

ZACHOWANIA ZDROWOTNE NAUCZYCIELI WYCHOWANIA FIZYCZNEGO JAKO ELEMENT KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH

HEALTH BEHAVIOURS OF PHYSICAL EDUCATION TEACHERS AS AN ELEMENT OF THEIR HEALTH COMPETENCE

Zofia Kubińska^{1(A,B,F,G)}, Anna Pańczuk^{1(C,D,F,G)}

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii

Kubińska Z., Pańczuk A. (2016), *Zachowania zdrowotne nauczycieli wychowania fizycznego jako element kompetencji zdrowotnych*. Rozprawy Społeczne, 3 (10), s. 78-85.

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie zachowań zdrowotnych nauczycieli wychowania fizycznego w zależności od płci i stażu pracy, jako istotnego elementu predyspozycji i kompetencji do realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Metodą sondażu diagnostycznego przebadano 150 nauczycieli. Według uzyskanych wyników większość badanych ma dobre relacje rodzinne i zawodowe, dba o własny rozwój, sprawność fizyczną i dobre samopoczucie. Wystąpiły też zachowania, które nie są pożądane w pracy nauczyciela, takie jak: picie alkoholu, stosowanie używek, sporadyczne dokształcanie się z edukacji zdrowotnej i sporadyczne udzielanie pomocy potrzebującym. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety spożywają alkohol oraz stosują używki. Z kolei kobiety częściej dbają o urodę i zgrabną sylwetkę. Regularne udzielanie pomocy częściej wskazywały osoby z najdłuższym oraz najkrótszym stażem pracy. Dobre relacje rodzinne najczęściej deklarowały osoby z najdłuższym stażem pracy, a dbanie o urodę i zgrabną sylwetkę z najkrótszym stażem.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, kompetencje zdrowotne, nauczyciel wychowania fizycznego

Summary

The aim of the following paper is to present health behaviours of physical education teachers, relating them to their gender and work experience, and to discuss them as significant elements of their predispositions and competence for realization of the health education programme at school. 150 teachers were tested with the diagnostic survey method. According to the obtained results, the majority of respondents have good family and professional relations, care about their development, physical fitness and good physical and mental state. Nevertheless, there were observed some undesirable behaviours in teachers' work, such as alcohol drinking, taking substances, insufficient self-education or unsatisfactory help for people in need. Men drink alcohol or use other substances significantly more often than women. Women, in turn, more often take care about their looks and slim figures. Regular helping the needy is declared most frequently by the persons with the longest and the shortest work experience. Those with the longest work experience mostly declare good family relations, whereas caring for their looks and slim figure is declared first of all by the persons with the shortest work experience.

Keywords: health behaviours, health competence, physical education teacher

Tabele: 0

Ryciny: 3

Literatura: 24

Otrzymano: 07.04.2016

Zaakceptowano: 27.04.2016

Wstęp

Rada i Parlament Europejski przyjęły pod koniec 2006 r. europejskie ramy kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie. W listopadzie 2012 r. została ogłoszona przez Komisję Europejską strategia pod hasłem: „Nowe podejście do edukacji”, wskazująca na potrzebę zmian w systemach kształcenia i szkolenia państw członkowskich, by były one w stanie zapewnić młodym ludziom rozwój umie-

jętności i kompetencji praktycznych, wymaganych obecnie od pracowników. W ramach tych przedsięwzięć zaproponowano systemom edukacyjnym zarówno szeroką i różnorodną listę kompetencji jak również standardowe procedury ich oceny (Włoch 2011; Komisja Europejska 2012).

Jak podaje M. Kisilowska (2008), według raportu Healthy People 2010 opracowanego przez amerykański Departament Zdrowia i Opieki Społecznej, kompetencje zdrowotne są definiowane jako: „stopień,

Adres korespondencyjny: Zofia Kubińska, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii, ul. Siderska 105, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: zofiakubinska@wp.pl, tel.: 83 344 99 02

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

w jakim osoby są w stanie uzyskiwać, przetwarzać i rozumieć podstawowe informacje i usługi zdrowotne konieczne do podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia". Według autorki kompetencje zdrowotne odnoszą się do potrzeb i umiejętności każdego człowieka w aspekcie jego zdolności wyboru i przestrzegania zdrowego stylu życia (zachowań zdrowotnych) oraz podejmowania decyzji w sytuacji bycia pacjentem. Istotne znaczenie kompetencji zdrowotnych w podnoszeniu poziomu świadomości zdrowotnej i sposobów dbałości o zdrowie, jako jedni z pierwszych, podkreślili austriacyzycy (Kisilowska 2008; Nutbeam 2000).

Kompetencje zdrowotne w literaturze polskiej są określane jako rozumienie przekazów zdrowotnych, od podstawowych umiejętności niezbędnych do przeczytania tekstów pisanych o tej tematyce czy komunikacji z osobą (np. lekarzem), po wyższe poziomy. Na te ostatnie składa się posiadanie wiedzy i umiejętności w zakresie tego, jak i gdzie poszukiwać informacji dotyczących wpływu różnorodnych czynników na zdrowie, zdolność krytycznego ich ocenia, rozumienia tych zależności, co daje podstawy do identyfikacji tych determinantów, a w sprzyjającym otoczeniu również do modyfikacji czyli dokonywania właściwych wyborów zdrowotnych z perspektywy umacniania zdrowia (Iwanowicz 2009; Woynarowska 2011; Śmiglewska i in. 2013).

Kompetencje zdrowotne to efekt edukacji zdrowotnej, posiada je osoba, która: rozumie pojęcia związane z promocją zdrowia i prewencją chorób, potrafi wskazać czynniki wpływające na zachowania zdrowotne w rodzinie i swoim środowisku, w mediach, a także te związane z kulturą i technologią; potrafi pozyskać wartościową informację, produkty i usługi wzmacniające zdrowie; posiada umiejętności komunikacyjne służące zdrowiu i umożliwiające unikanie czynników ryzyka; posiada umiejętność podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem; potrafi stawiać sobie cele zdrowotne; potrafi praktykować zdrowy styl życia i unikać ryzyka zdrowotnego, potrafi też bronić i działać na rzecz zdrowia swojego, swojej rodziny i społeczności (Niedźwiecka 2013).

Zachowania zdrowotne w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, zarówno w teorii jak i w praktyce, postrzegano w sposób zawężony, odwołując się do definicji biomedycznych. Rozpatrywano je wyłącznie w oparciu o kontakty z przedstawicielami medycyny. W latach siedemdziesiątych postrzeganie zachowań zdrowotnych poszerzono, nadając im psychosocjokulturową perspektywę (Wszędyrówny 2002; Kasl, Cobb 1966).

Według polskich koncepcji przez zachowania zdrowotne rozumie się wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez poszczególnych ludzi i przez grupy społeczne), w dziedzinie zdrowia tzn. wskazujące na to, jakim jest człowiek pod względem zdrowotnym, jak postrzega zdrowie, w jaki sposób nim dysponuje. Przez działania zdrowotne rozumie się wszelkie formy aktywności celowej, ukierunkowanej na ochronę

lub osiągnięcie poprawy własnego zdrowia. Wiele z tych zachowań wynika z indywidualnej troski o własne zdrowie i są niezależne od funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej (Syrek 2000; Titkow 1990; Majchrowska 2003). Zachowania związane z doskonaleniem zdrowia, jego utrzymaniem lub odzyskaniem są bezpośrednio związane z realizacją edukacji zdrowotnej przez różne podmioty (rodzinę, szkołę, społeczeństwo, media). Zgodnie z obowiązującą podstawą programową kształcenia ogólnego nauczyciele wychowania fizycznego w ramach swojego przedmiotu również realizują edukację zdrowotną (Rozporządzenie MEN, 2008). Zgodnie z teorią społecznego uczenia się, nauczyciele modelują zachowania zdrowotne uczniów, a ich postawa wobec własnego zdrowia może wpływać na preferowany model szkolnej edukacji zdrowotnej. (Woynarowska-Sołdan, Węziak-Białowska 2012; Caussidier i in. 2011). Rola edukatora zdrowia posiadającego kompetencje zdrowotne należy do nauczycieli wychowania fizycznego również dlatego, że bez aktywności fizycznej nie jest obecnie możliwa realizacja jakiegokolwiek strategii zdrowia, jego zachowanie, pomnażanie i odzyskanie (Piotrowicz i in. 2010; Śmiglewska i in. 2013). Ważnym warunkiem pełnienia roli edukatora zdrowia jest gotowość nauczycieli do prezentowania własnej postawy wobec zdrowia przez zachowania zdrowotne, które będą wzorem do naśladowania przez uczniów.

Celem artykułu było ukazanie wybranych zachowań zdrowotnych nauczycieli wychowania fizycznego w zależności od płci i stażu pracy. Postanowiono przedstawić zakres deklarowanych zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych badanych nauczycieli jako istotnych elementów posiadanych predyspozycji i kompetencji do realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 150 nauczycieli wychowania fizycznego pracujących w szkołach podstawowych (32%), gimnazjach (32%) i szkołach ponadgimnazjalnych (36%) na terenie powiatu bialskiego oraz miasta Biała Podlaska. Mężczyźni i kobiety stanowili po 50%. Większość badanych nauczycieli to mieszkańcy miast (72%). Pod względem stanowiska służbowego 70% respondentów posiada stopień nauczyciela dyplomowanego, 20% mianowanego, a 10% kontraktowego.

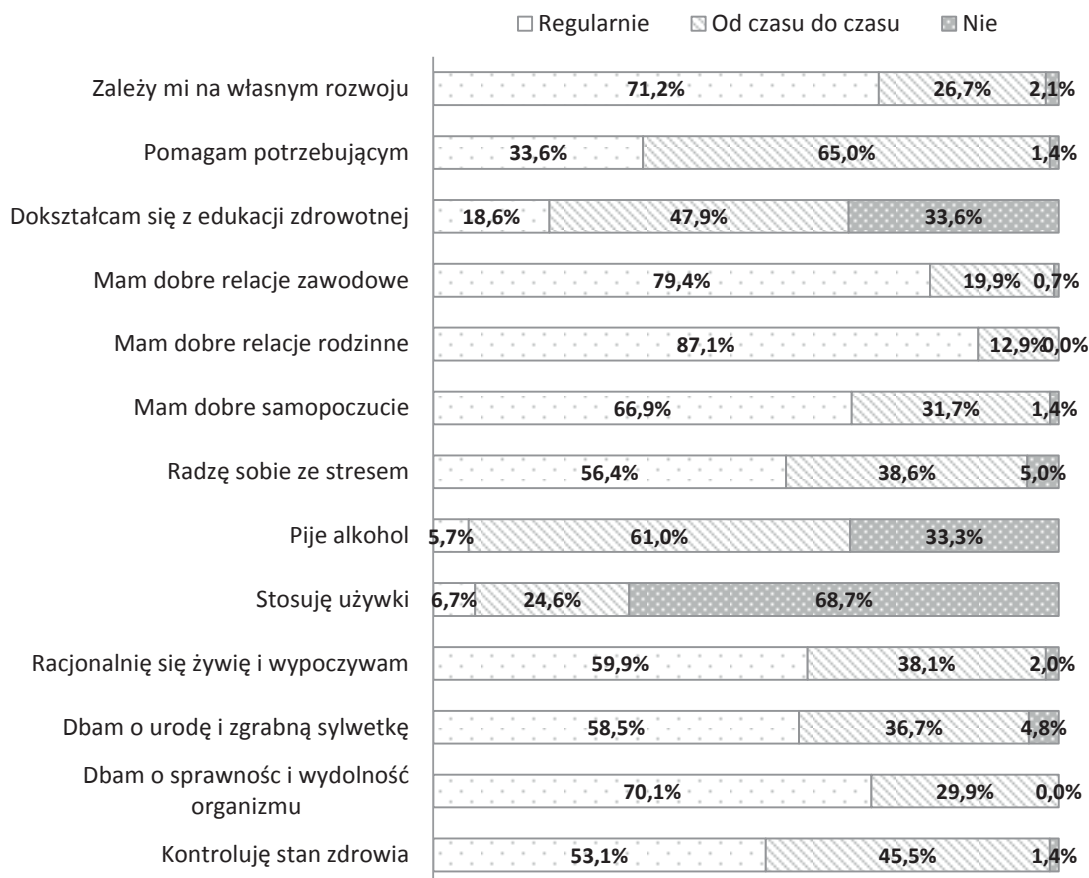
W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badania poprzedzone zostały badaniami pilotażowymi.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. W celu weryfikacji hipotez o niezależności cech zastosowano test χ^2 Pearsona. We wnioskowaniu statystycznym przyjęto poziom istotności $p=0,05$. Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 7.0. (StatSoft, Polska).

Wyniki badań

Zdecydowana większość badanych to osoby mające dobre relacje rodzinne (87,1%) i zawodowe (79,4%), dbające o własny rozwój (71,2%), sprawność fizyczną i wydolność organizmu (70,1%) oraz deklarujące dobre samopoczucie (66,9%). Duża grupa respondentów racjonalnie się żywi i wypoczywa (59,9%), dba o urodę i sylwetkę (58,5%), radzi sobie ze stresem (56,4%) i kontroluje stan zdrowia (53,1%). W samoocenie zachowań badanych wystę-

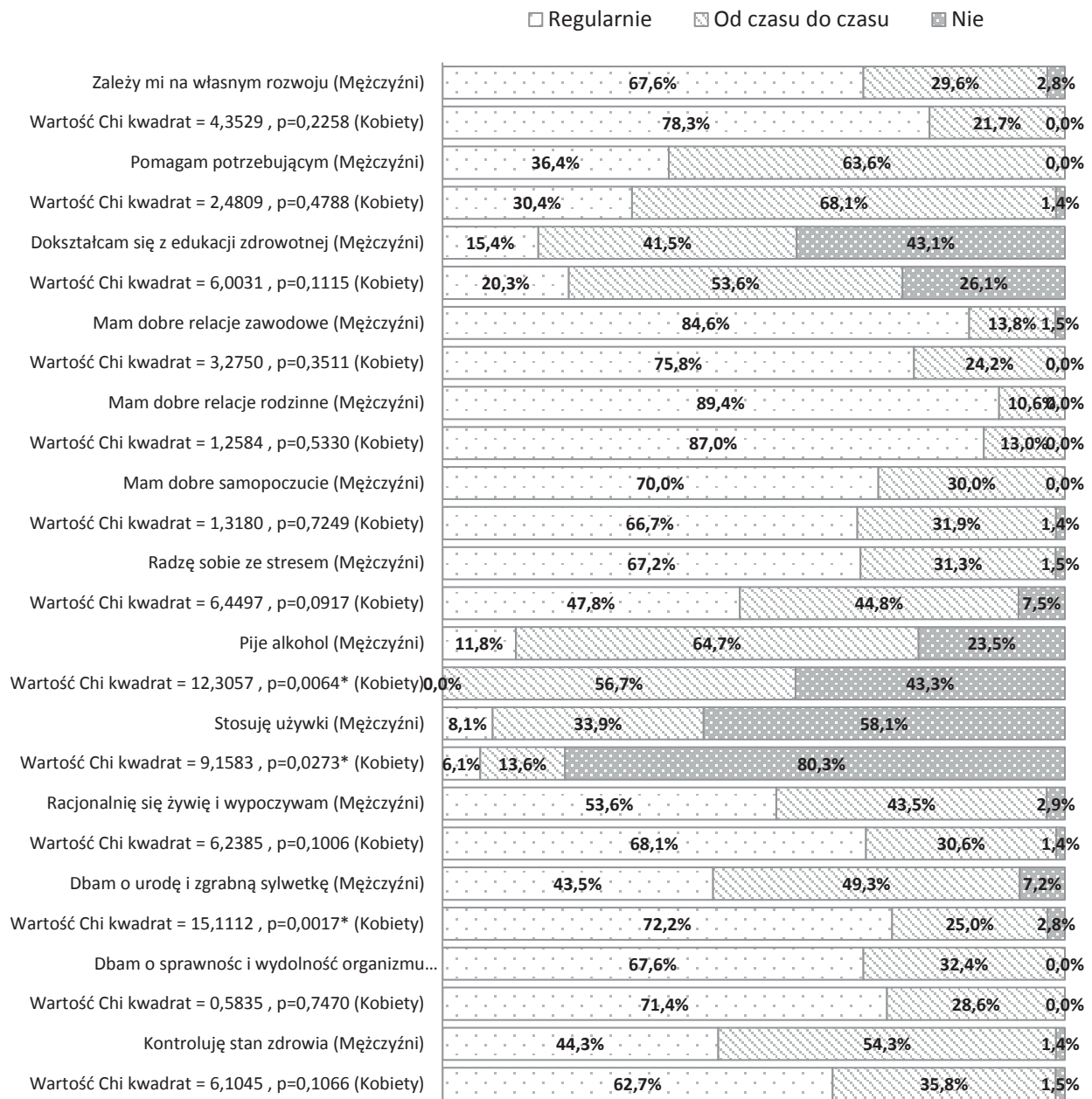
pują też cechy, które nie są raczej pożądane w pracy nauczyciela edukacji zdrowotnej. Są nimi: picie alkoholu (66,7%), stosowanie używek (31,3%) oraz sporadyczne dokształcanie się z edukacji zdrowotnej, do czego przyznaje się prawie połowa badanych (47,9%). Aż 65,0% tylko od czasu do czasu do czasu udziela pomocy potrzebującym, a co trzeci nigdy nie dokształcał się z edukacji zdrowotnej. Szczegółowe wyniki dotyczące częstości analizowanych zachowań zdrowotnych zamieszczono na ryc. 1.



Rycina 1. Zachowania zdrowotne w stylu życia badanych nauczycieli wychowania fizycznego z uwzględnieniem częstości

Częstość deklarowanych zachowań zdrowotnych przeanalizowano w zależności od płci badanych nauczycieli (ryc. 2). Wśród analizowanych zachowań zdrowotnych płeć różnicuje istotnie: picie alkoholu, stosowanie używek oraz dbałość o urodę i zgrabną sylwetkę. Mężczyźni częściej aniżeli kobiety spożywają alkohol ($\chi^2=12,3057$; $p=0,0064$) oraz stosują używki ($\chi^2=9,1583$; $p=0,0273$). Z kolei kobiety częściej dbają o urodę i zgrabną sylwetkę ($\chi^2=15,1112$; $p=0,0017$).

Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie, zaobserwowano jednak, iż kobiety częściej deklarowały iż zależy im na własnym rozwoju oraz dokształcaniu się z zakresu edukacji zdrowotnej. Częściej niż mężczyźni deklarowały również kontrolowanie stanu swojego zdrowia, racjonalne odżywianie i wypoczywanie. Z kolei mężczyźni częściej radzą sobie ze stresem.



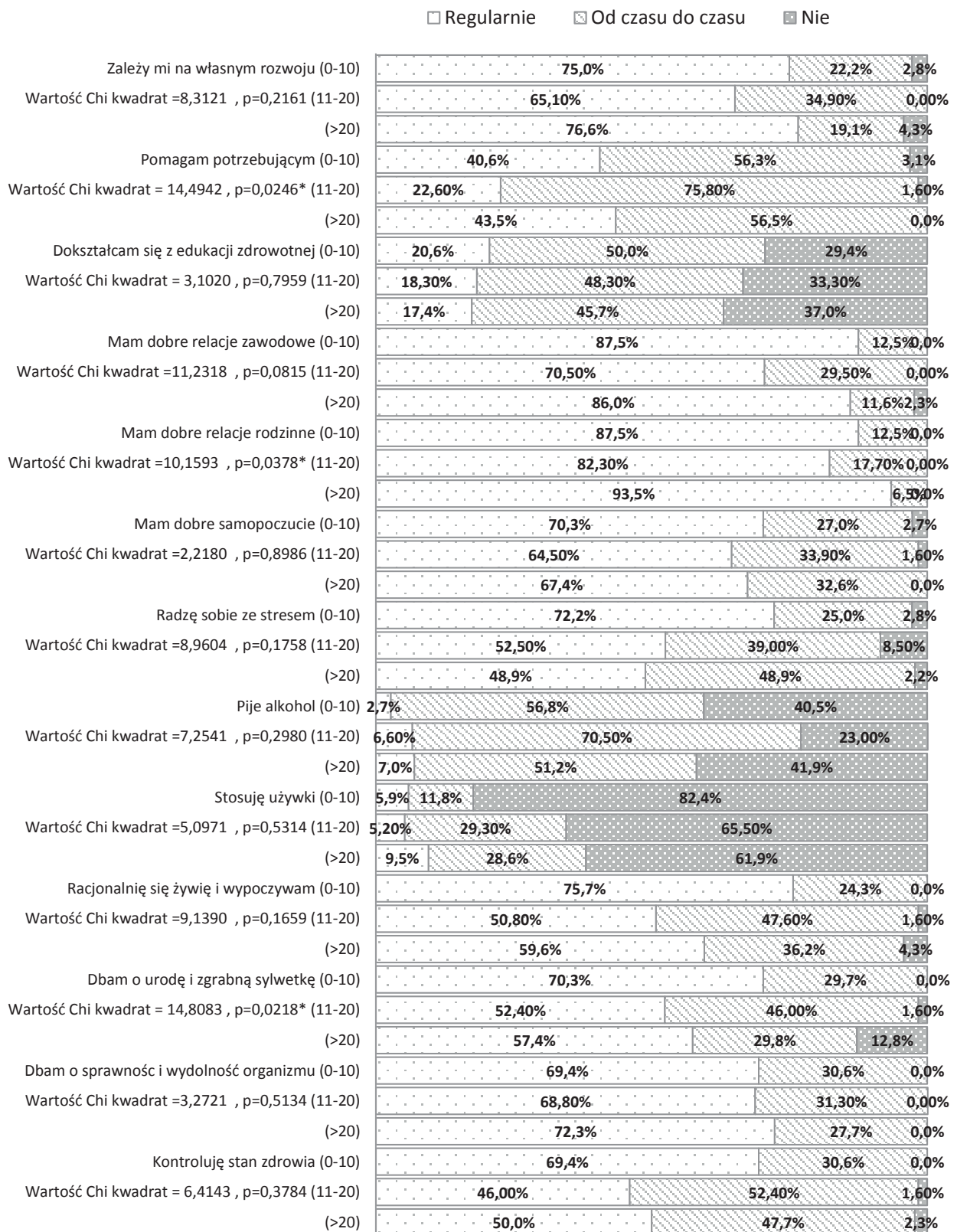
Rycina 2. Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych badanych i ich częstości ze względu na płeć

* istotne zróżnicowanie przy $p < 0,05$

Deklarowane zachowania zdrowotne przeanalizowano również w zależności od stażu pracy (ryc. 3). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy długością stażu pracy a częstością udzielania pomocy potrzebującym ($\chi^2=14,4942$; $p=0,0246$). Osoby z najdłuższym oraz najkrótszym stażem pracy częściej deklarowały regularne udzielanie pomocy, aniżeli osoby ze średnim stażem. Statystycznie istotną zależność stwierdzono również pomiędzy długością stażu pracy a dobrymi relacjami rodzinnymi ($\chi^2=10,1593$; $p=0,0378$). Najczęściej dobre relacje rodzinne deklarowały osoby z najdłuższym stażem pracy, w następnej kolejności osoby z najkrótszym, a najrzadziej ze średnim stażem (11-20 lat). Statystycznie

istotne różnice wystąpiły również w zakresie dbania o urodę i zgrabną sylwetkę ($\chi^2=14,8083$; $p=0,0218$). Tego rodzaju zachowanie najczęściej deklarowały osoby z najkrótszym stażem pracy.

Analiza pozostałych zachowań zdrowotnych w zależności od stażu pracy nie wykazała istotnych statystycznie różnic, zaobserwowano jednak, iż osoby o krótszym stażu pracy częściej deklarowały racjonalne żywienie i wypoczywanie, radzenie sobie ze stresem oraz kontrolowanie swojego stanu zdrowia. W grupie tej znalazło się też najwięcej osób nie stosujących używek (82,4%). Osoby z najkrótszym oraz najdłuższym stażem pracy częściej deklarowały dobre relacje zawodowe oraz dbanie o własny rozwój.



Rycina 3. Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych badanych i ich częstości ze względu na staż pracy (0-10 lat, 11-20, powyżej 20 lat)
 * istotne zróżnicowanie przy $p < 0,05$

Dyskusja

Wyniki badań ukazujące modele szkolnej edukacji zdrowotnej w różnych krajach (Liban, Tunezja, Maroko, Francja) wskazują, że realizowana edukacja nie wykracza poza model biomedyczny, a nauczyciele edukacji zdrowotnej opierają ją o własne kompetencje i postawy zdrowotne (Caussidier i in. 2011).

Wojciechowska uważa, że w procesie promowania zdrowia w szkole decydujące znaczenie ma uświadomienie uczniom tego, że zdrowie jest wartością, którą należy rozwijać i umacniać, gdyż jest ono dobrem samym w sobie oraz umożliwia uzyskiwanie innych wartości. Osobą, która w najlepszy sposób wspomaga ucznia w tworzeniu potencjału zdrowia, jest kompetentny, zaangażowany, o bogatej osobowości nauczyciel. Jako przewodnik po edukacji zdrowotnej, zapoznaje uczniów z celami działań na rzecz zdrowia i dostarcza argumentów, które świadczą o korzyściach płynących z dbania o nie. Przygotowuje uczniów do tego, aby potrafili wykorzystywać zdobytą wiedzę w codziennym życiu oraz dokonywali wyborów, podejmowali decyzje i działania na rzecz pomnażania zdrowia własnego i innych (Wojciechowska 2014).

Wyniki uzyskane przez Woynarowską-Sołdan i Węziak-Białowolską, które badały samoocenę zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli z wielu polskich miast sugerują, że styl życia badanej grupy nauczycieli znacznie odbiega od modelu prozdrowotnego. Jest to niepokojące zjawisko z punktu widzenia ich zdrowia i roli w edukacji zdrowotnej. Wskazuje ono również na niedostatki w przygotowaniu zawodowym i ich własnej edukacji zdrowotnej (Woynarowska-Sołdan, Węziak-Białowolska 2012).

Badani przez Prażmowską i wsp. nauczyciele ze szkół średnich w większości oceniają swój stan zdrowia jako dobry. Połowa z nich prowadzi zdrowy styl życia, pozostali odczuwają potrzebę zmiany. Wszyscy badani postrzegają siebie jako wzór dla swoich wychowanków i mają świadomość swojej roli w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych uczniów, ale połowa z nich nie czuje się przygotowana do prowadzenia edukacji zdrowotnej (Prażmowska i in. 2011).

W badaniach z Wielkopolski główne nieprawidłowości w zachowaniach prozdrowotnych nauczycieli dotyczyły sposobu żywienia (brak regularności oraz spożywanie zbyt dużej ilości cukrów prostych) oraz preferowania biernego wypoczynku. Warto również zwrócić uwagę, że wykonywanie obowiązków zawodowych dla 59,2% osób wiązało się z dużym lub bardzo dużym stresem (Zysnarska, Bernad 2007). Podobne wyniki uzyskano w badaniach nauczycieli ze szkół należących do wojewódzkich szkół promujących zdrowie. Największe nieprawidłowości w zakresie podejmowania zachowań prozdrowotnych dotyczyły aktywności fizycznej, żywienia oraz zachowań związanych ze zdrowiem psychicznym. Uzyskane wyniki wskazują, że styl życia znacznej części nauczycieli pod wieloma względami nie jest prozdrowotny. Sytuację tę można uznać za niepo-

kojącą ze względu na zdrowie nauczycieli, realizację ich zadań oraz modelowanie przez nich zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży (Woynarowska-Sołdan, Tabak 2013).

Badania Lipowskiego i Szczepańskiej-Klunder dotyczące zachowań zdrowotnych nauczycieli wychowania fizycznego pozwoliły stwierdzić autorom, że badanych cechuje przeciętny wskaźnik zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Kobiety od mężczyzn różniły się tylko w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (Lipowski, Szczepańska-Klunder 2013).

W badaniach własnych większość nauczycieli wychowania fizycznego to osoby mające dobre relacje rodzinne i zawodowe, dbające o własny rozwój, sprawność fizyczną i mające dobre samopoczucie. Ponad połowa respondentów racjonalnie się żywi i wypoczywa, dba o urodę i sylwetkę, radzi sobie ze stresem oraz kontroluje stan zdrowia. W samoocenie zachowań badanych występują też cechy, które nie są raczej pożądane w pracy nauczyciela edukacji zdrowotnej. Są nimi: picie alkoholu, stosowanie używek, tylko sporadycznie dokończanie się z edukacji zdrowotnej i udzielanie pomocy potrzebującym.

Woynarowska-Sołdan i Tabak stwierdziły, że w badanej grupie nauczycieli kobiety częściej, w porównaniu z mężczyznami, podejmowały zachowania prozdrowotne w zakresie żywienia, dbałości o ciało i zachowania bezpieczeństwa oraz częściej nie nadużywały alkoholu. Uzyskały one jednak, gorsze niż mężczyźni wyniki w sferze zachowań związanych ze zdrowiem psychicznym (Woynarowska-Sołdan, Tabak 2013). W badaniach własnych kobiety istotnie częściej deklarowały dbanie o urodę i zgrabną sylwetkę. Częściej niż mężczyźni deklarowały również kontrolowanie stanu zdrowia oraz racjonalne żywienie i wypoczywanie (różnice nieistotne statystycznie). Z kolei mężczyźni istotnie częściej aniżeli kobiety spożywają alkohol oraz stosują używki. Częściej też radzą sobie ze stresem (różnice nieistotne statystycznie).

W badaniach Woynarowskiej-Sołdan i Tabak nauczyciele w wieku 41 lat lub więcej wykazywali nieco mniej nieprawidłowości w zakresie zachowań zdrowotnych aniżeli ich młodsi koledzy. Jednakże to młodsi nauczyciele, częściej niż starsi, nie palili tytoniu i unikali biernego palenia (Woynarowska-Sołdan, Tabak 2013). Podobnie w badaniach, które prowadziła Duda-Zalewska, palenie papierosów częściej deklarowali nauczyciele o większym stażu pracy. W grupie tej prezentowano jednocześnie gorsze zachowania żywieniowe i częściej deklarowano wykonywanie zadań profilaktycznych (Duda-Zalewska 2012). W badaniach własnych osoby z najdłuższym stażem pracy częściej deklarowały dobre relacje rodzinne oraz pomaganie potrzebującym. Z kolei dbanie o urodę i zgrabną sylwetkę najczęściej deklarowały osoby z najkrótszym stażem pracy.

Według wyników Śmiglewskiej i wsp., dotyczą-

cych obecności edukacji zdrowotnej w lekcjach wychowania fizycznego, badani stwierdzili, że zagadnienia o charakterze zdrowotnym tylko w niewielkim stopniu były realizowane na zajęciach wychowania fizycznego. W największym zakresie nabywane były umiejętności dotyczące dostrzegania, rozumienia i podejmowania samodzielnych działań na rzecz zdrowia fizycznego. Jednak wszystkie wymiary edukacji zdrowotnej i rekreacyjnej poprzez doświadczanie praktyczne w niewielkim stopniu pojawiały się w ramach lekcji wychowania fizycznego (Śmiglewska i in. 2013).

Konkludując powyższe rozważania można przytoczyć stwierdzenia P. Nowaka, że choć formalnie szkoły od lat wpisują się w edukację zdrowia to jednak jej skuteczność jest niska. W praktyce przeważa aktywność, realizowane są programy nie spełniające wymogów komplementarności (pozbawione ewaluacji). W modelu edukacji zdrowotnej, w której nauczyciel wychowania fizycznego ma być koordynatorem konieczna jest systemowa diagnoza i ocena procesu edukacji zdrowotnej (Nowak 2012).

Wnioski

- Większość badanych nauczycieli ma dobre relacje rodzinne i zawodowe, dba o własny rozwój, sprawność fizyczną oraz deklaruje dobre samopoczucie.
- Badani podejmują również zachowania, które nie są pożądane w pracy nauczyciela edukacji zdrowotnej, takie jak picie alkoholu i stosowanie używek.
- Z punktu widzenia roli nauczycieli wychowania fizycznego w nowym modelu edukacji zdrowotnej, szczególnie niepokoi sporadyczne doszkadzanie się z tego zakresu. Konieczne wydaje się wprowadzenie odpowiedniego systemu szkoleń, które przygotowałyby nauczycieli do pełnienia roli lidera edukacji i promocji zdrowia w szkole.
- Kobiety częściej aniżeli mężczyźni dbają o urodę i zgrabną sylwetkę. Z kolei mężczyźni częściej spożywają alkohol oraz stosują używki.
- Regularne udzielanie pomocy częściej wskazywały osoby z najdłuższym oraz najkrótszym stażem pracy. Dobre relacje rodzinne najczęściej deklarowały osoby z najdłuższym stażem pracy, a dbanie o urodę i zgrabną sylwetkę z najkrótszym stażem.

Literatura:

- Caussidier C., El Hage F., Munoz F., Remki L., Larribi R., Khzami S.E., Berger D., de Carvalho G.S., Favre D. (2011), *In search of a health education model: teachers' conceptions in four Mediterranean countries*. Global Health Promotion, 18(4), s. 5-15.
- Duda-Zalewska A. (2012), *Zachowania zdrowotne nauczycieli a staż pracy w zawodzie*. Hygeia Public Health, 47(2), s. 183-187.
- Iwanowicz E. (2009), „Health Literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *Medycyna Pracy*, 60(5), s. 427-437.
- Kasl S.V., Cobb S. (1966), *Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-role Behavior*. Archives of Environmental Health. 12(4), s. 531-541.
- Kisilowska M (2008), *Health information literacy. Biblioteki na zdrowie!* Seria III: ePublikacje Instytutu INiB UJ. Red. Maria Kocójowa Nr 5. Biblioteka: klucz do sukcesu użytkowników. <http://eprints.rclis.org/14302/1/kisilowska-n.pdf> (data dostępu: 20.07.2015).
- Komisja Europejska (2012), *Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Nowe podejście do edukacji: Inwestowanie w umiejętności na rzecz lepszych efektów społeczno-gospodarczych*. Strasburg. http://biblioteka-krk.ibe.edu.pl/opac_css/doc_num.php?explnum_id=562 (data dostępu: 20.07.2015).
- Lipowski M., Szczepańska-Klunder Ż. (2013), *Zachowania zdrowotne nauczycieli wychowania fizycznego*, W: Z. Jastrzębski (red.), *Teoria i praktyka wychowania fizycznego i sportu*. T 1. Wyższa Szkoła Sportowa w Łodzi, s. 9-26.
- Majchrowska A. (2003), *Zachowania zdrowotne aspekty socjologiczne*, W: A. Majchrowska (red.), *Wybrane elementy socjologii*. Wyd. Czelej, Lublin s. 293-316.
- Niedźwiecka B. (2013), *Zdrowotne kompetencje informacyjne jako ważna składowa kompetencji zdrowotnych*. *Zdrowie Publiczne*, 123(1), s. 98-103.
- Nowak P.F. (2012), *Model edukacji zdrowotnej w polskiej szkole w opiniach nauczycieli*. *Hygeia Public Health*, 47(2), s. 207-210.
- Nutbeam D. (2000), *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health Promotion International*, 15(3), s. 259-267.
- Piotrowicz R., Podolec P., Kopeć G., Drygas W., Mamcarz A., Stańczyk J., Zdrojewski T., Kozek E., Godycki-Ćwirko M., Naruszewicz M., Undas A., Pająk A., Czarnecka D., Opala G., Grodzicki T. (2010), *Wytyczne Polskiego Forum Profilaktyki dotyczące aktywności fizycznej*. W: P. Podolec (red.) *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*. T.2. *Medycyna Praktyczna*, Kraków, s. 435-491.
- Prażmowska B., Dziubak M., Morawska S., Stach J. (2011), *Wybrane zachowania zdrowotne nauczycieli szkół średnich*. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2), s. 210-218.
- Rozporządzenie MEN z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Dz.U.2009, Nr 4, poz. 1.
- Syrek E. (2000), *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

16. Śmiglewska M., Cieślicka M., Lewandowski A., Stankiewicz B. (2013), *Wychowanie fizyczne a kompetencje zdrowotne według opinii studentów pierwszego roku wybranych wyższych uczelni*. Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu, 40, s. 27-36.
17. Titkow A. (1990), *Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*. W: A. Ostrowska (red.), *Wstęp do socjologii medycyny*. IFiS PAN IS UW, Warszawa.
18. Wojciechowska K. (2014), *Nauczyciel przewodnikiem w procesie promowania zdrowia w szkole*. Roczniki Pedagogiczne, t. 6(42), nr 2, s. 127-141.
19. Włoch A. (2011), *Społeczny wymiar edukacji europejskiej*. Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie, t. 18, nr 1, s. 225-241.
20. Woynarowska B. (2011), *Cechy współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa, s. 13-18.
21. Woynarowska-Sołdan M., Tabak I. (2013), *Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Medycyna Pracy, 64(5), s. 659-670.
22. Woynarowska-Sołdan M., Węziak-Białowolska D. (2012), *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli*. Problemy Higieny i Epidemiologii, 93(4), s. 739-745.
23. Wszędyrówny M. (2002), *Zachowania zdrowotne w warunkach biedy*. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław, s. 223-234.
24. Zysnarska M., Bernad D. (2007), *Zachowania prozdrowotne nauczycieli w województwie wielkopolskim część I*. Problemy Higieny i Epidemiologii, 88(2), s. 183-187.