

# Odpowiedzialny styl życia

## Promocja zdrowia a szkolna edukacja zdrowotna

**Marianna Charzyńska-Gula, doktor, starszy wykładowca na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**

Promocja zdrowia ma już swoją historię, chociaż jest ideą bardzo młodą. Wiele dziedzin nauki znalazło w promocji zdrowia pole swojego działania, w tym także badań, które przyczyniły się do uzyskania wymiernych korzyści zdrowotnych. Pojawienie się „promocyjnego” podejścia do spraw zdrowia było logiczną konsekwencją nowych zjawisk w medycynie<sup>1</sup>.

### **Promocja zdrowia – geneza, pojęcia, obszary**

Dawniej promocję zdrowia traktowano jako synonim profilaktyki chorobowej. W chwili obecnej odchodzi się od takiego określenia promocji zdrowia, a nawet oddziela się je od profilaktyki, edukacji zdrowotnej i polityki zdrowotnej, traktując jako jeden z czterech nurtów działalności na rzecz zdrowia. Istnieje pewne zamieszanie zarówno w zakresie samej terminologii, jak też w zakresie pojęć kojarzonych z „aktywnością prozdrowotną”<sup>2</sup>. Wydaje się, że ta tendencja nie jest słuszna, bowiem dopiero edukacja zdrowotna, profilaktyka chorób oraz określona polityka zdrowotna (polityka społeczna „zorientowana” na zdrowie) tworzą razem płaszczyznę promowania zdrowia. Taka „konfiguracja” jest zgodna z modelem promocji zdrowia według R. S. Downie’go i A. Tannahilla, na którym opiera się budowanie polityki zdrowia publicznego Unii Europejskiej. W modelu tym edukację zdrowotną (*health education*), zapobieganie chorobom (*disease prevention*) i ochronę zdrowia (*health protection*) uznaje się za jedną całość<sup>3</sup>.

Główną przyczyną rozwoju zarówno medycyny zapobiegawczej, jak też promocji zdrowia jest tzw. przewrót epidemiologiczny, czyli zmiana profilu najczęściej występujących i najbardziej dotkliwych chorób ze względu na konsekwencje dla jednostek i całych społeczności. Dzisiejsi „główni zabójcy” (także Polaków) to choroby układu krążenia, choroby nowotworowe i urazy (w tym powypadkowe) oraz zatrucia, które jeszcze na początku XX wieku znajdowały się poza pierwszą trójką stanów powodujących najwyższą umieralność. Czasami nazywane są „chorobami z wyboru”, gdyż ich zaistnienie i rozwój w znacznym stopniu determinowany jest przez zachowania ludzi i ich styl życia oraz czynniki – także w znacznym stopniu – kontrolowane i zależne od indywidualnych i zbiorowych decyzji ludzi<sup>4</sup>.

Początkowo za główny sposób uporania się z tymi stanami uważano zmianę zachowań zdrowotnych jednostki. Jest oczywiste, że np. palenie papierosów, przejadanie się, brak ruchu lub nadużywanie leków to zachowania szkodliwe i mające wpływ zarówno na obiektywnie stwierdzany stan zdrowia, jak i na samopoczucie. Jednak obecnie badacze przyznają, że badanie najczęstszych czynników ryzyka (zachowań ryzykownych dla zdrowia) nie wyjaśnia do końca przyczyn podejmowania przez ludzi takich a nie innych decyzji w ich życiu, dotyczących wyboru określonych zachowań. Badania koncentrują się na związkach między stylami życia, czynnikami psychologicznymi i warunkami społecznymi, a także na ich wpływie na zdrowie i samopoczucie<sup>5</sup>. Stąd również szczególna dbałość WHO (Światowa Organizacja Zdrowia, ang. World Health Organization) – widoczna w jej licznych dokumentach – o to, aby pojęcie „styl życia” nie było wykorzystywane w oskarżaniu jednostki o zachowania, których zmiana wykracza poza jej możliwości. Dbałość ta znalazła odzwierciedlenie w definicji „stylu życia”, zawartej w Strategii WHO wypracowanej dla regionu europejskiego (1989): „Styl życia oznacza sposób życia

oparty o wzajemny związek pomiędzy warunkami życia (w szerokim sensie) a indywidualnymi wzorami zachowań, zdeterminowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne”<sup>6</sup>.

Niedostatki w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz zachowania zagrażające zdrowiu są bezpośrednią przyczyną wielu chorób, niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci. Dotyczy to także dzieci i młodzieży. Większość problemów zdrowotnych populacji w wieku rozwojowym ma naturę behawioralną. Dotyczy to m.in. takich problemów, jak: urazy i zatrucia, próchnica zębów, otyłość, zaburzenia statyki ciała, infekcje układu oddechowego.

Zachowania zdrowotne kształtują się od wczesnego dzieciństwa w procesie socjalizacji, pod wpływem różnorodnych czynników: przede wszystkim w domu, potem w przedszkolu, szkole, grupie rówieśniczej; informacji, których źródłem są środki społecznego przekazu; wzorów zachowań ludzi z najbliższego otoczenia. Szczególnie istotna jest druga dekada życia, a zwłaszcza okres dorastania, w którym pojawia się u młodych ludzi bardzo silna potrzeba uniezależnienia się od dotychczasowego, najbliższego otoczenia. Poznanie i zrozumienie zachowań zdrowotnych młodych ludzi i ich uwarunkowań stanowi podstawę do programowania edukacji zdrowotnej i różnych projektów promocji zdrowia, których celem jest kształtowanie stylów życia sprzyjających zdrowiu.

Swoistą „konstytucją” promocji zdrowia stała się Karta Ottawska – dokument z pierwszej Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku. Była ona pierwszym z czterech „kamieni milowych” w historii i rozwoju promocji zdrowia – konferencji, na których promocja zdrowia dojrzywała jako samodzielna dyscyplina nauki. Kolejne konferencje odbyły się w Adelajdzie (Australia 1989), w Sundsval (Szwecja 1991) i w Dżakarcie (Indonezja 1997). Właśnie z Karty Ottawskiej pochodzi definicja promocji zdrowia utożsamiająca ją z „procesem umożliwiającym ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę”. Zdrowie w promocji zdrowia jest traktowane nie jako abstrakcyjny stan, lecz jako poddająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska. Zdrowie nie jest zatem celem samym w sobie, ale środkiem umożliwiającym człowiekowi wykorzystanie wszystkich szans, jakie otrzymał, aby swoje życie uczynić lepszym. Obiektem działania promocji zdrowia są czynniki wpływające na umocnienie właśnie tych szans (potencjału). Służby medyczne nie są tymi czynnikami, które mają największe znaczenie w promocji zdrowia. Jest ona politycznym, społecznym i edukacyjnym przedsięwzięciem wymagającym szerokiej aktywności jednostek i społeczności.

Jedna z późniejszych definicji promocji zdrowia (WHO, 1993) – oddająca dosyć trafnie jej sens i zakres, określa ją jako: „(...) działanie społeczne i polityczne na poziomie indywidualnym i zbiorowym, którego celem jest podniesienie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, krzewienie zdrowego stylu życia i tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Jest to proces aktywizacji społeczności lokalnych, polityków, profesjonalistów i laików w celu osiągnięcia trwałych zmian zachowań (redukcji zachowań będących czynnikami ryzyka i rozpowszechniania zachowań prozdrowotnych) oraz wprowadzenia zmian w środowisku, które zmniejszałyby lub eliminowały społeczne i inne środowiskowe przyczyny zagrożeń zdrowia”<sup>7</sup>.

Zarówno pierwsza definicja pochodząca z Karty Ottawskiej, jak też ta późniejsza, mieszczą w sobie główne obszary działania promocji zdrowia, określone także w Karcie Ottawskiej<sup>8</sup>.

#### Budowanie prozdrowotnej polityki państwa

Obszar ten wynika po pierwsze z faktu, iż to właśnie decyzje polityczne wpływają na to, czy różnorodne mechanizmy życia państwa (prawne, ekonomiczne i administracyjne) gwarantują równość w dostępie do zasobów istotnych dla zdrowia. Po drugie, polityka zdrowotna (przyjęty model) wpływa na wachlarz czynników warunkujących zdrowie wówczas, gdy jej prozdrowotny charakter znajduje odbicie nie tylko w sektorze zdrowia, ale także we wszystkich pozostałych sektorach państwowych i na wszystkich szczeblach zarządzania<sup>9</sup>.

#### Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu

Środowiska sprzyjające zdrowiu to wszystkie miejsca, w których żyje człowiek: dom, społeczność lokalna, miejsca pracy, nauki, zabawy. Środowisko może stanowić korzystne warunki dla rozwoju i zdrowia lub mu szkodzić. Tworzenie tych środowisk to wynik decyzji rządów, samorządów, rad nadzorczych przedsiębiorstw, rad szkół itp. Zatem odpowiedzialność za tworzenie tych środowisk nie może spadać tylko na jeden sektor lub grupę zawodową<sup>10</sup>.

#### Wzmacnianie społecznego uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia

W modelu uczestnictwa społecznego, wynikającego z biomedycznego paradygmatu zdrowia, funkcję decydowania o tym, co jest dobre, a co złe, powierza się profesjonalistom (medykom). Zgodnie z tym modelem ludziom pozostaje jedynie stosować się do wydawanych zaleceń. W promocji zdrowia zakłada się „delegowanie” do społeczności lokalnych i grup społecznych odpowiedzialności za zdrowie. Ten proces aktywizacji społeczeństwa dla promocji zdrowia odbywa się poprzez np. wzmacnianie ruchów samopomocy, organizacje instytucjonalnych systemów

wsparcia, jak i poprzez włączenie ludzi w identyfikację i rozwiązywanie problemów zdrowotnych społeczności, w których żyją<sup>11</sup>.

#### Rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu

Działania podejmowane w promocji zdrowia opierają się na założeniu, że zdrowie człowieka kształtowane jest we wszystkich momentach jego życia. W związku z tym, głównym zadaniem w tym obszarze jest umożliwienie ludziom nabywania umiejętności służących zdrowiu w ciągu całego życia: kiedy są dziećmi, młodzieżą, osobami dorosłymi, wreszcie w podeszłym wieku. Przygotowanie to ma podstawowy cel: nabycie umiejętności radzenia sobie zarówno w wyborach (trudnych decyzjach) związanych z zachowaniem i wzmacnianiem swojego zdrowia, jak też z chorobą przewlekłą lub kalectwem. Podstawowym rodzajem prozdrowotnej aktywności w tym obszarze jest edukacja zdrowotna.

#### Reorientacja służby zdrowia

Zgodnie z duchem promocji zdrowia, służba zdrowia nie może ograniczać się głównie do pełnienia funkcji terapeutycznej, lecz powinna także reagować na różne potrzeby zdrowotne pacjentów i ich rodzin, nie tylko te związane z procesem chorobowym. Zadania służby zdrowia to również rozbudzanie potrzeby dbania o własne zdrowie i uczenie zachowań umożliwiających pomnażanie szans na zdrowie<sup>12</sup>.

#### **Promocja zdrowia a edukacja zdrowotna**

Kiedy w latach sześćdziesiątych wzrosła bardzo wyraźnie świadomość konieczności doprowadzenia do zmiany społecznej, polegającej na upowszechnieniu zachowań prozdrowotnych, wzrosła jednocześnie fascynacja edukacją zdrowotną jako głównym narzędziem służącym do osiągnięcia tej zmiany. Przypisywanie edukacji zdrowotnej dominującego znaczenia wynikało z jednej strony z przekonania, że formalne instytucje, a w szczególności szkoły, stanowią siłę napędową tego nowego myślenia o zmianach w stylu życia ludzi, z drugiej natomiast – z upatrywania źródeł większości zachowań mających znaczenie dla zdrowia w okresie dzieciństwa i młodości. Dopiero słynny raport Lalonde'a (maj 1974), który co prawda przerzucił główną część odpowiedzialności za zdrowie na jednostkę<sup>13</sup>, jednak przez swoją koncepcję środowiska zwrócił także uwagę na konieczność wspierania człowieka w jego codziennych zmaganiach. W raporcie tym został wyrażony pogląd, że w rozważaniach nad uwarunkowaniami zdrowia nie należy ograniczać się wyłącznie do stylu życia. Biologia człowieka, organizacja służby zdrowia oraz środowisko fizyczne i psychospołeczne są czynnikami współodpowiedzialnymi za stan zdrowia. Raport zwrócił uwagę na rolę tzw. współpracy międzysektorowej i wskazał na niesłuszną dominację edukacji zdrowotnej.

Dyskusja nad miejscem edukacji zdrowotnej w działaniach o charakterze prozdrowotnym, trwająca w kolejnych latach, znalazła swój finisz w *Deklaracji z Alma-Aty* (1978). Przyjęto wówczas, że dopiero zintegrowane działania wielu sektorów dają możliwość znaczącego, pozytywnego oddziaływania na zdrowie ludności i – pośrednio – zwiększają szanse na efektywność edukacji zdrowotnej<sup>14</sup>.

Mimo iż z pojawieniem się promocji zdrowia edukacja zdrowotna przestała być traktowana jako dominująca sfera działania na rzecz zdrowia, jej znaczenie wcale nie zmalało, a nawet zyskała ona szerszy krąg odbiorców. To większe oddziaływanie edukacji zdrowotnej wynikało z przyjęcia nowego modelu edukowania na rzecz zdrowia. Początkowo (w okresie „panowania” biomedycznego paradygmatu zdrowia) w działaniach edukacyjnych dominowały model edukacji zdrowotnej zorientowany na chorobę oraz model edukacji zdrowotnej zorientowany na czynniki ryzyka<sup>15</sup>. Żaden z nich nie uwzględnia konieczności ukierunkowania działań edukacyjnych na społeczne i środowiskowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych i tym samym szansa na zmianę tych zachowań jest mała. Poza tym, jedyną korzyścią, jaką ukazują oba modele (niezwykle istotną, ale, jak się okazuje, jest to argument niewystarczający), jest uchronienie się przed chorobą. Ludzie, którzy uważają się za zdrowych – „młodzi ludzie” w szczególności – mogą nie rozumieć potrzeby rezygnacji ze swoich zachowań (sprawiających wiele przyjemności, w ich pojęciu „potrzebnych”, np. zapalenie papierosa w celu odprężenia) „towarzysko atrakcyjnych” na rzecz zachowań odbieranych jako mało atrakcyjne i prowadzących do odległych i niepewnych korzyści. Dla ludzi bardzo młodych perspektywa wystąpienia choroby w bliżej nieokreślonej przyszłości nie stanowi często żadnego argumentu do zmiany lub zaniechania jakiegoś ryzykownego zachowania.

Model edukacji zdrowotnej zorientowany na zdrowie jest m.in. obrazem zmian, jakie dokonały się w edukacji zdrowotnej w związku z nowymi zadaniami opieki zdrowotnej. Skoro „promocja zdrowia to proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem i jego poprawę” lub inaczej: „strategia mediacyjna między ludźmi i ich środowiskiem, łącząca wybór indywidualny ze społeczną odpowiedzialnością za zdrowie”<sup>16</sup>, to głównym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest wspomaganie tworzenia warunków dla zmiany, czyli podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach organizacji życia spo-

łecznego<sup>17</sup>. W modelu edukacji zdrowotnej zorientowanej na zdrowie (opartym na omówionej już Mandali Zdrowia) nie ma koncentracji na chorobie i czynnikach ryzyka, tylko na ludziach i miejscach, w których „tworzone jest zdrowie”. „Edukowanie” w tym modelu polega na budowaniu kompleksowych programów edukacji zdrowotnej i wdrażaniu ich w środowiskach najsilniej wpływających na kształtowanie zdrowia danej społeczności: rodzinie, szkole, miejscu pracy, oraz grupach o specyficznych – w kontekście zachowania i poprawy zdrowia – problemach i potrzebach: uczniowie, starzy ludzie, bezrobotni itp.

Współczesna edukacja zdrowotna wyraźnie podąża w dwóch kierunkach: z jednej strony jest skierowana na ludzi – ich zdrowie oraz zachowania wspierające i zagrożające temu zdrowiu, z drugiej zaś dotyczy także organizacji, grup profesjonalnych, ludzi kreujących politykę społeczną i zdrowotną (np. administrację rządową i samorządową) i odpowiedzialnych za podejmowanie decyzji umożliwiających wspieranie zdrowia ludzi w różnych środowiskowych wymiarach.

Działania podejmowane w edukacji zdrowotnej muszą być obecne na różnych poziomach: osoby, jej rodziny, miejsca aktywności (szkoła, miejsce pracy, miejsca korzystania z różnych profesjonalnych usług zdrowotnych), w jej środowisku lokalnym i społeczności, w środkach społecznego przekazu, oraz w polityce zdrowotnej i społecznej, realizowanej w jej kraju. Jeżeli edukator zdrowia pracujący np. z młodymi ludźmi koncentruje się tylko na wspomaganie ich w zmianie lub niepodejmowaniu zachowań antyzdrowotnych, a nie próbuje przenieść części swoich działań do najbliższego środowiska tych ludzi – to popełnia błąd, który będzie wyraźny w chwili oceny efektów tych działań.

### Modele edukacji zdrowotnej

Wynikiem różnorodnych zmian epidemiologicznych, kulturowych, socjoekonomicznych – związanych w konsekwencji ze zmianą paradygmatu zdrowia – było ukształtowanie się trzech relacji istniejących w procesie edukacji zdrowotnej między nadawcą a odbiorcą.

Model autorytatywny („medyczny”, „paternalistyczny”) – oparty na precyzyjnym przekazie „informacji i wartości” (co należy konkretnie zrobić, aby nie stracić zdrowia). Informacje przekazywane w tym modelu bieżą w jednym kierunku – od nauczyciela (lub np. lekarza) do ucznia. Jest to emocjonalnie neutralny instruktaż, którego celem jest uchronienie ucznia przed pojawieniem się zagrożenia zdrowia i choroby. W ujęciu skrajnym model ten opiera się na zasadzie Pascala: „poznanie zasad higieny należy narzucić przy pomocy norm (zasad)

zdrowia, albowiem prawo bez siły jest bezsilne”<sup>18</sup>. Skuteczność tego modelu jest bardzo mała. Człowiek zyskuje co prawda nowe informacje, ale nie wprowadza ich w życie, ponieważ np. nie został przekonany o istnieniu różnych wariantów wprowadzania w swoje życie zmiany, której powinien dokonać.

Model uczestniczący – opiera się na wymianie informacji między nauczycielem a uczniem, który jest aktywny w poszukiwaniu porady (zna swoje warunki życia, chce poprawić swój stan zdrowia, wymienić poglądy z ekspertem i ustalić, czy myśli i robi dobrze). Informacje bieżą tutaj w dwóch kierunkach, a obie strony łączą zaufanie. Uczeń jest w tym modelu traktowany „poważnie” – to znaczy jako osoba zdolna do oceny i wykorzystania rady, którą otrzymał. Głównym celem działania w tym modelu jest kształtowanie określonych umiejętności ułatwiających przystosowanie się osób i grup do różnych sytuacji trudnych i ograniczeń spotykanych w codziennym życiu, i wpływających negatywnie na zdrowie<sup>19</sup>. Efekty zastosowania tego modelu są zdecydowanie większe niż omawianego poprzednio, lecz nie do końca wystarczające, ponieważ w dalszym ciągu dotyczy on eliminacji (zapobiegania) czegoś, co jest złe dla zdrowia, a aktywność osoby/grupy pojawia się także w związku z chęcią uniknięcia jakiegoś zagrożenia lub wyrównania nierówności. Nadal ekspert (nauczyciel) dominuje w tej relacji<sup>20</sup>.

Model promujący – zakłada wzajemne świadczenie między dwiema stronami procesu edukacyjnego. Już nie ma klasycznego nauczyciela i ucznia. Są ludzie, którzy mają inne kompetencje i poglądy, ale w równym stopniu są zainteresowani zmianą, którą ma przynieść rozpoczęta edukacja. Ich kontakt służy ustaleniu różnic występujących między osobą edukującą i osobą edukowaną, aby ta ostatnia na drodze samorefleksji i samoorganizacji, działając przy wsparciu edukatora, zmieniła swoje poglądy. W tym modelu niezwykle istotną rolę przybiera klimat relacji pomiędzy stronami procesu edukacyjnego. Z założenia bowiem winien on sprzyjać współpracy i w konsekwencji sprawiać, że „działa się z kims”, a nie „działa się na rzecz czegoś”<sup>21</sup>. Szansa na osiągnięcie trwałego sukcesu, czyli wyposażenia osoby edukowanej w umiejętności zdrowego życia, jest w tym modelu największa. Chociaż powszechne przekonanie o skuteczności pierwszego modelu (którego sukcesy są także nie do podważenia), skłania do strategii działania edukacyjnego polegającego na tworzeniu różnych kombinacji wszystkich relacji, a kryterium decydującym o tym, który z tych modeli będzie dominował, jest konkretna, indywidualna, szeroko rozumiana sytuacja osoby/grupy, która potrzebuje pomocy „mądrego doradcy w sprawach zdrowia”<sup>22</sup>.



### Szkolna edukacja zdrowotna<sup>23</sup>

Mimo społecznie akceptowanej tezy, że człowiek na każdym etapie swojego życia potrzebuje wiedzy o zdrowiu i sposobach jego ochrony, pojawia się pytanie: w których okresach życia oddziaływania edukacyjne mają szansę przynieść najlepsze rezultaty? Nie ma wątpliwości, że są to dzieciństwo i młodość, gdyż w tym czasie w procesie socjalizacji, upraszczając, człowiek przygotowuje się do pełnienia różnych ról i realizowania zadań związanych z tymi rolami.

Formalny system edukacji daje ogromną szansę wpływu na zdrowie dzieci i młodzieży. Naturalnie nie można zapominać o tym, że w procesie socjalizacji dominujące znaczenie ma dla dziecka jego rodzina i np. wzory przekazywane tam mogą wzmacniać, ale także być w sprzeczności z wzorami zdrowego stylu życia. Jednakże pominięcie szkoły, jako miejsca edukacji zdrowotnej, jest sytuacją absolutnie niedopuszczalną w całej strategii promocji zdrowia. Po pierwsze dlatego, że szkoła jest miejscem, w którym „tworzy się zdrowie”. Uczniowie i dorośli pracownicy przebywają w niej wiele godzin. To, jaka jest to szkoła (warunki fizyczne, społeczne, atmosfera, organizacja, program i metody nauczania), wpływa na osiągnięcia, zadowolenie z życia, poczucie własnej wartości, a zatem na zdrowie członków społeczności szkolnej. Szkoła może wspierać w zachowaniu i poprawie zdrowia także dzięki dobrze realizowanej edukacji zdrowotnej<sup>24</sup>. Po drugie, szkoła jako masowa i powszechna organizacja umożliwia systematyczną edukację zdrowotną młodych ludzi i także – pośrednio – ich rodziców. Uważa się, że szkolna edukacja zdrowotna jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją w zdrowie społeczeństwa<sup>25</sup>. Należałoby zacytować tutaj B. Woynarowską: „(...) reformy systemu edukacji, które ignorują sprawy zdrowia, i reformy ochrony zdrowia, które nie uwzględniają edukacji, są w równym stopniu błędne”<sup>26</sup>.

Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży w Polsce ma bardzo bogate tradycje i własną koncepcję. Wydaje się jednak, że dopiero teraz pojawiają się szanse na wdrożenie do powszechnej praktyki szkolnej dorobku wielu znakomitych osób zajmujących się zagadnieniem edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży<sup>27</sup>.

Cele szkolnej edukacji zdrowotnej zmieniają się w zależności od przyjętej definicji edukacji zdrowotnej/wychowania zdrowotnego. Przytoczę tutaj dwie z nich, oddające „ducha” procesu promocji zdrowia toczącego się w szkole, chociaż jedna z nich powstała wówczas, gdy na koncepcję pracy z uczniem (w kontekście zdrowia) wpływał biomedyczny paradygmat zdrowia. M. Demel (1968), który mówił, że: „Wychowanie zdrowotne jest dzieckiem medycyny i pedagogiki”<sup>28</sup>, tak definiuje ten proces: „Wychowanie zdro-

wotne jest integralną częścią składową kształtowania pełnej osobowości, a polega ono na:

- 1) wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 2) wyrabianiu odpowiednich sprawności;
- 3) nastawieniu woli i kształtowaniu postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie, oraz
- 4) pobudzaniu pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie, jak też o prawach rządzących zdrowiem publicznym”.

Natomiast T. Williams (1989), jeden z twórców koncepcji szkoły promującej zdrowie, definiuje edukację zdrowotną jako: „(...) proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją”<sup>29</sup>.

**Formalny system edukacji daje ogromną szansę wpływu na zdrowie dzieci i młodzieży. Naturalnie nie można zapominać o tym, że w procesie socjalizacji dominujące znaczenie ma dla dziecka jego rodzina i np. wzory przekazywane tam mogą wzmacniać, ale także być w sprzeczności z wzorami zdrowego stylu życia. Jednakże pominięcie szkoły, jako miejsca edukacji zdrowotnej, jest sytuacją absolutnie niedopuszczalną w całej strategii promocji zdrowia. Po pierwsze dlatego, że szkoła jest miejscem, w którym „tworzy się zdrowie”. Uczniowie i dorośli pracownicy przebywają w niej wiele godzin. Po drugie, szkoła jako masowa i powszechna organizacja umożliwia systematyczną edukację zdrowotną młodych ludzi i także – pośrednio – ich rodziców.**

Ze względu na procedurę opracowywania konkretnych programów edukacyjnych, edukacja zdrowotna uczniów powinna umożliwiać im, ale także

pozostałym członkom szkolnej społeczności, czyli nauczycielom i rodzicom uczniów:

- nabywanie lub weryfikację wiedzy o sposobach zachowania zdrowia,
- kształtowanie lub modyfikowanie tzw. życiowych umiejętności (w kontekście zdrowia),
- kształtowanie lub zmianę przekonań (określonych opinii, nastawień),
- kształtowanie lub weryfikację postaw niezbędnych do zachowania, potęgowania i przywracania własnego zdrowia i zdrowia innych ludzi.

W życiu każdego człowieka, także młodego, są sytuacje bezpośrednio związane z zachowaniem zdrowia (np. szczepienia lub decyzja o wizycie u lekarza) oraz pozostałe, a jest ich zdecydowanie więcej, pośrednio odnoszące się do zdrowia (różne elementy stylu życia: żywienie, odpoczynek, sposób reagowania na stresy itd.). Sytuacjom tym towarzyszą określone zachowania – bezpośrednio lub pośrednio wpływające na zdrowie. Program edukacji zdrowotnej uczniów powinien zatem odnosić się także do tych sytuacji i zachowań. W praktyce konstrukcja takiego programu zakłada dwie części: bezpośrednią, będącą fragmentem programu nauczania realizowanego w szkole (np. lekcje) i pośrednią, wpływającą na kształt tzw. sytuacji zdrowotnych (np. współpraca z rodzicami). W obu częściach programu mieszczą się także warunki jego skuteczności.

W różnych krajach jego miejsce w ogólnym programie wychowawczo-dydaktycznym szkoły jest różne – począwszy od odrębnego przedmiotu, poprzez wyodrębnione zajęcia, aż po tzw. ścieżkę międzyprzedmiotową. Wydaje się jednak, że czas zarezerwowany tylko dla zajęć z wychowania zdrowotnego jest tutaj niezbędny<sup>30</sup>.

#### Kształt programu edukacji zdrowotnej

Najczęściej szkołom proponowane są pewne „ramy programowe” jako punkt wyjścia w konstrukcji programów „dopasowanych” do realiów i potrzeb danej szkoły. Szkoła sama decyduje o tym, czy owe „ramy” wypełni propozycją opracowaną przez autorów spoza szkoły, czy też stworzy własny program<sup>31</sup>. Sytuacja optymalna to taka, w której program jest tworzony w oparciu o diagnozę stanu i potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej, występujących w społeczności danej szkoły.

#### Treści i metody programu

Treści programu, dla celów dydaktycznych, łączy się w grupy tematyczne (bloki). Powinny one odnosić się do głównych zagadnień – zarówno teorii promocji zdrowia, jak też praktyki działania w kontekście różnych elementów stylu życia. Zakres treści ujętych w programie powinien także odzwierciedlać specyfikę przyczyn różnych problemów zdrowotnych, występujących w populacji kraju, w którym

tworzy się dany program (np. w przypadku programów polskich – koncentracja na eliminacji czynników ryzyka chorób układu krążenia, chorób nowotworowych oraz urazów i wypadków) – niezależnie od specyfiki problemów występujących w danej szkole (np. problem narkomanii). Metody stosowane w programie bardzo wyraźnie wpływają na jego skuteczność.

Nowoczesny program edukacji zdrowotnej opiera się na tzw. aktywnych metodach nauczania oraz na uczeniu się przez doświadczanie, przy rezygnacji (lub pozostawieniu w niewielkim zakresie) z tradycyjnych metod, polegających głównie na gromadzeniu informacji i przyswajaniu wiedzy<sup>32</sup>.

#### Zmiana roli nauczyciela

Program szkolnej edukacji zdrowotnej powinien angażować także nauczyciela. On także „uczy się” podczas realizacji zajęć ze swoimi uczniami. Jest aktywny, zmienia się (bo zmieniają się jego uczniowie). Chociaż ciągle czuwa nad pracą swoich wychowanków i jest ich przewodnikiem, to także ma np. odwagę przyznać się przed nimi, że „papieros jest silniejszy od niego” (jeżeli jest osobą palącą tytoń)<sup>33</sup>.

#### Zaangażowanie w realizację programu szkolnej edukacji rodziców uczniów i przedstawicieli społeczności lokalnej, w której funkcjonuje szkoła

Skuteczność realizowanego w szkole programu zależy m.in. od zmiany dotychczasowej – niestety, spotykanej najczęściej – jednostronnej współpracy rodziców i szkoły. Współpracę tę inspirują głównie nauczyciele, ale i tak jest ona skoncentrowana na ocenie ucznia, a nie na rzetelnej, prowadzonej w dobrej atmosferze, dyskusji nad problemami, jakie mogą go dotyczyć (w sferze szeroko rozumianego zdrowia). Większość rodziców jest bierna, a szkoła nie ma pomysłu na zaangażowanie ich w jej działalność wychowawczą<sup>34</sup>. Jest to bardzo ważny problem, gdyż rodzina jest potencjalnie najpoważniejszym sojusznikiem szkoły w kreowaniu prozdrowotnych zachowań uczniów. Należy przyjąć, że rodzicom zależy na zdrowiu dziecka i jeżeli sami zachowują się „antyzdrowotnie”, to nie mają świadomości wpływu tych zachowań na własne dzieci.

Praca w ramach realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej z przedstawicielami społeczności lokalnej (osobami znaczącymi, liderami) daje szansę wzmocnienia treści programu. Konieczna jest tutaj np. synchronizacja lokalnych działań edukacyjnych z inicjatywami zaplanowanymi w programie, a także z działaniem lokalnych środków społecznego przekazu, które mają bardzo wyraźny wpływ na ludzkie zachowania<sup>35</sup>.

#### Zmiana roli i zadań pielęgniarki szkolnej

Zmiana ta polega głównie na rezygnacji z biomedycznego modelu informowania („jak będziesz palił papierosy, to zachorujesz na raka płuc”) i włączenia

się w edukację zdrowotną realizowaną w szkole. Pielęgniarka szkolna wywiązuje się z wielu zadań wynikających zarówno z planowych i systematycznych czynności zawodowych (testy przesiewowe, szczepienia, przeglądy czystości itp.), jak też powiązanych z ogólnym programem szkoły (np. kontakty z rodzicami uczniów w ramach tzw. wywiadówek). Wszystkie te zadania stwarzają okazję do wejścia w program edukacji zdrowotnej realizowany w szkole. Dotychczasowe doświadczenia polskich pielęgniarek szkolnych wskazują wyraźnie na duże oczekiwania w stosunku do nich, gdy chodzi o realizację edukacji zdrowotnej. Oczekiwania te wynikają między innymi z faktu sprawdzenia się pielęgniarek szkolnych pracujących w wielu szkołach w następujących rolach:

- doradcy zdrowotnego dla uczniów i ich rodziców (w pracy zarówno z uczniem zdrowym, jak też z uczniem z różnymi zaburzeniami rozwoju i zdrowia),
- konsultanta medycznego dla różnych dorosłych członków społeczności szkolnej (dyrektora, wychowawców, członków szkolnego zespołu ds. promocji zdrowia),
- pośrednika ułatwiającego kontakt szkoły z różnymi placówkami służby zdrowia, różnymi ekspertami medycznymi i paramedycznymi,
- inicjatora i organizatora wielu różnych akcji, powiązanych z różnymi lokalnymi i ogólnokrajowymi kampaniami,
- edukatora innych pielęgniarek szkolnych (częste i skuteczne współdziałanie pielęgniarek szkolnych w celu doskonalenia metod wykorzystywanych w edukacji zdrowotnej) oraz różnych członków lokalnej społeczności na rzecz wzmocnienia działań szkoły w ramach edukacji zdrowotnej (np. prace w lokalnych samorządach)<sup>36</sup>.

Przedstawione wyżej najważniejsze warunki skuteczności szkolnej edukacji zdrowotnej są już dobrze znane. W zasadzie wiadomo, jak można poprawić stan zdrowia dzieci, ich rodzin oraz społeczności, z których pochodzą. Istnieje jednak rozdzźwięk między wiedzą a praktyką. Nie tylko w Polsce, na świecie także „więcej się wie, niż się robi”. Odkrywanie i docenianie związków między zdrowiem i edukacją jest szczególnie ważne teraz, w dobie wielu przemian, i szczególnie potrzebne młodym ludziom zagubionym w morzu – często sprzecznych – informacji. Zmienia się także szkoła, a pojawiające się nowe zagrożenia i problemy zdrowotne wymuszają zmiany również w szkolnej edukacji zdrowotnej.

#### Przypisy

<sup>1</sup> Zob. Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, 1–2, s. 37–52; por. A. Gniazdowski, *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*, Łódź 1994, s. 51–62; M. Latalski,

*Promocja zdrowia na wsi*, w: *Promocja zdrowia w ponadpodstawowych szkołach rolniczych*, dz. cyt., s. 8–9; por. także: *Promowanie zdrowia. Koncepcja i zasady* (WHO, Biuro Regionalne dla Europy z 1984 „Promowanie zdrowia – dokument dyskusyjny dotyczący koncepcji zdrowia”; tłum. B. Woynarowska), „Zdrowie Publiczne” 1990, t. 101, 3, s. 119–122.

<sup>2</sup> Ten „terminologiczny niepokój” wyrażał także J. B. Karski w redagowanej przez siebie pracy. Zob. *Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, op. cit., s. 15, 16.

<sup>3</sup> Zob. *ibidem*, s. 497–499.

<sup>4</sup> Potwierdzeniem słuszności tej opinii są liczne badania (najbardziej znane – prospektywne badania nad społecznością mieszkańców miasteczka Framingham w USA), wskazujące na elementy tzw. pola zdrowotnego i zakres ich wpływu na pojawienie się problemów w zdrowiu człowieka: styl życia – 53%, środowisko – 21%, dziedziczność – 16%, opieka zdrowotna – 10%. Próby uszeregowania czynników wpływających na zdrowie człowieka są bardzo liczne, jednak nadal ich hierarchia się nie zmienia; styl życia – ok. 50%, środowisko – ok. 20%, cechy genetyczne – ok. 20% i opieka zdrowotna – ok. 10% wpływów. Zob. R. Grębowski, H. Kirschner, T. Januszko, *Promocja zdrowia*, w: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, op. cit., s. 28; por. *Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, s. 21; por. także: *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach*, op. cit., s. 7.

<sup>5</sup> Problematyka zachowań zdrowotnych jest niezwykle istotna z punktu widzenia efektywności licznych programów zmierzających do poprawy i umacniania zdrowia. Ranga tych zagadnień jest tak duża, że stały się one głównym tematem w „Strategii Europejskiej Zdrowia dla wszystkich w roku 2000” przyjętej na 30. sesji Biura Europejskiego WHO. Istnieje wiele kontrowersji wokół definiowania zachowań zdrowotnych, utrudniających m.in. racjonalne działania w zakresie polityki zdrowotnej. Zob. K. Puchalski, *Zachowania zdrowotne. Kontrowersje związane z użyciem pojęcia*, „Zdrowie Publiczne” 1989, t. 100, nr 1, s. 37–42; por. *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Łódź 1990 (szczególnie rozdziały II, III, IV); por. także: H. Kirschner, *Zdrowie i choroba – pojęcia i uwarunkowania*, w: *Edukacja ekologiczna i zdrowotna dzieci i młodzieży*, Warszawa 1992, s. 123–130. Szczególnym rodzajem zachowań zdrowotnych są niesformalizowane działania i decyzje związane ze zdrowiem, podejmowane przez poszczególne osoby, rodziny, sąsiadów, przyjaciół, współpracowników itp., określane terminem samoopieka. Tej podstawowej – w kontekście codziennego życia – formie opieki zdrowotnej także dotyczył wspomniany wyżej dokument, traktując ją jako część stylu życia. Zob. I. Kickbusch, *Samoopieka w promocji zdrowia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, t. 2, nr 7, s. 77–89.

<sup>6</sup> Zob. *Styl życia a zdrowie* (Publikacja przygotowana przez Zespół ds. Edukacji Zdrowotnej Europejskiego Biura Regionalnego WHO pod kierunkiem I. Kickbusch), „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1–2, s. 101; por. A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa 1999, s. 163–173.

<sup>7</sup> Zob. R. Grębowski, H. Kirschner, T. Januszko, *Promocja zdrowia*, w: *Medycyna zapobiegawcza i środowiskowa*, op. cit., s. 29.

<sup>8</sup> Zob. R. Grossman, K. Scala, *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*, Warszawa 1997, s. 16–18.

<sup>9</sup> Budowanie prozdrowotnej polityki państwa musi być wspierane odpowiednimi badaniami, których wyniki wskażą szczególne mierniki uwarunkowań zdrowia, m.in. dotyczących edukacji, kultury fizycznej i wypoczynku. Zob. J. B. Karski, *Stan zdrowia a zachowania zdrowotne i inne uwarunkowania zdrowia. Konieczność kontynuacji i dodatkowe wprowadzenia odpowiednich badań*, „Zdrowie Publiczne” 1999, nr 12, s. 436–439; zob. także: J. B. Karski, *Promocja zdrowia jako podstawowy element polityki zdrowotnej*, „Problemy Higieny” 1992, nr 38, s. 38–51; por. A. Wojtczak, J. Opolski, *Rola promocji zdrowia*



w świetle poglądów Światowej Organizacji Zdrowia w nowoczesnej polityce zdrowotnej państwa, „Medycyna Ogólna” 1995, suplement, s. 22–23.

<sup>10</sup> Z tym obszarem promocji zdrowia wiąże się siedliskowe podejście do zdrowia, umożliwiające ludziom identyfikację z własnym „siedliskiem” (według WHO miejsce, gdzie ludzie żyją, pracują i korzystają z różnych świadczeń) i uczestnictwo we wspólnym rozwiązywaniu problemów. Zwiększa to motywację ludzi, zachęca ich do kreatywności. „Przebudowa” siedliska na bardziej sprzyjające zdrowiu rozpoczyna się m.in. od postawienia następujących pytań: Gdzie tworzone jest zdrowie? Jakie inwestycje przyniosą największe korzyści dla zdrowia? Czy inwestycje te mogą zmniejszyć nierówność w zdrowiu i czy respektują prawa człowieka? Zob. B. Woynarowska, *Siedliskowe podejście do zdrowia*, w: *Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, op. cit., s. 367–370.

<sup>11</sup> Zob. B. Woynarowska, *Koalicje w promocji zdrowia*, „Lider” 1995, nr 10, s. 4–6; zob. także: I. Lignowska, *Geneza i rola grup samopomocy w promocji zdrowia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1998, t. 5, nr 14, s. 21–39; por. Z. Kawczyńska-Butrym, *Wsparcie jako element promocji zdrowia*, w: *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*, red. Z. Kawczyńska-Butrym, Warszawa 1994, s. 29–32.

<sup>12</sup> Zob. D. Cianciara, *Promocja zdrowia w placówkach służby zdrowia*, w: *Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia. Materiały szkoleniowe dla pracowników oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia*, op. cit., wykład 13 (streszczenie).

<sup>13</sup> Przyjęcie takiego rozumienia odpowiedzialności jednostki prowadziło do zjawiska (oceniającego jednoznacznie negatywnie) znanego jako obwinianie ofiary i polegającego na oskarżaniu ludzi za coś, na co nie mają żadnego wpływu (jest to np. ignorowanie sytuacji życiowej kogoś, komu nie pozwala się na zdrowy sposób życia, np. z powodu ubóstwa; „jesteś winien temu, że nie możesz się zmienić”). Zob. *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, oprac. Z. Słońska, M. Misiuna, Warszawa 1993, s. 24.

<sup>14</sup> Deklaracja z Alma-Aty określiła kształt „nowej” podstawowej opieki zdrowotnej, traktując edukację zdrowotną jako jedną z wielu bardzo ważnych elementów. Zob. *Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, op. cit., s. 488–490 (tekst Deklaracji).

<sup>15</sup> Model edukacji zdrowotnej zorientowany na chorobę przyjmuje za swój główny cel zapobieganie konkretnym chorobom. Punktem wyjścia – najważniejszym – w tym ujęciu jest jednostka chorobowa, a edukowanie ma doprowadzić do uświadomienia związku między czynnikami wywołującymi tę chorobę a możliwością jej wystąpienia. Drugi model za najważniejszy uznaje czynnik ryzyka, a edukowanie polega na uświadamianiu konsekwencji zdrowotnych, związanych z jego występowaniem. W obu modelach to ekspert (medyk) decyduje o tym, co jest dobre, a co złe dla zdrowia i co trzeba robić, aby osiągnąć cel – uniknąć choroby. Ludzie, którzy powinni stosować te zalecenia, albo je stosują, albo pozostają bierni. W obu modelach przyjmuje się (nielogicznie) założenie, że człowiek poinformowany o szkodliwości danego zachowania, porzuci to zachowanie, albo nigdy go nie podejmie. Zob. Z. Słońska, *Wychowanie dla zdrowia*, w: *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, red. J. B. Karski, Z. Słońska, B. W. Wasilewski, Warszawa 1994, s. 324–328; por. M. Górnik-Durose, *Przydatność modeli wpływu społecznego dla promocji zdrowia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, t. II, nr 5–6, s. 22–39.

<sup>16</sup> Zob. Z. Słońska, *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, w: *Promocja zdrowia*, red. J. B. Karski, op. cit., s. 310.

<sup>17</sup> Zob. ibidem, s. 311.

<sup>18</sup> Zob. *Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción*, red. J. del Rey Calero, Madrid 1998, s. 3–4; por. Z. Słońska, *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, op. cit., s. 314.

<sup>19</sup> Model uczestniczący uwzględnia także relację nauczyciel-grupa, a dotyczy ona ustalenych grup. Głównym celem wymiany informacji jest uzyskanie najlepszego sposobu wprowadzenia

zmiany społecznej (spośród innych wariantów). Chodzi tutaj m.in. o „przeciwstawienie się” nierównościami w dostępie do zdrowia z udziałem samych „poszkodowanych” (osób, których ta nierówność dotyczy). Ten aspekt modelu uczestniczącego występuje w siedliskowym podejściu do zdrowia.

<sup>20</sup> W literaturze spotyka się jeszcze wyodrębnienie tzw. modelu motywacyjnego. U jego podstaw następuje odwołanie się do raportu Lalonda, który wskazuje na ważność stylu życia i konkretnych zachowań jednostki w określaniu szans na zdrowie (elementy pola zdrowotnego). Skoro styl życia jest tak ważny, to proces edukacji zdrowotnej powinien zmierzać do wzbudzenia szczególnej motywacji u edukowanego, która „rozpoczęłaby” proces zmiany. Proces edukacyjny to rodzaj perswazyj odwołującej się do systemu wartości, na którym opiera się osoba edukowana. Zob. *Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción*, red. J. del Rey Calero, op. cit., s. 4.

<sup>21</sup> Szczegółową charakterystykę tych trzech modeli przedstawia, za M. Ingrosso, Z. Słońska. Zob. Z. Słońska, *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, op. cit., s. 316.

<sup>22</sup> W omawianiu głównych schematów postępowania edukacyjnego, przyjętych w promocji zdrowia, nie sposób pominąć polskich źródeł poradnictwa (także w kontekście zdrowia), na których opiera się praktyka dotychczasowego działania w tym zakresie. Obszerną prezentację zagadnień dotyczących doradztwa zawierają opracowania Olgi Czerniawskiej i Alicji Kargulowej. Zob. A. Kargulowa, *Społeczny kontekst poradnictwa*, Warszawa 1991; por. O. Czerniawska, *Poradnictwo jako wzmocnienie środowiska wychowawczego*, Warszawa 1977.

<sup>23</sup> W punkcie tym przyjęto termin „edukacja zdrowotna” mającą świadomość problemów terminologicznych, pojawiających się w rozważaniach nad edukowaniem na rzecz zdrowia, przebiegającym w środowisku szkoły. Termin ten wydaje się mieć szerszy zakres od terminu „wychowanie zdrowotne” i jest bliższy używanemu już powszechnie określeniu angielskiemu education for health (edukacja dla zdrowia). Nie oznacza to jednak, że autorka rezygnuje z korzystania z innych definicji oddających istotę omawianego procesu (szczególnie „wychowania zdrowotnego”) – bardzo bogatych i cennych w całej historii polskiej pedagogiki zdrowia i oświaty zdrowotnej. Szeroką i ciągle trwającą dyskusję nad tymi kwestiami prowadzi m.in. M. Demel i E. Charońska. Zob. M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, op. cit., s. 98–121; por. E. Charońska, *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*, Warszawa 1997, s. 16–28; zob. także: *Oświata zdrowotna. Teoria. Metody*, red. H. Wentlandowa, Warszawa 1980, s. 7–30.

<sup>24</sup> Zob. Z. Kawczyńska-Butrym, *Szkoła jako system wspierający zdrowie*, w: *Wsparcie w zdrowiu i w chorobie*, red. także, Warszawa 1994, s. 61–65; zob. także: A. Bednarek, K. Bernat, M. Karska, *Grupy społeczne wspierające zdrowie młodzieży szkolnej*, w: *Wsparcie w zdrowiu i w chorobie*, red. Z. Kawczyńska-Butrym, Warszawa 1994, s. 67–74; por. K. Bernat, A. Bednarek, M. Karska, *Pomoc świadczona przez grupy społecznego wsparcia na rzecz umacniania zdrowia młodzieży szkolnej*, ibidem, s. 75–79; zob. także: M. Sołtysik, *Znaczenie pozytywnej motywacji zawodowej nauczyciela do realizacji procesu rekreacyjnego w środowisku szkolnym*, w: *Skuteczność polskiej szkoły w wychowaniu do rekreacji ruchowej*, red. T. Fąk, Wrocław 1995, s. 67–74; por. A. Maszorek, M. Maszorek, *Psychologiczno-społeczne bariery rekreacji fizycznej w środowisku nauczycielskim*. „Lider” 1997/1, s. 21; por. także: Z. Dylewska, H. Ćwirko, *Nadciśnienie tętnicze u nauczycieli warszawskich (na podstawie badań przeprowadzonych w 1997 roku)*, „Zdrowie Publiczne” 1998, nr 10, s. 395–397.

<sup>25</sup> Zob. H. Nakajima, *Wprowadzenie w szkołach wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider” 1993, nr 5, s. 3; por. B. Pomiankiewicz, *Rola wychowania zdrowotnego w kształtowaniu zdrowia rodziny*, „Problemy Medycyny Społecznej” 1993, nr 25, s. 29–34.

<sup>26</sup> Zob. B. Woynarowska, *Wprowadzenie. Związki między zdro-*



wiem a edukacją, w: *Zdrowie i szkoła*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2000, s. 17.

<sup>27</sup> Zob. M. Demel, *O wychowaniu zdrowotnym*, Warszawa 1968, s. 11–81; zob. także: S. B. Radiukiewicz, *Medycyna szkolna*, Warszawa 1987, s. 214–238; por. Z. J. Brzeziński, *Higiena szkolna*, w: *Higiena – ochrona zdrowia*, red. C. W. Korczak, Warszawa 1980, s. 403–444; por. także: H. Wentlandowa, *Oświata zdrowotna*, w: *ibidem*, s. 520–538.

<sup>28</sup> Zob. M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980, s. 49.

<sup>29</sup> Zob. *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Po trzech latach*, red. B. Woynarowska, Warszawa 1995, s. 17; zob. także: M. Charzyńska-Guła, *Program antynikotynowy w szkołach górniczych*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1990, nr 6, s. 113–114.

<sup>30</sup> Na konieczność wyodrębnienia czasu na edukację zdrowotną wskazał zespół Centrum Edukacji Zdrowotnej w Canterbury w Anglii, który dokonał ewaluacji działań Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. W Rekomendacji nr 15 tego zespołu czytamy: „W szkołach, gdzie nie ma wydzielonego czasu na edukację zdrowotną, należy zintegrować ją z innymi przedmiotami”. Zatem ścieżka międzyprzedmiotowa (przedstawiona w polskiej „podstawie programowej”) jako zalecany sposób realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej, byłaby – w kontekście zaleceń wspomnianego zespołu – drugim w kolejności sposobem najlepiej realizowanego programu. Zob. C. Parsons, D. Stears, C. Thomas, L. Thomas, *Szkoła promująca zdrowie w różnych krajach. Wnioski i rekomendacje*, „Lider” 1997, 12, s. 30; por. C. Thomas, C. Parsons, D. Stears, *Implementing the European Network of Health Promoting Schools in Bulgaria, the Czech Republic, Lithuania and Poland: vision and reality*, „Health Promotion International” 1998, t. 13, nr 4, s. 329–338; zob. także: *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego* (Dz.U.1999, nr 14, poz. 129).

<sup>31</sup> Aktualnie w polskich szkołach „podstawę programową” najczęściej „wypełniają” dwie propozycje szkolnego programu wychowania zdrowotnego: Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole oraz propozycja B. Woynarowskiej i zespołu. Zob. *Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole*, red. M. Charzyńska-Guła, Lublin 1997, t. 1–6; por. B. Woynarowska, M. Sokołowska, M. Szymańska, *Edukacja zdrowotna w szkole. Strategia pracy szkoły, treści, metody realizacji*, „Lider” 1998, nr 1, s. 3–12.

<sup>32</sup> Zob. E. Charońska, *Zarys wybranych elementów edukacji zdrowotnej*, Warszawa 1997, s. 45–54; zob. także: M. Kędzierska-Osuchowska, E. Kusiel, *Zajęcia warsztatowe z edukacji zdrowotnej*, w: *Nowoczesna pielęgniarka i higienistka szkolna*, red. B. Woynarowska, Warszawa 1995, s. 63–68; por. D. Forster, *Edukacja dla zdrowia*, w: *Promocja zdrowia dla wszystkich*,

red. S. Pike, D. Forster, Lublin 1998, s. 138–155; por. także: J. Malanowska, *Obszary tematyczne w edukacji zdrowotnej oraz sposób wprowadzania tych treści do programów nauczania*, „Lider” 1999, nr 2, s. 8–9.

<sup>33</sup> Zob. J. Laudańska, A. Kaiser, A. Krawański, *Umiejętność tworzenia zdrowia – nowe wyzwania dla edukatora*, w: *Wychowanie zdrowotne – osiągnięcia i perspektywy wdrażania do szkół*, Kraków 1998, s. 131–137; zob. także: M. Gacek, *Nauczyciele wychowania fizycznego wobec uzależnień i ich profilaktyki w szkole*, „Lider” 1997, nr 5, s. 22; por. A. Krawański, *Spoleczna edukacja prozdrowotna w procesie szkolnego wychowania fizycznego*, w: *Wychowanie fizyczne w dobie reformy edukacji*, Wrocław 1999, s. 81–99.

<sup>34</sup> Złożone przyczyny wzajemnych kontaktów rodziców ze szkołą – także w kontekście edukacji zdrowotnej – przedstawia w jednej ze swoich prac B. Woynarowska. Zob. *ibidem* (red.), *Zdrowie i szkoła*, Warszawa 2000, s. 485–491.

<sup>35</sup> Zob. M. Charzyńska-Guła, *Szkolna edukacja zdrowotna – element programu „Zdrowa Gmina”*, „Lider–Nowa Wieś” 1995 (wyd. spec.), s. 51–54.

<sup>36</sup> Pielęgniarki szkolne to w ostatnim czasie jedna z najbardziej dynamicznych i samodzielnych grup zawodowych w polskim pielęgniarstwie. Rozwój tej grupy dotyczy także doskonalenia w zakresie edukacji zdrowotnej. Należy mieć nadzieję, że kryzys w całej opiece zdrowotnej nad polskim uczniem i także w pielęgniarstwie szkolnym, wywołany reformą systemu ochrony zdrowia, nie zaprzęści dobrych tendencji w tej opiece, będących udziałem także pielęgniarek szkolnych. Bogata literatura dotycząca roli, zadań i metodyki pracy w pielęgniarstwie szkolnym ilustruje omawiane przeobrażenia. Zob. *Nowoczesna pielęgniarka i higienistka szkolna, Materiały konferencyjne z I Krajowej Konferencji Pielęgniarek i Higienistek Szkolnych*, Inowrocław 28–30 XI 1994, red. B. Woynarowska, Warszawa 1995; zob. także: *Współczesne problemy i wyzwania pielęgniarek i higienistek szkolnych. Materiały konferencyjne z II Krajowej Konferencji Pielęgniarek i Higienistek Szkolnych*, Częstochowa 20–22 IV 1998, red. M. Wrocławska, Warszawa 1998; zob. B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w szkole*, w: *Zdrowie i szkoła*, red. *ibidem*, Warszawa 2000, s. 440–443; zob. *Promocja zdrowia dla wszystkich*, red. S. Pike, D. Forster, Lublin 1998, s. 181–187; zob. także: *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Po trzech latach*, red. B. Woynarowska, op. cit., s. 103–111; por. B. Grochmal, J. Stefańska, *Rola personelu szkolnego w promocji zdrowia*, w: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży*, red. H. Kosętko, J. Wyczesany, Kraków 1999, s. 222–234; por. także: *Pielęgniarstwo w działaniu. Umacnianie pielęgniarstwa i położnictwa na rzecz „zdrowia dla wszystkich”*, oprac. J. Salvage, WHO 1993, Warszawa 1997, s. 18–22.