

Nela Klimas, Ida Laudańska-Krzemińska
Zakład Nauk o Aktywności Fizycznej i Promocji Zdrowia
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Przygotowania studentów wychowania fizycznego do prowadzenia zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej – teoria a rzeczywistość
The preparation of physical education students for health education lessons – theory and reality

Streszczenie

Celem artykułu była konfrontacja wymagań nowej podstawy programowej w związku z wyeksponowaniem w niej roli edukacji zdrowotnej i powiązania jej z wychowaniem fizycznym z rzeczywistym przygotowaniem studentów do realizacji zadań tej edukacji.

Badania przeprowadzono w roku akademickim 2014/2015 w Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu wśród 51 studentów pierwszego roku SUM kierunku Wychowanie Fizyczne. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z anonimowym kwestionariuszem ankiety.

Z badań własnych wynika, że szczególnie duże wyzwanie stanowią treści związane ze zdrowiem psychospołecznym oraz kształtowaniem umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, podstawa programowa kształcenia ogólnego, kształcenie nauczycieli

Abstract

The aim of the study was to confront the requirements of the new core curriculum, changing the status of school-based health education and linking it strongly with physical education (PE), with the actual preparation of students to conduct health education lessons.

The survey was conducted in the academic year 2014/2015 at the Eugeniusz Piasecki University of Physical Education in Poznan, among 51 physical education master's students. The diagnostic survey method based on the authorial and anonymous questionnaire was used.

According to the study results one of the most challenging tasks of future PE teacher are those connected with psychosocial health and developing life skills among children and youth.

Key words: health education, core curriculum, teacher education

Wprowadzenie

Od wdrożenia nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego minie we wrześniu 2015 roku pięć lat. Według jej twórców także w tym roku szkoły podstawowe i ponadgimnazjalne wypuszczą pierwszych absolwentów, którzy byli kształceni zgodnie z założeniami i treściami tego dokumentu (MEN 2009).

Włączeniu edukacji zdrowotnej do programu wychowania fizycznego towarzyszą liczne dyskusje różnych środowisk. Część badaczy wyraża dezaprobatę wobec zmniejszania zajęć fizycznych na poczet zwiększonej intelektualizacji przedmiotu argumentując, że bez tych zmian poziom aktywności fizycznej u uczniów i tak już jest w rzeczywistości nikły (Misiak 2012). Co więcej zauważa się, że zawarte w podstawie programowej wychowania fizycznego treści nauczania są interdyscyplinarne i znacznie wychodzą poza zagadnienia aktywności ruchowej. Realizacja ich wydaje się według badaczy problematyczna zarówno ze względów merytorycznych (brak odpowiedniego przeszkolenia nauczycieli) i organizacyjnych (jedynie 30 godzin zajęć, przeprowadzanych w sali lekcyjnej). Pełne wątpliwości są także opinie odnośnie przerzucania całego ciężaru edukacji zdrowotnej na nauczycieli wychowania fizycznego. Należy dodać, że zmiana organizacji edukacji zdrowotnej poza zastrzeżeniami i obawami spotyka się także z negatywnym nastawieniem zarówno nauczycieli i dyrektorów szkół (Misiak 2012, Górna-Łukasik 2010).

Z drugiej strony wskazuje się, że nie ma lepszej alternatywy, a wychowanie fizyczne od swoich korzeni związane jest ze zdrowiem człowieka. Odkąd dokonała się tzw. repedagogizacja wychowania fizycznego, a jego celem stało się kształtowanie osobowości dbającej o ciało i zdrowie, związki nowocześnie, holistycznie ujmowanego zdrowia oraz wychowania fizycznego są niezwykle silne a przygotowanie nauczyciela wychowania fizycznego coraz lepsze (Laudańska-Krzemińska 2012; Krawański 2003, 2006; Demel 1968, 1980).

Wśród ogólnych warunków skutecznej organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego wymienia się m.in. (Śmiglewska i wsp. 2013, Wiśniewska-Śliwińska 2010, Woynarowska 2010, Wolny 2010, MEN 2009, WHO 2003, WHO 1999):

- uznanie tej edukacji za integralny element całego procesu dydaktyczno-wychowawczego
- współpracę szkoły z jej otoczeniem, rodzicami i władzami samorządowymi
- eliminację przeszkód pojawiających się przy realizacji zadań tej edukacji, np. braku zaangażowania środowisk szkolnych, nieodpowiedniej infrastruktury dla kształcenia nauczycieli, liczebność klas przekraczająca założenia programowe
- zaangażowanie resortu edukacji poprzez przygotowanie i dystrybucję materiałów informacyjno-edukacyjnych dla wszystkich stron odpowiedzialnych za szkolną edukację zdrowotną
- długoterminowe wsparcie nauczycieli ze strony m.in. Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia, regionalnych ośrodków metodycznych, dyrektorów szkół (np. poprzez oferowanie możliwości

dokształcania, materiałów ewaluacyjnych, przykładowych scenariuszy lekcji i innych pomocy naukowych)

- trwałość i kompleksowość działań dydaktyczno-wychowawczych.

Jednakże w wyniku osadzenia edukacji zdrowotnej w szkolnym wychowaniu fizycznym szczególną uwagę należy poświęcić warunkom skuteczności tej edukacji będącym w gestii uczelni wyższych oraz samych nauczycieli. Wedle opinii Wolny nauczyciel wychowania fizycznego może właściwie pełnić rolę zarówno nauczyciela sportu i twórczego edukatora zdrowotnego jedynie, gdy "wyraża gotowość do wywiązywania się z podjętych zadań, ale również wtedy, gdy jest do tych zadań odpowiednio przygotowany" (Wolny 2010). Nasuwa się tu pytanie, czy biorąc pod uwagę aktualną ofertę programową uczelni wyższych, student po zakończeniu nauki jest w stanie pełnić funkcje nauczyciela wychowania fizycznego i zdrowotnego. Według Wiśniewskiej - Śliwińskiej programy kształcenia studentów w zakresie realizacji aktualnej koncepcji edukacji zdrowotnej nie biorą pod uwagę wymagań nałożonych na nich przez nową podstawę programową. Autorka wskazuje również, że w Polsce tylko nieliczne wydziały umożliwiają studia na kierunku *wychowanie fizycznej zdrowotne* albo *wychowanie fizyczne z edukacją zdrowotną* (Wiśniewska-Śliwińska i wsp. 2010). Woynarowska także dostrzega konieczność wprowadzenia zmian w zakresie zarówno organizacji kształcenia studentów, jak i w programach kształcenia uczelni wychowania fizycznego. Uzasadnia to m.in. niedostatecznym wymiarem godzin przedmiotu *edukacja zdrowotna* w planach studiów (Woynarowska 2014). Na ogół jest to 15 godzin zajęć podczas jednego semestru w formie ćwiczeń lub wykładów, ale są też ośrodki gdzie na edukację zdrowotną przeznaczają się więcej godzin. Przykładowo, program kształcenia dla studiów pierwszego stopnia kierunku Wychowanie Fizyczne Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu obejmuje przedmiot *Edukacja Zdrowotna*. Jest on realizowany na trzecim roku w wymiarze 15 godzin ćwiczeń i 15 wykładów (do niedawna było 30 godzin zarówno ćwiczeń i wykładów). Natomiast, wśród przedmiotów oferowanych na tym wydziale na pierwszym roku Studiów Uzupełniających Magisterskich (SUM) znajduje się *Interaktywna Edukacja Zdrowotna*, obejmująca 15 godzin ćwiczeń i 15 godzin wykładów.

Jeśli chodzi o argumenty przemawiające za zmianami programów kształcenia w zakresie edukacji zdrowotnej Woynarowska zauważa także, że nie wszyscy nauczyciele akademicki rozumieją koncepcję nowoczesnej edukacji zdrowotnej oraz wykazują jej znajomość. Ponadto wskazuje na problem dalszej dominacji biomedycznego modelu zdrowia w treściach programowych prezentowanych w sylabusach przedmiotów prezentujących treści edukacji zdrowotnej (Woynarowska 2014). Zupełnie inna wizja zdrowia była podstawą tworzenia nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego.

Drugą istotną grupą uczestników sfery edukacyjnej, która może znacząco wpłynąć na efektywność edukacji zdrowotnej realizowanej w warunkach szkolnego wychowania fizycznego są nauczyciele tego przedmiotu. Wśród determinant powodzenia procesu edukacyjnego związanych z kompetencjami wspomnianej grupy zawodowej wymienia się m.in. (Śmiglewska i wsp. 2013, Laudańska-Krzemińska 2012, Wrona-Wolny i Makowska 2011, Wiśniewska-Śliwińska i wsp. 2010, Wolny 2010):

- znajomość założeń edukacji zdrowotnej oraz skłonność do podjęcia nowej roli tj. nauczyciela wychowania fizycznego oraz lidera edukacji zdrowotnej
- twórcza i wiarygodna postawa będąca odzwierciedleniem przekazywanej wiedzy o zdrowiu i jego determinantach (np. nauczyciel niepalący, prowadzący zdrowy styl życia)
- dostosowanie treści nauczania do potrzeb zdrowotnych wychowanków
- wykorzystanie metod pracy właściwych dla nowoczesnej edukacji zdrowotnej, w tym interaktywnych metod nauczania i uczenia się (np. burzy mózgów, dyskusji kierowanej, wspólnego praktykowania nauczanych kompetencji w specyficznym kontekście)
- odejście od postrzegania uczniów w sposób przedmiotowy na rzecz traktowania ich jako współorganizatorów procesu nauczania
- sprawowanie kontroli nad efektami swojej pracy oraz analiza i ocena potrzeb zdrowotnych wychowanków
- pozytywne nastawienie wobec zmian będących konsekwencją wprowadzenia nowej podstawy (np. konieczności rozwoju w sferze osobistej i zawodowej, stosowania pomocy naukowych, monitorowania efektów pracy własnej, przeprowadzania zajęć w grupach koedukacyjnych).

Celem artykułu jest konfrontacja wymagań nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego w związku z wyeksponowaniem w niej roli edukacji zdrowotnej i powiązania jej z wychowaniem fizycznym z rzeczywistym przygotowaniem studentów do realizacji zadań tej edukacji. W tym celu oprócz prezentacji wyników badań własnych przedstawiono pojawiające się w literaturze wyniki innych badań odnośnie m.in.: kompetencji zdrowotnych studentów wyższych uczelni wychowania fizycznego, roli tych uczelni w kształceniu przyszłych nauczycieli - edukatorów zdrowia, gotowości studentów wychowania fizycznego do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej i ich postaw wobec tej konieczności.

Material i metody badań

Badania zrealizowano na początku roku akademickiego 2014/2015 w Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu. Wykorzystano procedurę doboru celowego - materiał badawczy obejmował studentów pierwszego roku SUM kierunku Wychowanie Fizyczne (N=51). Osoby te na studiach pierwszego stopnia uczestniczyły w zajęciach z *Edukacji Zdrowotnej* prowadzonych w wymiarze 15 godzin wykładów i 15 godzin ćwiczeń praktycznych, zakończonych mini-praktyką w szkole i były tuż przed rozpoczęciem pierwszych zajęć z *Interaktywnej Edukacji Zdrowotnej*. Celem zgromadzenia materiału badawczego wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z autorskim anonimowym kwestionariuszem ankiety. Właściwy kwestionariusz składał się z 21 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Stanowiły one dosłowne wymagania szczegółowe bloku tematycznego *edukacja zdrowotna* nowej podstawy programowej przedmiotu wychowanie fizyczne dla III oraz IV etapu edukacyjnego (odpowiednio 9 i 12 pytań). Badani dokonali samooceny swojego przygotowania w zakresie każdej z 21 treści

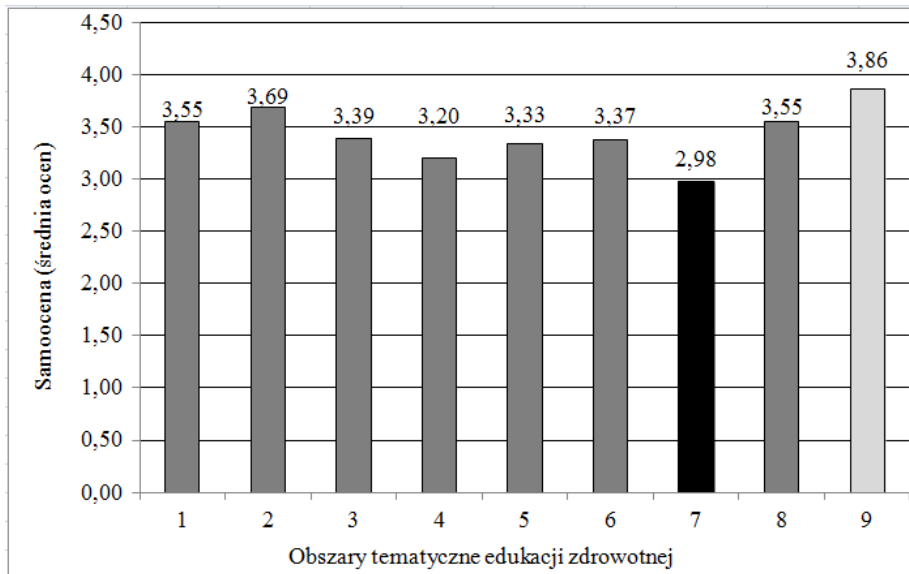
podstawy programowej poprzez wskazanie odpowiedzi na pięciostopniowej skali Likerta z oznaczeniami stwierdzeń: 1 - zdecydowanie nie, 2 - nie, 3 - ani tak ani nie, 4 - tak, 5 - zdecydowanie tak. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując do wyznaczenia przeciętnego poziomu badanej cechy średnią arytmetyczną. Oceniono różnice w odpowiedziach pomiędzy kobietami i mężczyznami testem U Manna-Whitneya, dla poziomu istotności $p > 0,05$.

Wyniki badań

III etap edukacji

Na podstawie analizy uzyskanych wyników można stwierdzić, że samoocena studentów w zakresie przygotowania merytorycznego do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej w gimnazjum została oceniona powyżej przeciętnej - średnia dla wszystkich pytań na skali od 1 do 5 wynosiła 3,44 (Ryc. 1). Porównanie średnich arytmetycznych dla pytań 1-9 dowiodło, że najslabiej oceniają swoje przygotowanie do treści w punkcie 7: *Uczeń wyjaśnia, w jaki sposób może dawać i otrzymywać różnego rodzaju wsparcie społeczne*. W jego przypadku średnia ukształtowała się na poziomie 2,98. Nieco wyższym poziomem charakteryzowała się samoocena studentów odnośnie pytań 3-6 (średnie wynoszą odpowiednio: 3,39; 3,20; 3,33; 3,37) podejmujących kolejno zagadnienia: *rozpoznawania własnych mocnych i słabych stron oraz pracy nad nimi* (pyt. 3), *właściwego pokonywania niepożądanych emocji oraz stresu* (pyt. 4 i 5), a także *związku relacji interpersonalnych ze zdrowiem* (pyt. 6). Na nieco wyższym poziomie uplasowały się pytania 1, 2 i 8 (średnie wynoszą odpowiednio: 3,55; 3,69; 3,55) odnoszące się według kolejności do treści nauczania dotyczących: *umiejętności zdefiniowania zdrowia oraz determinujących go czynników* (pyt. 1), *zachowań prozdrowotnych i szkodliwych dla zdrowia, wraz z problematyką podejmowania sprzyjających mu wyborów* (pyt. 2), jak również *umiejętności zdefiniowania i wskazania przykładów zachowania asertywnego* (pyt. 8).

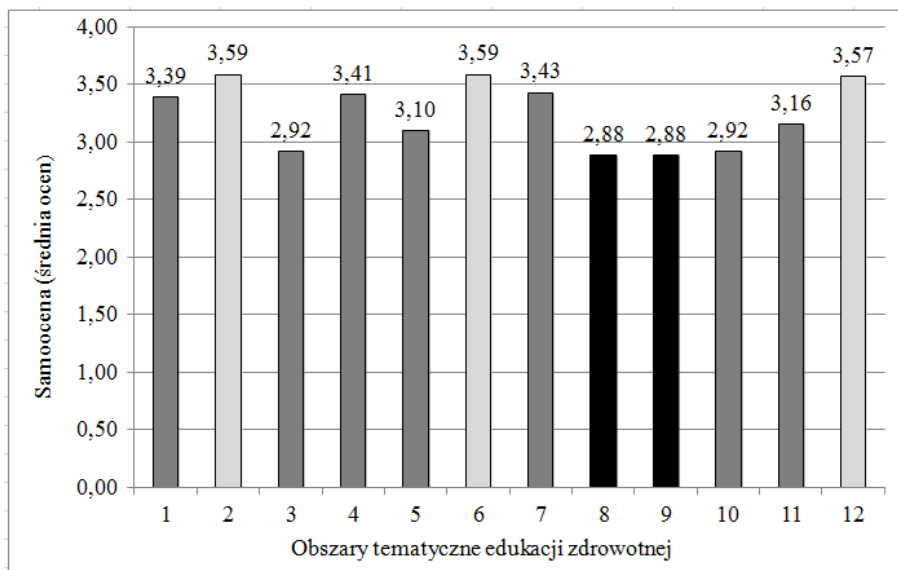
Z kolei pytaniem o najwyższej średniej i tym samym najlepiej ocenianym w zakresie przygotowania do jego realizacji było pytanie 9: *omawia szkody zdrowotne i społeczne związane z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych; wyjaśnia, dlaczego i w jaki sposób należy opierać się presji oraz namowom do używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych*, ze średnią 3,86. Płeć różnicowała odpowiedzi badanych jedynie w pierwszym pytaniu ($p=0,048$), gdzie kobiety wyżej oceniały swoje przygotowanie do realizacji zagadnienia: *umiejętność zdefiniowania zdrowia oraz determinujących go czynników*. Dla pozostałych różnicy nie wykazano ($p > 0,05$ dla pozostałych pytań).



Ryc. 1. Samoocena przygotowania merytorycznego studentów do prowadzenia edukacji zdrowotnej w gimnazjum, N=51

IV etap edukacji

Samooceńa kompetencji do realizacji zadań edukacji zdrowotnej w odniesieniu do wymagań szczegółowych dla liceum była u badanych studentów niższa. Wyniki średnich powyżej 3,5 uzyskano jedynie dla trzech treści programowych oznaczającej właściwe opanowanie przez studentów danej treści nauczania (Ryc. 2). Najniższą średnią w tej grupie pytań charakteryzowały się: pytanie 8 (*wyjaśnia, co to znaczy być aktywnym pacjentem i jakie są podstawowe prawa pacjenta*) i 9 (*omawia przyczyny i skutki stereotypów i stygmatyzacji osób chorych psychicznie i dyskryminowanych, np. żyjących z HIV/AIDS*) (średnia dla obu wynosi 2,88). Kolejnymi dwoma pytaniami obrazującymi niedostateczne przygotowanie studentów w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej było pytanie 3 - związane ze *znajomością sposobów zamiany myśli negatywnych na pozytywne*, a także pytanie 10 dotyczące *umiejętności planowania projektu zdrowotnego i uzyskania dla niego wsparcia społecznego* (średnia dla obu wynosi 2,92). Respondenci nieco wyżej ocenili swoje przygotowanie w zakresie *znajomości konstruktywnych sposobów radzenia sobie z krytyką* (pyt. 5, M=3,10). Badani czuli się najlepiej przygotowani do realizacji zagadnienia numer 2: *uczeń wyjaśnia, co oznacza odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi* i numer 6: *uczeń omawia zasady racjonalnego gospodarowania czasem* (M=3,59). W zakresie wszystkich zagadnień z bloku edukacja zdrowotna, realizowanych w IV etapie edukacyjnym nie wykazano różnicy w samoocenie ze względu na płeć badanych ($p > 0,05$ dla wszystkich pytań).



Ryc. 2. Samooceńa przygotowania merytorycznego studentów do prowadzenia edukacji zdrowotnej w liceum, N=51

Dyskusja

Nowa podstawa programowa kształcenia ogólnego wprowadziła do rzeczywistości szkolnej m.in. nową koncepcję realizacji edukacji zdrowotnej. Wspomniany dokument nadał jej rangę jednego z głównych zadań szkoły, a także uwypuklił jej silny związek z wychowaniem fizycznym na wszystkich etapach edukacji. Najbardziej istotną zmianą, jaką spowodował, było wskazanie wychowania fizycznego jako przedmiotu wiodącego oraz uwzględnienie w treściach nauczania tego przedmiotu w gimnazjum i liceum bloku tematycznego *edukacja zdrowotna*. Co więcej, we wspomnianym bloku poza zagadnieniami dotyczącymi zdrowia fizycznego znalazły się także treści kształcenia dotyczące zdrowia psychospołecznego, w tym kompetencji psychospołecznych. Wśród podmiotów systemu edukacji, na które powyższe zmiany nałożyły nowe i nie zawsze dobrze rozumiane zobowiązania są uczelnie wyższe kształcące nauczycieli wychowania fizycznego oraz sami nauczyciele wychowania fizycznego.

Szkoła wyższa, określana jest jako kluczowe miejsce przygotowania do realizacji edukacji zdrowotnej przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego. Jak wykazały badania świadomości zdrowotnej wśród studentów ostatniego roku kierunku wychowanie fizyczne, 92 % z nich postrzega uczelnię jako główne źródło wiedzy o zdrowiu (Kowalska 2008). Wyniki uzyskane w badaniu kompetencji zdrowotnych studentów pierwszego roku kierunku Wychowanie Fizyczne oraz Turystyka i Rekreacja, świadczą, że uczelnia jest ważnym, ale nie dominującym jeszcze źródłem tej wiedzy - 48% wskazań badanych (Śmiglewska i wsp. 2013).

Badania własne wskazują, że wiedza i umiejętności zdobyte w toku studiów na kierunku wychowanie fizyczne nie przekładają się na bardzo wysoką samoocenę respondentów w zakresie przygotowania do prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej. Można określić ją jako przeciętną. Po pierwszym kursie (na studiach licencjackich) szczególnie w zakresie treści dotyczących zdrowia psychospołecznego i umiejętności życiowych studenci nie czuli się w pełni przygotowani. Wynika z nich, że najwięcej uwagi w programach kształcenia studentów należałoby poświęcić metodyce kształtowania umiejętności interpersonalnych, radzenia sobie i kierowania stresem, budowania samoświadomości, podejmowania decyzji oraz budowania własnego systemu wartości. Podobne wyniki uzyskano w wyniku ewaluacji poglądów nauczycieli wychowania fizycznego wobec realizacji nowej podstawy programowej przeprowadzonej w 2010 roku. Wynikało z nich, że zdecydowana większość respondentów (80%) wymieniła zdrowie psychospołeczne jako treść kształcenia, której realizacja przysparza im najwięcej trudności (Wiśniewska-Śliwińska 2010).

Wskazane wyniki są prawdopodobnie efektem braków w wiedzy i umiejętnościach ogólnych w tym zakresie. Trudno ocenić, na ile realizacja przedmiotów z grupy nauk społeczno-humanistycznych (np. psychologia i pedagogika) uwzględnia zmiany, które zaszły w podstawie programowej. Zapewne słusznym wydaje się być postulat współpracy pracowników różnych zakładów i katedr uczelni kształcących nauczycieli, by skoordynować i uzupełniać się we wskazanym kluczowym obszarze przygotowania pedagogicznego, co przełożyłoby się na wyższą samoocenę swoich umiejętności studentów. Niestety z doświadczeń wynika, że nie zawsze tak się dzieje.

Wyniki badań własnych odnośnie kompetencji do prowadzenia zajęć w liceum oceniane były przed cyklem zajęć z *Interaktywnej Edukacji Zdrowotnej* poruszającej treści nauczania dla tego etapu edukacyjnego. Stąd ich zdecydowanie niższa ocena, aczkolwiek potwierdzająca podobny trend, wskazując na szczególnie słabe przygotowanie studentów w obszarze zdrowia psycho-społecznego. Wyniki stały się także elementem diagnozy przed zajęciami, która miała wskazać szczególne potrzeby edukacyjne studentów, gdyż przy ograniczeniach czasowych oraz dużych grupach ćwiczeniowych trening zajęć warsztatowych jest mocno utrudniony.

Na trudności związane z realizacją zajęć edukacji zdrowotnej wskazują także badania Wrona-Wolny i Makowskiej (2011) na temat poziomu zadowolenia i zaangażowania studentów w realizację zajęć edukacji zdrowotnej w szkole. Respondenci wskazują na różnorodne problemy, w tym trudności merytoryczne m.in. z doбором tematu zajęć (34%), brakiem wiedzy w zakresie metod dydaktycznych (7,8%), kłopotami z uzyskaniem potrzebnej literatury (15,5%). Natomiast Kowalska (2008) podaje, że studenci ostatniego roku wychowania fizycznego, nie posiadają wiedzy na temat metod oraz technik realizacji edukacji zdrowotnej, w tym aktywnego uczestnictwa oraz opartych na interakcji. We wspomnianej grupie 11% badanych nie wskazało żadnych metod, 61% z nich wymieniło pogadankę a 25% filmy (Kowalska 2008). Warto podkreślić, że żaden z respondentów nie wskazał zajęć warsztatowych, a zatem jednej z zasadniczych metod w edukacji zdrowotnej.

Szczególnie badania cytowane, ale także własne, wskazują na niepełną gotowość do realizacji edukacji zdrowotnej studentów. Jak się okazuje, nauczyciele wychowa-

nia fizycznego takiego poczucia też nie mają. Co więcej Woynarowska powołując się na negatywne wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli dotyczące sposobów i skutków wdrażania nowej podstawy programowej przedmiotu wychowanie fizyczne w gimnazjach (w okresie 2009 - 2013) zaznacza, że "w wielu gimnazjach nie zrealizowano dużej części wymagań szczegółowych z bloku edukacja zdrowotna, (...), wdrażanie podstawy programowej rozpoczęto we wrześniu 2009 r. bez właściwego przygotowania nauczycieli" (Woynarowska i wsp. 2014). Z kolei analizując wyniki badań przeprowadzonych przez Kuratorium Oświaty w Krakowie wśród m.in. dyrektorów gimnazjów zauważono, że zakładają oni odpowiednie przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego w obszarze edukacji zdrowotnej bez konieczności zapewniania im dodatkowych szkoleń. Jednocześnie wśród przyczyn przełożenia realizacji edukacji zdrowotnej, które miało miejsce w latach 2009/2010 i 2010/2011 w wielu szkołach upratniają właśnie w "braku odpowiednio przeszkolonych nauczycieli" (Misiak 2012).

Nie mniej jednak, poza sferą przygotowania merytorycznego nauczycieli, kwestią istotnie wpływającą na realizację postanowień podstawy programowej jest czynnik subiektywny, jakim jest stosunek studentów do edukacji zdrowotnej oraz do wyzwań, jakie niesie jej pojawienie się w programie szkolnym. Alarmujące w tej kwestii są wyniki badań przeprowadzonych wśród nauczycieli akademickich uczelni wyższych wychowania fizycznego odnośnie m.in. postaw studentów wobec edukacji zdrowotnej (Woynarowska 2014). Według nich, pomimo pozytywnego nastawienia wobec konieczności realizacji treści wspomnianego bloku tematycznego na lekcji wychowania fizycznego, studenci nie wykazują znacznego zainteresowania tym przedmiotem.

W świetle wyników badań własnych można domniemywać, że pomiędzy założeniami nowej podstawy programowej wychowania fizycznego a rzeczywistym przygotowaniem studentów do pełnienia roli nauczyciela wychowania fizycznego i zdrowotnego istnieje pewien rozdźwięk merytoryczny. Analiza tych wyników dowiodła, że uzasadnienie znajduje dalsze kształcenie studentów do realizacji zadań podstawy a ich potrzeby edukacyjne są skupione w szczególności wokół zagadnień zdrowia psychicznego, w tym umiejętności życiowych. Ważne byłoby także rozbudzenie wśród studentów zainteresowania tym przedmiotem i wskazanie zgodnie z nową podstawą jego szczególnej przydatności w przyszłej pracy zawodowej.

Literatura

1. Demel M. (1968) O wychowaniu zdrowotnym. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
2. Demel M. (1980) Pedagogika zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
3. Górna-Lukasik K. (2010) Współczesne cele wychowania fizycznego a wybrane uregulowania prawne [w:] Wychowanie fizyczne i sport w szkole, Szalencie Z, Bergier J (red). Komisja Nauki, Edukacji i Sportu Senatu Rzeczypospolitej Polskiej. Kancelaria Senatu, Warszawa.
4. Kowalska J. E. (2008) Health education as understood by students of physical education in Poland. *Pol. J. Sport Tourism*, 15: 53-58.

5. Krawański A. (2006) Interaktywne uczenie się i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii. Poznań: AWF.
6. Krawański A. (2003) Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego. Poznań: AWF.
7. Laudańska-Krzemińska I. (2012) Health education as a challenge for physical education teachers a Polish perspective. W: Kleiner K. (ed.) *Fachdidaktik-Bewegung und sport-im kontext. Zwischen Orientierung und Positionierung*. Purkersdorf Hersteller: Verlag Bruder Hollinek, s. 237-247.
8. Podstawa programowa z komentarzami. Tom 8 (2009) Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum. MEN.
9. Misiak L. (2012) Raport dotyczący edukacji zdrowotnej w wychowaniu fizycznym w małopolskich gimnazjach. Kuratorium Oświaty w Krakowie.
10. Śmiglewska M., Cieślicka M., Lewandowski A., Stankiewicz B. (2013) Wychowanie fizyczne a kompetencje zdrowotne według opinii studentów pierwszego roku wyższych uczelni. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 40: 27-35.
11. Wiśniewska-Sliwińska H., Marcinkowski J. T., Wiśniewski S. A. (2010) Opinie nauczycieli wychowania fizycznego względem propozycji ustanowienia ich głównymi edukatorami zdrowotnymi w szkołach. *Hygeia Public Health*, 45(2): 206-212.
12. Wolny B. (2010) A physical education teacher as a part of school health education. *Human Movement, AWF Wrocław* 11 (1): 81-89.
13. Woynarowska B. (2014) Przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji edukacji zdrowotnej. *Opinie nauczycieli akademickich. Lider*.
14. Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L. (2014): Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. *Diagnoza i rekomendacje. Studia BAS* Nr 2(38), s. 169-187.
15. Wrona-Wolny W., Makowska B. (2011) Opinie studentów – przyszłych nauczycieli wychowania fizycznego dotyczące realizowanych przez nich zajęć z edukacji zdrowotnej w szkole. *Hygeia Public Health*, 46(4): 477-483.
16. Zadarko-Domaradzka M., Matłosz P., Warchoń K. (2014) Edukacja zdrowotna w szkolnej praktyce procesu wychowania fizycznego. *Probl Hig Epidemiol*, 95(3): 673-678.