zakresie realizacji edukacji dla zdrowia i promocji zdrowia na odpowiednim

poziomie. Badania wskazują, że nauczyciele nie są zainteresowani realizacją edukacji zdrowotnej, wykazują się niezadowolającą orientacją co do założeń organizacyjno-programowych i czują się niekompetentni w tym zakresie edukacji (B. Fedyn, 2009).

Licząc na wysoką skuteczność edukacji zdrowotnej w szkole, należy wspomnieć o programach promocji zdrowia i równie ważnej atmosferze, sprzyjającej współpracy. Zdrowe szkoły to siedliska, w których od razu powinno się zauważyć panujący tam etos zdrowia (ukryty program). L. Kulmatycki na podstawie doświadczeń z realizacji Wrocławskiego Programu Szkół Promujących Zdrowie stwierdza, że „bez demokratyzacji szkoły jako instytucji trudno myśleć o edukacji zdrowotnej czy promocji zdrowia” (L. Kulmatycki, 2009, s. 27).

Edukacja zdrowotna najczęściej kojarzona jest ze szkołą, dziećmi i młodzieżą. To nie do końca słuszne, ponieważ jest to proces, który dotyczy całej ontogenezy. Proces edukacji zdrowotnej przenosi się do wielu środowisk, w których żyje człowiek, i towarzyszy mu (a przynajmniej powinien) przez całe życie – zapoczątkowany został przez instytucje oświatowe, choć takiego przedmiotu w polskich szkołach nie ma.

Według B. Woynarowskiej:

[...] edukacja zdrowotna jest całożyciowym procesem uczenia się ludzi, jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, w przypadku wystąpienia choroby lub jej niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki (2008, s. 103).

W przypadku edukacji dla zdrowia warto poruszyć aspekt aksjologiczny, ponieważ samodzielna, świadoma praca nad zdrowiem, reorientacja stylu życia jest możliwa tylko wtedy, gdy zdrowie uzna się za wartość, i to taką, która zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wartości jednostki. Szkoła jest instytucją uczestniczącą w kulturowym przekazie wartości. Dlaczego więc nie ma przedmiotu w szkole, który by tę uniwersalną dla człowieka wartość, jaką jest zdrowie, traktował jako priorytetowe i jedyne działanie? Czemu brakuje wyodrębnionego przedmiotu o nazwie „wychowanie zdrowotne”?

Pragmatyczne względy związane z modelem konsumpcyjnego stylu życia powodują, że uczniowie koncentrują się na sprawdzianach i testach wybranych przedmiotów kształcenia ogólnego, spychając na dalszy plan niektóre inne, np. wychowanie fizyczne. Przedmiot ten w mniemaniu rodziców uchodzi za mało istotny w życiu i zupełnie nieprzydatny w przyszłej karierze zawodowej. Dlatego nauczyciele muszą wychowywać nie tylko dzieci, ale też wpływać na ich rodziców. Niestety, jako mentorzy przegrywają ze światem mass mediów.

Z ostatnich badań wynika, że szkoły – w zakresie rozpowszechniania informacji o zdrowym stylu życia – zostały zdetronizowane przez media. Maturzyści wskazują, że środki masowego przekazu zajmują pierwsze

miejsce spośród wielu źródeł edukacji zdrowotnej (P.F. Nowak, M. Szepelawy, 2009). Media elektroniczne dzięki nieograniczonym zasobom Internetu wpływają na świadomość szczególnie młodych osób, które bardzo dużo czasu spędzają w wirtualnym świecie. Nie można podważyć ogromnej pozytywnej roli mediów jako kanału przepływu informacji, jednak powinien istnieć swoisty filtr eliminujący te nieprawdziwe bądź ze sobą sprzeczne. Swoistym filtrem informacji o zdrowiu w przypadku młodzieży szkolnej powinny być instytucje oświatowe. Wydaje się, że w obecnej sytuacji rozwoju technologii informatycznych i dominacji w coraz większym stopniu interaktywnego przekazu informacji przez mass media szkoła powinna zająć się arbitrażem.

Zdrowie jest szerokim, wielowymiarowym konstruktem biopsychosocjalnym, tak więc, planując edukację zdrowotną, należy uwzględnić szerokie interdyscyplinarne podejście do tej problematyki. Nauczyciele muszą ze sobą współpracować, tworząc i realizując program edukacji dla zdrowia pod przewodnictwem koordynatora (np. nauczyciela wychowania fizycznego), podobnie jak się to odbywa w szkołach uczestniczących w programie „Szkoła promująca zdrowie”.

Miejsce edukacji zdrowotnej we współczesnej szkole

Otoczająca człowieka cywilizacja, którą w imię powszechnego dobra sam stworzył i nadal rozwija, determinuje wątpliwe – z punktu widzenia zdrowia – warunki i styl jego życia. Nowoczesny, sztuczny, z pasją tworzony świat zaczyna zagrażać samemu jego twórcy – człowiekowi. Zwrócenie się w kierunku natury, odczytywanie i zrozumienie potrzeb własnego ciała jest koniecznością w sytuacji ciągłego rozwoju chorób zachowawiozależnych.

Zdrowy styl życia, który uznano za pożądaną społecznie wartość, niełatwo prowadzić w cywilizacji technicznej. Coraz więcej wysiłku wymaga realizowanie na co dzień zachowań prozdrowotnych. Zdrowe życie, wbrew powszechnie obiegowym poglądom, nie jest tanie. Zdrowe produkty, prozdrowotne usługi są drogie, ekskluzywne i modne, zatem nie są ofertą dla wszystkich.

Jednak zdrowego życia można i trzeba uczyć. To problematyka natury pedagogicznej, której notabene praktycznie wciąż brakuje w szkołach. Odpowiadając na pytanie, czy polskie szkoły są zdrowymi środowiskami, można by wymienić wiele faktów przemawiających za tym, że w istocie tak nie jest. Jednym ze sztandarowych przykładów są szkolne sklepiki, w których można kupić do jedzenia wszystko to, co niezdrowe. Opublikowany w 2010 r. raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK, 2010) dotyczący wychowania fizycznego i sportu w szkołach publicznych ujawnia, że w 75% szkół nie zapewnia się bezpiecznych warunków odbywania lekcji wychowania

fizycznego. W 59% szkół nie prowadzi się zajęć z gimnastyki korekcyjnej dla uczniów z wykrytymi wadami postawy ciała, a w 7% szkół nie zapewnia uczniom profilaktycznej opieki zdrowotnej podczas pobytu w szkole. Według raportu z badań zdrowia młodzieży w Polsce ok. 40% młodzieży nie czuje się bezpiecznie w swojej szkole (J. Mazur, B. Woynarowska, H. Kołło, 2007). Te i wiele innych nagłaśnianych przez media problemów, dotyczących sanitariatów, przemocy, agresji, środków psychoaktywnych, wciąż nie znajduje rozwiązań. Współczesna szkoła wcale nie jest zdrowym środowiskiem dla ucznia. W. Pańczyk (2009, s. 42) widzi wiele zagrożeń, m.in. zbyt dużą wolność ucznia (tłumaczoną przez nauczycieli upodmiotowieniem), pasywność fizyczną i izolację od natury. Twierdzi, że

[...] ratowanie zdrowia ucznia winno łączyć się z ratowaniem jego aktywności fizycznej. Głównie aktywności fizycznej w kontakcie z prozdrowotnym oddziaływaniem przyrody we wszystkich porach roku (W. Pańczyk, 2009, s. 42).

W polskim systemie oświaty edukacja zdrowotna formalnie istnieje od 1982 r. Od tego czasu do 1999 r. w tzw. modelu tandemowym zakładano obowiązkową realizację treści zdrowotnych w ramach wychowania fizycznego, biologii, języka polskiego, zajęć praktyczno-technicznych oraz lekcji wychowawczych. W 1999 r. reforma oświatowa wprowadziła do podstawy programowej wychowanie zdrowotne w ramach międzyprzedmiotowej ścieżki edukacyjnej (edukacja prozdrowotna).

Jej autorzy zakładali, że treści edukacji zdrowotnej o charakterze dydaktyczno-wychowawczym będą rozproszone. To wspólne zadanie dla nauczycieli, którzy powinni wpisać się w ogólnoszkolny program wychowania zdrowotnego i uwzględnić wybrane treści w ramach programów własnych przedmiotów. Z badań B. Fedyn (2009) wynika, że ścieżka prozdrowotna nie sprawdziła się. Autorka wykazała niską skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej i niezadowalające kompetencje nauczycieli w tym zakresie. Ostatnia reforma oświatowa (*Rozporządzenie MEN*, 2008) zakłada zniesienie ścieżki międzyprzedmiotowej oraz wprowadzenie treści zdrowotnych, realizowanych głównie w ramach wychowania fizycznego. Trwające od lat dyskusje, czy skuteczniej realizować edukację zdrowotną w ramach oddzielnego obowiązkowego przedmiotu, czy powinna ona mieć swe miejsce w programach innych przedmiotów, i tym razem nie zaowocowały wprowadzeniem nowego przedmiotu.

Wydaje się, że same rozwiązania organizacyjne nie spowodują zwiększenia skuteczności procesu edukacji zdrowotnej.

Można przypuszczać, że MEN dostrzega rolę i rangę edukacji zdrowotnej we współczesnej szkole. W podstawie programowej wychowania fizycznego zapisano, że pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej. Powyższy zapis pociąga za sobą zmiany w kompetencjach zawodowych nauczycieli wychowania fizycznego i w samej metodyce prowadzonego przez nich przedmiotu.

Nauczyciel dla całego środowiska szkolnego powinien być: liderem, edukatorem zdrowia, promotorem zachowań prozdrowotnych, ekspertem, doradcą, animatorem, przewodnikiem, wychowawcą i trenerem zdrowia.

Współcześni nauczyciele wychowania fizycznego muszą brać pod uwagę konieczność zwiększenia intelektualizacji procesu wychowania fizycznego. Ta konieczność wynika z wymogów formalnych (podstawy programowej), jak i ogólnoeuropejskich tendencji rozwoju społeczeństwa wiedzy. Wymaga to od nich twórczego podejścia do wykonywanego zawodu, gdyż nie jest łatwo przekazywać informacje w zróżnicowanych warunkach terenowych: na boisku, pływalni, lodowisku, w parku, lesie, sali gimnastycznej itp.

Nauczyciel wychowania fizycznego musi wejść w rolę promotora zdrowia. Jest to zadanie trudne, gdyż wychodzi poza mury szkoły i opiera się na wielostronnej współpracy ze środowiskiem.

L. Kulmatycki (2009) wymienia sześć grup podstawowych kompetencji promotora zdrowia:

- koncepcyjne - umiejętności całościowego ogarnięcia tematu lub problemu oraz umiejętności poszukiwania twórczych i niekonwencjonalnych rozwiązań;
- organizacyjne - umiejętności sprawnego działania oraz przechodzenia od jednego do następnego etapu realizowanego zadania lub programu i dostrzegania związków między nimi;
- edukacyjne - umiejętności samokształcenia oraz przekazywania wiedzy i informacji innym oraz uczenia się od innych (zarówno pojedynczych osób, jak i całych grup);
- komunikacyjne - umiejętności interpersonalne oraz medialne na rzecz współpracy z innymi osobami czy przedstawicielami instytucji, organizacji;
- współpracy - umiejętności nawiązywania kontaktów z instytucjami, organizacjami, konstruowania koalicji i sojuszy oraz ich praktycznego włączania do realizowanych zadań;
- marketingowe - umiejętności sprawnego reklamowania i prezentacji swoich usług i osiągnięć oraz umiejętności negocjacji.

Od roku szkolnego 2009/2010 przez sześć lat, rok po roku, począwszy od pierwszej klasy szkoły podstawowej i pierwszej klasy gimnazjum, wprowadzana jest nowa podstawa programowa kształcenia ogólnego. Dla szkolnego wychowania fizycznego zmiany te można określić jako rewolucyjne. Proponuje się nowy model organizacyjny zajęć wychowania fizycznego, zakładający obowiązkowe zajęcia w systemie klasowo-lekcyjnym oraz obowiązkowe zajęcia do indywidualnego wyboru przez ucznia. Wiele zmian dotyczy treści kształcenia zapisanych w formie wynikowej.

Nasuwa się pytanie: Czy wychowanie fizyczne jest w stanie udźwignąć ciężar odpowiedzialności za edukację do zdrowia przyszłych pokoleń Polaków?

W szkolnym wychowaniu fizycznym edukacja zdrowotna stanowiła od zawsze ukryty wymiar – na tyle ukryty, że nikt go z zewnątrz nie dostrzegał. Nauczyciele wychowania fizycznego w odbiorze społecznym kojarzą się raczej z trenerami, instruktorami dyscyplin sportowych; rzadko myśli się o nich jako o promotorach zachowań prozdrowotnych. Edukacja zdrowotna w szkołach istnieje najczęściej tylko w lakonicznych deklaracjach nauczycieli.

Dlaczego tak ważny dla całego społeczeństwa proces wychowania zdrowotnego znajduje się w szkole poza głównym nurtem wychowania?

Przez wiele lat edukacja zdrowotna funkcjonowała w formie rozproszonych treści i rozłożonej na wszystkich nauczycieli odpowiedzialności, co w praktyce sprzyjało jej unikaniu. Dopiero po czterdziestu latach pracy środowisk naukowych, od 1 września 2009 r., edukacja zdrowotna znalazła swoje miejsce w podstawach programowych kształcenia ogólnego, co należy uznać nie za sukces, ale za pierwszy krok na drodze do prawdopodobnego sukcesu.

Szkoły na całym świecie próbują wyjść naprzeciw potrzebom promocji zdrowia. Przykładem są międzynarodowe programy inicjowane i wspierane przez WHO, m.in. wspomniany program „Szkoła promujące zdrowie”. W 1992 r. w wyniku porozumienia między WHO, Radą Europy i Komisją Wspólnot Europejskich utworzono europejską sieć takich szkół. Polska jako jeden z pierwszych siedmiu krajów włączyła się do tej sieci we wrześniu 1992 r. i do chwili obecnej rozwija z sukcesami tę zdrową ideę. Edukacja zdrowotna jest elementem promocji zdrowia i priorytetowym zadaniem szkół promujących zdrowie – szkoda, że jedynie tych szkół, które zdecydowały podjąć trud i przystąpić do programu (B. Woynarowska, M. Sokołowska, 2000).

Miejsce edukacji zdrowotnej w wychowaniu fizycznym

Kultura fizyczna od wieków pełniła i pełni w życiu ludzi bardzo ważne funkcje, m.in. wychowawcze, kształcące, wypoczynkowe i zdrowotne. Będąc składową ogólną kulturą człowieka, jest częścią jego dorobku przekazywanego z pokolenia na pokolenie.

Wybitny teoretyk wychowania fizycznego i zdrowotnego M. Demel pisał:

Kultura fizyczna to wyraz określonej postawy wobec własnego ciała, świadoma i aktywna troska o swój rozwój, sprawność i zdrowie, to umiejętność organizowania i spędzania czasu z największym pożytkiem dla zdrowia fizycznego i psychicznego (1986, s. 11-12).

Z definicji tej wywnioskować można, że kultura fizyczna pełni służebną rolę wobec wartości, jaką jest ludzkie zdrowie. Każdy prezentuje określony

poziom osobistej kultury fizycznej, który przejawia się określoną postawą, nawykami w codziennym funkcjonowaniu. W. Tatarkiewicz pisał, że kultura fizyczna „jest dbałością psychiki o ciało” (1978, s. 79–80). Wydaje się, że w obecnych czasach, w dobie ogromnego postępu naukowo-technicznego, uczestnictwo w kulturze fizycznej ma większe znaczenie niż w wiekach minionych. Aktywne uczestnictwo w kulturze ruchu jest dziś podstawowym elementem profilaktyki i promocji zdrowia. Szacuje się, że ok. 22% zachorowań na chorobę niedokrwienną serca na świecie spowodowane jest niewystarczającą aktywnością fizyczną. W Europie ok. 5–8% zgonów ma swą przyczynę w bezczynności ruchowej (*Raport o stanie zdrowia na świecie 2002, 2003*).

Podczas Światowego Kongresu Wychowania Fizycznego w Berlinie w 1999 r. 250 delegatów z 80 państw, reprezentujących rządy, organizacje pozarządowe i instytucje naukowe ze wszystkich regionów świata, uznało istotną rolę wychowania fizycznego dla zapewnienia zdrowia. Dostrzeżono nadto, że brak wychowania fizycznego w szkołach na określonym poziomie prowadzi do wzrastających kosztów opieki zdrowotnej (T. Bober, 2002).

Wychowanie fizyczne, realizowane na odpowiednio wysokim poziomie, pełni w życiu człowieka wiele ważnych funkcji, których analizy podjął się W. Osiński (2002). Wymienił on następujące funkcje: wychowawcze (prosomatyczną i prospołeczną), poznawczą, zdrowotno-higieniczną, morfologiczną, kształtująco-estetyczną, nauczająco-sprawnościową, utylitarną, twórczą i higieniczno-wypoczynkową. Dokonując syntezy tych funkcji, można określić rolę procesu wychowania fizycznego jako dążenie do zdrowia i wysokiej jakości życia.

Szkolne wychowanie fizyczne, choć zbyt wolno ewoluuje za coraz szybszymi przeobrażeniami społeczno-kulturowymi, od zawsze było i jest nośnikiem wartości prozdrowotnych. Zastanawiająca jest więc tego niska świadomość społeczna.

Związki wychowania fizycznego ze zdrowiem są powszechnie znane i akcentowane od 1 poł. XIX w. (kiedy dominował paradygmat biotechnologiczny), nigdy jednak nie było ono uwypuklane tak znacząco jak we współczesnych koncepcjach. A. Pawłucki (2002) jest autorem koncepcji **wychowania do wartości ciała**, tzn. uświadamiania potrzeb dbania o wartości ciała przez całe życie. Koncepcja zakłada również nauczanie ucznia sposobów dbałości o ciało, tzw. treningu zdrowotnego.

Od dawna trwały i nadal trwają dyskusje, w jaki sposób i w jakim zakresie włączyć edukację zdrowotną w program szkolnego wychowania fizycznego.

Tuż po wprowadzeniu nowej podstawy programowej wychowania fizycznego w środowisku naukowym rozpoczęła się burzliwa dyskusja, zapoczątkowana artykułem Z. Jaworskiego *O krzewieniu kultury zdrowotnej w polskiej szkole – blaski i cienie* (2009). Autor zaproponował w nim zmianę nazwę

przedmiotu „wychowanie fizyczne” na „wychowanie fizyczne i zdrowotne”. Jaworski i wielu innych naukowców zaangażowanych w reformę polskiej oświaty uważają, że proponowany przez MEN model edukacji zdrowotnej jest niewłaściwy, gdyż cechuje go tradycyjne, biomedyczne podejście do zdrowia, co jest niezgodne z zaleceniami WHO. Z pewnością można się przychylić do opinii wielu zwolenników pomysłu, by zmienić nazwę przedmiotu szkolnego, by ją rozszerzyć, co miałyby również zmienić wizerunek nauczyciela wychowania fizycznego i wymusić na nim pracę w zakresie edukacji zdrowotnej. Zmiana zachęciłaby też uczelnie wyższe kształcące przyszłych nauczycieli, do zmiany myślenia o wychowaniu fizycznym i potencjalnym absolwencie kierunku wychowanie fizyczne. Możliwe, że powstałby nowy kierunek studiów.

Ale nie brakuje też przeciwników tego pomysłu, którzy obawiają się utraty tożsamości nauczyciela wychowania fizycznego i marginalizacji sportu szkolnego. Na pewno samo nazewnictwo początkowo wiele by nie zmieniło, ale byłby to impuls do dalszej reformy metodyki wychowania fizycznego.

Działania profilaktyczne zmierzające do zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej to coraz częściej pojawiające się hasła w dyskursie publicznym. Hasła pozostaną tylko hasłami, jeżeli w ślad za nimi nie zainwestuje się w systemowe rozwiązania praktyczne. Profilaktyka jest tańsza niż leczenie, ale też kosztowna. Istnieje potrzeba zainwestowania w merytorycznie przygotowanych nauczycieli, będących w stanie nauczyć zdrowego stylu życia. Brakuje nauczycieli-wychowawców, którzy zdołają ukształtować pozytywną postawę wobec zdrowia własnego i innych. W założeniach teoretycznych wychowanie fizyczne od zawsze było elementem promocji zdrowia, nawet wówczas, gdy jego główną istotą była aktywność sportowa i sprawność ukierunkowana na osiągnięcia. Nauczyciele mogą skutecznie prowadzić działalność dotyczącą promocji zdrowia tylko przez wychowanie fizyczne, zorientowane na uniwersalne wartości. Sami też muszą żyć wedle tych obiektywnych wartości, jakimi są zdrowie i autorozwój. Przez urzeczywistnianie tych wartości w swojej pracy z uczniami kształtują pożądane społecznie, silne i trwałe postawy prozdrowotne (M. Barlak, 2009).

Według A. Krawańskiego naczelnym celem edukacji fizycznej jest

[...] kształtowanie postaw wobec kultury fizycznej jako ważnego czynnika wpływającego na stosunek człowieka do własnego ciała, zdrowia oraz stymulatora wielu innych, ważnych dla rozwoju społecznego, zawodowego i intelektualnego aspektów osobowości (2006, s. 14).

Wynika stąd, że wychowanie fizyczne nie jest (nie powinno być), jak się powszechnie sądzi, jednostronnym procesem, nakierowanym wyłącznie na stymulowanie sprawności fizycznej.

Krawański we współczesnym wychowaniu fizycznym stawia na reorientację osobowości wychowanka, formułując w następujący sposób paradygmat

edukacji fizycznej: „[...] osobowość dbająca o rozwój i sprawność fizyczną ciała na tle refleksji prozdrowotnej” (2006, s. 55). Nie sposób nie zgodzić się z konieczną nadrzędnością procesu kształtowania osobowości dbającej o ciało i zdrowie nad kształtowaniem ciała i jego funkcji. Przedmiot realizowany w szkołach pod nazwą wychowania fizycznego jest zatem przede wszystkim systemem oddziaływań wychowawczych. Nauczyciel musi być więc wychowawcą, i to nie tylko uczniów, których mu powierzono, ale musi również rozpowszechniać idee wychowania fizycznego w środowisku szkolnym i pozaszkolnym. To szerokie popularyzowanie wartości kultury fizycznej jest niezbędnym zadaniem, by pracę dydaktyczno-wychowawczą w szkole cechowała wysoka skuteczność. Rodzice muszą być przekonani o korzyściach wynikających z uczestnictwa ich dzieci w lekcjach wychowania fizycznego. Niedostateczna świadomość, brak zaufania do nauczycieli, którzy nie chcą i nie potrafią komunikować się z rodzicami, prowadzi do sytuacji, w której przedmiot „wychowanie fizyczne” traktowany jest przez rodziców i uczniów jako mało ważny. Świadectwem tego jest duża absencja na lekcjach, często za wyraźnym przyzwoleniem rodziców, którzy zwalniają swoje dzieci z zajęć pod pretekstem stanu chorobowego. Patologiczne sytuacje, w których uczestniczą również lekarze, w ostatnich latach się nasilają (M. Bukowiec, 2010).

NIK (2010) ujawnia, że 16,8% uczniów w IV–VI klasach szkół podstawowych, 21,1% w szkołach gimnazjalnych i 30,7% uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych nie uczestniczy aktywnie w lekcjach wychowania fizycznego.

Wydaje się, że szansą na realizację współczesnych celów i założeń wychowania fizycznego ukierunkowanego na edukację zdrowotną jest postępująca humanizacja tego procesu. Demel (1986) już dawno pisał o tzw. repedagogizacji wychowania fizycznego. Odejście od czysto biotechnologicznego myślenia o wychowaniu fizycznym i zwrócenie uwagi na jego pedagogiczny charakter to powrót do humanistycznych wartości kultury fizycznej. Holistyczne spojrzenie na proces wychowania fizycznego, podmiotowe podejście do wychowania czyni go istotnym elementem rozwoju pełnej osobowości. Jednak samo przeświadczenie, że szkolne wychowanie fizyczne nie sprowadza się do stymulowania prawidłowego rozwoju fizycznego, lecz oddziałuje również na psychospołeczny i moralny wymiar człowieczeństwa, nie wystarczy. Z wielu badań wynika, że to wyidealizowane podejście funkcjonuje tylko w sferze teoretycznych dyskursów i deklaracji. Popularność teoretycznych słusznych założeń, koncepcji, celów, zasad i funkcji wychowania fizycznego nie jest równa popularności adekwatnych rozwiązań metodycznych. Problem leży nawet nie po stronie znajomości przez nauczycieli nowoczesnych form, metod i środków pracy z uczniami, lecz umiejętności i chęci ich stosowania w codziennej praktyce pedagogicznej (M. Jagusz, 2008).

Niewielki poziom wiedzy uczniów w zakresie stosowania prozdrowotnych form aktywności fizycznej z pewnością nie przyczyni się do systema-

tycznego uczestnictwa w rekreacji ruchowej w ich dorosłym życiu. Wiadomości mają wywołać określone przekonania o prozdrowotnych wartościach, mają zmienić, ukształtować świadomość roli aktywności fizycznej w życiu człowieka i jej miejsca w stylu życia.

Nowa podstawa programowa niejako wymusza przekazywanie wiedzy o zachowaniach zdrowotnych i zdrowiu na każdym etapie edukacyjnym, tworząc swoistego rodzaju program spiralny, w którym pojawiają się znane i nowe treści, stosownie do coraz to wyższego poziomu kształcenia.

Szkoła ma za zadanie oddziaływać na świadomość ucznia głównie przez popularyzację wiedzy o zdrowiu i zachowaniach warunkujących zdrowie i wysoką jakość życia. Aby sprostać tym zadaniom, zarysowuje się potrzeba wprowadzania nowych rozwiązań organizacyjnych i metodycznych w prowadzeniu lekcji wychowania fizycznego. Istnieje konieczność przekazywania wielu informacji, a więc i prowadzenia zajęć teoretycznych.

Bardzo ważne podczas lekcji są również procesy o charakterze intelektualno-emocjonalnym, które prowadzą do ukształtowania określonych postaw wobec aktywności fizycznej i decyzji o zmianie stylu życia na aktywny bądź utrzymania go przez całe życie. Coraz częściej mówi się o konieczności wyboru tzw. sportu całego życia, o hobby, ulubionym zajęciu, które powinno być stałym elementem stylu życia. Powyższa idea również została uwzględniona w nowej podstawie programowej.

Jednym z wielu zadań nauczycieli wychowania fizycznego jest wyposażenie wychowanka w umiejętności planowania i realizowania w swoim życiu treningu zdrowotnego. To świadome, celowe, systematyczne stosowanie określonych form bodźców w optymalnej jakości, ilości i częstotliwości obciążenia dla uzyskania pozytywnych zmian fizycznych i psychicznych, warunkujących zdrowie i wysoką jakość życia człowieka (P.F. Nowak, 2007).

Bez wątplenia można przyjąć, że dla rodziców zdrowie dzieci stanowi bezcenną wartość. Paradoksem jest więc umniejszanie przez nich roli wychowania fizycznego, którego celem, syntetycznie rzecz ujmując, jest kreacja zdrowia i zachowań prozdrowotnych. Wychowanie fizyczne nie cieszy się uznaniem, ponieważ jego wizerunek zaniedbują sami nauczyciele. Nowa reforma oświatowa stwarza szansę nie tylko pozbycia się kompleksów, które wynikają z krzywdzących stereotypów nauczyciela wychowania fizycznego, ale również podniesienia prestiżu wykonywanego zawodu. Nauczyciele powinni chętnie wcielać się w rolę edukatorów zdrowia. Nowa rola to nowe obowiązki, ale i szansa na poprawę swojej pozycji w szkole i satysfakcji z wykonywanej pracy.

Aby zwiększyć ilość uczniów ćwiczących na lekcjach wychowania fizycznego, ministerstwo od 1 września 2009 r. wprowadziło możliwość realizacji w formie zajęć fakultatywnych (do indywidualnego wyboru przez ucznia) dwóch z obowiązkowych czterech godzin wychowania fizycznego tygodniowo. Zajęcia w grupach zainteresowań (grupy np. międzyoddziało-

we, międzyklasowe) sprzyjać mają kształtowaniu postaw aktywnych i podmiotowości kształcenia. Uczeń może czuć się współorganizatorem procesu dydaktyczno-wychowawczego. Nowa propozycja wymaga od szkół wysiłku w dokonywaniu zmian organizacyjnych, dlatego też nie cieszy się uznaniem dyrektorów. Nie zadowala również nauczycieli wychowania fizycznego, gdyż nie wszyscy mają odpowiednie kompetencje, by zaoferować atrakcyjne formy zajęć do wyboru np. w systemie innym niż klasowo-lekcyjny (J. Pośpiech, 2009). Ministerstwo proponuje, aby w ramach zajęć do wyboru oferować następujące formy: zajęcia sportowe (dla uzdolnionych ruchowo uczniów, w celu rozwoju zainteresowań sportowych – uprawiania sportu), zajęcia rekreacyjno-zdrowotne (dla wszystkich chętnych uczniów, w celu wdrożenia do systematycznej aktywności ruchowej – treningu zdrowotnego i wyboru tzw. sportu całego życia), zajęcia taneczne (dla wszystkich chętnych uczniów, w celu rozwoju zainteresowań, wiedzy, umiejętności w tej dziedzinie), zajęcia turystyczne (dla wszystkich chętnych uczniów, w celu rozbudzenia zainteresowań turystyczno-krajoznawczych).

W preambule do nowej podstawy programowej dla szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych można odnaleźć zapis następującej treści:

Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu (*Rozporządzenie MEN, 2008*).

W świetle ministerialnych zapisów edukacja zdrowotna zajmuje wysoką rangę wśród zadań szkoły i jest elementem składowym szkolnego programu dydaktycznego, wychowawczego i profilaktyki. Treści edukacji zdrowotnej zostały rozproszone na wiele przedmiotów, spośród których wychowanie fizyczne zawiera ich najwięcej i w tym obszarze edukacji pełnić ma rolę wiodącą. Na nauczycielu wychowania fizycznego spoczywać ma odpowiedzialność za przekaz i koordynację treści oraz programów prozdrowotnych realizowanych w szkole.

W podstawie programowej zapisano również, że

[...] wychowanie fizyczne pełni ważne funkcje edukacyjne, rozwojowe i zdrowotne. Wspiera rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny oraz zdrowie uczniów i kształtuje obyczaj aktywności fizycznej troski o zdrowie w okresie całego życia (*Rozporządzenie MEN, 2008*).

Czy wychowanie fizyczne rzeczywiście stanowi odpowiednią płaszczyznę integracji wielu dziedzin, by pełnić wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej? Z pewnością najbardziej kompleksowe przygotowanie w tej dziedzinie mają właśnie nauczyciele wychowania fizycznego, a przynajmniej mają podstawy, żeby się w tym kierunku doksztalcać i rozwijać.

E. Madejski (2009) opracował model skutecznego funkcjonowania edukacji zdrowotnej w szkole, w skład którego wchodzi następujące elementy:

- podstawowe założenia skutecznego funkcjonowania edukacji zdrowotnej,
- kreatywne i atrakcyjne programy,
- dobrze wykształcona kadra,
- ciekawie opracowane podręczniki,
- ścisła współpraca z rodzicami,
- współpraca ze służbą zdrowia,
- monitorowanie realizowanych zadań i ewentualna modyfikacja programów.

W nowej podstawie programowej wychowania fizycznego można odnaleźć następujące bloki tematyczne do realizacji przez nauczycieli wychowania fizycznego na trzecim etapie edukacyjnym (*Rozporządzenie MEN, 2008*):

- diagnoza sprawności i aktywności fizycznej oraz rozwoju fizycznego,
- trening zdrowotny,
- sporty całego życia i wypoczynek,
- bezpieczna aktywność fizyczna i higiena osobista,
- sport,
- taniec,
- edukacja zdrowotna.

Każdy z prezentowanych bloków tematycznych może stanowić okazję do przekazywania wiedzy o zdrowiu, do kształtowania umiejętności nawyku dbałości o zdrowie. Właśnie pod tym względem wychowanie fizyczne i zdrowotne zmierzają do wspólnego celu, jakim jest kształtowanie zdrowego stylu życia. Nawet realizując blok „sport”, nauczyciel może poruszać np. tematykę stosowania niedozwolonych środków dopingujących w celu kształtowania sylwetki ciała.

Podsumowanie

Edukacja zdrowotna w ramach wychowania fizycznego zajmuje dziś znaczące miejsce w deklaracjach i zapisach w dokumentach oświatowych. Fakt ten nie jest uświadamiany przez uczniów, rodziców i, co niepokojące, również nauczycieli. Wciąż interpretują oni wychowanie fizyczne jako proces ukierunkowany na rozwój sprawności fizycznej, i to nie sprawności fizycznej, ukierunkowanej na zdrowie (sprawności zdrowotnej), lecz tylko na osiągnięcia. Dzieje się tak dlatego, że sprawność fizyczna jest cechą łatwo mierzalną. Za pomocą kontroli sprawności fizycznej nauczyciele uzyskują szybki obraz własnej pracy (skuteczności). Efekty kształcenia fizycznego możliwe są do sprawdzenia w krótkim okresie czasu, natomiast na widoczne efekty wychowania trzeba czekać wiele lat już po zakończonej edukacji

szkolnej. Zniechęca to nauczycieli do trudnej pracy wychowawczej, której efekty nie od razu są oczywiste.

Z racji współczesnych tendencji, zmierzających do intelektualizacji tego procesu, zarysowuje się potrzeba wprowadzenia nowych form organizacji lekcji wychowania fizycznego. W dobie rozwoju społeczeństwa wiedzy, które żyje w środowisku nowoczesnych technologii i tworzy gospodarkę opartą na wiedzy, intelektualizacja w obszarze kultury fizycznej wydaje się koniecznością. Rozwój środków komunikacji masowej i powszechny, wszechobecny dostęp do informacji powodują zwiększoną świadomość społeczeństwa w zakresie zdrowia, kultury zdrowotnej i jej licznych związków z kulturą fizyczną. Wychowanie fizyczne nie może ograniczać się jedynie do fizycznego oddziaływania na biologiczną strukturę człowieka. Za sprawą nauczycieli musi ingerować w osobowość ucznia, tworzyć ją, zmieniać w kierunku wartości prozdrowotnych.

Brak nowego wyodrębnionego przedmiotu nauczania o nazwie „zdrowie”, „wychowanie zdrowotne” lub pokrewnej i obciążenie nowymi zadaniami nauczycieli wychowania fizycznego wydaje się niezbyt dobrym rozwiązaniem, mając na uwadze wysoką jakość edukacji zdrowotnej. Odrębny przedmiot, stworzony kosztem jednej godziny z tygodniowego wymiaru zajęć wychowania fizycznego i prowadzony przez przeszkolonych nauczycieli wychowania fizycznego, byłby rozwiązaniem korzystnym dla uczniów i samych nauczycieli.

Jakość szkolnej edukacji zdrowotnej zależy w znacznej mierze od nauczycieli, którzy za nią odpowiadają, od ich gotowości do pracy w tej dziedzinie edukacji. Natomiast gotowość nauczycieli do udziału w procesie wychowania zdrowotnego zależy od ich postawy wobec zdrowia, wiedzy na ten temat, zachowań zdrowotnych oraz umiejętności metodycznych do interaktywnego prowadzenia edukacji zdrowotnej (A. Krawański, 2006).

Związki wychowania fizycznego z wychowaniem zdrowotnym są bardzo silne i dla wszystkich specjalistów z dziedziny kultury fizyczne oczywiste. Jednak to, co teoretycznie jest akceptowane i od dawna znane, nie zawsze jest możliwe do realizacji w praktyce szkolnej. Istnieje wiele barier, m.in. brak odpowiedniej bazy materialnej, przyborów, utrudnienia organizacyjne leżące po stronie dyrekcji czy specyfika placówki, jednak najwięcej barier jest w samych nauczycielach, którzy nie chcą zmian, nie dążą do podjęcia wysiłku dla własnego dobra (J. Pośpiech, 2009). Obserwując tendencje ogólnoswiatowe, można dostrzec od wielu lat postępujący kryzys tradycyjnego wychowania fizycznego, wyraźne obniżanie statusu przedmiotu. Wychowanie fizyczne ukierunkowane na sprawność fizyczną i osiągnięcia w sporcie wypychane jest ze szkół do klubów i zrzeszeń sportowych. To tam, w ramach zajęć pozaszkolnych, uczeń może doskonalić się w dyscyplinie, do której ma określone predyspozycje. Natomiast w szkole rozwijać się i zdobyć uznanie rodziców ma szansę wychowanie fizyczne

ukierunkowane na zdrowie, wychowanie fizyczne, które będzie kursem zdrowego stylu życia.

Chociaż słowo „zdrowie” pojawia się w wielu ministerialnych zapisach i programach szkolnych oraz istnieje w bogatym dorobku teorii wychowania fizycznego, nie występuje w praktyce. Nauczyciele nie mówią o zdrowiu podczas lekcji; uważają, że wystarczy wykonywać ćwiczenia ruchowe i brać czynny udział w grach, a świadomość zdrowotna będzie automatycznie się zwiększać. Niestety, bez zastosowania się do zasady świadomego i aktywnego uczestnictwa w lekcji sytuacja nie ulegnie poprawie. Uczeń musi rozumieć, dlaczego ćwiczy. Nauczyciele muszą myśleć o edukacji zdrowotnej w taki sposób, by nie stanowiła ukrytego wymiaru wychowania fizycznego, tylko aby rozmowa o zdrowiu gościła na każdej lekcji.

W praktyce edukacja zdrowotna na lekcji wychowania fizycznego kiedyś była ukrytym wymiarem pod naczelnym celem kształtowania sprawności fizycznej, nakierowanej na rywalizację sportową. Obecnie, mimo formalnego wprowadzenia zapisów w podstawie programowej oraz determinacji władz oświatowych i oczekiwań społeczeństwa, edukacja zdrowotna wciąż w praktyce nie jest na pierwszym planie, lecz przegrywa ze sportem szkolnym i jest przezeń wypierana. W świadomości wielu nauczycieli trudne lub wręcz niemożliwe w praktyce jest połączenie dwóch obszarów edukacji: fizycznej i zdrowotnej. Wydaje się, że bez zmian w kształceniu kadr kultury fizycznej i bez wsparcia nauczycieli odpowiednim motywacyjnym systemem doskonalenia zawodowego sytuacja szybko się nie zmieni.

Bibliografia

- Barlak, M. (2009). Być nauczycielem dzisiaj – co to oznacza? W: Z. Dziubiński, K.W. Jankowski (red.). *Kultura fizyczna w społeczeństwie nowoczesnym*. Warszawa.
- Bober, T. (red.) (2002). *Światowy Kongres Wychowania Fizycznego (1999, Berlin)*. K. Ciekot-Roczon (tłum.). Wrocław.
- Bukowiec, M. (2010). Zwolnienia lekarskie z zajęć wf – porażką pedagogiczną rodziny, szkoły i służby zdrowia. W: B. Zawadzka (red.). *Uczestnictwo w kulturze fizycznej wyzwaniem naszych czasów*. Kielce.
- Demel, M., Skład, A. (1986). *Teoria wychowania fizycznego*. Warszawa.
- Fedyn, B. (2009). *Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej*. Racibórz.
- Grabowski, H. (1997). *Teoria fizycznej edukacji*. Warszawa.
- GUS (2007). *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.* Warszawa.
- Jagusz, M. (2008). Kompetencje nauczyciela wychowania fizycznego. W: K. Denek, K. Zatoń, A. Kwaśna (red.). *Edukacja jutra*. T. 2. Wrocław.
- Jaworski, Z. (2009). O krzewieniu kultury zdrowotnej w polskiej szkole – blaski i cienie. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 3.

- Krawański, A. (2006). *Interaktywne uczenie się i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii*. Poznań.
- Kulmatycki, L. (2009). Edukacja zdrowotna w szkole polskiej 2009 – uwagi krytyczne. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 3.
- Kuśnierz, C. (2005). O przyczynach niechęci młodzieży szkolnej do lekcji wychowania fizycznego. W: R. Bartoszewicz, T. Koszczyc, A. Nowak (red.). *Dydaktyka wychowania fizycznego w świetle współczesnych potrzeb edukacyjnych*. Wrocław.
- Lewandowski, M., Starościak, W. (2005). Ocena i jakość wychowania fizycznego w opinii maturzystów. W: R. Bartoszewicz, T. Koszczyc, A. Nowak (red.). *Dydaktyka wychowania fizycznego w świetle współczesnych potrzeb edukacyjnych*. Wrocław.
- Madejski, E. (2009). Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym i rodzinnym. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 3.
- Mazur, J., Woynarowska, B., Kołło, H. (2007). *Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006*. Warszawa.
- NIK (2010). *Informacja o wynikach kontroli „Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych”*. Warszawa.
- Narodowy Program Zdrowia 2007–2015. (2007). Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Warszawa.
- Nowak, P. F. (2007). *Trening zdrowotny kobiet w kontekście współczesnego stylu życia*. Racibórz.
- Nowak, P.F., Szepelawy, M. (2009). The Origins of Health Education – Opinion of Post-Secondary-School Pupils. W: J. Daniluk (red.). *Education vs Wellness*. Lublin.
- Osiński, W. (2002). *Zarys teorii wychowania fizycznego*. Poznań.
- Pańczyk, W. (2009). Jestem za wychowaniem fizyczno-zdrowotnym. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 3.
- Pawłucki, A. (2002). *Osoba w pedagogice ciała. Wykłady*. Olsztyn.
- Pośpiech, J. (2006). *Jakość europejskiego wychowania fizycznego w świetle badań*. Racibórz.
- Pośpiech, J. (2009). O reformowaniu wychowania fizycznego – refleksje zamiast polemiki. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 4.
- Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia*. (2003). Warszawa.
- 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. Nr 4, poz. 17.
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1994). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa.
- Szczepański, S. (2008). Jakościowe przeobrażenia w szkolnym wychowaniu fizycznym w opinii nauczycieli. W: K. Burtny, S. Szczepański (red.). *Wybrane zagadnienia jakości w wychowaniu fizycznym*. Opole.
- Szyborski, J., Jakóbiak, K. (red.) (2008). *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*. Warszawa.
- Tatarkiewicz, W. (1978). *Parerga*. Warszawa.

Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa.

Woynarowska, B., Sokołowska, M. (red.) (2000). *Szkoła promująca zdrowie: doświadczenia dziesięciu lat*. Warszawa.

Streszczenie

Wychowanie fizyczne realizowane w szkołach, choć nie nadąża za coraz szybszymi przeobrażeniami społeczno-kulturowymi, zawsze było nośnikiem wartości prozdrowotnych. Kategoria zdrowia istnieje w dużym zakresie w bogatym dorobku teorii wychowania fizycznego, natomiast nie występuje w zauważalnym wymiarze praktyki szkolnej. Celem pracy było ukazanie problemów związanych z realizacją edukacji zdrowotnej w ramach szkolnego wychowania fizycznego. W wyniku ostatniej reformy oświatowej edukacja zdrowotna w ramach wychowania fizycznego zajmuje znaczące miejsce jak nigdy wcześniej w szkolnictwie, czego jednak wciąż nie do końca uświadamiają sobie uczniowie, rodzice i nauczyciele. W pracy zwrócono uwagę na konieczność zmian w kształceniu kadr kultury fizycznej i wsparcia nauczycieli odpowiednim motywacyjnym systemem doskonalenia zawodowego.

Summary

Health education implemented in schools has always been pro-healthy medium value in spite evolving too slow as increasingly rapid socio-cultural transformations. Health is wealth in rich legacy of theory of physical education, but does not occur in a visible dimension of the school practice. Presenting problems associated with health education implementation in the school physical education was the main object of the research. School health education as a part of physical education as a result of recent educational reform plays a significant role as never before in history, but this role is still not fully conscious to the pupils, parents and teachers. The scientific study highlighted the need for changes in the training of physical education and need to support teachers the appropriate motivational training system.