

Barbara Woynarowska, Magdalena Woynarowska-Sołdan

Uniwersytet Warszawski

Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce: rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015

Health Promoting School in Poland and Europe: development of the concept and structure for it supporting in 1991–2015

ABSTRACT: The paper presents the evolution of the health promoting school (HPS) concept and the structure for supporting its development in Europe and Poland in the years 1991–2015. It describes the beginning of the HPS concept in Europe, its modifications, present values and pillars, as well as the development of the European Network of Health Promoting Schools, created by Council of Europe, WHO/Euro, and European Commission and its transformation into the Schools for Health in Europe network in 2007. Poland is one of the countries where the HPS concept was implemented earliest. In 2013 there were about 3,000 schools in the regional network of HPSs. The Polish concept of HPS is based on European principles of health promotion in school and is adjusted to the political, social and economic context, as well as the school system in our country. The implementation of the HPS programme in Poland had an influence on: introducing health promotion at school in many legal acts, the school core curriculum, as well as creating a team for supporting health education and health promotion in the education sector at the national level. The HPS programme had periods of dynamic development, as well as stagnation and crisis, which were due to many barriers. In order for the HPS programme to develop in the future some important conditions have to be met, such as a general understanding of its concept and benefits for education and society and active support from academic and research institutions.

KEYWORDS: School, health promotion, models, standards, Poland, Europe.

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono ewolucję koncepcji szkoły promującej zdrowie (SzPZ) oraz struktury dla wspierania jej rozwoju w Europie i Polsce w latach 1991–2015. Omówiono początki wdrażania tej koncepcji w Europie, kolejne jej modyfikacje, aktualnie przyjęte wartości i filary takiej szkoły. Opisano rozwój Europejskiej Sieci Szkół Promującej Zdrowie utworzonej w 1992 r. przez Radę Europy, WHO/Euro i Komisję Europejską, przekształconej w 2009 r. w sieć Szkoły dla Zdrowia w Europie. Polska należy do krajów, które najwcześniej podjęły tę inicjatywę europejską. W 2013 r. do wojewódzkich sieci tych szkół należało ok. 3000 placówek. Koncepcja SzPZ, jej kolejne modele i standardy uwzględniają zasady promocji zdrowia w szkole w Europie, są dostosowywane do sytuacji politycznej, społecznej i ekonomicznej oraz zmian w systemie edukacji w Polsce. Realizacja programu SzPZ w Polsce przyczyniła się do wpisania ochrony i promocji zdrowia w szkole do wielu aktów prawnych, włączenia edukacji zdrowotnej do podstaw programowych kształcenia ogólnego oraz utworzenia w resorcie edukacji na poziomie krajowym zespołu metodyczno-organizacyjnego dla wspierania edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole. SzPZ miała okresy dynamicznego rozwoju, a także stagnacji i kryzysów wynikających z wielu barier. Dla dalszego rozwoju SzPZ potrzebne jest m.in. zrozumienie jej koncepcji, dostrzeżenie wynikających z niej korzyści dla edukacji i społeczeństwa oraz aktywne wsparcie działań ze strony szkół wyższych i instytucji naukowych.

SŁOWA KLUCZOWE: Szkoła, promocja zdrowia, modele, standardy, Europa, Polska.

Wprowadzenie

W ostatnich dekadach dokonał się na świecie ogromny postęp nauk medycznych – profilaktyki, diagnozowania i terapii wielu chorób – oraz wzrosło zainteresowanie nauk społecznych zdrowiem jako kategorią pozytywną. Wyodrębniły się takie subdyscypliny, jak: pedagogika zdrowia, psychologia zdrowia, socjologia zdrowia. W obszarze nauk medycznych wyróżniono dziedzinę nauk o zdrowiu (Rozporządzenie 2011). Pojawiło się też nowe podejście do polityki zdrowotnej i nowe strategie działań dla umacniania zdrowia, a wśród nich jego promocja.

Promocja zdrowia jest najczęściej definiowana jako proces umożliwiania (*enabling*) ludziom zwiększania kontroli nad czynnikami warunkującymi ich zdrowie w celu jego poprawy (WHO 1998, s. 1–2). Odnosi się ona przede wszystkim do systemów społecznych i jest sztuką interwencji w te systemy oraz zachęcania, aby rozwijano je w kierunku zdrowych systemów/środowisk (Grossmann, Scala 1997). Jednym z nowych podejść/metod w promocji zdrowia jest podejście siedliskowe (*settings approach*). W Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia (WHO 1986), która stworzyła podstawy do rozwoju promocji zdrowia, zapisano: „zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, tam, gdzie uczą się, pracują, bawią i kochają”. Siedlisko jest środowiskiem, w którym na zdrowie i samopoczucie ludzi wpływa wiele różnych czynników. Ludzie ci mogą wspólnie podejmować działania dla modyfikacji wpływu tych czynników, aby sprzyjały zdrowiu, jego umacnianiu oraz rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i społeczności

(Laverac 2014, s. 174). Od końca lat 80. XX w. realizowane są w Europie programy/projekty promocji zdrowia wykorzystujące podejście siedliskowe: „Zdrowe miasta”, „Szkoła promująca zdrowie”, „Promocja zdrowia w miejscu pracy”, „Więzienie promujące zdrowie”, „Uniwersytet promujący zdrowie”, „Szpital promujący zdrowie” (Woynarowska 1999).

Program „Szkoła promująca zdrowie” (SzPZ), rozwijany w Europie i w Polsce od 1991 r., jest najbardziej rozpowszechnionym i dynamicznie rozwijającym się siedliskowym projektem promocji zdrowia. Jest on także wyrazem nowego podejścia do postrzegania związków między wychowaniem (edukacją) a zdrowiem oraz roli szkoły w ochronie i umacnianiu zdrowia jednostki i społeczeństwa. Postrzeganie tych związków ma długie tradycje:

- od higieny szkolnej, w pierwszej poł. XX w., która dostrzegала zagrożenia dla zdrowia uczniów związane ze szkołą i koncentrowała się przede wszystkim na zapobieganiu chorobom zakaźnym (Woynarowska 2000, s. 32), do całościowego podejścia do zdrowia w szkole w Sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie (*The Egmond Agenda* 2002) i uznania zdrowia za zasób dla edukacji, a edukacji za zasób dla zdrowia (Woynarowska i in. 2014, s. 160);
- od tradycyjnej koncentracji na zdrowiu uczniów do brania pod uwagę zdrowia całej społeczności szkolnej – uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły (Woynarowska-Sołdan 2015).

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zmian koncepcji SzPZ i struktury dla wspierania jej rozwoju w Polsce w latach 1991–2015 na tle zmian dokonujących się w tym zakresie w Europie. W opracowaniu wykorzystano publikacje oraz dokumenty piśmienne z pierwszych lat wdrażania tej koncepcji w Europie i w Polsce¹.

Szkoła promująca zdrowie w Europie

Tworzenie struktury

Kamieniem milowym dla tworzenia SzPZ było Europejskie Sympozjum „Szkoła Promująca Zdrowie” zorganizowane w 1986 r. przez *Scottish Health Education Group*, ośrodek współpracujący z Biurem Regionalnym dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO/Euro). Uczestniczyli w nim przedstawiciele 28 krajów (Young 2005), w tym Polski. Zapoczątkowało ono budowa-

¹ Dokumenty dotyczące wdrażania koncepcji SzPZ dostępne są w Ośrodku Rozwoju Edukacji (ORE).

nie koncepcji SzPZ, zapisanej po raz pierwszy w 1989 r. w raporcie „Zdrowa Szkoła” (Young, Williams 1989).

W 1990 roku na konferencji poświęconej edukacji zdrowotnej, trzy organizacje międzynarodowe – Rada Europy, WHO/Euro i Komisja Europejska – zaplanowały utworzenie Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (*European Network of Health Promoting School*, ENHPS). Tworzenie sieci (*networking*) jest ważnym elementem promocji zdrowia. Pierwsze siedem krajów, które spełniły ustalone warunki, w tym Polskę, przyjęto do ENHPS we wrześniu 1992 r. (Steward Burgher i in. 1999; Young 2005). Liczba krajów członkowskich ENHPS systematycznie zwiększała się i w 2006 r. należało do niej ponad 40 krajów (Gray i in. 2006). Celem ENHPS było rozwijanie koncepcji SzPZ oraz zacieśnianie związków między edukacją a zdrowiem na wszystkich poziomach – krajowym, lokalnym i szkolnym.

W 1990 roku Ilona Kickbush (Dyrektor Wydziału Style Życia i Zdrowie w WHO/Euro) zaproponowała wdrożenie pilotażowego projektu promocji zdrowia „Zdrowa szkoła” w Czechosłowacji, Polsce i na Węgrzech (krajach, które rozpoczęły proces transformacji ustrojowej), na wzór wcześniejszego projektu „Zdrowe Miasto”² (po kilku miesiącach nazwę projektu zmieniono na „Szkoła promująca zdrowie”), którego celem było zdobycie pierwszych doświadczeń we wdrażaniu koncepcji SzPZP do praktyki. Pierwsze spotkanie odbyło się w Kopenhadze 24–25 kwietnia 1991 roku.

W 2007 roku ENHPS przekształciła się w sieć „Szkoły dla Zdrowia w Europie” (*School for Health in Europe*, SHE), która działa dotychczas. Sekretariat SHE mieści się w Dutch Institute for Healthcare Improvement (CBO) w Utrechcie (Holandia)³. Do sieci należą obecnie 43 kraje regionu europejskiego WHO.

Rozwój koncepcji

Koncepcja SzPZ i jej wdrażanie w Europie było nowym zadaniem. Podobne działania w zakresie wszechstronnego podejścia do zdrowia w szkole podjęto na początku lat 80. w Stanach Zjednoczonych, w ramach *Comprehensive School Health Programs* (Allensworth, Kolbe 1987). Przeniesienie jego koncepcji, a zwłaszcza strategii działania do Europy, uznano za niemożliwe m.in. wobec istotnych różnic w podejściu do zdrowia publicznego (Young 2005).

² Szczegółowe informacje zawiera wywiad z dr. Iloną Kickbusch: *Wpisać zdrowie do programu szkoły*, „Lider” 1992, nr 3, s. 3–6.

³ Szczegółowe informacje i materiały dotyczące sieci są dostępne na stronie: www.schools-for-health.eu (aktualny e-mail Sekretariatu SHE: she@cbo.nl).

Dlatego w pierwszej dekadzie w ENHPS trwały dyskusje dotyczące europejskiej koncepcji SzPZ, strategii jej tworzenia oraz ewaluacji procesu i wyników. Pracami kierował powołany przez trzy organizacje *International Planning Committee* (Sekretariat Techniczny w Kopenhadze), ściśle współpracujący z narodowymi koordynatorami oraz ośrodkami naukowymi, zwłaszcza w Szkocji, Walii i Danii.

W pierwszych latach podstawą działań w Europie była koncepcja SzPZ zawarta w raporcie „Zdrowa szkoła” (omówiono ją niżej, w części pt. „Szkoła promująca zdrowie w Polsce”, w punkcie: „1992–1995: Projekt pilotażowy. Podstawa: raport „Zdrowa szkoła”). Stopniowo zaczęto formułować szerszej cechy/zasady/kryteria/komponenty/cele⁴ SzPZ o różnym stopniu szczegółowości, określające równocześnie kierunki działań. Sformułowania te w poszczególnych dokumentach zmieniały się. Na przykład, w połowie lat 90. kierunki/cele działań SzPZ określono w ENHPS w następujący sposób (Woynarowska 1995a, s. 22–23):

- zapewnić sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne pracy i nauki (budynek, obiekty rekreacyjne i sportowe, posiłki szkolne, bezpieczeństwo itd.);
- kształtować poczucie odpowiedzialności za zdrowie u każdej osoby, w rodzinie i w społeczności lokalnej;
- zachęcać do zdrowego stylu życia oraz stworzyć uczniom i pracownikom realne i atrakcyjne możliwości dokonywania zdrowych wyborów;
- umożliwiać uczniom rozwój ich potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego oraz wzmacniać ich poczucie własnej wartości;
- przedstawiać społeczności szkolnej (uczniom i dorosłym) jasne cele dla promocji zdrowia i bezpieczeństwa;
- kształtować dobre relacje między pracownikami i uczniami, samymi uczniami, szkołą i rodzicami i społecznością lokalną;
- wykorzystywać wszystkie środki w społeczności lokalnej dla wspierania działań w zakresie promocji zdrowia;
- włączyć edukację zdrowotną uczniów do programu nauczania szkoły z wykorzystaniem aktywizujących metod uczenia;
- wyposażać uczniów w wiedzę i umiejętności niezbędne do podejmowania wyborów dla poprawy własnego zdrowia oraz tworzenia zdrowego i bezpiecznego środowiska fizycznego;

⁴ W kolejnych dokumentach ENHPS używano zamiennie różnych tego typu określeń.

- włączyć do działań szkoły szkolną służbę zdrowia, zwłaszcza do edukacji zdrowotnej oraz pomocy uczniom we wchodzeniu w rolę aktywnego konsumenta opieki zdrowotnej.

Kluczową rolę w budowaniu i upowszechnianiu koncepcji SzPZ odegrały cztery Europejskie Konferencje Szkół Promujących Zdrowie (Woynarowska-Sołdan 2015), skupiające naukowców, twórców polityki edukacyjnej i zdrowotnej, nauczycieli i uczniów z krajów należących do sieci. Owocem tych konferencji były rezolucje, wytyczające kierunki działań na kolejne lata. Na szczególną uwagę zasługuje rezolucja pierwszej konferencji (1997, Saloniki-Halkidiki) (*The Health* 1997) i trzeciej (2009, Wilno) (*Better* 2009). Określono w nich kluczowe zasady (tab. 1) oraz wartości i filary SzPZ (tab. 2).

Tabela 1. Kluczowe zasady szkoły promującej zdrowie zapisane w rezolucji pierwszej Europejskiej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie, Saloniki-Halkidiki, 1997

Kluczowe zasady szkoły promującej zdrowie
<p>Demokracja – SzPZ wspiera uczenie się, rozwój osobisty i społeczny oraz zdrowie.</p> <p>Równość – SzPZ zapewnia wszystkim dostęp do pełnego zakresu edukacji, wolność od represji, lęku i ośmieszania, wspiera rozwój emocjonalny i społeczny każdego członka społeczności szkolnej.</p> <p>Wzmacnianie i rozwijanie kompetencji do działania¹⁾ – SzPZ zwiększa możliwości młodych ludzi do działania i wprowadzania zmian; wzmacnia uczniów, wspiera ich wizję siebie i umożliwia wpływanie na własne życie.</p> <p>Środowisko szkoły – SzPZ uznaje, że środowisko fizyczne i społeczne szkoły jest podstawowym warunkiem dla utrzymania i doskonalenia zdrowia oraz wspiera dobre samopoczucie społeczności szkolnej.</p> <p>Program nauczania – SzPZ dostosowuje program nauczania do potrzeb młodych ludzi (obecnych i przyszłych). Powinien on stymulować kreatywność, zachęcać do uczenia się i rozwijania umiejętności życiowych²⁾; być inspiracją dla nauczycieli i innych pracowników, wspierać ich rozwój osobisty i zawodowy.</p> <p>Kształcenie nauczycieli – SzPZ jest inwestycją dla zdrowia i edukacji; jej koncepcja powinna być uwzględniona w kształceniu przed- i podyplomowym nauczycieli.</p> <p>Mierzenie efektów – SzPZ systematycznie dokonuje oceny skuteczności działań.</p> <p>Współdziałanie – dla rozwoju SzPZ niezbędna jest współodpowiedzialność, partnerstwo i ścisła współpraca międzyresortowa, szczególnie resortu edukacji i zdrowia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym z jasnym określeniem ról i zakresu odpowiedzialności partnerów.</p>

¹⁾ Rozwijanie kompetencji do działania (*action competence*) jest uznawane za nadrzędny cel edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży przez pedagogów duńskich. Działanie jest ukierunkowane na rozwiązanie problemów, może dotyczyć różnych obszarów związanych ze zdrowiem i doprowadzić do zmiany (np. własnego stylu życia, funkcjonowania szkoły, społeczności lokalnej). Kompetencje do działania to: wgląd w siebie i wiedza, zaangażowanie, wizja siebie i „świata”, doświadczanie w konkretnych działaniach (Jensen 1997).

²⁾ Umiejętności życiowe (*life skills*) to umiejętności (zdolności) pozytywnych zachowań przystosowawczych, które umożliwiają jednostce skuteczne radzenie sobie z wymaganiami i wyzwaniem codziennego życia. Są to różnorodne umiejętności osobiste i społeczne (psychospołeczne), dzięki którym ludzie mogą kierować swoim życiem, rozwijać się i zmieniać środowisko (WHO 1998, s. 15).

Źródło: *The Health* 1997.

Tabela 2. Kluczowe wartości i filary szkoły promującej zdrowie zapisane w rezolucji z trzeciej Europejskiej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie, Wilno, 2009

Kluczowe wartości szkoły promującej zdrowie	Filary szkoły promującej zdrowie
<p>Równość. SzPZ dąży do zapewnienia wszystkim równego dostępu do edukacji i zdrowia, co może w dłuższej perspektywie wpłynąć na zmniejszenie nierówności w zdrowiu oraz na jakość i możliwość uczenia się przez całe życie.</p> <p>Ciągłość i kontynuacja działań. W SzPZ efekty edukacyjne i zdrowotne można osiągnąć dopiero po co najmniej 5–7 latach.</p> <p>Włączenie. SzPZ jest społecznością uczącą się, w której każdy czuje się obdarzony zaufaniem i szanowany, dobre są relacje między uczniami, uczniami i nauczycielami oraz szkołą, rodzicami i społecznością lokalną.</p> <p>Upodmiotowienie¹⁾ i rozwijanie kompetencji do działania. SzPZ umożliwia uczniom i pracownikom aktywny udział w ustalaniu celów i działaniach dla ich osiągnięcia.</p> <p>Demokracja. Działania SzPZ są oparte na wartościach demokratycznych, przestrzegane są w praktyce zasady respektowania praw i brania odpowiedzialności.</p>	<p>Całościowe podejście do zdrowia w szkole (whole school approach to health), które zakłada istnienie spójności między polityką²⁾ szkoły a jej codzienną praktyką i uwzględnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ukierunkowanie edukacji zdrowotnej w szkole na uczestnictwo i rozwijanie kompetencji do działania, – branie pod uwagę tego, jak uczniowie rozumieją zdrowie i dobre samopoczucie, – tworzenie w szkole polityki na rzecz zdrowia, – tworzenie środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu, – kształtowanie kompetencji życiowych, – budowanie skutecznych związków między szkołą a społecznością lokalną, – efektywne korzystanie ze świadczeń pracowników medycznych. <p>Uczestnictwo. Podstawowym warunkiem skuteczności działań w SzPZ jest uczestnictwo i zaangażowanie uczniów, pracowników i rodziców, dzięki czemu rozwija się ich poczucie współtworzenia (współwłasności, ownership).</p> <p>Jakość szkoły. Tworzenie SzPZ wspiera osiągnięcie przez szkoły podstawowych celów edukacyjnych i społecznych oraz jak najlepszych wyników. Zdrowi uczniowie lepiej się uczą, zdrowi pracownicy lepiej pracują i mają większą satysfakcję z pracy.</p> <p>Dowody. SzPZ wykorzystuje informacje na temat wyników badań wskazujących na skuteczne podejścia i praktykę (evidence) promocji zdrowia w szkole w odniesieniu do zagadnień związanych ze zdrowiem (np. zdrowie psychiczne, żywienie, używanie substancji psychoaktywnych) i całościowego podejścia do zdrowia w szkole.</p> <p>Szkoła a społeczność lokalna. SzPZ angażują się w życie społeczności lokalnej, działają na rzecz wzmocnienia kapitału społecznego i świadomości zdrowotnej jej członków.</p>

¹⁾ Upodmiotowienie (*empowerment*) w promocji zdrowia oznacza, że jednostki lub społeczności uzyskują możliwość własnego działania oraz moc/siłę (*power*) kontrolowania własnego zdrowia i środowiska, kierowania swoim życiem, przejmowania odpowiedzialności za swoje decyzje związane ze zdrowiem.

²⁾ Termin „polityka” (*policy*) jest powszechnie używany w piśmiennictwie anglojęzycznym. Odnosi się do dokumentu na piśmie, w którym określa się całościowe podejście do danego zagadnienia (opis sytuacji, priorytety, cele i zadania dla ich osiągnięcia, plan działań, jego wdrażanie, monitorowanie i ewaluacja, organizacja, komunikowanie efektów).

Źródło: *Better* 2009.

Jednym z ważniejszych działań mających znaczenie dla rozwijania koncepcji SzPZ były prace nad ewaluacją wyników, a zwłaszcza poszukiwanie wskaźników sukcesu, które dostarczyłyby szkołom i decydentom dowodów (*evidence*), że ich działania są skuteczne. Zainicjowało to próby budowania graficznych modeli prezentujących komponenty SzPZ w kontekście tych wskaźników. Nie ustalono jednego, uniwersalnego modelu dla Europy, choć w niektórych w materiałach ENHPS (Barnekow i in. 2006) zamieszczano ekoholistyczny

model takiej szkoły zaproponowany przez Anglików (Parsons i in. 1996). Modele graficzne SzPZ zaczęto opracowywać w wielu krajach. Ich analiza, dokonana przez Duńczyków wykazała, że istnieje duże zróżnicowanie koncepcji i komponentów SzPZ w poszczególnych krajach. Autorzy uznali, że koncepcja tej szkoły jest „rekonstruowana” i „dekonstruowana” w różnym kontekście edukacyjnym i kulturowym. Dynamiczne związki między różnymi czynnikami politycznymi, społecznymi i ekonomicznymi wpływają na wybór priorytetów i metod wykorzystywanych w tworzeniu SzPZ w poszczególnych krajach. Opracowanie jednego modelu takiej szkoły nie jest możliwe, a nawet pożądane. Każdy model jest konsensusem między jego autorami („konstruktorami”) i odnosi się do specyficznej sytuacji i kontekstu. SzPZ jest raczej procesem albo interpretacją danego kontekstu niż efektem wdrażania ustalonych ogólnych zasad. Modele oraz definicje mogą być przydatne w procesie dialogu między promotorami zdrowia w szkole w Europie. Celem tego procesu nie jest tworzenie „obiektywnej” prawdy i normatywnych standardów, ale nowych konstrukcji będących wyzaniem do dalszych poszukiwań (Jensen, Simovska 2002, s. 2–3; Woynarowska, Stępnik 2002).

Szkoła promująca zdrowie w Polsce

Początki

Kamieniem milowym w rozwoju SzPZ w Polsce było przetłumaczenie, opublikowanie i upowszechnienie przez Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN) we wszystkich szkołach w kraju raportu „Zdrowa szkoła” (Young, Williams 1989). Było to pierwsze w Europie narodowe wydanie tego raportu.

W styczniu 1991 roku Polska otrzymała od WHO/Euro propozycję uczestnictwa w projekcie pilotażowym „Zdrowa szkoła”⁵. Propozycja ta zyskała akceptację MEN oraz Dyrektora Instytutu Matki i Dziecka, prof. Zdzisława Rondio. Dzięki wydatnej pomocy pracowników MEN, Władysława Trybusa i Marii D. Kameckiej, w ostatnim kwartale 1991 r. dokonano wyboru 15 szkół spośród 382 szkół podstawowych, które zgłosiły się dobrowolnie do uczestnictwa w projekcie. Program, pod patronatem MEN, rozpoczęto oficjalnie 4 grudnia 1991 r. (Woynarowska, Sokołowska 1993, s. 8).

⁵ Pismo I. Kickbusch, *Director Lifestyles and Health WHO Euro*, z dnia 17.01.1991 r. skierowane do Barbary Woynarowskiej, Kierownika Zakładu Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka. Szczegółowe informacje dotyczące pierwszych miesięcy pracy nad projektem w Polsce, szkół w nich uczestniczących i struktury dla ich wspierania przedstawiono w czasopiśmie „Lider”, 1992, nr 3.

Upowszechnianie

Doświadczenia szkół projektowych były systematycznie upowszechniane za pośrednictwem czasopisma „Lider” oraz krajowych i regionalnych konferencji. Wiele placówek zainteresowało się tą koncepcją i już w drugiej połowie 1992 r. w woj. ciechanowskim, wokół szkoły projektowej w Pułtusku, utworzono pierwszą wojewódzką sieć szkół promujących zdrowie. Liczba tych sieci systematycznie się zwiększała. W 1998 r., przed zmianą podziału administracyjnego kraju, do 31 sieci wojewódzkich⁶ należało ponad 600 szkół i innych placówek. Od 1999 r. rozpoczęła się reorganizacja sieci w nowych województwach. W 2006 r. sieci istniały we wszystkich 16 województwach; w końcu 2014 r. należało do nich ok. 3000 szkół różnego typu i przedszkoli⁷. W niektórych województwach (np. podkarpackie, łódzkie) utworzono rejonowe sieci SzPZ, co ułatwia wspieranie jednostek z poziomu bliższego niż miasto wojewódzkie.

W 2009 roku podjęto decyzję o nadawaniu przez ministra Edukacji Narodowej Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie na wniosek Kapituły tego certyfikatu⁸. Do końca 2013 r. certyfikat ten nadano 142 szkołom.

Tworzenie warunków i struktury

Rozwój ruchu oddolnego, jakim jest SzPZ, ze względu na nowe i całościowe podejście do zdrowia w szkole, wymaga koordynacji i wspierania działań szkół na poziomie krajowym i wojewódzkim/rejonowym. Służy temu opisana niżej struktura.

Poziom krajowy. Jednym z założeń ENHPS było wspieranie rozwoju SzPZ przez współpracujące ze sobą resorty edukacji i zdrowia, a warunkiem włączenia kraju do tej sieci jest podpisanie przez obu ministrów porozumienia w sprawie wspierania rozwoju SzPZ oraz stworzenie odpowiedniej struktury na poziomie krajowym.

W Polsce pierwsze porozumienie między Ministrem Edukacji Narodowej oraz Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie wspierania roz-

⁶ Zasady przyjmowania szkół do wojewódzkich sieci SzPZ zaproponowano w 1995 r. (Woynarowska 1995a, s. 53). Obecnie zasady te są ustalane w każdym województwie.

⁷ Dane Zespołu ds. Promocji Zdrowia w Szkole Ośrodka Rozwoju Edukacji (ORE) w Warszawie.

⁸ Zasady ubiegania się o ten certyfikat zamieszczono na stronie Ośrodka Rozwoju Edukacji: www.ore.edu.pl (zakładka: Promocja zdrowia). Funkcję przewodniczącej Kapituły pełni B. Woynarowska.

woju SzPZ w latach 1992–1995 podpisano 31 grudnia 1991 r. Po 5 latach starań, 1 września 2000 r., podpisano drugie porozumienie na lata 2000–2002. Po kolejnej wieloletniej przerwie, 23 listopada 2009 r., podpisano na czas nieokreślony trzeci dokument: „Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży”.

Dla wspierania szkół i współpracy z ENHPS stworzono strukturę, w której skład wchodzi:

- Krajowy koordynator SzPZ⁹, który reprezentował Polskę w ENHPS, a obecnie w sieci SHE, i jest powoływany przez Ministra Edukacji Narodowej;
- Krajowy zespół wspierający SzPZ. W latach 1995–1997 był to Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie w Instytucie Matki i Dziecka. Od 1999 r. zadanie to przejął resort edukacji, tworząc Pracownię Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Krajowym Ośrodku Wspierania Edukacji Zawodowej (KOWEZ); od 2009 r. zadania te pełni Zespół Promocji Zdrowia w Szkole w Ośrodku Rozwoju Edukacji (ORE) (Woynarowska 2013, s. 3).

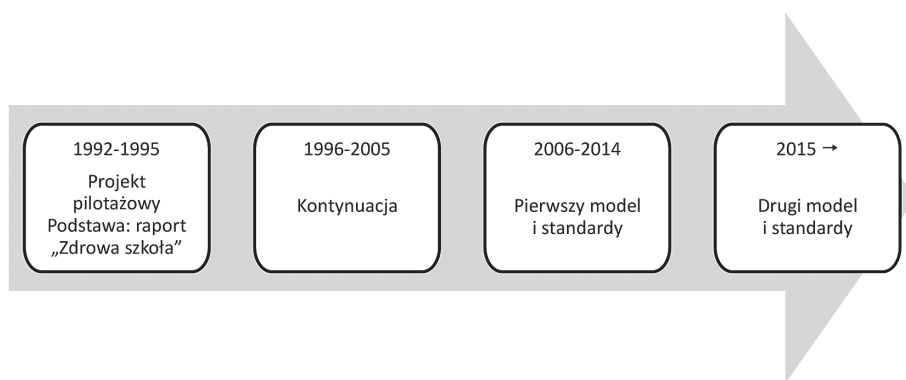
Poziom wojewódzki. W każdym województwie funkcjonuje wojewódzki koordynator SzPZ powoływany przez kuratora oświaty. Jest nim pracownik kuratorium lub placówki doskonalenia nauczycieli. Jego działania są wspierane przez zespół, w skład którego wchodzi przedstawiciele instytucji resortu edukacji i zdrowia (np. stacji sanitarno-epidemiologicznej, wydziału zdrowia) oraz innych organizacji (np. PCK). Podpisywane są porozumienia o współpracy z kierownikami instytucji i organizacji tworzących taki zespół. Podobna struktura istnieje w rejonowych sieciach SzPZ.

Poziom szkolny. W szkole powołany jest szkolny koordynator promocji zdrowia oraz szkolny zespół ds. promocji zdrowia. W jego skład wchodzi przedstawiciele różnych grup społeczności szkolnej, nauczycieli, pracowników niepedagogicznych, uczniów, rodziców. Ich zadania i doświadczenia opisano w kolejnych poradnikach (Woynarowska 1995a, s. 42–50; Woynarowska, Sokołowska 2000, s. 36–44, 2006, s. 24–28). Kluczową sprawą dla rozwoju SzPZ jest zaangażowanie i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły.

⁹ Rolę tę pełniły dotychczas: B. Woynarowska (1992–1997), M. Sokołowska (2000–2008), K. Stępiak (2009–2014).

Rozwój koncepcji

Rozwój koncepcji SzPZ w Polsce był ściśle związany z jej ewolucją w Europie, a jednocześnie uwzględniał odrębności i uwarunkowania istniejące w naszym kraju (m.in. związane z systemem edukacji, czynnikami społeczno-kulturowymi, sytuacją ekonomiczną). Wdrażanie koncepcji przypadało na okres transformacji ustrojowej, którą charakteryzowały liczne przemiany we wszystkich obszarach życia, w tym także zmiany strukturalne (1999) i programowe w systemie oświaty (1997, 1999–2002, 2008). Powodowało to potrzebę modyfikacji koncepcji i dostosowywania jej do aktualnej sytuacji. W okresie niemal ćwierćwiecza można wyróżnić kilka okresów rozwoju SzPZ w Polsce (rys. 1).



Rysunek 1. Okresy rozwoju szkoły promującej zdrowie w Polsce
Źródło: opracowanie własne.

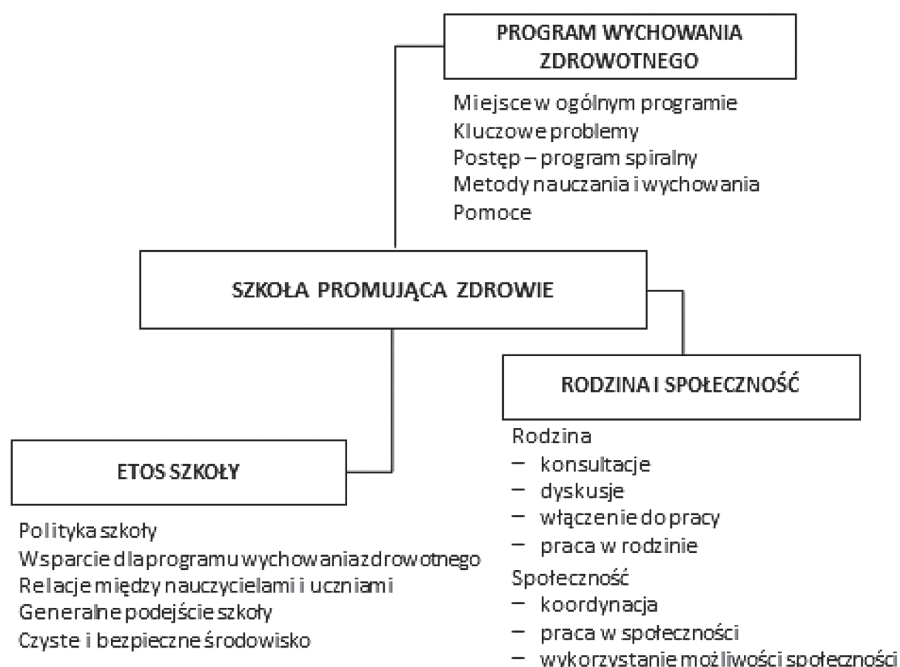
1992–1995: Projekt pilotażowy. Podstawa: raport „Zdrowa szkoła”

Na początku lat 90. na polskim gruncie idea SzPZ była zupełnie nowa. Polska została zaproszona do udziału w pilotażowym projekcie, zespół koordynujący jego realizację na poziomie krajowym otrzymał wydatną pomoc ekspertów europejskich (warsztaty, konferencje, materiały¹⁰) w jego wdrażaniu. Na tym etapie tworzenia przyjęto koncepcję przedstawioną w raporcie „Zdrowa szkoła” oraz wykorzystywano propozycje opracowane w ENHPS.

W raporcie „Zdrowa szkoła” zapisano, że SzPZ charakteryzują trzy podstawowe cechy, które określają kierunki działań (Young, Williams 1989) (rys. 2):

¹⁰ Przetłumaczono i upowszechniono dwa poradniki dotyczące promocji zdrowia w szkole i edukacji zdrowotnej (Woynarowska 1995b; Weare, Gray 1996).

1. „Wychowanie zdrowotne¹¹ realizowane w ramach formalnego programu nauczania. [...]
2. Uwzględnienie spraw zdrowia w całej działalności szkoły, co określić można jako »ukryty« program lub etos szkoły. Obejmuje on stosunki i atmosferę panującą w szkole, wzory tworzone przez nauczycieli, środowisko fizyczne i wiele innych właściwości życia szkoły.
3. Współdziałanie szkoły z rodziną i całą społecznością, w której szkoła istnieje”.



Rysunek 2. Koncepcja (model) SzPZ według raportu „Zdrowa szkoła”

Źródło: Young, Williams 1989, s. 18.

Koncepcję tę rozwinęto w poradnikach dla szkół. W pierwszym z nich (Woynarowska, Sokołowska 1993) nie podano definicji takiej szkoły. Okazało się jednak, że jest ona potrzebna w praktyce i w drugim poradniku (Woy-

¹¹ W 1990 r. termin *health education* tłumaczono jako „wychowanie zdrowotne”. Był on tradycyjnie używany od końca lat 60., zgodnie z koncepcją M. Demela (1968). Stopniowo zastępowano go szerszym terminem „edukacja zdrowotna”.

narowska 1995) podjęto pierwszą próbę jej sformułowania (tab. 3). W definicji tej uwzględniono kierunki działań, ujęte w nieco innej perspektywie niż w raporcie „Zdrowa szkoła”.

Tabela 3. Kolejne definicje szkoły promującej zdrowie w Polsce opracowane w latach 1995, 2006 i 2014

Rok (autor)	Definicja
1995 (Woynarowska 1995a, s. 23)	Szkoła promująca zdrowie jest to siedlisko, w którym członkowie społeczności szkolnej – pracownicy i uczniowie: — podejmują starania, aby poprawić swoje samopoczucie i zdrowie, — uczą się, jak zdrowiej żyć i jak tworzyć zdrowe środowisko, — zachęcają ludzi w innych siedliskach w swoim otoczeniu, zwłaszcza rodziców, do podjęcia podobnych działań.
2006 (Woynarowska, Sokołowska 2006, s. 16)	Szkoła promująca zdrowie tworzy warunki i podejmuje działania, które sprzyjają: — dobremu samopoczuciu członków społeczności szkolnej, — podejmowaniu przez członków społeczności szkolnej działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi oraz tworzenia zdrowego środowiska.
2014 (Woynarowska, Woynarowska-Soldan 2014, s. 2)	Szkoła promująca zdrowie to szkoła, która we współpracy z rodzicami uczniów i społecznością lokalną: — systematycznie i planowo tworzy środowisko społeczne i fizyczne sprzyjające zdrowiu i dobremu samopoczuciu społeczności szkolnej, — wspiera rozwój kompetencji uczniów i pracowników w zakresie dbałości o zdrowie przez całe życie.

Źródło: opracowanie własne.

1996–2005: Kontynuacja

Przedstawiona wyżej koncepcja SzPZ była wykorzystywana w Polsce do 2005 r. W kolejnym poradniku (2000) definicję SzPZ z 1995 r. (tab. 3) nieco rozszerzono: wyjaśniono, czym jest siedlisko, oraz dopisano cechy/działania, które należy podjąć w takiej szkole (Woynarowska, Sokołowska 2000, s. 22).

W 2002 roku rozpoczęto dyskusję, z udziałem wojewódzkich i szkolnych koordynatorów, nad potrzebą modyfikacji dotychczasowej polskiej koncepcji SzPZ i opracowania jej standardów. Standardy takie opracowano w niektórych krajach, np. w Anglii (*National* 1999). Prace podjęto w 2004 r. Ich uzasadnieniem były zmiany dokonujące się w tamtym okresie w Europie i w Polsce, w tym (Woynarowska, Sokołowska 2006, s. 15):

- rozwój ENHPS, wskazywanie nowych kierunków działań (ekoholistyczny model SzPZ, rezolucje europejskich konferencji, podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych), poszukiwanie metod ewaluacji i dowodów skuteczności działań;
- zmiany wynikające z reformy programowej systemu edukacji w Polsce (1999–2002): wprowadzenie ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”;

upowszechnienie aktywizujących metod nauczania/uczenia się, dokonywanie pomiaru jakości pracy szkoły;

- rozwój ruchu SzPZ w kraju;
- istnienie wielu ogólnokrajowych projektów dla szkół (np. Szkoła z klasą, Szkoła ucząca się) i możliwość uzyskiwania przez szkoły różnych certyfikatów.

2006–2014: Pierwszy model i standardy

W 2006 roku zakończono prace nad modyfikacją polskiej koncepcji SzPZ, modelem i standardami. Opracowane na poziomie krajowym założenia sprawdzono w 12 szkołach, które dobrowolnie podjęły się tego zadania; w pracach aktywnie uczestniczyli niektórzy wojewódzcy koordynatorzy. Działania były wspierane przez WHO/Euro, które zachęcało kraje członkowskie do opracowania wskaźników wykorzystywanych w ewaluacji procesu i wyników różnych elementów działań SzPZ w celu sprawdzania ich skuteczności (Barnekow i in. 2006, s. 41–60). Ich efektem było opracowanie i upowszechnienie nowej definicji, modelu, standardów SzPZ oraz narzędzi do ich autoewaluacji.

W nowej definicji SzPZ (tab. 3) skoncentrowano się na efektach działań w zakresie promocji zdrowia w szkole – poprawie samopoczucia członków społeczności szkolnej oraz ich własnych działaniach dla zdrowia i tworzenia w szkole środowiska sprzyjającego mu.

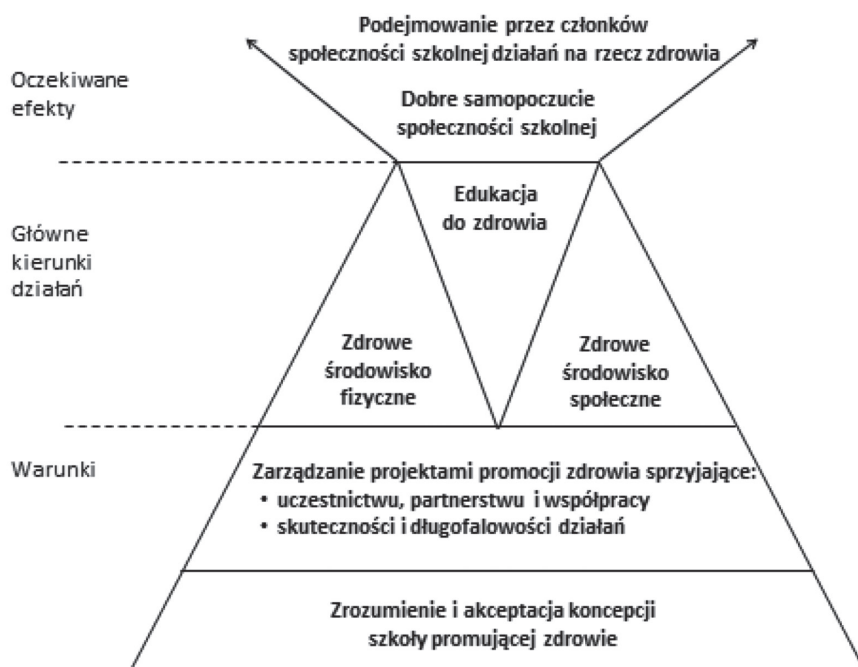
Pierwszy model SzPZ (rys. 3) składał się z trzech wzajemnie powiązanych poziomów¹²:

- warunki, jakie należy spełnić, aby podjąć kluczowe działania w SzPZ;
- główne kierunki działań dla osiągnięcia oczekiwanych efektów;
- oczekiwane efekty zgodne z przyjętą definicją SzPZ.

Model ten był punktem wyjścia do opracowania standardów SzPZ (tab. 4). Standardy 1 i 2 odpowiadały dolnemu poziomowi modelu (warunki), a standardy 3–5 – poziomowi środkowemu (główne kierunki działań). Założono, że standardy opisują model SzPZ oraz jej specyfikę wyróżniającą te szkoły od tych, które nie podjęły takich działań. Główną ich funkcją było stworzenie podstaw do programowania ewaluacji SzPZ, czyli sprawdzania, w jakim stopniu szkoła zbliża się do poziomu, który można by uznać za

¹² W konstrukcji tego modelu wzorowano się na „trójkącie” hierarchii potrzeb A.D. Maslowa (1990), która określa kierunek zaspokajania potrzeb człowieka „od dołu do góry”. W modelu SzPZ wierzchołek trójkąta „otworzono”, zakładając, że wymienione efekty będą utrzymywać się u członków społeczności szkolnej w dalszych latach ich życia.

„optymalny”. W standardach nie uwzględniono oczekiwanych efektów (poziomu górnego), uznając, że na efekty te trzeba oczekiwać wiele lat i zależą one od wielu czynników, także pozaszkolnych (Woynarowska, Sokołowska 2006, s. 17).



Rysunek 3. Model szkoły promującej zdrowie w Polsce w 2006 r.

Źródło: Woynarowska, Sokołowska 2006, s. 16.

Największym osiągnięciem w tym okresie było opracowanie narzędzi do ewaluacji pięciu standardów¹³, w tym narzędzi do oceny klimatu społecznego szkoły (Woynarowska-Sołdan, Węziak-Białowolska 2010). Przeznaczone one były do użytku szkół w celu sprawdzania, w jakim stopniu szkoła spełnia warunki określone w standardach. Narzędzia te mogły być także wykorzystywane w diagnozie stanu wyjściowego. Wyniki autoewaluacji dokonanej na podstawie tych narzędzi stanowią od 2009 r. podstawę do ubiegania się o nadanie Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie.

¹³ Jest to praca zbiorowa autorstwa: I. Lutze, M. Sokołowskiej, B. Woynarowskiej, M. Woynarowskiej-Sołdan (2006, s. 49–149).

Tabela 4. Standardy szkoły promującej zdrowie opracowane w 2006 r. i 2014 r.

Rok (autorzy)	Standardy
2006 (Woynarowska, Sokołowska 2006, s. 17)	<p>Szkoła promująca zdrowie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pomaga członkom społeczności szkolnej (w tym rodzicom) zrozumieć i zaakceptować koncepcję szkoły promującej zdrowie. 2. Zarządza projektami promocji zdrowia w sposób sprzyjający: <ul style="list-style-type: none"> – uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu społeczności szkolnej (w tym rodziców) i społeczności lokalnej, – skuteczności i długofalowości działań. 3. Prowadzi edukację zdrowotną uczniów i pracowników oraz dąży do zwiększenia jej jakości i skuteczności. 4. Tworzy klimat społeczny sprzyjający: <ul style="list-style-type: none"> – satysfakcji z nauki i pracy w szkole, osiąganiu sukcesów oraz wzmacnianiu poczucia własnej wartości u uczniów i pracowników, – zdrowiu i rozwojowi uczniów i pracowników, – uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu członków społeczności szkolnej, rodziców i osób ze społeczności lokalnej. 5. Tworzy środowisko fizyczne sprzyjające zdrowiu, bezpieczeństwu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników.
2014 (Woynarowska, Woynarowska-Soldan 2014, s. 2)	<p>W szkole promującej zdrowie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koncepcja pracy szkoły, jej struktura i organizacja sprzyjają uczestnictwu społeczności szkolnej w realizacji działań w zakresie promocji zdrowia oraz skuteczności i długofalowości tych działań. 2. Klimat społeczny szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz rodziców uczniów. 3. Szkoła prowadzi edukację zdrowotną uczniów, a także nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz dąży do poprawy jej jakości i skuteczności. 4. Warunki i organizacja nauki i pracy sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz współpracy z rodzicami.

W 2013 roku zaistniała kolejna potrzeba modyfikacji modelu i standardów SzPZ. Wynikała ona z konieczności:

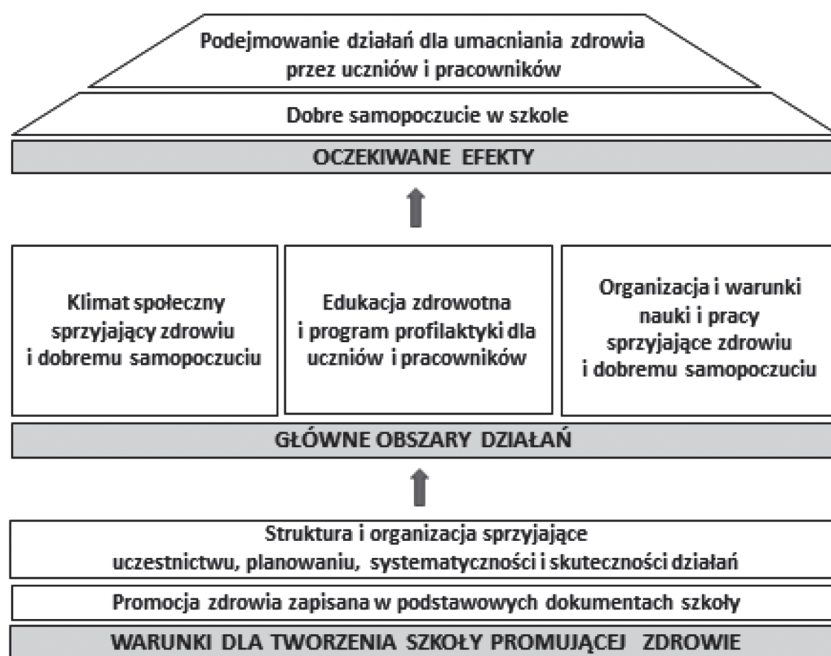
- dostosowania zasad SzPZ do aktualnej sytuacji w systemie edukacji: wprowadzenie w 2008 r. nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego, w której zmieniono „status” edukacji zdrowotnej (MEN 2009, s. 52–66); zmiana zasad nadzoru pedagogicznego, m.in. wprowadzenie ewaluacji zewnętrznej szkół;
- uproszczenia narzędzi do autoewaluacji SzPZ dla zmniejszenia ich czasochłonności i obciążenia szkół pracą (m.in. wyeliminowanie wskaźników trudno mierzalnych, o wątpliwej wartości, ograniczenie ich liczby).

W pracach nad modyfikacją modelu, standardów SzPZ i narzędzi do autoewaluacji ich osiągnięcia wykorzystano dotychczasowe, ponad 22-letnie polskie doświadczenia w tworzeniu takiej szkoły, w tym: zasady planowania i ewaluacji działań oraz model i standardy SzPZ z 2006 r. Dokonując tej modyfikacji, przyjęto dwa podstawowe założenia:

- fundamentem SzPZ jest koncepcja promocji zdrowia i jej specyficzne podejścia: siedliskowe, „od ludzi do problemu”, uczestnictwo społeczności szkolnej (Woynarowska, Sokołowska 2006, s. 17–20);
- Polska jest członkiem sieci „Szkoły dla zdrowia w Europie”(SHE) i w tworzeniu SzPZ odwołujemy się do pięciu wartości i filarów przyjętych w tej sieci (tab. 2).

Do najważniejszych zmian, w stosunku do 2006 r., należą (Woynarowska 2014):

1. Modyfikacja definicji SzPZ – we wstępie podkreślono współpracę z rodzicami uczniów i społecznością lokalną, a w punktach wymieniono główne kierunki działań (tab. 3).
2. Modyfikacja modelu SzPZ – jego graficznej formy: utrzymano trzy poziomy (warunki dla tworzenia szkoły promującej zdrowie, główne obszary działań, oczekiwane efekty, ale zmieniono niektóre opisy (ryc. 4); strzałki oznaczają kierunek działań (od dołu do góry).
3. Zmniejszenie liczby standardów z pięciu do czterech: dotyczą one, jak poprzednio, dwóch pierwszych poziomów modelu, wprowadzono zmiany w ich sformułowaniu (tab. 4). Najistotniejszą merytoryczną zmianą jest podkreślenie w standardach (a także w modelu) działań ukierunkowanych na zdrowie i dobre samopoczucie nauczycieli i innych pracowników szkoły. Uzasadnieniem do tego są doświadczenia z realizowanego aktualnie projektu „Promocja zdrowia pracowników szkoły” (Woynarowska-Sołdan, Skoczek 2014).
4. Wprowadzenie oceny oczekiwanych efektów i opracowanie narzędzi do tej oceny. Dotychczas nie dokonywano takiej oceny. Założono, że może to dostarczyć dowodów, że w szkole nie tylko dużo się dzieje, ale że działania te mają rzeczywisty wpływ na poprawę samopoczucia uczniów i pracowników oraz podejmowanie przez nich działań dla umacniania swego zdrowia. Takie rozwiązanie nawiązuje do filarów sieci SHE, wśród których wymieniono również „dowody”. Wydaje się to uzasadnione w przypadku szkół starających się o Krajowy Certyfikat, które realizują program SzPZ i należą do wojewódzkiej sieci co najmniej 5 lat, a po tym czasie można już oczekiwać pewnych efektów.
5. Dokonano znacznej modyfikacji wszystkich narzędzi do autoewaluacji SzPZ – zmniejszono liczbę wskaźników, ankiet, arkuszy zbiorczych, wyeliminowano wskaźniki zbyt ogólne i trudno mierzalne.



Rysunek 4. Model szkoły promującej zdrowie w Polsce, zaproponowany w 2014 r.
Źródło: Woynarowska B., Woynarowska-Soldan M. 2014.

Prace te prowadzone były w ORE z udziałem wojewódzkich i szkolnych koordynatorów oraz dyrektorów SzPZ z dużym doświadczeniem. W końcu 2014 r. rozpoczął się pilotaż nowych narzędzi do autoewaluacji SzPZ w 10 szkołach różnych typów z 5 województw, które zgłosiły dobrowolnie chęć sprawdzenia przydatności tych narzędzi.

2015 rok: drugi model i standardy

W 2015 roku planowane jest zakończenie badań pilotażowych nowego modelu, standardów i narzędzi do autoewaluacji SzPZ oraz opracowanie i upowszechnienie poradnika do użytku szkół. Wyniki autoewaluacji dokonanej za pomocą tych narzędzi będą podstawą do ubiegania się o Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie. Coraz więcej szkół jest zainteresowanych uzyskaniem tego certyfikatu. Wychodzi to naprzeciw założeniom rządowego programu na lata 2014–2016 „Bezpieczna i przyjazna szkoła”. W celu 3. tego programu „Promowanie zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży” za

rekomendowane zadanie uznano „zwiększenie liczby szkół i placówek podejmujących działania na rzecz promocji zdrowia, przystępujących do sieci Szkół Promujących Zdrowie (MEN 2014, s. 16).

Uwagi końcowe

Program Szkoła promująca zdrowie jest projektem promocji zdrowia, a nie interwencyjnym i profilaktycznym, choć zawiera również elementy profilaktyki. Jest kolejną próbą wpisania zdrowia do programu szkoły, nowego rozumienia związków między zdrowiem a edukacją oraz polityki edukacyjnej z polityką zdrowotną.

Dwudziestopięcioletnie doświadczenie wskazuje, że jest on dynamiczny, otwarty, elastyczny, reagujący na zmiany zachodzące w systemie edukacji, a także na zmiany społeczno-ekonomiczno-polityczne. Ma on wymiar europejski, ale każdy kraj, respektując podstawowe założenia koncepcji promocji zdrowia i wykorzystując propozycje ENHPS i SHE, dostosowuje go do swoich realiów, możliwości i potrzeb. Tę swobodę mają również szkoły uczestniczące w programie, mogąc wybierać cele i działania dla nich osiągalne.

Polska należy do krajów o najdłuższych doświadczeniach w tworzeniu SzPZ i jest aktywnym członkiem europejskiej sieci. Naszymi atutami jest to, że ośrodki koordynujące działania na poziomie krajowym i wojewódzkim znajdują się w resorcie edukacji, że mamy ogólnokrajową strukturę w postaci sieci regionalnych, przywiązujemy znaczenie do planowania i ewaluacji, stanowiących podstawę skuteczności działań.

W okresie minionego ćwierćwiecza program SzPZ przyczynił się do wpisania działań na rzecz ochrony i promocji zdrowia w szkole do wielu aktów prawnych, w tym do Narodowego Programu Zdrowia, włączenia edukacji zdrowotnej – po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce – do podstaw programowych kształcenia ogólnego oraz utworzenia w resorcie edukacji na poziomie krajowym zespołu metodyczno-organizacyjnego dla wspierania edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole. W tym czasie SzPZ miała okresy dynamicznego rozwoju, a także stagnacji i kryzysów wynikających z wielu barier natury ogólnej i na poziomie międzyresortowym, a także w resorcie edukacji (Woynarowska i in 2014, s. 178–184).

Szkoła promująca zdrowie budzi wciąż zainteresowanie wielu placówek, uzyskała akceptację polskich władz oświatowych. Dla dalszego rozwoju potrzebne jest m.in. zrozumienie jej koncepcji, dostrzeżenie wynikających z niej korzyści dla społeczeństwa i aktywne wsparcie działań ze strony szkół wyższych i instytutów naukowych, także pedagogicznych.

Literatura

- Allensworth D.D., Kolbe L.J. (1987), *The comprehensive school health program: exploring an expanded concept*, „Journal of School Health”, nr 1, s. 409–412.
- Barnekow V., Buijs G., Clift S., Jensen B.B., Paulus P., Rivett D., Young I. (2006), *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*, International Planning Committee, Copenhagen.
- Demel M. (1968), *O wychowania zdrowotnym*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa.
- Gray G., Young I., Barnekow V. (2006), *Developing a health-promoting school*, International Planning Committee, Copenhagen.
- Grossman R., Scala K. (1997), *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Jensen B.B. (1997), *A case of two paradigms within health education*, „Health Education Research”, nr 4, s. 419–428.
- Jensen B.B., Simovska V. (eds.) (2002), *Models of health promoting schools in Europe*, WHO, Copenhagen.
- Laverack G. (2014), *a-z health promotion*, Palgrave Macmillan, New York.
- Maslow D.A. (1990), *Motywacja a osobowość*, Instytut Wydawniczy „Pax”, Warszawa.
- MEN (2009), *Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa. Podstawa programowa z komentarzami*, MEN, Warszawa, s. 52–66.
- National healthy school standards. Guidance* (1999), Department for Education and Employment, Nottingham.
- Narzędzia do autoewaluacji w szkole promującej zdrowie* (2006), „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, z. 10–11, s. 49–149 (dostępny na stronie Ośrodka Rozwoju Edukacji: www.ore.edu.pl).
- Parsons C., Stears D., Thomas C. (1996), *The health promoting schools in Europe: conceptualizing and evaluating the change*, „Health Education Journal”, nr 55, s. 311–321.
- Steward Burgher M., Barnekow Rasmussen V., Rivett D. (1999), *The European Network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health*, International Planning Committee, Copenhagen.
- The Egmond Agenda* (2002), [w:] *Education & health in partnership. A European Conference on linking education with the promotion of health in schools. Conference report*, International Planning Committee, Copenhagen, s. 69–73.
- The Health Promoting Schools – an investment in education, health and democracy* (1997), First European Conference on Health Promoting School Thesaloniki-Halkidiki 1–5 May 1997, [w:] Stewart Burgher M., Barnekow Rasmussen V., Rivett D. (1999), *European Network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health*, International Planning Committee, Copenhagen, s. 16–18.
- Weare K., Gray G. (1996), *Promocja zdrowia psychicznego w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie*, tłum. B. Woynarowska i in., Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Woynarowska B. (1999), *Siedliskowe podejście w promocji zdrowia i jego realizacja w praktyce*, [w:] *Promocja zdrowia*, Karski J.B. (red.), Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, s. 367–374.
- Woynarowska B. (2013), *Szkoła promująca zdrowie po 20 latach: dorobek, bariery, perspektywy*, „Remedium”, nr 12, s. 1–3.

- Woynarowska B. (red.) (1995a), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Po trzech latach*, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
- Woynarowska B. (red. wersji polskiej) (1995b), *Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie. Edukacja zdrowotna w szkole*, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
- Woynarowska B. (red.) (2000), *Medycyna szkolna – terażniejszość i przyszłość*, [w:] *Zdrowie i szkoła*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 31–35.
- Woynarowska B. (red.) (2014), *Autoewaluacja w szkole promującej zdrowie. Metody i narzędzia*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa (maszynopis).
- Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L. (2014), *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, „Studia BAS Biura Analiz Sejmowych”, nr 2, s. 169–187.
- Woynarowska B., Sokołowska M. (1993), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Pierwsze doświadczenia*, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa.
- Woynarowska B., Sokołowska M. (2000), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*, KOWEZ, Warszawa.
- Woynarowska B., Sokołowska M. (2006), *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej Zdrowie*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, z. 10–11, s. 9–46 (dostępny na stronie Ośrodka Rozwoju Edukacji: www.ore.edu.pl).
- Woynarowska B., Stępiak K. (2002), *Cele i modele szkoły promującej zdrowie w różnych krajach Europy*, „Edukacja”, nr 4, s. 76–82.
- Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M. (2014), *Definicja, model i standardy szkoły promującej zdrowie*, [w:] *Autoewaluacja w szkole promującej zdrowie. Metody i narzędzia*, Woynarowska B. (red.), Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa (maszynopis), s. 2.
- Woynarowska-Sołdan M. (2015), *Szkoła promująca zdrowie w Europie w świetle dokumentów czterech europejskich konferencji*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 1.
- Woynarowska-Sołdan M., Węziak-Białowolska D. (2010), *Narzędzia do badania klimatu społecznego w szkole promującej zdrowie i ich analiza psychometryczna*, „Edukacja. Studia, Badania, Innowacje”, nr 3, s. 71–80.
- Woynarowska-Sołdan M., Skoczek G. (2014), *Health promotion for school staff as a part of a whole school approach to health in Poland*, [w:] *Equity, Education and Health: Learning from Practice. Cases study of practice presented during the 4th European Conference on Health Promoting Schools, Odense, Denmark 7–9 October 2014*, G. Buijs, K. Dadaczynski, A. Schultz, T. Vilaça (eds.), CBO, Utrecht, s. 77–82.
- Young I. (2005), *Health promoting in schools – a historical perspective*, „IUHE – Promotion & Education”, nr 3–4, s. 112–117.
- Young I., Williams T. (1989), *The healthy school*, Scottish Health Education Group/WHO Euro, Edinburgh. Wersja polska: *Zdrowa szkoła* (1990), tłum. i oprac. B. Woynarowska, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

Źródła internetowe

- Better schools through health* (2009), The Third European Conference on Health Promoting Schools. Vilnius resolution: 17 June 2009: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style_mental/docs/Vilnius_resolution.pdf [data pobrania: 17.04.2014].
- MEN (2014), *Rządowy program na lata 2014–2016 „Bezpieczna i przyjazna szkoła”*: http://www.men.gov.pl/images/Bezpieczna_i_przyjazna/Prezentacja_Bezpieczna_i_przyjazna_szkoła.pdf [data pobrania: 15.01.2015].

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych, Dz.U. 2011, Nr 179, poz. 1065:

<http://isip.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111791065> [data pobrania: 15.01.2015].

WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO, Geneva: www.euro.who.int [data pobrania: 15.01.2015].

WHO (1998), *Health promotion glossary*, WHO, Geneva: <http://www.who.int/health promotion/about/HPG/en/> [data pobrania: 13.12.2014].