

Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii
Politechniki Opolskiej
Physical Education Department at Technical University of Opole

STANISŁAW SZCZEPAŃSKI

The factors which influence health education

Źródła edukacji zdrowotnej

WSTĘP

Pojęcie edukacji zdrowotnej doczekało się wielu definicji i określeń. W zależności od sposobu postrzegania zdrowia można mówić o jej aspektach biomedycznych, pedagogicznych i społecznych. Wiąże się ją z jakimś instytucjonalnym oddziaływaniem na kształtowanie postaw, umiejętności i nawyków zdrowotnych u dzieci i młodzieży szkolnej. W wielu publikacjach zwraca się uwagę na fakt, że edukowanie na rzecz zdrowia to nie tylko proces zorganizowanego nauczania, ale również (a może głównie) proces uczenia się. Zbyt mało uwagi przypisuje się do roli zachowań autoedukacyjnych.

W tym kontekście na uwagę zasługuje komplementarne postrzeganie czynników edukacji zdrowotnej [1, 2, 3] uwzględniające oprócz instytucji oświatowych również czynnik siedliskowy [4] tzn. środowisko rodzinne i jego otoczenie społeczne.

Czym jest zdrowie, od czego ono zależy i jak je kształtować – to kluczowe treści programu studiów z metodyki wychowania fizycznego. Na te pytania próbowali odpowiedzieć, w toku zajęć warsztatowych, studenci trzeciego roku wychowania fizycznego na Politechnice Opolskiej.

Po skonstatowaniu, że „dobrem nadrzędnym człowieka jest zdrowie, podwalina wszelkich innych wartości życia doczesnego”, określili wyznaczniki i źródła edukacji zdrowotnej. W efekcie ustalono dwadzieścia wyznaczników – czyli wyodrębnionych pod względem zakresu specyficznych wiadomości i umiejętności mających wpływ na kształtowanie zdrowia takie jak:

1. Potrzeba troski o zdrowie
2. Świadomość zagrożeń dla zdrowia
3. Sposoby profilaktyki zdrowotnej
4. Umiejętność kontroli zdrowia
 - a) samokontrola
 - b) badania kontrolne

5. Zapobieganie chorobom zakaźnym
6. Bezpieczny seks
7. Racjonalny tryb życia
8. Umiejętność pielęgnacji ciała
9. Nawyki higieniczne
10. Zdrowe odżywianie
11. Zdrowe środowisko
12. Troska o dobre samopoczucie psychiczne
13. Zapobieganie stresowi
14. Zwalczanie napięć psychicznych – relaksacja
15. Postępowanie w przypadku choroby
16. Postępowanie w nagłych wypadkach
17. Higiena w toku nauki lub pracy
18. Troska o kondycję fizyczną
19. Umiejętność hartowania się
20. Troska o zgrabną sylwetkę

Do źródeł edukacji zdrowotnej zaś zaliczyli:

- wychowanie w przedszkolu
- oddziaływanie szkoły poprzez zajęcia: a) programowe oraz b) przez tzw. ukryty program czyli oddziaływanie koleżanek i kolegów na terenie szkoły,
- oddziaływanie środowiska pozaszkolnego w tym: a) dom rodzinny b) koleżanki, koledzy, znajomi w środowisku zamieszkania,
- media
 - a) elektroniczne: radio, TV, internet,
 - b) drukowane – książki, czasopisma, gazety, ulotki.

W oparciu o te założenia opracowana została anonimowa ankieta, w której przy pomocy skali od 0 do 4 badani mieli wskazać wartość poziomu samooceny dla poszczególnych wyznaczników edukacji zdrowotnej.

Przy czym, wartość „0” oznaczałaby brak wpływu, a wartość „4” – poziom bardzo wysoki. Audytoryjne badania ankietowe przeprowadzone w miesiącu lutym 2003 roku. Wzięło w nich udział 65 studentek i 66 studentów pierwszego roku z kierunku Wychowanie Fizyczne Politechniki Opolskiej. Wybór do badań studentów pierwszego roku podyktowany był tym, że są oni jeszcze nie wzbogaceni w wiedzę nabytą w toku studiów i mają jeszcze świeżo w pamięci okres szkolny, w którym kształtują się określone postawy i kompetencje życiowe.

Zgodnie z założeniami systemu edukacji ukończenie szkoły średniej i złożenie egzaminu maturalnego winno przygotować absolwenta do samodzielnego życia społecznego, zawodowego i rodzinnego. Względnie, przygotować do podjęcia studiów wyższych lub zawodowych. Rodzi się zatem pytanie – jaki jest poziom edukacji zdrowotnej absolwentów szkół średnich i jaka jest siła oddziaływań podstawowych źródeł edukacji?

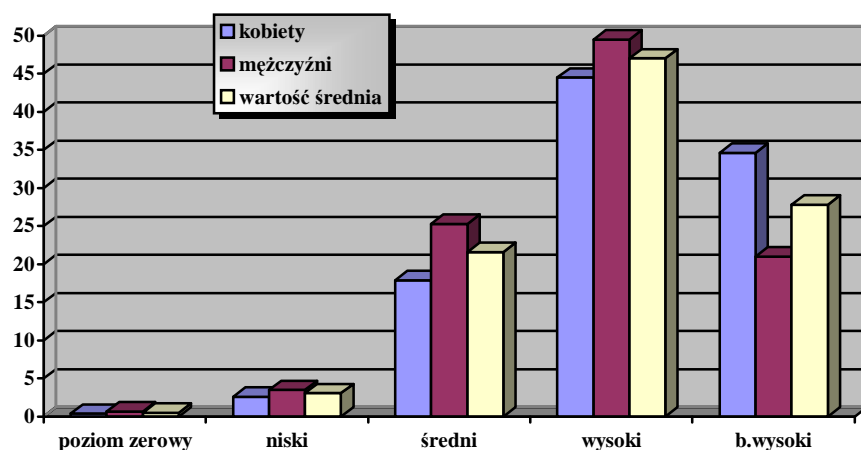
W szczególności chodzi zaś o ustalenie, które z tych czynników oddziaływania posiadają największą siłę i jaka w tym jest rola szkoły? A także, czy występują różnice w poziomie samooceny kobiet i mężczyzn?.

W prezentacji wyników badań posłużono się wyliczeniem procentowego wskaźnika struktury, a wartości wyliczeń przedstawione zostały w postaci graficznej. W tekście dla lepszego zobrazowania uzyskanych wyników dwie najwyższe kategorie ocen podawane będą w ujęciu łącznym.

WYNIKI BADAŃ

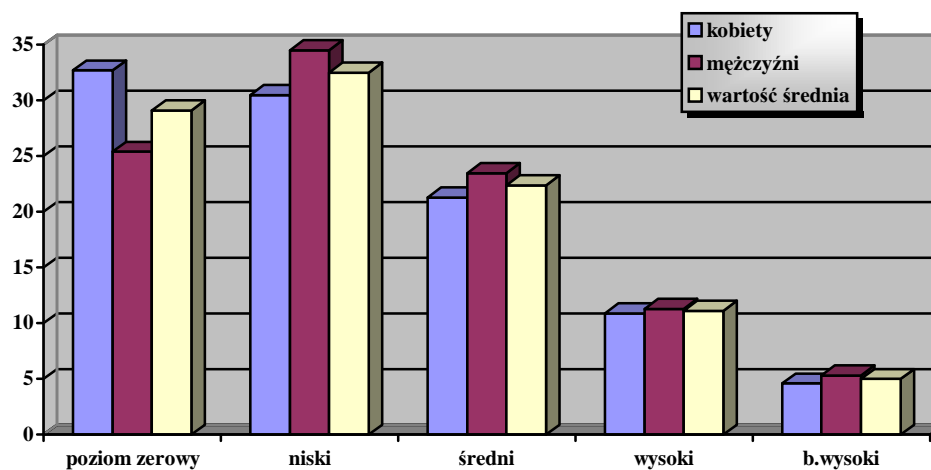
Poziom edukacji ogólnej jest sumą wpływu różnych czynników kształcenia i wychowania. Podobnie na poziom edukacji zdrowotnej składają się różne oddziaływania wywodzące się z różnych źródeł oddziaływania na poszczególnych etapach edukacyjnych.

W samoocenie badanych studentów (wykres nr 1) dotyczącej ogólnego poziomu wyedukowania w dziedzinie kształtowania zdrowia zdecydowane (74,8%) przeważają wartości powyżej średniej. Znacznie wyżej oceniają się kobiety zwłaszcza w najwyższej kategorii efektów. Natomiast samoocena mężczyzn jest bardziej zbliżona do poziomu średniego.

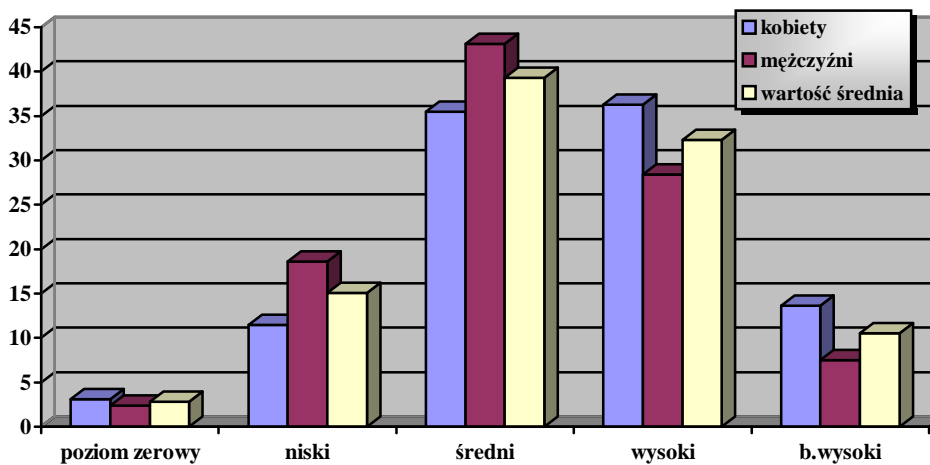


Wykres 1. Poziomu edukacji zdrowotnej (rozkład procentowy)

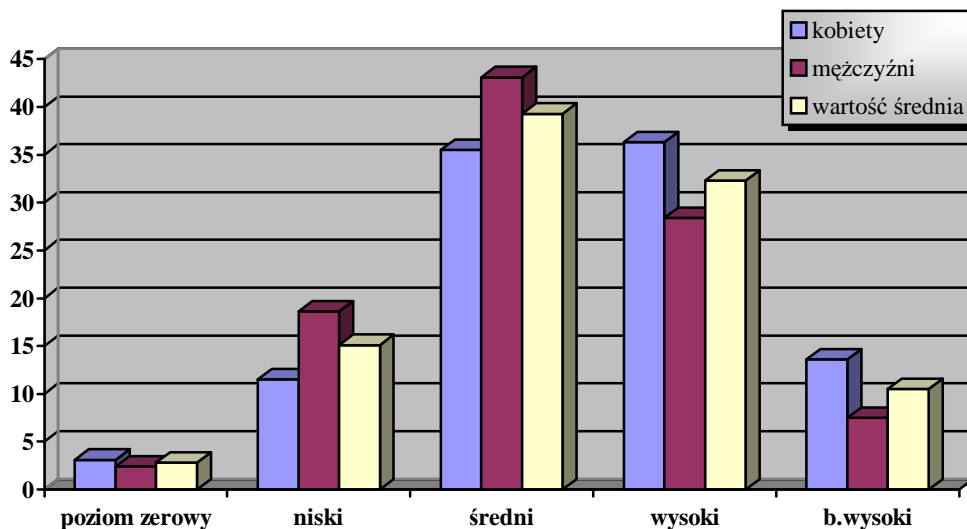
Pierwszym rozpatrywanym źródłem zinstytucjonalizowanej edukacji zdrowotnej jest przedszkole (wykres nr 1). Pomimo upływu czasu (około 15 lat) 70,9% respondentów zaznacza pozytywny wpływ tej instytucji; 55% określa to jako wpływ niski lub średni, a 15,6% powyżej średniego.



Wykres 2. Udział przedszkola w edukacji zdrowotnej (rozkład procentowy)



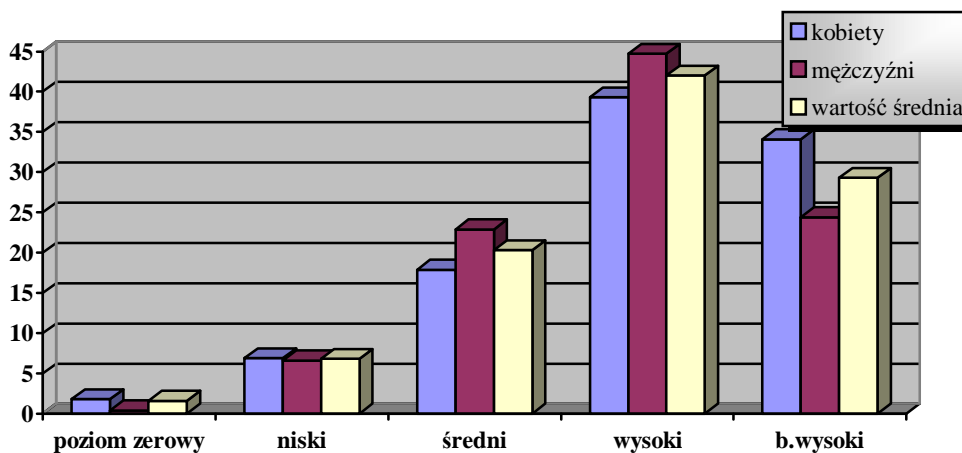
Wykres 3. udział szkolnych zajęć programowych w edukacji zdrowotnej (rozkład procentowy)



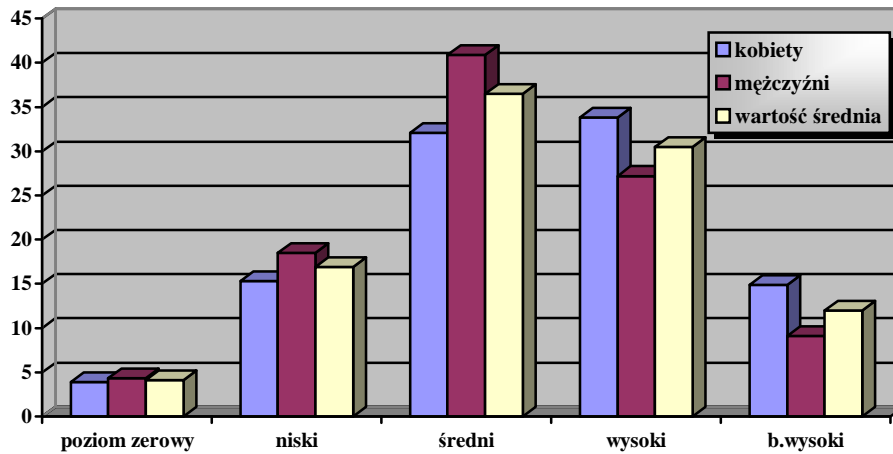
Wykres 4. Udział koleżanek i kolegów na terenie szkoły (program ukryty) w edukacji zdrowotnej (rozkład procentowy)

Wpływ szkolnych zajęć programowych na poziom przygotowania do kształtowania dobrego zdrowia koncentruje się w pobliżu wartości średniej (wykres nr 3); przy czym znacząco wyższe wskazania na ocenę wysoką i bardzo wysoką, mają kobiety (49,9%) niż mężczyźni (35,9%). Podobny, choć na nieco niższym poziomie, jest rozkład wyników w odniesieniu do tzw. „programu ukrytego” w szkole (wykres nr 4); oznacza to, że zorganizowane oddziaływanie szkoły ma tylko nieco wyższy udział w kształtowaniu się postaw i umiejętności prozdrowotnych jak oddziaływanie wzajemne uczniów między sobą w toku rozmów oraz naśladowania określonych zachowań.

Uczniowie posiadają również inną nie tylko szkolną wiedzę na ten temat, a jest nią wiedza wyniesiona z domu rodzinnego oraz jego otoczenia i środków masowego przekazu. Rozkłady wyników badań dla tych zmiennych przedstawiono na wykresach nr 5, 6, 7 i 8.



Wykres 5. Udział domu rodzinnego w edukacji zdrowotnej (rozkład procentowy)

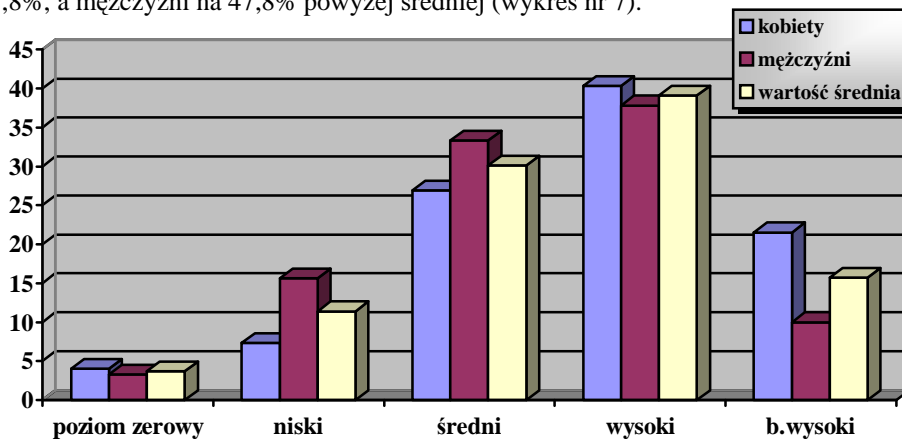


Wykres 6. udział koleżanek, kolegów i znajomych ze środowiska zamieszkania (rozkład procentowy)

Zdaniem badanych kobiet „dom rodzinny” jest najlepszą szkołą edukacji zdrowotnej. Świadczy o tym 73,4% wskazani na wysoką lub bardzo wysoką siłę oddziaływania. Nieco niższy, bo wynoszący 69,1% wskaźnik procentowy, oddziaływania wskazują mężczyźni (wykres nr 5). Należy przy tym zaznaczyć, że temu źródłu edukacji zdrowotnej, respondenci przypisali – na większą liczbę wskazań w kategorii oddziaływania bardzo wysokiego; kobiety 34,1% a mężczyźni 24,4%. Na uwagę zasługuje ocena wpływu koleżanek, kolegów i znajomych ze środowiska zamieszkania (wykres nr 6); są one prawie takie same jak oddziaływanie szkolnych zajęć programowych.

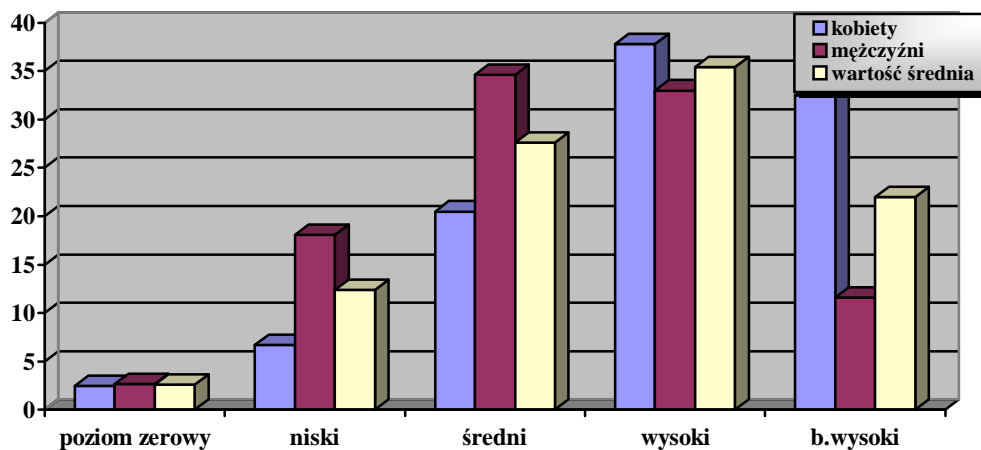
Znacznie mniej podatni są na to oddziaływania mężczyzn – 36,3% powyżej wartości średniej niż kobiety – 53,7%.

Trzecią badaną sferą wpływu edukacyjnego były media jako źródło poznania na drodze autoedukacyjnej. Media elektroniczne, w tym telewizja, radio i internet okazały się bardzo silnym źródłem poznania w dziedzinie troski o zdrowie. Kobiety oceniają ich udział na 61,8%, a mężczyźni na 47,8% powyżej średniej (wykres nr 7).



Wykres 7. Udział mediów elektronicznych (TV, radio, internet) w edukacji zdrowotnej (rozkład procentowy)

Jeszcze wyżej oceniają kobiety wpływ tzw. mediów pisanych – tj. lekturę książek, czasopism gazet – 70,3%, a mężczyźni 44,6% (wykres nr 8). Występuje tutaj najwyższa różnica między badanymi kobietami i mężczyznami, co w ujęciu retrospektywnym oznacza, że w toku nauki szkolnej dziewczęta chętniej sięgają do literatury niż chłopcy, względnie kierują się innymi kryteriami dobru książek i czasopism, a także programów telewizyjnych lub radiowych. Jest to zjawisko naturalne w kontekście tempa i kierunku zmian osobowościowych dziewcząt i chłopców w okresie wieku szkolnego i wieku dorastania.



Wykres 8. Wpływ lektury, książek, czasopism i gazet w edukacji zdrowotnej

Reasumujące wyniki badań w tabeli nr 1 przedstawiono w układzie hierarchicznym rangę omawianych źródeł edukacji na kształtowanie się postaw prozdrowotnych u młodzieży tuż po ukończeniu szkoły średniej.

Tabela 1.źródła edukacji zdrowotnej w układzie hierarchicznym (łącznie poziom wysoki i bardzo wysoki)

Źródła edukacji zdrowotnej	Kobiety		Mężczyźni	
	lokata	%	lokata	%
▼ dom rodzinny	I	73,4	I	69,1
▼ lektura książek, czasopism	II	70,3	III	44,6
▼ media elektroniczne	III	61,8	II	47,8
▼ koleżanki, koledzy i znajomi ze środowiska pozaszkolnego	IV	53,7	IV	36,3
▼ zajęcia programowe w szkole	V	49,9	V	35,9
▼ koleżanki i koledzy w szkole	VI	42,6	VI	31,1
▼ przedszkole	VII	15,6	VII	16,6

WNIOSKI

1. Na podstawie ukierunkowanej samooceny badanych można uznać, że są oni w zdecydowanej większości dobrze lub bardzo dobrze przygotowani do troski o zdrowie i umiejętność jego kształtowania. Przyczyną jest wyższy poziom niż mężczyzn.
2. Dom rodzinny, zwłaszcza u chłopców, jest podstawowym i najsilniejszym źródłem edukacji zdrowotnej.
3. Drugim co do siły oddziaływania czynnikiem przygotowania do troski o zdrowie są media jako ważny element autoedukacyjnej drogi poznania.
4. Szkolne prozdrowotne zajęcia programowe posiadają podobną siłę oddziaływania jak tzw. „program ukryty” realizowany pomiędzy uczniami w sytuacjach nieformalnych. Ich siłę oddziaływania oceniono na poziomie średnim i znacznie niższym jak wpływ środowiska rodzinnego lub mediów.

Świadomość tych stwierdzeń może być przydatna do planowania i realizacji zadań w zakresie edukacji prozdrowotnej w szkole. Chociażby przez odpowiednią współpracę z rodzicami, głównym źródłem edukacji zdrowotnej lub poprzez program kierowanego samokształcenia się uczniów z szerokim wykorzystaniem mediów.

PIŚMIENNICTWO

1. Demel M.: Pedagogika zdrowia. WSiP. Warszawa 1980.
2. Grossmann R., Scala K.: Promocja zdrowia, rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 1997.
3. Krawański A.: Trzy potencjalne płaszczyzny oddziaływania prozdrowotnego poprzez wychowanie fizyczne. Wych. Fiz. i Zdrow. 2000.
4. Krawański A.: Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej a kultura fizyczna. Teoretyczne postawy edukacji zdrowotnej stan i oczekiwania. Materiały z Konferencji Naukowej. Kamień Śląski 25 – 26 września 2000.

STRESZCZENIE

Opracowanie zawiera wyniki badań nad poziomem i źródłami edukacji zdrowotnej studentów pierwszego roku wychowania fizycznego na Politechnice Opolskiej. Badani odpowiadali na ankietę zawierającą 20 wyznaczników zdrowego stylu życia i określali wpływ na ich poziom takich źródeł jak: przedszkole, zajęcia programowe w szkole, wpływ koleżanek i kolegów szkolnych – „program ukryty”, dom rodzinny, środowisko zewnętrzne domu rodzinnego oraz media elektroniczne i media „pisane”. Wyniki badań ujęte w układzie rangowym wskazują na bardzo silną rolę domu rodzinnego i mediów oraz dość niską ocenę oddziaływania szkoły.

SUMMARY

The paper contains the results of the research carried out on the first year students of the Physical Education Department at The Technical University of Opole concerning the factors which have influenced their health education.

The students were supposed to answer a questionnaire with 20 factors of healthy life style: they were to evaluate the impact of kindergarten, school, schoolmates, as well as “informal social contacts”, family, social environment and mass media on the factors in questions.

The results which are presented hierarchically point to the strong impact of family and mass media whereas the influence of school seems to be rather negligible.

