

Agata POPŁAWSKA
ORCID: 0000-0002-2519-6121
*Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN
w Krakowie*

Agata JACEWICZ
ORCID: 0000-0001-5908-7698
*Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna
w Białymstoku*

Działania na rzecz rozwijania kompetencji zdrowotnych dzieci i ich efektywność

Abstract: Actions Aimed at Developing Children's Health Competences and Their Effectiveness

Health is a value, an individual and social resource. Developing health competences is an important educational task, which should be implemented from an early age. Hence, the initiative to conduct research on the effectiveness of health education manifested in knowledge about health and everyday health behaviors. Selected results of tests carried out in younger classes are presented in this article.

Keywords: health, nutrition, physical activity, health competence, health education, early education

Słowa kluczowe: zdrowie, żywienie, aktywność fizyczna, kompetencje zdrowotne, edukacja zdrowotna, wczesna edukacja

Wprowadzenie

Coraz częściej przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych podejmują problematykę zdrowia. Podkreślają potrzebę traktowania zdrowia jako wartości autotelicznej, która wywiera wpływ na jakość życia człowieka, umożliwia mu dobry rozwój i funkcjonowanie we wszystkich sferach życia, pozwala realizować aspiracje życiowe. Odpowiednie żywienie, aktywność ruchowa oraz utrzymywanie

przyjaznych relacji międzyludzkich, pozytywne nastawienie do świata to ważne elementy wpływające na zdrowie człowieka.

Aby edukacja zdrowotna przyniosła pożądane efekty, powinna być wdrażana od najmłodszych lat równoległe z przedmiotami szkolnymi i wychowaniem w domu rodzinnym.

Zdrowie i czynniki je warunkujące

Zdrowie stanowi zarówno wartość indywidualną, jak i ważny zasób społeczny konieczny do właściwego rozwoju jednostki i całego społeczeństwa. Należy je uznać za niezbędny warunek wysokiej jakości życia człowieka, determinujący praktycznie każdą sferę ludzkich zachowań.

Pojęcie „zdrowie” jest wieloznaczne i różnie interpretowane w zależności od kontekstu oraz przyjętych kryteriów. Najprostsza definicja związana jest z negacją — zdrowie to brak choroby, brak zaburzeń zdrowotnych. Zdrowie często łączy się z dobrym samopoczuciem. W preambule konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, wydanej w 1948 r., zdrowie określono jako „stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub niedomagania”. Następnie określenie to zostało uzupełnione o sprawność niezbędną do prowadzenia efektywnego życia społecznego i ekonomicznego, zwrócono też uwagę na dobre samopoczucie duchowe.

Holistyczne ujęcie zdrowia upoważnia do wyróżnienia jego czterech komplementarnych wymiarów:

— zdrowie fizyczne — prawidłowe funkcjonowanie organizmu i jego poszczególnych układów, a także organów wewnętrznych (Woynarowska, 2010);

— zdrowie psychiczne — zachowanie równowagi wewnętrznej, które pozwala na wykorzystanie posiadanych umiejętności w harmonii z uniwersalnymi wartościami społecznymi; zdolność do rozpoznawania i wyrażania własnych emocji; współczucie dla innych; radzenie sobie ze stresem;

— zdrowie społeczne — umiejętność utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi, adekwatnego odgrywania różnych ról i pełnienia funkcji społecznych (Sęk, Cieślak, 2012);

— zdrowie duchowe — zdolność do odkrycia sensu istnienia człowieka, umiejętność przestrzegania zasad i sposobów postępowania zapewniających wewnętrzny spokój, ale też dokonywania wyborów uwzględniających wyższe wartości; siła do radzenia sobie z wyzwaniem codzienności (Żuchelkowska, 2013, s. 14).

Z. Słońska i M. Misiuna zwracają uwagę, że zdrowie to nie tylko „poddająca się zmianom zdolność zarówno do osiągnięcia szczytu własnych fizycznych, psychicznych, społecznych możliwości, jak i pozytywnego reagowania na wy-

zwania środowiska” (1993, s. 68), to także środek ułatwiający człowiekowi wykorzystanie istniejących możliwości po to, aby jego życie stało się lepsze, bogatsze, pełniejsze.

Zdrowie człowieka zależy od wielu czynników; w literaturze przedmiotu najczęściej wskazuje się na: styl życia jednostki, warunki środowiskowe (społeczne i fizyczne), cechy dziedziczne i sprawność systemu opieki zdrowotnej.

Styl życia to inaczej sposób bycia, zespół nawyków i czynności, który powstaje w wyniku wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje, oraz indywidualnych wzorców zachowania, określonych przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru (Karski, 1999, s. 21). Ponadto jest on uwarunkowany wiedzą i przekonaniami na temat świata, życia i własnej osoby, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia (Sęk, 2000, s. 542).

Obok aktywności ruchowej na zdrowy styl życia składają się takie elementy, jak: „przestrzeganie zasad właściwego odżywiania się, higieniczne relacje pracy i wypoczynku (w tym snu), umiejętność opanowania stresów, zachowania abstynenckie, wyzbycie się konfliktowości i agresji w stosunkach z ludźmi na rzecz postaw spolegliwych i tendencji do zgodnego współżycia, optymizm życiowy wyrażający się przewagą stanów zadowolenia i sztuką cieszenia się z codziennych zdarzeń” (Przewęda, 1999, s. 197).

Zachowania zdrowotne są dynamiczne, ulegają zmianom w ciągu całego życia człowieka, a najbardziej intensywnie należy je kształtować w okresie dzieciństwa i młodości. Przewodnikami dzieci po edukacji zdrowotnej mogą być zarówno rodzice, jak i nauczyciele posiadający duży autorytet, osoby, które dzieci cenią, podziwiają i chcą naśladować.

Kompetencje zdrowotne

Jeśli za jeden z ważnych celów życiowych człowieka uznamy doskonalenie i utrzymanie zdrowia, to niewątpliwie niezbędne jest rozwijanie odpowiednich ku temu kompetencji.

Kompetencje to właściwości osoby (mamy tu na myśli system złożony z powiązanych ze sobą cech, potrzeb, zdolności, przeżytych doświadczeń, umiejętności, przekonań oraz postaw — wiedzy, uczuć i zachowań), które stanowią podstawę skutecznego, refleksyjnego funkcjonowania człowieka w różnych sferach: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej (Popławska, 2013).

Kompetencje powstają w wyniku zintegrowania wiedzy i różnych umiejętności, a w ich kształtowaniu się istotną rolę odgrywają osobiste doświadczenia i przekonania. Ulegają one przekształceniom w toku rozwoju i w procesie uczenia się.

To dzięki kompetencjom człowiek uzewnętrznia swoją podmiotowość, aktywnie rozwija swoje możliwości zgodnie z przyjętym systemem wartości i efektywnie działa, korzystając z posiadanej wiedzy i umiejętności, zmienia odpowiedzialnie otaczającą go rzeczywistość, a jednocześnie zmienia siebie. Kompetencje pozwalają na optymalne, efektywne postępowanie w konkretnych sytuacjach.

Jak wspomniano, integralne ujęcie funkcjonowania człowieka obejmuje cztery sfery: duchową, psychiczną, społeczną i fizyczną. Każda sfera rozwoju i działania człowieka ma swoją specyfikę.

W sferze duchowej optymalne funkcjonowanie umożliwiają kompetencje aksjologiczne, w sferze psychicznej istotne są kompetencje intrapersonalne i kompetencje poznawcze, w sferze społecznej — kompetencje interpersonalne (społeczne i emocjonalne), a w sferze fizycznej — kompetencje zdrowotne.

Kategoria kompetencje zdrowotne (*health competences*) jest definiowana jako umiejętność pozyskiwania, interpretowania i rozumienia podstawowej informacji zdrowotnej i zdolność jej wykorzystania do poprawy własnego stanu zdrowia. Kompetencje zdrowotne obejmują: informacje i wiedzę o zdrowiu; rozumienie społecznych uwarunkowań zdrowia; rozumienie znaczenia ryzykownych zachowań indywidualnych i społecznych; zdolność samokontroli, samoopieki oraz radzenia sobie w zdrowiu i w chorobie; umiejętność korzystania ze świadczeń zdrowotnych (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz, 2009, s. 106).

W strukturze kompetencji zdrowotnych proponujemy uwzględnić następujące komponenty: wiedzę o zdrowiu, samoświadomość zdrowotną, dbałość o zdrowie osobiste oraz promowanie zdrowego stylu życia.

W ingrediencji wiedza o zdrowiu można wyróżnić wiedzę subiektywną, czyli tę, która opiera się na indywidualnych doświadczeniach i osobistych przekonaniach, oraz wiedzę obiektywną, czyli wiedzę medyczną i społeczno-filozoficzną dotyczącą zdrowia i chorób, potencjalnych zagrożeń i możliwości przeciwdziałania nim. Ważne są też umiejętności zdobywania wiedzy o zdrowiu, a więc korzystanie zarówno z publikacji tradycyjnych, jak i medialnych.

Następnym elementem kompetencji zdrowotnych jest samoświadomość zdrowotna, którą można rozumieć jako postrzeganie spraw zdrowia z własnej perspektywy. Istotne jest tu uświadomienie sobie własnego potencjału fizycznego i psychicznego, który pozwala człowiekowi na rozwijanie różnych aktywności. Towarzyszyć temu winno przekonanie, że zdrowie jest wartością — zasobem, który można wzmacniać i rozwijać. Ważnym elementem staje się uświadomienie sobie swoich mocnych i słabych stron w sferze psychofizycznej oraz osobistych uwarunkowań dobrego samopoczucia i niewystępowania chorób.

Za kluczowy element kompetencji zdrowotnych należy uznać dbałość o zdrowie, która obejmuje liczne umiejętności i nawyki dotyczące: właściwe-

go odżywiania się; zachowania higieny ciała i umysłu; spędzania czasu wolnego i rekreacji; aktywności fizycznej; korzystania z dobrodziejstwa opieki zdrowotnej (regularne wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, stomatologa, szczepienia) i samokontroli stanu zdrowia. Niezbędne jest też dokonywanie właściwych wyborów w sprawach mających wpływ na zdrowie (wystrzeganie się używek, regularny i mocny dobry sen, przeciwstawianie się naciskom skłaniającym do szkodliwych dla zdrowia zachowań) oraz radzenie sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach życiowych.

Ostatnią z proponowanych ingrediencji jest promowanie zdrowego stylu życia, związane z aktywnością jednostki, która sprawuje kontrolę nad własnym zdrowiem, właściwie gospodaruje swymi zasobami, ale także zachęca inne osoby do wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie, motywuje jednostki czy grupy społeczne do podejmowania zachowań prozdrowotnych, walki z nałogami, przekazuje posiadaną wiedzę o zdrowiu i umiejętności życiowe.

Edukacja zdrowotna

Zdaniem B. Woynarowskiej (2010, s. 96) jest to „całozyciowy proces uczenia się ludzi, jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki”. Odpowiedzialność za ten proces ponosi zarówno jednostka, rodzina, jak i system edukacji.

Celem edukacji zdrowotnej powinno być „budowanie kompetencji zdrowotnych w całej populacji. Potrzebne są programy, które upodmiotowią ludzi, przekażą im pełnomocnictwa w rozwijaniu i używaniu ich indywidualnych fizycznych, psychicznych i emocjonalnych zdolności w maksymalnie możliwym stopniu” (Forster, 1998, s. 139). B. Woynarowska (2000, s. 418) wskazuje, że celem edukacji zdrowotnej jest pomoc ludziom w: „podejmowaniu odpowiednich decyzji i wyborów, wspierających ich harmonijny rozwój i zdrowie (fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe); kształtowaniu zdrowego stylu życia; identyfikacji własnych problemów zdrowotnych i podejmowaniu działań prowadzących do ich rozwiązania”.

Dogodnymi miejscami do wdrażania edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na kształtowanie kompetencji zdrowotnych wydają się takie instytucje, jak przedszkole i szkoła. Konkretnie cele działań wychowawczo-zdrowotnych w szkole można realizować przez: zaspokojenie potrzeb biologicznych i potrzeby bezpieczeństwa dzieci i młodzieży; uczenie ich brania na siebie odpowiedzialności za zdrowie własne, rodziny i społeczeństwa; zachęcanie ich do zdrowego stylu życia i umożliwienie im dokonywania wyborów promujących

zdrowie; rozwijanie umiejętności samodzielnego korzystania z wiedzy o zdrowiu z różnych źródeł informacji; zasięganie rad na temat zdrowia u specjalistów dostępnych w społeczności lokalnej; właściwe i atrakcyjne organizowanie czasu wolnego oraz uwrażliwianie na ewentualne niebezpieczeństwo drogowe, pożarowe i na wodzie; świadome włączanie programu edukacji zdrowotnej do całokształtu pracy wychowawczej (Łobocki, 2004, s. 303).

Przedmiotem naszych zainteresowań są uczniowie klas I–III, stąd naszą uwagę kierujemy w stronę edukacji wczesnoszkolnej. W *Podstawie programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej* (2017) podkreślono, że „ważną rolę w kształceniu i wychowaniu uczniów w szkole podstawowej odgrywa edukacja zdrowotna. Zadaniem szkoły jest kształtowanie postaw prozdrowotnych uczniów, w tym wdrożenie ich do zachowań higienicznych, bezpiecznych dla zdrowia własnego i innych osób, a ponadto ugruntowanie wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania się, korzyści płynących z aktywności fizycznej, a także stosowania profilaktyki”. Aby edukacja zdrowotna była skuteczna i przyniosła zamierzone efekty, należy precyzyjnie określić jej cele i konsekwentnie je realizować. W podstawie programowej kształcenia zintegrowanego z 2017 r. treści związane z edukacją zdrowotną (cele kształcenia — wymagania ogólne) zostały wyeksponowane w dwóch z czterech obszarów rozwoju dziecka, tj. fizycznym i społecznym. Należy zaznaczyć, że cele te uczeń osiąga w procesie wychowania i kształcenia najpierw przez rozwijanie prostych czynności praktycznych i intelektualnych, a następnie czynności bardziej złożonych. Zatem zgodnie z podstawą programową na pierwszym etapie edukacji oczekuje się, że uczeń kończący klasę trzecią szkoły podstawowej w zakresie pierwszego, fizycznego obszaru rozwoju osiąga:

[...]

- 2) świadomość zdrowotną w zakresie higieny, pielęgnacji ciała, odżywiania się i trybu życia;
- 3) umiejętność wykorzystania własnej aktywności ruchowej w różnych sferach działalności człowieka: zdrowotnej, sportowej, obronnej, rekreacyjnej i artystycznej;
- 4) umiejętność respektowania przepisów gier, zabaw zespołowych i przepisów poruszania się w miejscach publicznych;
- 5) umiejętność organizacji bezpiecznych zabaw i gier ruchowych (tamże).

W zakresie trzeciego, społecznego obszaru rozwoju uczeń natomiast osiąga:

[...]

- 8) umiejętność samodzielnej organizacji czasu przeznaczonego na odpoczynek indywidualny i w grupie;
- 9) umiejętność dbania o bezpieczeństwo własne i innych uczestników grupy, w tym bezpieczeństwo związane z komunikacją za pomocą nowych technologii oraz bezpieczeństwo uczestnictwa w ruchu drogowym (tamże).

Z powyższego wynika, że uczeń na wczesnym etapie edukacji ma świadomość zdrowotną, dysponuje wiedzą o tym, co sprzyja, a co zagraża zdrowiu, wie, jak prowadzić zdrowy tryb życia, np. organizować czas wolny, wypoczynek, rekreację, uprawiać sport. Umie podejmować trafne decyzje i dokonywać mądrych wyborów związanych ze zdrowiem (troska o higienę, pielęgnacja ciała, właściwe odżywianie itp.). Ponadto podczas podejmowanych aktywności dba o zdrowie i bezpieczeństwo własne i innych.

Należy podkreślić, że ogólne cele rozwoju ucznia, osiągnięte na zakończenie edukacji wczesnoszkolnej, są źródłem celów szczegółowych, opisanych w formie efektów. Uczeń ma je osiągać, realizując zadania wymagające wielokierunkowej aktywności. Mimo że w podstawie cele przyporządkowano do 13 działań: 1) edukacja polonistyczna, 2) edukacja matematyczna, 3) edukacja społeczna, 4) edukacja przyrodnicza, 5) edukacja plastyczna, 6) edukacja techniczna, 7) edukacja informatyczna, 8) edukacja muzyczna, 9) wychowanie fizyczne, 10) edukacja językowa, język obcy nowożytny, 11) edukacja językowa mniejszości narodowej lub etnicznej, 12) edukacja językowa, język regionalny — język kaszubski, proces kształcenia na tym etapie ma charakter zintegrowany, a nie przedmiotowy.

W podstawie programowej treści, ale przede wszystkim cele szczegółowe związane z edukacją zdrowotną umieszczono w działach czwartym i dziewiątym (edukacja przyrodnicza i wychowanie fizyczne). Przyjrzyjmy się im.

IV. Edukacja przyrodnicza.

2. Osiągnięcia w zakresie funkcji życiowych człowieka, ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i odpoczynku. Uczeń:

[...]

4) dba o higienę oraz estetykę własną i otoczenia;

5) reaguje stosownym zachowaniem w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa, zdrowia jego lub innej osoby;

6) wymienia wartości odżywcze produktów żywnościowych; ma świadomość znaczenia odpowiedniej diety dla utrzymania zdrowia, ogranicza spożywanie posiłków o niskich wartościach odżywczych i niezdrowych, zachowuje umiar w spożywaniu produktów słodzonych, zna konsekwencje zjadania ich w nadmiarze;

7) przygotowuje posiłki służące utrzymaniu zdrowia;

8) ubiera się odpowiednio do stanu pogody, poszukuje informacji na temat pogody, wykorzystując np. Internet;

[...]

10) stosuje zasady bezpiecznej zabawy w różnych warunkach i porach roku;

[...]

13) stosuje zasady bezpieczeństwa podczas korzystania z urządzeń cyfrowych, rozumie i respektuje ograniczenia związane z czasem pracy z takimi urządzeniami oraz stosuje zasady netykiety;

14) ma świadomość, iż nieodpowiedzialne korzystanie z technologii ma wpływ na utratę zdrowia człowieka;

[...]

Tabela 1. Treści nauczania-uczenia się i przewidywane efekty edukacyjne w klasie II i III dotyczące zdrowia (korespondujące z tematyką przeprowadzonych badań własnych)

Edukacja	Treści nauczania	Przewidywane efekty edukacyjne (umiejętności, wiadomości, społecznie akceptowane zachowania) w klasie II i III
Przyrodnicza	Osiągnięcia w zakresie funkcji życiowych człowieka, ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i odpoczynku	<ul style="list-style-type: none"> — [...] dba o higienę oraz estetykę własną oraz otoczenia, również w trakcie nauki; — opisuje, na czym polega zdrowy styl życia (ruch, w tym na świeżym powietrzu, higiena, również jamy ustnej, prawidłowe odżywianie, odpoczynek); — ma świadomość konieczności słuchania wskazówek lekarza i stomatologa; — <u> tłumaczy, czym zajmuje się ortopeda i laryngolog, wymienia lekarzy innych specjalności;</u> — <u>wymienia podstawowe przyczyny powstawania chorób (zna terminy: „bakteria”, „wirus”) oraz niepokojące objawy mogące świadczyć o chorobie;</u> — zna podstawowe zasady zapobiegania chorobom zakaźnym i przebiegniom [...]; — reaguje stosownym zachowaniem w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa, zdrowia jego lub innej osoby; — zna podstawowe zasady pierwszej pomocy (sprawdzenie przytomności, oddechu i ułożenie w bezpiecznej pozycji nieprzytomnego, a także postępowanie w przypadku zranienia, krwotoku z nosa, oparzenia, zadławienia, przegrzania) [...]; — wymienia i opisuje podstawowe grupy produktów żywnościowych (warzywa i owoce, nabiał itd.); — ma świadomość znaczenia odpowiedniej diety dla utrzymania zdrowia; — <u>opisuje piramidę żywienia i uzasadnia położenie poszczególnych produktów;</u> — ogranicza spożywanie posiłków o niskich wartościach odżywczych i niezdrowych; — zachowuje umiar w spożywaniu produktów słodzonych, zna konsekwencje zjadania ich w nadmiarze; — <u>wymienia przykłady witamin, opisuje produkty, w których się znajdują;</u> — <u>opisuje różne sposoby przechowywania żywności (mrożenie, kiszenie, suszenie, marynowanie);</u> — <u>opowiada, w jaki sposób można w domu przygotować dżem, jakie są etapy przygotowania chleba („od ziarenka do bochenka”);</u> — przygotowuje posiłki służące utrzymaniu zdrowia — robi kanapki lub sałatkę warzywną; — ubiera się odpowiednio do pogody [...]; — ma świadomość, iż nieodpowiedzialne korzystanie z technologii ma wpływ na utratę zdrowia przez człowieka [...]

Techniczna	Osiągnięcia w zakresie organizacji pracy	— zwraca uwagę na zdrowie i zachowanie bezpieczeństwa z uwzględnieniem selekcji informacji, wykonywania czynności użytecznych lub potrzebnych
Informatyczna	Osiągnięcia w zakresie przestrzegania prawa i zasad bezpieczeństwa	— [...] rozróżnia pożądane i niepożądane zachowania związane z pracą przy komputerze w szkole i w domu; — zna zasady bezpiecznej pracy w internecie, rozróżnia pożądane i niepożądane zachowania [...]; — <i>wie, że długotrwała praca przy komputerze męczy wzrok, może powodować bóle głowy, a bardzo rozciągnięta w czasie — różne schorzenia, w tym skrzywienie kręgosłupa</i>
Wychowanie fizyczne	Osiągnięcia w zakresie utrzymania higieny osobistej i zdrowia	— utrzymuje w czystości ręce i całe ciało [...]; — dostosowuje strój w trakcie zajęć ruchowych na świeżym powietrzu do pogody i pory roku (nakrycie głowy — słońce, lekkie mróz itp.); — dostosowuje strój w trakcie zajęć ruchowych w pomieszczeniu do panujących tam warunków; — wyjaśnia znaczenie ruchu w procesie utrzymania zdrowia; — zna wartość aktywności fizycznej i właściwego odżywiania dla prawidłowego funkcjonowania organizmu [...]; — wie, że choroby są zagrożeniem dla zdrowia i można im zapobiegać (szczepienia ochronne, właściwe odżywianie, aktywność fizyczna, przestrzeganie higieny); — dba o prawidłową postawę podczas siedzenia w ławce i przy stole; — właściwie zachowuje się w czasie choroby; — wie, że nie można samodzielnie zażywać żadnych leków ani stosować środków chemicznych niezgodnie z przeznaczeniem [...]; — umie wybrać bezpieczne miejsce do zabaw i gier ruchowych; — wie, do kogo zwrócić się o pomoc w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia [...]
	Osiągnięcia w zakresie różnych form rekreacyjno-sportowych	— bierze udział w zespołowych zabawach ruchowych, minigrach i grach terenowych, zawodach sportowych [...]; — respektuje przepisy, reguły zabaw zespołowych, gier ruchowych i sportowych; — respektuje przepisy ruchu drogowego w odniesieniu do pieszych, rowerzystów, rolkarzy, biegaczy i innych osób, których poruszanie się w miejscu publicznym może wywoływać zagrożenie bezpieczeństwa [...]; — układa zespołowe zabawy ruchowe i w nich uczestniczy; — układa niekonwencjonalne zespołowe zabawy ruchowe i w nich uczestniczy, np. wyścig olbrzymów [...]; — jeździ na dostępnym sprzęcie sportowym, np.: na hulajnodze, rolkach, deskorolce, rowerze, sankach, łyżwach

Objaśnienia: *kursywą* zaznaczono treści dotyczące tylko klasy II; **pismem pogrubionym** zaznaczono treści dotyczące tylko klasy III; tekst podkreślony obejmuje treści wykraczające ponad podstawę programową. Źródło: Janicka-Panek, 2017

IX. Wychowanie fizyczne.

1. Osiągnięcia w zakresie utrzymania higieny osobistej i zdrowia. Uczeń:

- 1) utrzymuje w czystości ręce i całe ciało, przebiera się przed zajęciami ruchowymi i po ich zakończeniu; wykonuje te czynności samodzielnie i w stosownym momencie;
- 2) dostosowuje strój do rodzaju pogody i pory roku w trakcie zajęć ruchowych odpowiednio na świeżym powietrzu i w pomieszczeniu;
- 3) wyjaśnia znaczenie ruchu w procesie utrzymania zdrowia;
- 4) przygotowuje we właściwych sytuacjach i w odpowiedni sposób swoje ciało do wykonywania ruchu;
- 5) ma świadomość znaczenia systematyczności i wytrwałości w wykonywaniu ćwiczeń;
- 6) uznaje, że każdy człowiek ma inne możliwości w zakresie sprawności fizycznej, akceptuje sytuację dzieci, które z uwagi na chorobę nie mogą być sprawne w każdej formie ruchu;

[...]

3. Osiągnięcia w zakresie różnych form rekreacyjno-sportowych. Uczeń:

- 1) organizuje zespołową zabawę lub grę ruchową z wykorzystaniem przyborów lub bez;

[...]

- 4) uczestniczy w zabawach i grach zespołowych z wykorzystaniem różnych rodzajów piłek;

[...]

- 7) jeździ na dostępnym sprzęcie sportowym, np. hulajnodze, rolkach, rowerze, sankach, łyżwach (tamże).

Nauczyciel treści dotyczące edukacji zdrowotnej może także realizować z powodzeniem w ramach edukacji polonistycznej, językowej, społecznej czy edukacji plastycznej lub muzycznej, wykorzystując werbalne oraz pozawerbalne środki wyrazu. Edukacja zdrowotna uczniów klas I–III jest skoncentrowana nie tylko na zagadnieniach związanych z bezpieczeństwem, kształtowaniem nawyków higieniczno-kulturalnych, zapobieganiem chorobom, troską o zdrowie fizyczne i psychiczne oraz rozwijaniem sprawności ruchowej, kładzie się też nacisk na stwarzanie warunków kształtowania umiejętności prozdrowotnych, promocję zdrowego stylu życia, odżywiania, umiejętnego korzystania z osiągnięć techniki, w tym technologii informatycznej. Równie ważny jest szacunek i zaufanie oraz poszanowanie zdrowia własnego i innych osób, właściwe gospodarowanie czasem wolnym z uwzględnieniem aspektów zdrowotnych itp.

Opracowano wiele programów dla pierwszego etapu edukacji szkolnej. Do realizacji zatwierdzone przez radę pedagogiczną są te, których treści korespondują z ministerialną podstawą programową.

T. Janicka-Panek — autorka *Elementarza odkrywców. Programu nauczania-uczenia się dla I etapu kształcenia — edukacji wczesnoszkolnej* — włączyła treści dotyczące edukacji zdrowotnej do edukacji: przyrodniczej, technicznej, informatycznej i wychowania fizycznego. W edukacji przyrodniczej treści dotyczyły osiągnięć w zakresie funkcji życiowych człowieka, ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i odpoczynku. W edukacji technicznej treści koncentrowały się wokół osiągnięć w zakresie (bezpiecznej) organizacji pracy, a w edukacji informatycznej — w obszarze przestrzegania prawa i zasad bezpieczeństwa. W wychowaniu

fizycznym treści zdrowotne T. Janicka-Panek ujęła w osiągnięciach z zakresu utrzymania higieny osobistej i zdrowia oraz różnych form rekreacyjno-sportowych. Szczegółowe wytyczne dotyczące wiadomości, umiejętności i pożądaných zachowań zamieszczono w tabeli 1 (s. 32–33).

Zakres i stopień konkretyzacji podejmowanych w szkole treści zdrowotnych może być różny w zależności od programu nauczania realizowanego w placówce.

Założenia metodologiczne badań własnych

Kształtowanie kompetencji zdrowotnych dzieci jest trudnym zadaniem dla nauczycieli. Wymaga wiele cierpliwości, systematyczności, dostarczania uczniom wiedzy, kształtowania umiejętności i sięgania po różnorodne metody, formy i środki w pracy dydaktyczno-wychowawczej. Zobowiązuje do taktu pedagogicznego w relacjach z dziećmi i rodzicami. Efekty podejmowanych działań mają olbrzymie znaczenie, ponieważ od zdobytej w tym zakresie wiedzy i umiejętności zależy sprawowanie przez człowieka kontroli nad własnym zdrowiem w różnych sytuacjach życiowych.

Badaniem ankietowym objęto 74 drugo- i trzecioklasistów szkół podstawowych w mieście i na wsi na obszarze województwa podlaskiego. Kwestionariusz wywiadu składał się z 14 pytań zamkniętych lub półotwartych i jednego otwartego. Badania przeprowadzono w 2019 r.

Poszukiwano odpowiedzi na pytanie: Jaki jest zakres kompetencji zdrowotnych badanych uczniów w przestrzeni dwóch ingrediencji: wiedzy o zdrowiu oraz dbałości o zdrowie?

Szczególnie interesowały nas następujące kwestie:

1. Jak badani definiują pojęcie „zdrowie” i jak rozumieją określenie „być zdrowym”?

2. Jakie znają zasady pozwalające zachować dobre zdrowie?

3. Jak badani uczniowie się odżywiają?

4. Jak spędzają czas wolny?

5. Jakie formy aktywności prozdrowotnej podejmują?

W dalszej części artykułu prezentujemy wycinek przeprowadzonych badań. Ze względu na ograniczenia wydawnicze pominęłyśmy w analizie materiału badawczego zmienne (np. płeć, wiek, miejsce zamieszkania), których uwzględnienie z pewnością dałoby pełniejszy obraz wiedzy dzieci o zdrowiu i troski o nie. Przedstawione wyniki zbiorcze należy potraktować jako podstawę do dalszych rozważań i analiz skoncentrowanych na kompetencjach zdrowotnych uczniów.

Dzieci o zdrowiu i swoim stylu życia — analiza wyników badań własnych

W badaniach interesowało nas, jak dzieci definiują pojęcie „zdrowie”. Połowa uczniów wybrała kategorię zawierającą negację „zdrowie to brak choroby”; jedna czwarta badanych powiązała zdrowie z dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym; jedna piąta — z dobrym samopoczuciem, kilka osób podało, że „zdrowie to stan po chorobie”. Można więc stwierdzić, że większość badanych trafnie rozumie to pojęcie. W kolejnym pytaniu badani mogli wybrać pięć spośród kilkunastu twierdzeń, które ich zdaniem wyjaśniają, co to znaczy „być zdrowym”. W opinii większości dzieci być zdrowym to przede wszystkim: być sprawnym fizycznie (64%), dbać o sen i wypoczynek (64%); ponad połowa odpowiedziała: czuć się dobrze (58%), nie chorować (55%), nie pić alkoholu i nie palić papierosów (51%); ponad jedna trzecia wskazywała: cieszyć się życiem (34%), mieć odpowiednią wagę ciała (36,5%), mieć zdrową cerę i włosy (35,1%), należycie się odżywiać (36%); blisko jedna czwarta wybierała stwierdzenia „często mieć poczucie, że jest się szczęśliwym” i „mieć dobry nastrój”.

Wszyscy badani uczniowie zgodzili się, że aby zachować dobre zdrowie, należy: jeść świeże owoce i warzywa, pić wodę i soki oraz ubierać się odpowiednio do pogody, a także dużo się śmiać i bawić. Prawie wszyscy optowali za myciem rąk, zwłaszcza przed jedzeniem i po wyjściu z toalety, oraz myciem codziennie całego ciała i zębów, spędzaniem czasu wolnego na świeżym powietrzu. Około 90% ma świadomość, że należy chodzić na wizyty kontrolne do lekarza (pediatry, stomatologa) oraz zgodnie współpracować z kolegami. Mniejszą liczbę potwierdzeń zyskały zasady takie, jak: codziennie jeść przetwory mleczne (77%), jeść pięć posiłków dziennie (76%). Dzieci zdają sobie też sprawę, że szkodliwe dla zdrowia jest picie napojów gazowanych, typu cola, oranżada, jedzenie słodczy i chipsów, a także brak umiaru w oglądaniu telewizji i graniu na komputerze. Połowa badanych zgodziła się ze stwierdzeniem „ograniczyć jedzenie mięsa, ryb i jaj”.

Zachowania żywieniowe dzieci i sposób odżywiania mają wpływ zarówno na przebieg fazy dojrzewania młodego człowieka, jak i na jego późniejsze funkcjonowanie. Dostarczanie organizmowi odpowiednich składników odżywczych umożliwia prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny.

Charakteryzując swoje upodobania żywieniowe, większość dzieci deklarowała, że stara się jeść produkty, które zawierają witaminy (97%), dąży do tego, aby zdrowo się odżywiać (86%), chętnie spożywa produkty light (bez tłuszczu) (68%). Prawie połowa badanych potwierdziła jednak, że je między posiłkami różne przekąski (chipsy, paluszki, batoniki); ponad jedna trzecia (39%) chętnie je coś słodkiego, kiedy jest zła lub smutna; nieco mniej (31%) je to, co lubi, nie myśląc o tym, jak wpływa to na ich zdrowie.

Tabela 2. Częstotliwość spożywania wybranych produktów przez badanych (N = 74)

Produkty	Częstotliwość			
	Codziennie [%]	2–3 razy w tygodniu [%]	raz w tygodniu [%]	Rzadziej niż raz w tygodniu [%]
Soki warzywne, owocowe i warzywno-owocowe	37	31	18	14
Herbatniki, ciasta, ciastka, batony i czekolady	19	35	30	16
Owoce i warzywa	69	26	3	3
Sery, twarogi, mleko i napoje mleczne	36	35	12	16
Ryby	1	8	34	57
Dania typu fast-food (hamburgery, frytki)	3	12	23	62
Napoje typu pepsi, coca-cola itp.	7	18	27	49
Słone przekąski (paluszki, chrupki, chipsy)	8	26	30	36
Ciemne (żytnie) pieczywo oraz różne kasze	28	27	23	22
Chuda wędlina i mięso	49	41	5	5

Źródło: badania własne

Na podstawie deklaracji uczniów (tabela 2) można stwierdzić, że większość badanych codziennie je będące źródłem witamin i związków mineralnych owoce i warzywa (689%). Prawie połowa codziennie spożywa chudą wędlinę i mięso (49%) lub ma to miejsce 2–3 razy w tygodniu (41%). Ponad jedna trzecia uczniów potwierdziła, że codziennie pije soki warzywne, owocowe i warzywno-owocowe oraz mleko i napoje mleczne, a także je sery, twarogi.

Dość dobre wskaźniki uzyskano w odniesieniu do spożywania produktów zbożowych, które stanowią podstawę zdrowej diety, tj. ciemne (żytnie) pieczywo oraz różne kasze; 28% badanych spożywa je codziennie i podobny odsetek (27%) — 2–3 razy w tygodniu, a 23% uczniów przynajmniej raz w tygodniu.

Oceniając częstotliwość i rodzaj spożywanych napojów, można powiedzieć, że badani chętnie sięgają po korzystne dla zdrowia soki warzywne, owocowe i warzywno-owocowe oraz mleko i napoje mleczne, a rzadko po napoje słodzone — gazowane, typu pepsi, coca-cola (rzadziej niż raz w tygodniu — 49% wskazań). Umiarkowane korzystne zachowanie żywieniowe zadeklarowali uczniowie, jeśli chodzi o dania typu fast-food (hamburgery, frytki) — 62% spożywa je rzadziej niż raz w tygodniu, a 23% — raz w tygodniu. Niezbyt często dzieci się-

gają po słone przekąski (paluszki, chrupki, chipsy) — 36% rzadziej niż raz w tygodniu, 30% jeden raz w tygodniu, 26% — czasami.

Ujawniły się jednocześnie niekorzystne zachowania żywieniowe: jedna piąta badanych codziennie, a jedna trzecia 2–3 razy w tygodniu spożywa słodczyce (herbatniki, ciasta, ciastka, batony i czekolady), czyli w sumie ponad połowa konsumuje produkty, które znajdują się poza piramidą zdrowego żywienia.

Odnotowano, że większość badanych okazjonalnie spożywa ryby — jedna trzecia raz w tygodniu, a ponad połowa rzadziej niż raz w tygodniu.

W pytaniu otwartym poproszono dzieci o napisanie, z jakich produktów przygotowują sobie kanapkę. W pierwszej kolejności podawały najczęściej pieczywo: chleb, chleb żytni, bułka, bułka kajzerka, bułka grahamka, deklarowały też spożywanie nabiału, wymieniając: masło, ser, ser żółty, jajka; w przypadku wędlin wymieniały: chudą wędlinę, szynkę, salami, kiełbasę, kiełbasę suchą, kabanosy, pasztet. Na kanapce nie zabrakłoby świeżych warzyw, takich jak: pomidor, ogórek, sałata, rzodkiewka, szczypiorek oraz niekiedy dodatków, np. keczupu czy majonezu. Propozycje, w których pojawiało się żytnie pieczywo, nabiał i wędliny, będące źródłem pełnowartościowego białka, oraz warzywa należy uznać za pożądane składniki dziecięcego jadłospisu. Tylko nieliczni badani wybrali słodki zestaw: bułka, masło, konfitury lub miód.

Stwierdzono, że optymalna liczba posiłków (pięć w ciągu dnia) uwzględniona jest w diecie 46% badanych, 3–4 posiłki dziennie spożywa 38%. Negatywny zwyczaj podjadania między posiłkami różnych przekąsek (chipsów, paluszków, batoników) dotyczy 45% badanych.

Ze zdrowiem wiąże się właściwe spędzanie czasu wolnego. Różnorodność form, aktywność ruchowa indywidualna i zbiorowa, a zwłaszcza przebywanie na świeżym powietrzu przynosi wiele korzyści, nie tylko zapewnia wypoczynek i rozrywkę, ale pozwala też rozwijać zainteresowania oraz kompetencje społeczne i emocjonalne. Uzyskane w toku badań dane dotyczące preferowanych form spędzania czasu wolnego przedstawiono w tabeli 3.

Badane dzieci w większości często bawią się z kolegami (69%), jeżdżą na rowerze (62%); połowa badanych często czyta; prawie 40% często ogląda telewizję; ponad jedna trzecia często gra w piłkę, pływa, a także wybiera grę na komputerze, tablecie, telefonie. Rzadko badani chodzą do kina i teatru (54%), na wycieczki (43%), rzadko też wykonują prace plastyczne — malują, rysują (32%).

Ważne miejsce w czasie wolnym badanych dzieci zajmują media: często czyta 50%, czasami — 35%; często ogląda telewizję 39%, czasami — 51%; często gra na komputerze/tablecie/komórcie 34%, czasami — 41%.

Właściwe korzystanie z mediów elektronicznych nie tylko zapewnia dobrą rozrywkę, relaks, ale też pozwala na zdobywanie wiedzy, rozwijanie umiejętności, zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, ułatwia komunikację społeczną i uczest-

Tabela 3. Preferowane formy spędzania czasu wolnego

Formy zajęć	Częstotliwość	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy
		[%]	[%]	[%]	[%]
Zabawa z kolegami		69	23	7	1
Jazda na rowerze		62	27	9	1
Gra w piłkę		36	28	24	11
Wycieczki		24	28	43	4
Pływanie		34	41	22	4
Chodzenie do kina/teatru		12	31	54	3
Granie na komputerze/tablecie/komórcie		34	41	24	1
Oglądanie telewizji		39	51	9	0
Czytanie		50	35	14	1
Rysowanie, malowanie		31	24	32	12

Źródło: badania własne

niczenie w wirtualnej rzeczywistości. Nadmierne, długotrwałe, bezmyślne, jednowymiarowe użytkowanie nowych mediów (np. stałe korzystanie z mediów społecznościowych, surfowanie bez celu po Internecie lub tylko granie) może powodować liczne dysfunkcje. Zapytano badanych, ile czasu dziennie poświęcają na oglądanie telewizji i korzystanie z komputera, tabletu, internetu. Najwięcej (76%) uczniów zadeklarowało, że ogląda telewizję do godziny dziennie, 14% do dwóch godzin i 11% powyżej dwóch godzin. Większość badanych (61%) wskazała też, że korzysta z mediów elektronicznych i internetu do godziny dziennie; jedna piąta do dwóch godzin, a 18% powyżej dwóch godzin. Powyższe deklaracje, jeśli są zgodne z prawdą, należy uznać za zadowalające, ponieważ odpowiadają (w przypadku większości badanych) zaleceniom zdrowotnym dla tej grupy wiekowej.

Obok aktywności poznawczej za główne formy aktywności dzieci w młodszym wieku szkolnym należy uznać sport i zabawę. W początkowym okresie szkolnym występuje etap zainteresowań zabawami o charakterze ruchowym, najczęściej na otwartej przestrzeni, który z czasem sprzyja rozwojowi zainteresowań sportowych.

Badane dzieci scharakteryzowały swoją aktywność ruchową w ciągu całego tygodnia, zarówno szkolną, jak i pozaszkolną. Należy podkreślić, że większość uczniów zawsze (68%) lub często (26%) uczestniczy w zajęciach WF w szkole; ponad połowa badanych bardzo chce ćwiczyć i czeka na te zajęcia. Prawie połowa uczniów bierze udział w dodatkowych zajęciach ruchowych; jedna czwarta zadeklarowała, że uprawia sport. Dzieci wskazywały też, że jeżdżą na rowe-

rze (73%), biegają (42%), chodzą na spacerzy z psem (40%), grają w piłkę (39%), spacerują (35%), pływają (31%), jeżdżą na rolkach/hulajnodze (28%), grają w gry ruchowe z rówieśnikami (20%). Inne zajęcia sportowe, wymieniane sporadycznie, to: judo, karate, taniec.

Wnioski

Wiedza badanych uczniów klas młodszych na temat zdrowia i jego uwarunkowań jest duża. Uczniowie znają także zasady prawidłowego odżywiania się, choć nie zawsze wiedza z tego zakresu przekłada się na codzienną praktykę. Zachowania żywieniowe większości badanych dzieci są zgodne z rekomendacjami polskimi i międzynarodowymi. Pewna grupa badanych wykazywała niewłaściwe nawyki żywieniowe, deklarując nadmierne spożycie słodczy oraz niedostateczną konsumpcję ryb.

Ustalono, że badani w większości aktywnie spędzają czas wolny, podejmując wysiłek gwarantujący prawidłowy rozwój fizyczny, psychiczny i emocjonalny; badane dzieci preferują czynny wypoczynek, najczęściej jest to wysiłek lekki (spacery, zabawy z kolegami), umiarkowany (jazda na rowerze, pływanie), oraz chętnie uczestniczą w zajęciach wychowania fizycznego w szkole. Ponad jedna trzecia badanych deklaruje częste poświęcanie czasu wolnego na zajęcia „siedzące” — czytanie, korzystanie z komputera i oglądanie telewizji.

Można stwierdzić, że w szkołach objętych badaniem edukacja zdrowotna realizowana w klasach młodszych przynosi dobre rezultaty. Niestety, jest też grupa uczniów, których charakteryzują niekorzystne zachowania zdrowotne, co może świadczyć, o braku efektywności podejmowanych działań.

Konieczne jest więc stałe zaangażowanie nauczycieli i rodziców w rozwijanie kompetencji zdrowotnych. Powinni oni razem tworzyć spójny system oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych. Działania winny mieć charakter kompleksowy, wielokierunkowy. Warto dostarczać dzieciom nie tylko wiedzę, kształtować nawyki prozdrowotne, ale też rozwijać zainteresowania sportowe, stwarzać możliwości emocjonalnego zaangażowania się w kwestie zdrowotne oraz wskazywać na korzyści płynące ze zdrowego stylu życia.

Bibliografia

- Forster, D. (1998). *Edukacja dla zdrowia*. W: S. Pike, D. Forster (red.), *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Przeł. U. Gąsowska, R. Giszczak. Lublin: Wyd. Czelej.
- Janicka-Panek, T. (2017). *Elementarz odkrywców. Program nauczania-uczenia się dla I etapu kształcenia — edukacji wczesnoszkolnej*. Warszawa: Nowa Era.

- Karski, J. B. (1999). *Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku*. W: J. B. Karski (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: IGNIS.
- Łobocki, M. (2004). *Teoria wychowania w zarysie*. Kraków: Impuls.
- Popławska, A. (2013). *W drodze ku pełnej podmiotowości. Kompetencje podmiotowe gimnazjalistów*, Białystok: NWSP.
- Przewęda, R. (1999). *Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne*. W: J. B. Karski (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: IGNIS.
- Sęk, H. (2000). *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2012). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: PZWL.
- Syrek, E., Borzucka-Sitkiewicz, K. (2009). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: WAiP.
- Woynarowska, B. (2000). *Edukacja zdrowotna w szkole*. W: B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*. Warszawa: PZWL.
- Woynarowska, B. (2010). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN.
- Żuchelkowska, K. (2013). *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*. Bydgoszcz: Wyd. UKW.
- Rozporządzenie MEN z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej. DzU, 2017, poz. 356.