

Edukacja zdrowotna w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego

Health education in school implementation of physical education process

MARIA ZADARKO-DOMARADZKA^{1/}, PIOTR MATŁOSZ^{1/}, KRZYSZTOF WARCHOŁ^{2/}

^{1/} Katedra Nauk Biomedycznych, Wydział Wychowania Fizycznego, Uniwersytet Rzeszowski

^{2/} Katedra Teorii i Metodyki Wychowania Fizycznego i Sportu, Wydział Wychowania Fizycznego, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp. Zmiana statusu edukacji zdrowotnej w szkole w wyniku wprowadzenia w życie w 2009 r. nowej podstawy programowej, postawiła wobec nauczycieli wychowania fizycznego nowe zadania – edukowanie w zakresie szeroko pojętego zdrowia. W związku z tym coraz liczniej przedmiotem zainteresowania stają się zagadnienia obrazujące edukację zdrowotną w aktualnej rzeczywistości szkolnego procesu nauczania i wychowania.

Cel pracy. Przedstawienie podejścia do realizacji edukacji zdrowotnej prowadzonej w ramach szkolnych zajęć wychowania fizycznego w szkołach województwa podkarpackiego oraz próba określenia niektórych czynników warunkujących dany stan.

Materiał i metoda. Anonimowe badania ankietowe przeprowadzono w pierwszym kwartale 2014 r. wśród 299 nauczycieli wychowania fizycznego podkarpackich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.

Wyniki. Włączenie bloku „edukacja zdrowotna” do podstawy programowej wychowania fizycznego 64,2% nauczycieli uznaje za słuszne. W opinii 93% ankietowanych istnieje potrzeba edukowania uczniów w zakresie zdrowia. Swój poziom wiedzy o zdrowiu oraz przygotowania do prowadzenia zajęć nauczyciele w większości oceniają wysoko. Ponad połowa nauczycieli deklaruje, że realizuje edukację zdrowotną w wymiarze 30 godzin w semestrze. Zaledwie 1/3 respondentów poświęca całą lekcję na realizację treści. Czynnikiem, który istotnie różnicuje czas przeznaczony na edukację zdrowotną jest samoocena poziomu wiedzy nauczycieli w zakresie zdrowia i samoocena ich przygotowania do prowadzenia zajęć.

Wnioski. Nie wszyscy nauczyciele WF zaakceptowali zmiany w podstawie programowej. Nauczyciele nie stosują się do zaleceń zespołu dotyczących sposobu realizacji edukacji zdrowotnej. Musi ulec zmianie postrzeganie lekcji wychowania fizycznego przez nauczycieli z zajęć pro-sportowych na zajęcia pro-zdrowotne. Nauczyciele dostrzegają potrzebę edukowania uczniów w zakresie zdrowia, jednak edukacja zdrowotna jest pomijana i traktowana marginalnie.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, nauczyciele, reforma programowa, wychowanie fizyczne, Podkarpatie

Background. The introduction of the new core curriculum in 2009 changed the role of health education in schools and created new tasks for physical education teachers – to educate in the field of general health. As a result, the issues illustrating the reality of school process of teaching and upbringing are becoming the matter of a greater interest.

Aim. To present the level of implementation of health education carried out in school physical education classes at lower and upper secondary schools in the Subcarpathian province and to try to define some of the factors determining a given state.

Materials & Method. An anonymous questionnaire survey was conducted in the first quarter of 2014 among 299 physical education teachers at the Subcarpathian lower and upper secondary schools.

Results. 64.2% of physical education teachers considered it reasonable to include the “health education” block in the core curriculum. 93% of the surveyed teachers stated that it was necessary to educate students in health issues. The teachers felt their knowledge of health was strong and they were prepared to teach this subject. More than a half of the teachers declared conducting 30 hours of health education per semester. Only one third of the respondents devoted the whole lesson to health matters. The principal factor that differentiated the amount of time devoted to health education is the teachers’ self-assessment of how strong their knowledge of health education was and how well they were prepared to conduct lessons in this field.

Conclusions. Not all physical education teachers have accepted the changes in the core curriculum. They do not follow the recommendations concerning the way of conducting health education classes. Physical education teachers should start treating physical education lessons as pro-healthy classes, instead of pro-sport classes. The teachers see the need of educating students in the matter of health, but health education is ignored and treated marginally.

Key words: health education, teachers, curriculum reform, physical education (PE), Subcarpatian

© Probl Hig Epidemiol 2014, 95(3): 673-678

www.phie.pl

Nadesłano: 20.06.2014

Zakwalifikowano do druku: 27.07.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. biol. Maria Zadarko-Domaradzka
Zakład Biologii Człowieka i Edukacji Zdrowotnej, Katedra Nauk Biomedycznych, Wydział Wychowania Fizycznego Uniwersytet Rzeszowski
ul. Towarnickiego 3, 35-959 Rzeszów
tel. 17 872 18 64, fax 17 872 18 61, e-mail: mzadarko@ur.edu.pl

Wstęp

W modelu Tannahill’a z lat 80. XX wieku, edukacja zdrowotna, obok profilaktyki i ochrony zdrowia, jest jedną z podstawowych sfer działalności promocji zdro-

wia [1]. Mimo upływu czasu, jest ona wciąż, a nawet coraz bardziej istotnym narzędziem w zakresie poprawy stanu zdrowia populacji, zmiany postaw i przekonań, wyrabiania właściwych nawyków, jak też wzmacniania

potencjału zdrowia. Inwestycja w kształtowanie oraz zmianę postaw w kierunku prozdrowotnych jest bardzo opłacalna zarówno z perspektywy życia pojedynczego człowieka jak też całego społeczeństwa, i powinna rozpoczynać się jak najwcześniej.

W wyniku reformy programowej kształcenia ogólnego w 2008 roku, nastąpiła zmiana statusu edukacji zdrowotnej w szkole. Zrezygowano z wprowadzonej w 1999 r. ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”, a treści i wymagania z tej tematyki włączono do podstawy programowej wychowania fizycznego. Tym samym, od 2009 r. w gimnazjach i od 2012 r. w szkołach ponadgimnazjalnych, nauczyciele wychowania fizycznego mają obowiązek edukowania w zakresie zdrowia fizycznego, społecznego jak i psychicznego oraz kształtowania umiejętności życiowych. Wytyczne dotyczące sposobu realizacji bloku „edukacja zdrowotna” na III i IV etapie edukacji, opisują między innymi zalecenia co do wymiaru godzin (30 h), miejsca (zajęcia klasowo-lekcyjne), form i metod pracy (metody aktywizujące) oraz diagnozowania potrzeb uczniów i ewaluacji, jak też sposobu oceniania [2-5].

Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że problematyka dotycząca szkolnej edukacji zdrowotnej w Polsce, nowego miejsca w podstawie programowej wychowania fizycznego, a także nowej roli nauczycieli i ich opinii w tej kwestii, stanowi obszar zainteresowania coraz większej liczby autorów [6-10]. Regionalne badania w tym temacie prowadzone były m.in. w 2010 r. na terenie województwa małopolskiego i śląskiego oraz w 2013 r. na terenie powiatu i miasta Biała Podlaska [11, 12]. Z kolei na przełomie lat 2012/2013 sprawdzano wdrażanie bloku „edukacja zdrowotna” w ogólnopolskiej losowo dobranej próbie gimnazjów [13].

Cel badań

Przedstawienie podejścia do realizacji edukacji zdrowotnej prowadzonej w ramach szkolnych zajęć wychowania fizycznego w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych województwa podkarpackiego oraz próba określenia niektórych czynników warunkujących dany stan.

Materiał i metody

Prezentowany w niniejszej pracy materiał dotyczy nauczycieli wychowania fizycznego pracujących w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych województwa podkarpackiego.

Anonimowe i dobrowolne badania ankietowe przeprowadzono w pierwszym kwartale 2014 r. Na stronach internetowych dwóch podmiotów: Podkarpackiego Kuratorium Oświaty w Rzeszowie oraz Podkarpackiego Wojewódzkiego Szkolnego Związku Sportowego umieszczono informację na temat prowadzonych badań i link do autorskiej ankiety on-line. Ponadto do dyrektorów szkół III i IV etapu edukacji dodatkowo

wysłano pismo z informacją o tychże badaniach. Do opracowania statystycznego zakwalifikowano 299 ankiet. Otrzymane dane pochodzą od nauczycieli wychowania fizycznego gimnazjum (N=209) i szkół ponadgimnazjalnych (N=90). Pytania zawarte w ankiecie miały charakter zamknięty, z wyjątkiem jednego. Wśród pytań zamkniętych były zarówno pytania jednokrotnego wyboru jak też wielokrotnego wyboru, ale z ograniczoną liczbą wskazań maksymalnie do trzech. Do omówienia niniejszego tematu wykorzystano tylko część zgromadzonych danych, które poddano analizie statystycznej wykorzystując test niezależności χ^2 . Przyjęto następujące reguły statystyczne: $p > 0,05$ – brak istotności statystycznej, $p < 0,05$ – istotna zależność statystyczna (*), $p < 0,01$ – wysoce istotna zależność statystyczna (**), $p < 0,001$ – bardzo wysoce istotna zależność statystyczna (***)

Wyniki

Analiza dotyczy zbiorowości 299 nauczycieli wychowania fizycznego podkarpackich szkół III i IV etapu edukacji. Wśród nich najliczniejszą grupę stanowili nauczyciele gimnazjum (69,9%). W badanej grupie 64,2% to mężczyźni. Spośród wszystkich respondentów największy odsetek stanowiły osoby w przedziale wiekowym 36-40 lat (25,2%) i 41-45 lat (21,8%), będące w większości absolwentami Akademii Wychowania Fizycznego (42,8%). Połowa (50,2%) badanych nauczycieli ukończyła dodatkowe studia podyplomowe. Najwięcej osób legitymowało się stażem pracy co najmniej 10-letnim oraz tytułem zawodowym nauczyciela dyplomowanego (75,9%). Szczegółową charakterystykę demograficzną przedstawia tabela I.

Włączenie bloku „edukacja zdrowotna” oraz powierzenie wychowaniu fizycznemu wiodącej roli w szkole zdecydowana większość (64,2%) nauczycieli uznaje za słuszną. Wśród respondentów 23,7% jest odmiennego zdania, a 12% nie potrafi określić swojego stanowiska. Odsetek osób, które uważają, że istnieje potrzeba edukowania uczniów w zakresie szeroko pojętego zdrowia wyniósł 93%. W opinii ankietowanych nauczycieli, uczniowie wykazują zainteresowanie tematyką edukacji zdrowotnej. Respondenci w kwestii samooceny poziomu wiedzy o zdrowiu, jak też przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej oceniają się w większości wysoko. W sumie prawie 72% biorących udział w badaniu nauczycieli szacuje swoją wiedzę o zdrowiu na poziomie wysokim (60,9%) i bardzo wysokim (11%). Również swoje przygotowanie do prowadzenia zajęć z nowego bloku ankietowani uznają za dobre (57,9%) i bardzo dobre (18,4%). Ponad połowa nauczycieli (57,5%) deklaruje, że realizuje blok „edukacja zdrowotna” zgodnie z zaleceniami w wymiarze 30 godzin w semestrze. Zaledwie 1/3 respondentów poświęca całą jednostkę lekcyjną na treści z edukacji zdrowotnej. Zestawienia dotyczące

stosunku nauczycieli wychowania fizycznego do edukacji zdrowotnej i ich samooceny zawarto w tabeli II.

Analiza sposobu i czasu przeznaczanego na realizację bloku „edukacja zdrowotna” w zależności od wybranych czynników (tabele III i IV) wykazała, że znamionym czynnikiem, który różnicuje tę kwestię jest samoocena poziomu wiedzy nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie zdrowia i samoocena ich przygotowania do prowadzenia zajęć. Zróżnicowanie w strukturze odpowiedzi na pytanie dotyczące realizacji bloku „edukacja zdrowotna” w wymiarze 30 godzin w ciągu jednego semestru, pomiędzy grupą osób z wysoką samooceną i pozostałymi ankietowanymi wykazuje istotną zależność statystyczną w przy-

padku wiedzy ($p=0,0364^*$) jak też przygotowania ($p=0,0441^*$). Można również zauważyć istotną różnicę ($p=0,0502$) w ilości czasu lekcyjnego przeznaczanego na treści z zakresu edukacji zdrowotnej a samooceną poziomu przygotowania nauczycieli do prowadzenia tego typu zajęć. Osoby oceniające poziom swojego przygotowania jako przeciętny lub niewystarczający zdecydowanie częściej przeznaczają na edukację zdrowotną jedynie poszczególne części lekcji. Zarówno wiek, płeć, staż pracy czy rodzaj ukończonej uczelni nie różnicują w statystycznie istotny sposób ilości czasu w ramach którego nauczyciele realizują treści nowego bloku podstawy programowej.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy
Table I. Characteristics of the analyzed group

	Ogółem /Total N=299	Udział procentowy /Percentage
Płeć /Gender		
mężczyźni /men	192	64,2
kobiety /women	107	35,8
Wiek (lata) /Age (years)		
<30	8	2,3
31-35	52	17,4
36-40	75	25,2
41-45	65	21,8
46-50	51	17,1
51-55	39	13,1
>56	9	3,0
Ukończona uczelnia /Type of university finished		
AWF /Academy of Physical Education	128	42,8
Uniwersytet /University	113	37,8
Inna Szkoła Wyższa /Other High School	58	19,4
Staż pracy w szkole (lata) /Length of service (years)		
0-3	5	1,7
4-07	15	5,0
8-12	66	22,1
13-18	77	25,8
19-25	70	23,4
26-30	41	13,7
>30	25	8,4
Tytuł zawodowy nauczyciela /Professional title		
stażysta /trainee teacher	2	0,7
kontraktowy /contract teacher	15	5,0
mianowany /appointed teacher	55	18,4
dyplomowany /certified teacher	227	75,9
Studia podyplomowe /Postgraduate studies		
tak /yes	150	50,2
nie /no	149	49,8
Miejsce pracy /Place of work		
gimnazjum /lower secondary schools	209	69,9
szkoła ponadgimnazjalna /upper secondary school	90	30,1
Organ prowadzący szkołę /Governing authority		
powiat /district	58	19,4
gmina /commune	135	45,2
miasto /city	101	33,8
inne /others	5	1,7

Tabela II. Stosunek nauczycieli wychowania fizycznego do edukacji zdrowotnej
Table II. Attitude of physical education teachers to health education

	Ogółem /Total N=299	Udział procentowy /Percentage
Potrzeba edukowania uczniów w zakresie zdrowia /The need to educate students in the field of health		
tak /yes	278	93,0
nie /no	4	1,3
nie wiem /I do not know	12	4,0
nie mam zdania /no opinion	5	1,7
Zainteresowanie uczniów tematyką edukacji zdrowotnej /Students' interest in the subject of health education		
tak /yes	112	37,5
nie /no	15	5,0
trudno powiedzieć /hard to say	63	21,1
tylko nieliczni /only a few	104	34,8
pojedyncze osoby /individuals	5	1,7
Poparcie dla włączenia bloku „edukacja zdrowotna” do podstawy programowej W-F /Support for the inclusion of “health education” block to the PE core curriculum		
tak /yes	192	64,2
nie /no	71	23,7
nie mam zdania /no opinion	36	12,0
Samoocena poziomu wiedzy o zdrowiu /Self-assessment of the level of knowledge about health		
bardzo wysoko /very high	33	11,0
wysoko /high	182	60,9
średnio /average	79	26,4
nisko /low	4	1,3
bardzo nisko /very low	1	0,3
Samoocena przygotowania /Self-assessment of preparation		
bardzo dobre /very good	55	18,4
dobre /good	173	57,9
przeciętne /average	61	20,4
niewystarczające /insufficient	9	3,0
trudno powiedzieć /hard to say	1	0,3
Czas przeznaczony na realizację treści z edukacji zdrowotnej /Time spent on the implementation of the health education		
całe lekcje /whole lesson	106	35,5
poszczególne części lekcji /parts of lesson	193	64,5
Edukacja zdrowotna realizowana w wymiarze 30h /health education in the dimension of 30h		
tak /yes	172	57,5
nie /no	127	42,5

Tabela III. Realizacja edukacji zdrowotnej w wymiarze 30 h w I lub II semestrze zgodnie z zaleceniami w zależności od wybranych czynników
 Table III. Implementation of health education in the dimension of 30 h in 1st or 2nd semester, according to recommendations depending on selected factors

Czynniki niezależne /Independent factors	Realizacja EZ w wymiarze 30 h /health education in the dimension of 30 h			
	nie /no		tak /yes	
	N	%→	N	%→
Wiek /Age (years) (p=0,7025)				
do 30	3	37%	5	63%
31-35	24	46%	28	54%
36-40	29	39%	46	61%
41-45	30	46%	35	54%
46-50	20	39%	31	61%
51-55	15	38%	24	62%
>56	6	67%	3	33%
Płeć /Gender (p=0,3860)				
mężczyzna /men	49	46%	58	54%
kobieta /women	78	41%	114	59%
Ukończona uczelnia /Type of university finished (p=0,4103)				
AWF /Academy of Physical Education	60	47%	68	53%
Uniwersytet /University	44	39%	69	61%
Inna Uczelnia Wyższa /Other Higher Education School	23	40%	35	60%
Staż pracy /Job seniority (years) (p=0,3129)				
0-3	1	20%	4	80%
4-7	3	20%	12	80%
8-12	32	48%	34	52%
13-18	29	38%	48	62%
19-25	32	46%	38	54%
26-30	17	41%	24	59%
>30	13	52%	12	48%
Poziom kształcenia /Level of education (p=0,6512)				
gimnazjum /lower secondary schools	87	42%	122	58%
szkoła ponadgimnazjalna /upper secondary school	40	44%	50	56%
Organ prowadzący szkołę /governing authority (p=0,3621)				
powiat /district	22	38%	36	62%
gmina /commune	55	41%	80	59%
miasto /city	49	49%	52	51%
inne /others	1	20%	4	80%
Poparcie dla włączenia bloku „edukacja zdrowotna” do podstawy programowej W-F /Support for the inclusion of “health education” block to the PE core curriculum (p=0,3594)				
tak /yes	77	40%	115	60%
nie /no	31	44%	40	56%
nie mam zdania /no opinion	19	53%	17	47%
Samooceń poziomu wiedzy o zdrowiu /Self-assessment of the level of knowledge about health (p=0,0364*)				
bardzo wysoko /very high	10	30%	23	70%
wysoko /high	74	41%	108	59%
średnio /average	42	53%	37	47%
nisko /low	0	0%	4	100%
bardzo nisko /very low	1	100%	0	0%
Samooceń przygotowania /Self-assessment of preparation (p=0,0441*)				
bardzo dobre /very good	22	40%	33	60%
dobrze /good	64	37%	109	63%
przeciętne /average	35	57%	26	43%
niewystarczające /insufficient	5	56%	4	44%
trudno powiedzieć /hard to say	1	100%	0	0%

p – wynik testu niezależności χ^2 /result of the χ^2 independence test

Tabela IV. Czas przeznaczony na realizację treści z edukacji zdrowotnej w zależności od wybranych czynników
Table IV. Lesson time spent on the contents of health education depending on selected factors

Czynniki niezależne /Independent factors	Czas przeznaczony na realizację EZ /Time spent on the implementation of the health education			
	całe lekcje /whole lesson		poszczególne części /parts of lesson	
	N	%→	N	%→
Wiek /Age (years) (p=0,2556)				
do 30	1	12%	7	88%
31-35	20	38%	32	62%
36-40	33	44%	42	56%
41-45	23	35%	42	65%
46-50	17	33%	34	67%
51-55	11	28%	28	72%
>56	1	11%	8	89%
Płeć /Gender (p=0,4595)				
mężczyzna /men	35	33%	72	67%
kobieta /women	71	37%	121	63%
Ukończona uczelnia /Type of university finished (p=0,1205)				
AWF /Academy of Physical Education	38	30%	90	70%
Uniwersytet /University	42	37%	71	63%
Inna Uczelnia Wyższa /Other High School	26	45%	32	55%
Staż pracy /Job seniority (years) (p=0,4064)				
0-3	1	20%	4	80%
4-7	8	53%	7	47%
8-12	26	39%	40	61%
13-18	31	40%	46	60%
19-25	20	29%	50	71%
26-30	13	32%	28	68%
>30	7	28%	18	72%
Poziom kształcenia /Level of education (p=0,8112)				
gimnazjum /lower secondary schools	75	36%	134	64%
szkoła ponadgimnazjalna /upper secondary school	31	34%	59	66%
Organ prowadzący szkołę /governing authority (p=0,5642)				
powiat /district	25	43%	33	57%
gmina /commune	44	33%	91	67%
miasto /city	35	35%	66	65%
inne /others	2	40%	3	60%
Poparcie dla włączenia bloku „edukacja zdrowotna” do podstawy programowej W-F /Support for the inclusion of “health education” block to the PE core curriculum (p=0,7407)				
tak /yes	68	35%	124	65%
nie /no	27	38%	44	62%
nie mam zdania /no opinion	11	31%	25	69%
Samooceńca poziomu wiedzy o zdrowiu /Self-assessment of the level of knowledge about health (p=0,5427)				
bardzo wysoko /very high	11	33%	22	67%
wysoko /high	70	38%	112	62%
średnio /average	23	29%	56	71%
nisko /low	2	50%	2	50%
bardzo nisko /very low	0	0%	1	100%
Samooceńca przygotowania /Self-assessment of preparation (p=0,0502)				
bardzo dobre /very good	16	29%	39	71%
dobrze /good	73	42%	100	58%
przeciętne /average	15	25%	46	75%
niewystarczające /insufficient	2	22%	7	78%
trudno powiedzieć /hard to say	0	0%	1	100%

p – wynik testu niezależności χ^2 /result of the χ^2 independence test

Dyskusja

W niniejszej pracy analizowano dwa główne zagadnienia: podejście do realizacji edukacji zdrowotnej prowadzonej w ramach szkolnych zajęć wychowania

fizycznego oraz czynniki warunkujące dany stan. Wytyczne zawarte w „Podstawie programowej z komentarzami” (2009) dotyczące sposobu realizacji edukacji zdrowotnej wyraźnie zalecają 30 godzinny wymiar

i całe jednostki lekcyjne. Jak pokazują powyższe wyniki nauczyciele wychowania fizycznego nie stosują się do nowych wymogów. Pomimo, że zdecydowana większość pedagogów biorących udział w badaniu dostrzega potrzebę edukowania dzieci i młodzieży w zakresie szeroko pojętego zdrowia, jak również popiera słuszność powierzenia im roli edukatora zdrowia, to jednak nie znajduje to odzwierciedlenia w praktyce. Trafnie zauważa H. Wiśniewska-Śliwińska (2010), że „zgodnie z nową propozycją nie należy rozpatrywać szkolnej edukacji zdrowotnej jako dodatkowego elementu wychowania fizycznego”. Wyniki badań pokazują jednak, że nauczyciele nie traktują edukacji zdrowotnej jako integralnej części wychowania fizycznego. Poświęcając jedynie poszczególne części toku lekcji, w tym przed wszystkim wstępną lub końcową na realizację treści z edukacji zdrowotnej można odnieść wrażenie o nadal istniejącej nadrzędności celu pro-sportowego w wychowaniu fizycznym. Dlatego też, konieczna jest zmiana myślenia i działania nauczycieli wychowania fizycznego. Szkoła ma wyposażyć ucznia w umiejętności umożliwiające sprawne wykorzystanie zdobywanej wiedzy w świecie wolnych wyborów. W takim właśnie kontekście powinno postrzegać się obecnie wartości edukacyjne wychowania fizycznego [11].

Samoocena nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie wiedzy o zdrowiu, jak też przygotowania do realizacji edukacji zdrowotnej jest wysoka. Otrzymane wyniki są zbliżone z wynikami badań Woynarowskiej (2013), które pokazują, że nauczyciele WF 64% badanych szkół gimnazjalnych oceniają swoje przygotowanie jako dobre i w 20% jako bardzo dobre. Z badań Kubińskiej (2013) wynika, że 56,7% ogółu badanych nauczycieli WF samokrytycznie przyznaje, że nie

czuje się w pełni przygotowana do realizacji edukacji zdrowotnej, ale też 44,7% ocenia swoje kompetencje wprost przeciwnie, jako dobre. Analiza wyników własnych dowiodła, że samoocena jest czynnikiem, który istotnie różnicuje kwestie czasu przeznaczanego przez nauczycieli na realizację edukacji zdrowotnej w procesie wychowania fizycznego. Otrzymany wynik powinien implikować do działania przede wszystkim tych nauczycieli, którzy mają niską samoocenę, aby korzystając z różnego rodzaju kursów doskonalenia zawodowego podnosili swoją wiedzę w zakresie zdrowia, metod i form stosowanych w edukacji zdrowotnej i tym samym by byli gotowi do pełnej reorientacji roli zawodowej. Powodzenie działań reformatorskich w zakresie edukacji zdrowotnej zależy w dużej mierze od nauczyciela wychowania fizycznego, jego postawy, wiedzy, umiejętności i pozytywnego nastawienia względem wprowadzonych zmian.

Wnioski

1. Nie wszyscy nauczyciele wychowania fizycznego zaakceptowali zmiany w podstawie programowej wychowania fizycznego.
2. Nauczyciele nie stosują się do zaleceń zespołu, zapisanych w komentarzu do nowej podstawy programowej, dotyczących sposobu realizacji edukacji zdrowotnej.
3. Musi ulec zmianie postrzeganie lekcji wychowania fizycznego przez nauczycieli z zajęć pro-sportowych na zajęcia pro-zdrowotne.
4. Zdecydowana większość nauczycieli dostrzega potrzebę edukowania uczniów w zakresie zdrowia, jednak edukacja zdrowotna jest pomijana i nadal traktowana w sposób marginalny.

Piśmiennictwo / References

1. Tannahill A. Health promotion; the Tannahill model revisited. *Publ Health* 2009, 123: 396-399.
2. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(4): 445-452.
3. Woynarowska B. Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(3): 293-298.
4. Podstawa programowa z komentarzami „Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa” tom 8, MEN 2009.
5. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Wyd Pedagog ZNP, Kielce 2012.
6. Kubińska Z. Nauczyciel wychowania fizycznego promotorem zdrowia? [w:] Wychowanie fizyczne i sport w szkole. Szaleniec Z, Bergier J (red). Komisja Nauki, Edukacji i Sportu Senatu Rzeczypospolitej Polskiej. Kancelaria Senatu, Warszawa 2010. *Probl Nauk Wych*: 50-58.
7. Wolny B. A physical education teacher as a part of school health education. *Human Movement* 2010, 11(1): 81-88.
8. Woźniak-Holecka J, Sobczyk K. Organizacja szkolnej edukacji zdrowotnej dotyczącej otyłości u dzieci. *Med Środ – Environ Med* 2013, 16(4): 64-70.
9. Huk-Wieliczuk E, Marcinkowski JT. Uczelnie wyższe wychowania fizycznego wobec aktualnych potrzeb edukacji zdrowotnej. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(4): 470-476.
10. Wrona-Wolny W, Makowska B. Opinie studentów - przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego dotyczące realizowanych przez nich zajęć z edukacji zdrowotnej w szkole. *Hygeia Publ Health* 2011, 46(4): 477-483.
11. Wiśniewska-Śliwińska H, Marcinkowski JT, Wiśniewski SA. Opinie nauczycieli wychowania fizycznego względem ustanowienia ich głównymi edukatorami zdrowotnymi w szkołach. *Hygeia Publ Health* 2010, 45(2): 206-2012.
12. Kubińska Z. Koordynator edukacji zdrowotnej w szkole w opinii nauczycieli wychowania fizycznego. *Monografie i rozprawy* nr 1. PSW, Biała Podlaska 2013.
13. Woynarowska B. Blok „edukacja zdrowotna” – wdrażanie w wychowaniu fizycznym w gimnazjach. *Wych Fiz Zdrow* 2013, 10: 4-8.