

Pelagia Szybka

Koncepcja zdrowia i edukacji zdrowotnej Sposoby realizacji treści prozdrowotnych w programie kształcenia studentów pedagogiki z wychowaniem obronnym

W związku z opracowaniem przez Światową Organizację Zdrowia programu – Zdrowie dla Wszystkich, a w Polsce – Narodowego Programu Zdrowia istnieje konieczność uświadomiania przyszłym nauczycielom (bez względu na kierunek studiów) znaczenia i warunkowań edukacji zdrowej. Z racji moich zainteresowań zawodowych, jak i doświadczeń z pracy ze studentami kierunku pedagogika z wychowaniem obronnym spróbuję podzielić się uwagami wynikającymi z wprowadzenia do programu przysposobienia medyczno-sanitarnego treści promujących zdrowie.

I. POJĘCIE ZDROWIA

Przez lata, definiując zdrowie jako brak choroby opierano się na biomedycznej koncepcji zdrowia. Pierwsza definicja, która zmieniła ten model, została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1946 roku i brzmi: „Zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa”¹. Definicja ta wprowadziła kilka bardzo istot-

¹ M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980, s. 120.

nych zmian. Po pierwsze określiła zdrowie holistycznie, to znaczy w wymiarze fizycznym, umysłowym i społecznym. Taka interpretacja dała nowe możliwości badań psychologiczno-socjologicznych. Po drugie równoprawnym kryterium w ocenie zdrowia stało się subiektywne poczucie stanu zdrowia, co nie było brane pod uwagę w poprzedniej koncepcji. Po trzecie, pozwoliła na kształtowanie zainteresowania własnym zdrowiem w myśl hasła WHO: „Twoje zdrowie w twoich rękach”. Zyskała ona opinię pozytywnej koncepcji zdrowia, gdyż po raz pierwszy precyzowała zdrowie nie w kategoriach „braków” (np. brak choroby).

Jednak mimo tych nowatorskich cech definicja ta wzbudziła i wzbudza nadal rozmaite kontrowersje. Między innymi zarzuca się operowanie w niej stanem idealnym, który nigdy nie może być zrealizowany. obrońcy zaś twierdzą, iż widzą jej utopijność, ale w życiu społecznym konieczne są takie idealne wizje, a stosuje się je także w innych dziedzinach życia. Dyskusje te miały jednak wpływ na zmniejszenie rygoryzmu tej definicji i już w dokumentach programu „Zdrowie dla Wszystkich do roku 2000” z 1977 r. pominięto słowo „pełnią”. W zależności od tłumaczeń stało się więc zdrowie „fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanem, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa”, lub – „to stan fizycznego, umysłowego i społecznego dobrego samopoczucia a nie tylko nieobecności choroby lub ułomności”².

Ponieważ w dalszej części artykułu powrócę do dokumentu: „Zdrowie dla Wszystkich do roku 2000”, przedstawię krótko jego genezę oraz podstawowe założenia.

Historia dokumentu „Zdrowie dla Wszystkich” rozpoczęła się w 1977 roku, kiedy to Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło rezolucję mówiącą, iż: „głównym celem społecznym, realizowanym przez rządy i WHO w nadchodzących dziesięcioleciach powinno być dążenie do osiągnięcia przez wszystkich obywateli świata do roku 2000 takiego poziomu zdrowia, który pozwoliłby im prowadzić życie sensowne i twórcze tak w wymiarze społecznym, jak i ekonomicznym”³. Autorzy⁴ tego dokumentu chcieli, aby ludzie uświadomili sobie, że są w stanie kształtować życie swoje i swoich rodzin w taki sposób, by nie ponosić ciężaru chorób, których można uniknąć. Liczyli także na

² J. Karski, *Promocja zdrowia jako element polityki zdrowotnej*, Problemy Higieny nr 38, Warszawa 1992.

³ C. Włodarczyk, *Nowa Wersja Europejskiego Dokumentu. Zdrowie dla Wszystkich...*, Łódź 1994, s. 2.

⁴ C. Włodarczyk, *Nowa Wersja Europejskiego Dokumentu*.

szeroką edukację zdrowotną rozpoczynającą się w domach, szkołach, zakładach oraz w mass mediach.

Region Europejski WHO przyjął program Zdrowie dla Wszystkich w 1984 r., a nowelizacja programu wprowadzona została w 1991. Polska na podstawie dokumentów WHO opracowała Narodowy Program Zdrowia (wersja z roku 1990, 1993, 1996). Opierając się na 38 zadaniach wspierających strategię Programu Światowego wyznaczyła nowe kierunki organizowania działań na rzecz zdrowia.

W znowelizowanej w 1996 r. wersji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)⁵ ustalono jeden nadrzędny długofalowy cel strategiczny i osiemnaście celów operacyjnych. Cel strategiczny: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności” realizowany ma być poprzez:

1. Stworzenie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych.

2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki.

3. Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Cele operacyjne natomiast to:

1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.

2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności.

3. Zmniejszenie rozpowszechniania palenia tytoniu.

4. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholizmem.

5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.

6. Zwiększanie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia.

7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych.

8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia pracy.

9. Poprawa stanu sanitarnego kraju.

10. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych.

11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.

⁵ Narodowy Program Zdrowia (wersja z 1996 roku), Lider 1997, nr 1, 2, 3.

12. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej.

13. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała.

14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.

15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka.

16. Stworzenie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia.

17. Zwiększanie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.

18. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

II. PROMOCJA ZDROWIA

Do czasu, kiedy dominowała biomedyczna koncepcja zdrowia nie widziano związku między stanem zdrowia człowieka a jego własnymi działaniami prozdrowotnymi. Uważano, że gwarantem zdrowia jest intensywne korzystanie z usług medycyny profesjonalnej.

Założenie, iż opieka medyczna równa się zdrowiu, tzw. wielkie równanie podważano już w wielu badaniach (m.in.: badania w Wielkiej Brytanii zakończone opracowaniem *The Black Report*; w tzw. naturalnym eksperymencie w Kalifornii w 1976 r.)⁶.

Według najlepszych szacunków system ochrony zdrowia (lekarze, szpitale, leki) oddziałuje w niewielkim stopniu na wartość wskaźników stosowanych do pomiaru zdrowia społeczeństwa, takich jak: umieralność niemowląt, absencja chorobowa, umieralność. Według A. Wildarskiego wynosi on 10%⁷, a według M. Sokołowskiej od 3–10%⁸. Pozostałe 90–97% jest uwarunkowane czynnikami, na które służba zdrowia nie ma wpływu, począwszy od stylu życia do warunków społecznych i środowiska fizycznego. Dane te otworzyły możliwość kształtowania innymi metodami stanu zdrowia ludzi, dając im prawo wyboru sposobu zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Jednym z takich sposobów, mających wpływ na zmianę świadomości prozdrowotnej jest promocja zdrowia.

⁶ C. Włodarczyk, *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. J. Karski, Z. Stańska, B. Wasilewski, Warszawa 1994, s. 32 i 34.

⁷ Ibidem.

⁸ M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980, s. 132.

Promocja zdrowia jest pojęciem stosunkowo nowym. Pojawiło się ono w dokumentach Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Alma Acie w 1978 roku, które określiły potrzebę nadania priorytetu dążeniom do zachowania zdrowia. W 1984 r. Biuro Regionalne WHO Regionu Europejskiego wydało dokument do dyskusji na temat promocji zdrowia. W nim także podjęto jedną z pierwszych prób zdefiniowania tego pojęcia. Promocję zdrowia określono „jako proces umożliwienia jednostkom i społeczeństwu zwiększenia kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie”⁹. H. Nock i T. Abelin¹⁰ w 1987 r. określili promocję zdrowia jako zintegrowane na różnych poziomach działania, które mają wpływ na relację pomiędzy zdrowiem i ekonomią, zdrowiem i środowiskiem, zdrowiem i społeczeństwem oraz zdrowiem i jednostką.

Konkurencyjną definicję do przygotowanej przez Biuro Regionalne WHO opracowano na I Międzynarodowej Konferencji Zdrowia, która odbyła się w 1986 roku w Ottawie. Promocję zdrowia w *Karcie Ottawskiej* definiuje się jako: „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego zarówno jednostka jak i grupa muszą umieć określać i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radzić sobie z wyzwaniami swojego środowiska. Zdrowie to koncepcja pozytywna, kładąca nacisk zarówno na pełną sprawność fizyczną, jak i na sprawność życiową w wymiarze jednostkowym i społecznym. W związku z tym odpowiedzialność za rozwinięcie działań promocyjnych dla zdrowia spada nie tylko i wyłącznie na służbę zdrowia, lecz spoczywa na tych wszystkich dziedzinach życia aktywności społecznej, które wywierają swój wpływ na zdrowy tryb życia i szeroko pojmowane dobre samopoczucie”¹¹.

Definicja zawarta w *Karcie Ottawskiej* jest bardziej rozbudowana od poprzednich. Widać, iż jest ściśle powiązana z holistyczną definicją zdrowia WHO. Podkreśla ona znaczenie umiejętności diagnozowania i realizowania potrzeb zdrowotnych.

II i III Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia w Adelaidzie (1989 r.) i w Sundsrall (1991 r.) nie wniosła zmian do definicji promocji zdrowia, ale określiła cztery kluczowe problemy, których

⁹ J. Karski, *Zdrowie i promocja zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia*, s. 21.

¹⁰ Ibidem s. 22.

¹¹ *Karta Ottawska. Wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe*, [w:] *Promocja zdrowia...*, s. 424.

rozwiązanie jest sprawą pilną. Są to: zdrowie kobiet, żywność i żywienie, tytoń i alkohol, środowiska wspierające zdrowie. Konferencje te wykazały także konieczność myślenia o zdrowiu w aspekcie ekologicznym całej naszej planety.

Polską odpowiedzią była I Krajowa Konferencja Promocji Zdrowia w Warszawie (X 1991 r.) i Kongres Promocji Zdrowia (V 1993 r.). Konferencja zakończyła się wytyczeniem kierunków i strategii działań na rzecz promocji zdrowia, a kongres apelował o aktywne włączenie się szerokich rzesz społeczeństwa do działań promujących zdrowie.

IV Międzynarodowa Konferencja promocji Zdrowia (Dżakarta – 1997 r.) ustaliła kierunki i strategie promocji zdrowia w następnym stuleciu. Ukazała ona, iż promocja zdrowia prowadząc do zmian stylu życia ludzi, jest podstawowym elementem w zwiększeniu potencjału zdrowia. Uczestnicy konferencji określili priorytety w promocji zdrowia w XXI wieku:

1. Kształtowanie społecznej odpowiedzialności za zdrowie.
2. Zwiększenie inwestycji dla zdrowia.
3. Konsolidowanie i wzmacnianie partnerstwa dla zdrowia.
4. Zwiększanie potencjału społeczności i jednostek.
5. Budowanie infrastruktury dla promocji zdrowia.

Uczestnicy Konferencji opowiedzieli się za utworzeniem światowego sojuszu promocji zdrowia¹².

III. MODELE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

W edukacji zdrowotnej funkcjonują trzy modele, które w różny sposób realizują ideę promocji zdrowia. Dwa z nich nie uwzględniają koncepcji zdrowia pozytywnego, natomiast trzeci preferuje zwiększenie potencjału zdrowia.

Model I. Zorientowany jest na chorobę, a więc główny cel – to zapobieganie określonym jednostkom chorobowym.

Działania podejmowane w tym modelu edukacji skierowane są na tzw. czynniki ryzyka związane z poszczególnymi jednostkami chorobowymi. Widzimy więc, że model ten bliski jest profilaktyce, która skupia się na chorobie, a nie na zdrowiu.

¹² Z. Słońska, *Wychowanie dla zdrowia*, [w:] *Promocja zdrowia...*, s. 324.

MODEL I*

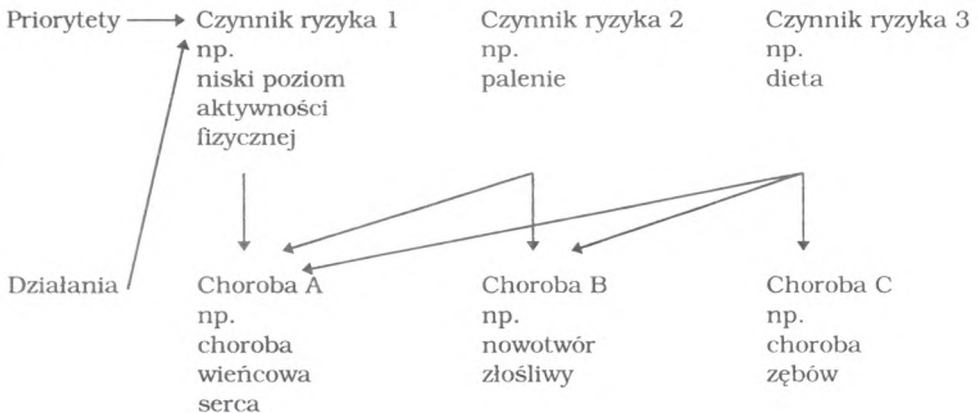
Edukacja zdrowotna zorientowana na chorobę



Model II. Zorientowany jest na eliminację poszczególnych czynników ryzyka w celu zapobiegania kilku chorobom jednocześnie. Programy zwalczania wspólnych czynników ryzyka zakładają interdyscyplinarną współpracę, ponieważ uznają fakt wywoływania różnych chorób przez ten sam czynnik, np. czynnik palenie papierosów może być przyczyną choroby niedokrwiennej serca i nowotworu płuc.

MODEL II**

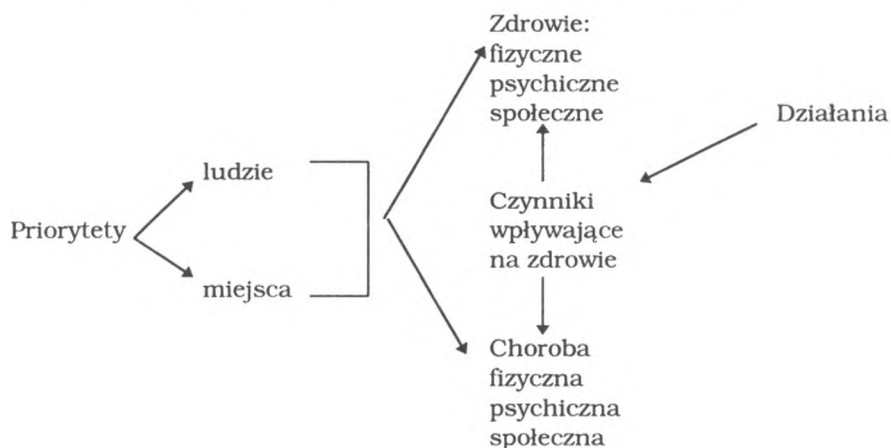
Edukacja zdrowotna zorientowana na czynniki ryzyka



Model III. Zorientowany jest na zdrowie, oddziałuje na zmianę zachowań, a więc jest najbliższy idei promocji zdrowia. Współgra także z holistyczną definicją zdrowia, gdyż rozpatruje je w warstwie fizycznej, psychicznej i społecznej. W programach promocyjnych ludzie winni brać udział w definiowaniu własnych problemów zdrowotnych, rozpoznawać czynniki oddziałujące na ich zdrowie i zachowania zdrowotne oraz wpływać na realizację działań zmierzających do poprawy zdrowia swojego i bliskich. Programy te powinny eksponować korzyści płynące z dbania o własne zdrowie oraz kierowane być do konkretnych środowisk (dzieci, młodzieży, ludzi starszych itd.).

MODEL III

Edukacja zdrowotna zorientowana na zdrowie



*, ** – Cyt. za A. Tannahill 1990

Wykorzystując III model edukacji zdrowotnej, Szkocka Grupa Edukacji Zdrowotnej przy współpracy WHO opracowała koncepcję szkoły promującej zdrowie, uwzględniając trzy wiodące problemy:

- kontakty międzyludzkie,
- troskę o samego siebie,
- relacje szkoła a społeczeństwo i środowisko.

Światowa Organizacja Zdrowia postawiła następujące cele przed szkołą promującą zdrowie:

- zapewnienie zdrowego środowiska (bezpieczeństwo, posiłki, rekreacja),

- kształcenie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i rodziny,
- zachęcanie do zdrowego stylu życia,
- umożliwienie uczniom rozwoju ich potencjalnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych,
- kształtowanie właściwych relacji między pracownikami, a uczniami,
- korzystanie z pomocy specjalistycznej,
- dostarczanie wiedzy i umiejętności umożliwiających podejmowanie działań na rzecz zdrowia.

W 1990 roku Biuro Regionalne WHO z siedzibą w Kopenhadze wystąpiło z propozycją realizacji projektu Szkoła Promująca Zdrowie w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech. Na mocy porozumienia ministra zdrowia i opieki społecznej oraz ministra edukacji narodowej zawartego 30 XII 1991 r. jest on realizowany od września 1992 roku. Powołano Polski Zespół do Spraw Projektu Zdrowej Szkoły przy MEN, który w 1992/93 r. objął opieką 16 szkół podstawowych promujących zdrowie. W 1997 r. zarządzeniem ministra edukacji narodowej¹³ w podstawach programowych obowiązkowych przedmiotów ogólnokształcących po raz pierwszy w historii szkolnictwa polskiego uwzględniono edukację zdrowotną. Powiązana jest ona z edukacją ekologiczną i zintegrowana ze wszystkimi przedmiotami. Uwzględnia trzy wiodące aspekty:

- Ja i troska o mnie,
- Ja i moje relacje z innymi,
- Ja i moje środowisko.

Zauważyć można zbieżność z wiodącymi problemami opracowanymi przez Szkocką Grupę Edukacji Zdrowotnej, które przedstawiłam wcześniej. Opisane w artykule działania Światowej Organizacji Zdrowia oraz jej krajowych agend wskazują, jak duże znaczenie w kształtowaniu sytuacji zdrowotnej społeczeństwa ma edukacja zdrowotna.

PROPOZYCJE METODYCZNYCH ROZWIĄZAŃ

W związku z tym, że nauczyciele z racji powierzonych im zadań, mają kształtować nawyki, postawy (w tym także zdrowotne), powinni posiadać wiedzę i umiejętności promowania zdrowia. Mając na

¹³ Zarządzenie ministra edukacji narodowej z dn. 15 V 1997 r. Dz. Urz. MEN 1997, nr 5, poz. 23.

uwadze Narodowy Program Zdrowia oraz światowe tendencje w tym zakresie rozszerzyłam istniejące już w programie szkolenia medycznego treści promujące zdrowie, wyznaczając jako cel ogólny kształtowanie prozdrowotnych stylów życia. Zakres celów operacyjnych obejmuje zaś dziedzinę wiedzy, umiejętności i postaw – stąd precyzowany cel odnosi się do końcowych zachowań studenta. Tak więc student powinien posiadać:

- wiedzę o prawidłowym funkcjonowaniu i budowie organizmu ludzkiego;

- wiedzę o przyczynach najczęściej występujących patologii w funkcjonowaniu organizmu ludzkiego;

- przekonanie o wartości zdrowia do osiągnięcia fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu;

- wiedzę i przekonanie o szkodliwości nadużywania używek, leków, środków odurzających;

- wiedzę o sposobach zabezpieczenia się przed zachorowaniem na AIDS i choroby weneryczne;

- umiejętność stosowania zasad zdrowego odżywiania;

- nawyki ćwiczeń fizycznych i uprawiania sportów rekreacyjnych;

- umiejętność wczuwania się w potrzeby (w tym zdrowotne) innych ludzi;

- postawę wyrażającą troskę o zdrowie własne i najbliższych;

- wiedzę i umiejętności edukowania innych w zakresie podstawowych problemów i zachowań zdrowotnych;

- umiejętność korzystania ze świadczeń służby zdrowia;

- umiejętność zapobiegania wypadkom i urazom oraz wiedzę udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej.

W dalszej części artykułu zaprezentuję kilka metodycznych rozwiązań, które wykorzystuję na zajęciach ze studentami.

Przykład I – burza mózgów

Problem pierwszy: *Co można zmienić w swoim życiu, by dłużej żyć w zdrowiu?*

Kryteriami oceny pomysłów są:

- możliwość wprowadzenia w życie bez zbędnych nakładów finansowych i czasowych

- uwzględnienie 7 wskazań zdrowego życia WHO

Problem drugi: *Jakie cechy zachowań człowieka mogą niekorzystnie wpłynąć na zdrowie?*

Kryterium oceny pomysłów jest wzór zachowań A, stworzony przez amerykańskich kardiologów.

Wzór zachowań A charakteryzuje się takimi cechami, jak:

- potrzeba osiągnięć
- chęć dominacji
- agresywność (najczęściej ukrywana, wypierana)
- ambicje
- obowiązkowość
- chęć osiągnięcia celu za wszelką cenę
- współzawodnictwo
- sprawdzanie siebie
- pełna kontrola sytuacji
- autokratyzm
- wywiązywanie się ze wszystkich obowiązków kosztem wypoczynku.

Przykład II – metoda projektów

Projekt pierwszy

Głównym zadaniem jest opracowanie przez studentów podzielonych na trzy grupy takich projektów żywieniowych, aby były zgodne z zasadami zdrowego odżywiania. Istotą tak prowadzonych zajęć jest dokonanie wartościowania opracowanych projektów z propozycjami zdrowego odżywiania podanymi przez ekspertów WHO.

Projekt drugi

Studenci pracują w trzech grupach nad następującymi zagadnieniami:

Grupa I

Spróbujcie wyszukać własne problemy zdrowotne biorąc za wzór holistyczną definicję WHO.

Grupa II

Jakie czynniki według waszych opinii oddziałują na wasze zdrowie?

Grupa III

Jak sądzą, jakie szkodliwe czynniki wpływające negatywnie na wasze zdrowie można wyeliminować z najbliższego środowiska?

Celem tak prowadzonych zajęć jest przekazanie studentom umiejętności definiowania własnych problemów zdrowotnych oraz pokazanie, iż nie są bez wpływu na realizację zadań poprawiających zdrowie.

Przykład III – gra dydaktyczna

Studenci podzieleni zostają na dwie grupy: A i B. Siadają w dwóch okręgach naprzeciw siebie. Studenci z grupy A (wewnętrzny okrąg) dostają karteczki z pytaniami, które zadają, zmieniając miejsca, kolejno kolegom z grupy B. Każdy student z grupy A ma zapisanych tyle odpowiedzi na swoje pytanie, ilu jest studentów w grupie B. Na koniec odczytują wszystkie odpowiedzi na zadane pytania, po czym rozpoczyna się ocena i dyskusja.

Propozycje pytań:

Temat pierwszy

1. *Dlaczego młodzież zaczyna palić papierosy?*
2. *Czy wiesz, jakie choroby wywołuje palenie?*
3. *Czy wiesz, jakie mogą być uboczne objawy rzucenia palenia i jak szybko ustępują?*
4. *Jak myślisz – jakie są korzyści z rzucenia palenia?*

Temat drugi

1. *Co oznacza skrót AIDS?*
2. *Co wywołuje AIDS?*
3. *Jakie są drogi zakażenia wirusem HIV?*
4. *Czy chorych na AIDS należy izolować?*
5. *Jak powinnam (powinienem) odpowiadać na pytanie koleżanki: „Kocham się z wieloma partnerami, czy mam się niepokoić?” lub „Niepokoję się, że mogę być zarażona HIV – gdzie mogę i jak mogę to sprawdzić?”*

Temat trzeci

1. *Jak myślisz, dlaczego młodzież sięga po alkohol?*
2. *Czy wiesz, na czym polega tzw. lecznicze działanie alkoholu?*
3. *Wymień objawy i skutki natychmiastowe i długofalowe picia alkoholu.*
4. *Wymień powody, dla których rodzina osoby nadużywającej alkoholu powinna szukać pomocy.*
5. *Spróbuj wymienić cechy uzależnienia alkoholowego?*

Opisana wyżej gra dydaktyczna nie tylko sprawdza wiedzę studentów, ale także zmusza do zastanowienia się nad przyczynami i skutkami uzależnień.

W kształtowaniu zachowań prozdrowotnych studentów dużą rolę odgrywają zajęcia prowadzone metodą biograficzną i sytuacyjną (przypadków). Scenariusze do tych zajęć można łatwo opracować, korzystając np. z listów osób piszących do czasopism o swoich obawach i lękach dotyczących zdrowia lub wykorzystując historie chorób znanych pisarzy, poetów, malarzy itd. Studenci dokonując analizy i oceny biografii lub przypadku poszukują odpowiedzi na pytania:

- *Jaką decyzję podjęliby sami będąc na miejscu danej osoby?*
- *Jakie czynniki doprowadziły do takich zachowań, sytuacji?*
- *Co należałoby zrobić, aby uniknąć danych problemów zdrowotnych lub zminimalizować skutki?*

Studenci bardzo chętnie uczestniczą w tak przygotowanych zajęciach, doceniając rangę wychowania zdrowotnego. Zwłaszcza studenci studiów zaocznych odczuwają potrzebę doksztalcenia i weryfikacji swej wiedzy oraz zachowań prozdrowotnych.

W niniejszym artykule podjęłam próbę prezentacji założeń programowych i realizacyjnych edukacji zdrowotnej, zdając sobie sprawę, iż temat potraktowany został sygnalnie, a wymaga dalszych rozważań i badań empirycznych.