

Barbara Woynarowska*, Krzysztof Ostaszewski**, Lesław Kulmatycki***

Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje

School-based health activities in Poland: The article looks at the questions related to health education, prevention and health promotion programs in the Polish schools. The paper begins with a rationale for more active involvement in health-promoting activities. The first section presents shortcomings in the implementation of programs concerning health education, as well as low effectiveness of school prevention programs designed to counteract risk behaviour and obstacles to health promotion in schools. Next, the obstacles to effective implementation of health-related activities are covered. In the final section, the necessity of integration of education and health policies is discussed.

Słowa kluczowe: *dzieci i młodzież, edukacja zdrowotna, Polska, szkoła promująca zdrowie, szkolny program profilaktyki, zdrowie*

Keywords: *children and adolescents, health education, Poland, health promoting school, school prevention program, health*

* Profesor doktor hab. n. med., profesor zwyczajny w Katedrze Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego; e-mail: b.woynarowska@uw.edu.pl.

** Doktor n. hum., adiunkt, kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; e-mail: ostasz@ipin.edu.pl.

*** Doktor hab. n. hum., prof. nadzw., kierownik Katedry Nauk Humanistycznych i Promocji Zdrowia w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu; e-mail: leslaw.kulmatycki@awf.wroc.pl.

Wkład autorów w opracowanie artykułu: B. Woynarowska – 50%, K. Ostaszewski – 35%, L. Kulmatycki – 15%.

Wstęp

Szkoła, obok rodziny, ma największy wpływ na rozwój dzieci i młodzieży, ich zdrowie i jakość życia. Ma ona potencjalne możliwości oddziaływania na prawie całą populację dzieci i młodzieży w wieku 6–18 lat oraz bezpośrednio lub pośrednio na rodziców, a więc łącznie na 25–30% ludności kraju. W wieku szkolnym kształtują się zachowania prozdrowotne, które są zasobem dla zdrowia w dalszych latach życia. Ujawniają się także zachowania antyzdrowotne i ryzykowne dla zdrowia, powodujące zaburzenia rozwoju oraz zdrowia fizycznego i psychicznego, które mogą być skorygowane przez wczesne wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych i naprawczych.

We współczesnym świecie istnieje potrzeba zwiększenia udziału szkół w działaniach na rzecz zdrowia. Wynika ona z następujących przesłanek:

- zdrowie i edukacja są ze sobą wzajemnie powiązane:
 - zdrowie jest zasobem dla edukacji. Dobre zdrowie dzieci sprzyja uczeniu się, dobremu przystosowaniu do szkoły, osiągnięciom szkolnym i satysfakcji ze szkoły. Umożliwia także rozwijanie uzdolnień, zainteresowań i kreatywności, utrzymywanie dobrych relacji z rówieśnikami i dorosłymi,
 - edukacja jest zasobem dla zdrowia. Im wyższy jest poziom wykształcenia ludności, tym mniejsze wskaźniki umieralności i zachorowalności, mniejsza częstość chorób przewlekłych i zachowań ryzykownych (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta itd.) oraz dłuższe trwanie życia. Szacuje się, że mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym będą żyli o ok. 12 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem zawodowym lub niższym, a w przypadku kobiet różnica ta wynosi ok. 5 lat¹. Jest to spowodowane tym, że edukacja pomaga ludziom uzyskać kompetencje (wiedzę, umiejętności i postawy) niezbędne do dbałości o zdrowie, jego ochrony i doskonalenia. Wyższy poziom wykształcenia i kompetencje ułatwiają pozyskiwanie innych zasobów: dobrej pracy, wyższych dochodów, związków społecznych, zdolności kierowania własnym życiem, radzenia sobie z trudnościami itd., które są ważnymi determinantami zdrowia,
- populację dzieci i młodzieży charakteryzuje duża częstość zachowań antyzdrowotnych i ryzykownych dla zdrowia. Na przykład wyini-

¹ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

ki badań przeprowadzonych w 2010 r. na reprezentatywnej próbie uczniów w wieku 15–16 lat wykazały, że: ok. 80% miało zbyt małą aktywność fizyczną, nie spożywało codziennie warzyw i owoców, a 44% pierwszego śniadania; 28% czyściło zbyt rzadko zęby; 11–16% regularnie paliło tytoń i piło piwo, często upijało się; 20% miało za sobą używanie marihuany oraz inicjację seksualną². W okresie minionych 20 lat styl życia młodzieży szkolnej nie uległ wyraźnym zmianom³,

- stan zdrowia ludności Polski, mimo stopniowej poprawy, w porównaniu z krajami Unii Europejskiej jest wciąż niezadowolający. W związku ze zwiększaniem się długości życia i przesunięciem granicy wieku emerytalnego do 67 lat niezbędne są działania dla wydłużenia okresu życia w zdrowiu. Szacuje się, że w Polsce mężczyźni przeżywają w zdrowiu 58,5 lat, kobiety 62,2 lata⁴.

Dla poprawy sytuacji zdrowotnej ludności, a zwłaszcza zwiększenia długości życia w zdrowiu, niezbędny jest udział samych ludzi, zwiększenie ich motywacji i umiejętności dbania o zdrowie od najmłodszych lat. Szkoły powinny pomagać młodym ludziom w kształtowaniu tych umiejętności, przejmowania odpowiedzialności za zdrowie oraz zdolności do budowania zasobów dla zdrowia własnego i zdrowia publicznego. Służyć temu powinna polityka na rzecz zdrowia w szkole, w tym realizacja edukacji zdrowotnej, programów promocji zdrowia i profilaktyki o wysokiej, sprawdzonej jakości oraz skuteczności. Polityka oświatowa i polityka zdrowotna państwa powinny być ze sobą ściśle powiązane.

Celem artykułu jest:

- diagnoza realizacji edukacji zdrowotnej i programu profilaktyki w szkołach oraz programu „Szkoła promująca zdrowie” w Polsce,
- przedstawienie barier w ich realizacji,
- zaproponowanie rozwiązań w celu poprawy jakości i skuteczności działań szkół na rzecz zdrowia.

² *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011. Zagadnienie to omówiono szerzej w artykule B. Woynarowska, A. Oblacińska, *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, s. 43–66 niniejszej publikacji.

³ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.

⁴ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, op. cit.

Opracowanie niniejsze jest fragmentem raportu przygotowanego przez grupę redakcyjną (złożoną z autorów niniejszego artykułu) Zespołu Zadaniowego ds. Edukacji Zdrowotnej, Profilaktyki i Promocji Zdrowia w Szkole Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Raport ten został przyjęty przez członków Komitetu 27 listopada 2013 r.

Diagnoza

Edukacja zdrowotna w szkole

Edukacja zdrowotna jest procesem, w którym ludzie uczą się, jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki⁵.

Cele edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży są różnie formułowane. W komentarzu do najnowszej podstawy programowej kształcenia ogólnego⁶ zapisano, że celem tej edukacji jest udzielanie dzieciom i młodzieży pomocy w:

- poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych,
- zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać,
- rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi,
- wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości,
- rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia,
- przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej (edukacja zdrowotna jest ważnym elementem edukacji obywatelskiej).

Edukacja zdrowotna jest prawem każdego dziecka. Szkolna edukacja zdrowotna wspiera proces wychowania w rodzinie oraz realizację pod-

⁵ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 103.

⁶ *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa*, t. 8, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2009, s. 56.

stawowych zadań szkoły, w tym szczególnie programu wychowawczego i programu profilaktyki. Jest uznana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa, jej koszty są niewspółmiernie niższe niż leczenie chorób.

Skuteczność edukacji zdrowotnej w szkole zależy od spełnienia wielu warunków, w tym: uwzględnienia wszystkich aspektów zdrowia (fizycznego, psychicznego, społecznego i seksualnego); zapewnienia ciągłości (realizacja na wszystkich etapach edukacji) oraz czasu i miejsca w rozkładzie zajęć szkolnych; odpowiedniego przygotowania nauczycieli i tworzenia przez nich właściwych wzorców. Niezbędne jest tworzenie uczniom możliwości praktykowania zachowań prozdrowotnych w codziennym życiu oraz współpraca z rodzicami i społecznością lokalną⁷.

Stan prawny

Obowiązująca od września 2009 r. podstawa programowa kształcenia ogólnego⁸ stworzyła szansę na wdrożenie edukacji zdrowotnej w szkołach wszystkich typów. Zapisano w niej że: *Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.*

Nowym rozwiązaniem, w stosunku do poprzedniej podstawy programowej, jest ściśle powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym:

- na I etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar „Wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”,
- na II, III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że wychowanie fizyczne „pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej”,
- w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „Edukacja zdrowotna”.

Wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono także w wielu innych przedmiotach. Ich liczba i zakres jest większy niż w podstawie programowej z lat 1999–2001. Rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności życiowych (osobistych i społecznych). Aktualny status edukacji zdrowotnej w Polsce odpowiada jednemu z modeli zaproponowa-

⁷ R. Marks, *Schools and health education. What works, what is needed, and why?*, „Health Education” 2009, nr 1, s. 4–8.

⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. z 2009 r. nr 4, poz. 17, ze zm.

nych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) – przedmiot wiodący (wychowanie fizyczne) i treści dotyczące zdrowia uwzględnione w różnych przedmiotach⁹.

Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia jest także zadaniem pielęgniarki lub higienistki szkolnej, sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole. Taki zapis w standardach postępowania pielęgniarki szkolnej¹⁰ jest podstawą do kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W artykule niniejszym, ze względu na ograniczoną jego objętość, nie dokonano oceny realizacji tego standardu, ograniczając się wyłącznie do działań podejmowanych przez szkoły.

Ocena realizacji edukacji zdrowotnej po wprowadzeniu nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego

W 2012 r., po 3 latach od wdrożenia nowej podstawy programowej, dokonano oceny realizacji bloku „Edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w gimnazjach, w których realizowano pełen cykl podstawy programowej. Wyniki badań przeprowadzonych na ogólnopolskiej, losowo dobranej próbie gimnazjów (N = 421), ujawniły wiele nieprawidłowości w realizacji tego bloku. W wielu szkołach realizowano go tylko w czasie „typowej” lekcji WF lub „przy okazji”. W większości szkół (79%) zajęcia odbywały się w sali gimnastycznej, a w ponad 20% szkół w pomieszczeniach (np. szatniach, korytarzach, basenie), w których nie było warunków do realizacji zajęć, zgodnie z zaleceniami podstawy programowej. W 58% gimnazjów żaden z nauczycieli WF nie odbył szkolenia w zakresie edukacji zdrowotnej. W 17% szkół nauczyciele WF mieli negatywny stosunek do zajęć w bloku „Edukacja zdrowotna”, a w 40% szkół taki stosunek do tych zajęć (zdaniem nauczycieli) mieli uczniowie, zwłaszcza chłopcy. Motywowanie uczniów do tych zajęć sprawiało nauczycielom największą trudność¹¹.

⁹ WHO, *Skills for health. Skills based health education including life skills: An important component of child-friendly/health promoting school*, Information Series on School Health Document 9, World Health Organization, Geneva 2003, s. 37.

¹⁰ B. Woynarowska, A. Oblacińska, M. Jodkowska, W. Ostrenga, *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003, s. 11.

¹¹ B. Woynarowska, K. Komosińska, A. Małkowska-Szcutnik, A. Kowalewska, *Realizacja zajęć w bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w gimnazjach w pierwszych latach wdrażania podstawy programowej kształcenia ogólnego*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 2012, nr 4, s. 5–13.

Wyniki badań dotyczących doskonalenia nauczycieli WF w zakresie edukacji zdrowotnej wykazały, że w okresie trzech lat wdrażania nowej podstawy programowej 70% publicznych placówek doskonalenia nauczycieli nie udzieliło nauczycielom WF z gimnazjów żadnej pomocy w realizacji edukacji zdrowotnej. Pozostałe 30% placówek zaoferowało nauczycielom jakąś formę szkolenia, głównie konferencje i inne krótkotrwałe (1–5 godz.) szkolenia¹².

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła organizację i efekty realizacji podstawy programowej WF, w tym edukacji zdrowotnej, w szkołach podstawowych i gimnazjach, w latach 2009–2013. W wielu gimnazjach nie zrealizowano dużej części wymagań szczegółowych z bloku „Edukacja zdrowotna”, nie przestrzegano zaleconych wskazówek metodycznych, wdrażanie podstawy programowej rozpoczęto we wrześniu 2009 r. bez właściwego przygotowania nauczycieli¹³.

W tej sytuacji nowatorskie zapisy dotyczące edukacji zdrowotnej w wychowaniu fizycznym w gimnazjum są w dużej mierze „martwe”. Można oczekiwać, że to samo dotyczy szkół ponadgimnazjalnych, w których wdrażanie nowej podstawy programowej rozpoczęto we wrześniu 2012 r. Trudno nie zgodzić się z opinią jednego z doradców metodycznych: *w rzeczywistości jest to fikcja (...) Rzucono nauczycieli na głęboką wodę bez przygotowania, materiałów dydaktycznych i bez uwzględnienia ich uwag w czasie tzw. konsultacji*.

W Polsce nie ma danych o realizacji wymagań dotyczących edukacji zdrowotnej w podstawie programowej innych przedmiotów. W roku szkolnym 2013/2014 Ośrodek Rozwoju Edukacji zapytał szkoły „Ile razy w roku szkolnym uczniowie badanej klasy realizowali od początku roku zajęcia w formie sprzyjającej edukacji prozdrowotnej (skala odpowiedzi od 0 do więcej niż 8)?”. Odpowiedzi zbierane są od nauczycieli różnych przedmiotów na wszystkich etapach edukacyjnych¹⁴. Jest to przykład tradycyjnego („statystycznego”) podejścia do monitorowania wdrażania podstawy programowej, które nie daje szans na merytoryczną ocenę realizacji edukacji zdrowotnej.

¹² B. Woynarowska, A. Małkowska-Szcutnik, K. Komosińska, *Przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego gimnazjów do realizacji bloku „edukacja zdrowotna” i organizacja ich doskonalenia w tym zakresie w latach 2009–2012*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, w druku.

¹³ Najwyższa Izba Kontroli, *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 108/2013/P/12/067/KNO, NIK, Warszawa 2013, www.nik.gov.pl [dostęp 20 stycznia 2014 r.].

¹⁴ Informacje uzyskane od Andrzeja Jasińskiego – koordynatora projektu systemowego „Wdrażanie podstawy programowej kształcenia ogólnego w przedszkolach i szkołach” w Ośrodku Rozwoju Edukacji.

Szkolny program profilaktyki

Zgodnie z podstawą programową kształcenia ogólnego¹⁵ działalność edukacyjną szkoły określa: szkolny zestaw programów nauczania, program wychowawczy i „program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym”.

Szkolny program profilaktyki to działania zakrojone na potrzeby danego środowiska szkolnego, których celem jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym, problemom zdrowia psychicznego i problemom behawioralnym uczniów. Realizacja tego programu, jeśli jest on oparty na naukowej wiedzy, sprzyja poprawie stanu zdrowia dzieci i młodzieży, a przez to zdrowia całego społeczeństwa. Zastosowanie skutecznych strategii i programów profilaktycznych oraz promocji zdrowia przyczynia się do:

- ograniczania używania przez młodzież substancji psychoaktywnych i występowania związanych z tym różnych problemów (m.in. wypadków, przestępstw i wykroczeń, ryzykownych zachowań i nadużyć seksualnych, destrukcji i samobójstw, uzależnień),
- zmniejszania częstości występowania różnych form agresji (m.in. przejawów *bullyingu*, bójek i innych form agresji fizycznej w relacjach rówieśniczych, agresji elektronicznej i przemocy w sieci, przestępstw z wykorzystaniem przemocy, agresji w relacjach międzyludzkich w szkole),
- ograniczenia częstości występowania i łagodniejszego przebiegu zaburzeń psychicznych (m.in. zaburzeń odżywiania, depresji i zaburzeń nastroju, zachowań autodestrukcyjnych i samobójstw, zaburzeń lękowych).

Poważnym i narastającym problemem zdrowotnym w populacji dzieci i młodzieży jest nadwaga i otyłość oraz nieradzenie sobie z negatywnymi emocjami wynikającymi z przeciążenia. Zapobieganie i udzielanie wsparcia uczniom z nadwagą oraz wskazanie na praktyczne sposoby radzenia sobie ze stresem jest nowym, ważnym zadaniem szkoły.

Ocena realizacji szkolnych programów profilaktyki

Dokonanie tej oceny jest utrudnione, gdyż pracownicy nadzoru pedagogicznego nie oceniają i nie monitorują realizacji szkolnych programów profilaktyki. Analiza treści, sposobów realizacji tych programów i ich efektów nie jest uwzględniana w ewaluacji zewnętrznej. W nowym rozporządzeniu

¹⁵ Rozporządzenie 2008, *op. cit.*

dotyczącym nadzoru pedagogicznego, w punkcie dotyczącym monitorowania, wymieniono: „zbieranie i analiza informacji o działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej (...)”, pomijając działalność profilaktyczną¹⁶.

Programy i działania w zakresie profilaktyki zachowań problemowych dzieci i młodzieży oparte na naukowych dowodach mają niewielki wpływ na codzienną praktykę w szkołach¹⁷. System rekomendacji programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, rekomenduje kilkanaście programów profilaktycznych¹⁸. Programy te są przykładami „dobrej praktyki” lub ich skuteczność została potwierdzona w badaniach, ale ich wykorzystanie przez szkoły lub samorządy jest bardzo ograniczone. Główny nurt działań profilaktycznych w szkołach, nastawionych na zapobieganie zachowaniom problemowym młodzieży, składa się z tworzonych *ad hoc* programów autorskich, akcji, konkursów, festynów i organizacji czasu wolnego¹⁹. Konstrukcja większości tych programów nie jest oparta na dostępnej wiedzy teoretycznej lub empirycznej dotyczącej mechanizmów powstawania zachowań problemowych młodzieży. Większość tych działań jest realizowana bez żadnej formalnej ewaluacji. Ta sytuacja jest konsekwencją nieprzemyślanych regulacji, które pozbawiają nadzór pedagogiczny i Ministerstwo Edukacji Narodowej wpływu na merytoryczny kształt działań profilaktycznych w szkołach.

W 2013 r. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła jakość szkolnych programów profilaktyki²⁰. Wykazano między innymi, że działania realizowane w ramach tych programów były często powielane z roku na rok bez dokonywania ich ewaluacji. W większości skontrolowanych szkół nie przykładano wagi do wyboru zajęć profilaktycznych i nie korzystano z programów o udowodnionej skuteczności. Realizatorzy działań profilaktycznych w niektórych szkołach nie zostali przeszkoleni do prowadzenia tego typu

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 10 maja 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. poz. 560.

¹⁷ K. Ostaszewski, K. Bobrowski, *Polityka i profilaktyka. Bariery w rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy* [w:] *Promocja zdrowia psychicznego – badania i działania w Polsce*, K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), Wydawnictwo Naukowe Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, s. 53–76.

¹⁸ System rekomendacji i oceny programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego, <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106179> [dostęp 15 stycznia 2014 r.].

¹⁹ R. Frączek, M. Zin-Sędek *Ile profilaktyki w profilaktyce? „Świat Problemów”* 2010, nr 11, s. 16–19.

²⁰ Najwyższa Izba Kontroli, *Profilaktyka narkomanii w szkołach. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 152/2013/P/12/094/KPB, NIK, Warszawa 2013, www.nik.gov.pl [dostęp 15 stycznia 2014 r.].

zająć. Ogólnie kontrola NIK wskazała na brak dbałości dyrektorów szkół o jakość działań profilaktycznych, co przekłada się na ich powierzchowność i nierzetelność.

Wyniki kontroli NIK dotyczącej realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości w szkołach publicznych wykazały, że w 65% szkół nie było działań bezpośrednio ukierunkowanych na zapobieganie tym zaburzeniom. W żadnej z kontrolowanych szkół nie uwzględniono tego problemu w doskonaleniu zawodowym nauczycieli²¹.

Program „Szkoła promująca zdrowie”

Program „Szkoła promująca zdrowie” (SzPZ) jest realizowany w Polsce od 1992 r. Są to najdłużej trwające i wciąż rozwijające się w Polsce, Europie i na innych kontynentach skoordynowane, systemowe, długofalowe i dobrowolne działania na rzecz zdrowia w szkole. Jest to jeden z siedliskowych projektów promocji zdrowia, o charakterze ruchu oddolnego i funkcjonowania w sieci. Program ten jest podobny do realizowanego w USA „Skoordynowanego programu Zdrowie w szkole”²².

Od 1992 r. Polska jest członkiem Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie utworzonej przez Biuro Regionalne dla Europy WHO, Radę Europy i Komisję Europejską. Organizacje te nadal sprawują patronat nad tymi działaniami w Europie. W 2007 r. sieć ta przekształciła się w sieć Szkoły dla Zdrowia w Europie (*School for Health in Europe*) i należą do niej 43 kraje. „Mocne strony” tej sieci w Polsce to struktura dla wspierania działań szkół na poziomie wojewódzkim lub powiatowym/miejskim, własna strategia tworzenia SzPZ oraz zasady planowania i ewaluacji działań. Z doświadczeń polskich korzystało wiele krajów.

Istotą SzPZ są działania oddolne, całościowe podejście do zdrowia w szkole oraz inicjowanie i wprowadzanie przez członków społeczności szkolnej (pracowników, uczniów i ich rodziców) sprzyjających zdrowiu zmian w swoim stylu życia i środowisku codziennego życia. Zgodnie ze standardami przyjętymi w Polsce w 2006 r.²³ szkoła taka:

²¹ Najwyższa Izba Kontroli, *Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzież szkolnej. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 149/2011/P/10190/KNO, NIK, Warszawa 2011, www.nik.gov.pl [dostęp 20 stycznia 2014 r.].

²² Centers for Disease Control and Prevention, *Components of Coordinated School Health*, <http://www.cdc/healthuyouth/cshp/components.htm> [dostęp 19 stycznia 2014 r.].

²³ B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole” 2006, z. 10, (dostępne na stronie Ośrodka Rozwoju Edukacji www.ore.edu.pl).

- pomaga członkom społeczności szkolnej (w tym rodzicom) zrozumieć i zaakceptować koncepcję szkoły promującej zdrowie,
- zarządza projektami promocji zdrowia w sposób sprzyjający: uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu społeczności szkolnej i społeczności lokalnej; skuteczności i długofalowości działań,
- prowadzi edukację zdrowotną uczniów i pracowników oraz dąży do zwiększenia jej jakości i skuteczności,
- tworzy klimat społeczny sprzyjający: 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,
- tworzy środowisko fizyczne sprzyjające zdrowiu, bezpieczeństwu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników.

Bilans 20-lecia rozwoju oddolnego ruchu SzPZ w Polsce można uznać za zdecydowanie dodatni²⁴. W grudniu 2013 r. do 16 wojewódzkich sieci szkół promujących zdrowie należało 2659 szkół różnych typów i przedszkoli, wiele szkół oczekuje na przyjęcie do sieci. Ponad 100 szkołom nadano Krajowy Certyfikat „Szkoła Promująca Zdrowie”²⁵. Realizacja programu SzPZ „otworzyła” dla zdrowia drzwi do systemu edukacji, zwłaszcza szkół i przedszkoli, w mniejszym stopniu do administracji oświatowej oraz ośrodków naukowych i szkół wyższych kształcących nauczycieli.

W okresie minionych 22 lat były okresy dynamicznego rozwoju programu SzPZ, a także okresy stagnacji lub kryzysu. Najlepszy okres to lata 1991–1995, początek transformacji ustrojowej. Realizowany był wówczas systematycznie monitorowany program pilotażowy w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech, pod patronatem WHO. Czas ten cechował się: „eksplozją” entuzjazmu w szkołach przystępujących do projektu, ogromną mobilizacją i motywacją ludzi do działania, uczenia się, rozwoju, współpracy. W miarę upływu czasu i zwiększania się liczby szkół ograniczano możliwości ich wspierania, stopniowo wygasał entuzjazm ludzi, zmieniali się koordynatorzy wojewódzcy i szkolni.

U progu trzeciej dekady ujawniło się wiele oznak kryzysu i zagrożeń dla dalszego rozwoju SzPZ. Dotyczy to najważniejszego ogniwa, tzn. szkół, których społeczność często nie zna lub nie rozumie w pełni koncepcji i strategii

²⁴ B. Woynarowska, *Szkoła promująca zdrowie po 20 latach: dorobek, bariery, perspektywy*, „Remedium” 2012, nr 12, s. 1–3.

²⁵ Dane Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie.

SzPZ. Szkoły, zamiast działań wynikających z diagnozy i rzeczywistych potrzeb społeczności szkolnej, podejmują realizację wielu „zewnątrznych” programów edukacyjnych, programów autorskich i działań akcyjnych bez sprawdzania ich efektów. Szkoły te można nazwać „aktywnymi” w podejmowaniu licznych działań o tematyce zdrowotnej, ale wiele z nich nie spełnia standardów SzPZ. Obecnie w wielu województwach funkcję koordynatorów pełnią osoby „nowe” (bez odpowiedniego przygotowania) lub mało aktywne.

Promocja zdrowia w szkole, jak każda nowa idea wprowadzona w jakimkolwiek środowisku, wymaga czasu. Wyróżnia się trzy fazy jej rozwoju: wprowadzanie, adaptacja i akceptacja (instytucjonalizacja), czyli powiązanie promocji zdrowia z podstawowymi zadaniami szkoły. W Szkocji, która jest w tym zakresie krajem wiodącym w Europie, dojście do etapu trzeciego trwało 25 lat²⁶. W Polsce wciąż zmagamy się z „udowadnianiem”, że edukacja zdrowotna powinna mieć swoje stałe miejsce w szkole, wciąż jesteśmy w fazie wprowadzającej promocję zdrowia w szkole opartej na spontaniczno-hobbystycznym podejściu i entuzjazmie nielicznej grupy nauczycieli, pracowników kuratoriów oświaty lub placówek doskonalenia nauczycieli.

Osiągnięcia i bariery w realizacji w szkołach edukacji zdrowotnej, programu profilaktyki i promocji zdrowia

W ostatnich dwóch dekadach nastąpiły pewne korzystne zmiany w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki w szkołach. Rozwija się oddolny ruch promocji zdrowia w szkołach, a na poziomie krajowym stworzono podstawy prawne do podejmowania w szkołach działań na rzecz ochrony i promocji zdrowia. Zostały one omówione poniżej.

1. Akty prawne, programy i inne dokumenty rządowe lub resortowe, w których zobowiązano resort edukacji do działań na rzecz zdrowia, w tym:
 - ustawy o: ochronie zdrowia psychicznego; ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych; wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi; przeciwdziałaniu narkomanii; planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży,
 - narodowy program zdrowia; w kolejnych jego wersjach (1990, 1997, 2007) zapisano zadania dotyczące realizacji w szkołach

²⁶ J. Inchley, L. Gugglberger, I. Young, *From health to education: The journey towards health promoting school implementation in Scotland* [w:] *The implementation of health promoting schools. Exploring the theories of what, why and how*, O. Samdal, L. Rowling (eds.), Routledge, London 2012, s. 142–146.

- edukacji zdrowotnej, programów profilaktyki, rozwoju szkół promujących zdrowie,
- narodowe programy: zwalczania chorób nowotworowych, profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia, ochrony zdrowia psychicznego, zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej; „Krajowy program zwalczania AIDS i zapobiegania zakażeniom HIV”,
 - porozumienia międzyresortowe: między Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia w sprawie wspierania edukacji zdrowotnej w szkole oraz rozwoju sieci szkół promujących zdrowie (1991, 2000, 2009),
 - uwzględnienie w podstawowych kierunkach polityki oświatowej państwa w roku szkolnym 2013/2014, ustalonych przez Ministra Edukacji Narodowej (w rozporządzeniu z 3 lipca 2013 r.), „działań szkoły na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa uczniów”.
2. Włączenie po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce edukacji zdrowotnej do podstaw programowych kształcenia ogólnego (1997, 1999–2001, 2008) oraz do standardów kształcenia nauczycieli²⁷.
 3. Stworzenie w 1999 r. w resorcie edukacji, na poziomie krajowym, zespołu metodyczno-organizacyjnego dla wspierania edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole (od 2009 r. jego nazwa brzmi Ośrodek Rozwoju Edukacji).

Realizacja zaleceń wynikających z opisanych aktów prawnych i dokumentów w szkołach jest jednak wysoce niezadowolająca. Zwiększyła się wyraźnie aktywność szkół we wdrażaniu programów edukacyjnych i działań akcyjnych. Szkoły podejmują wiele działań, jednak często nieskutecznych lub pozornych („do sprawozdania”). Mnogość inicjatyw absorbuje czas oraz energię nauczycieli i uczniów, nie dając pożądaných efektów. Jest to spowodowane barierami kulturowymi, systemowymi i organizacyjnymi na różnych poziomach.

Barierę natury „ogólnej” i na poziomie międzyresortowym

- Niski status zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce, koncentracja na medycynie naprawczej, mało skuteczne programy profi-

²⁷ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, Dz.U. nr 25, poz. 131.

laktyczne (zdrowotne), z których większość nie jest oparta na wiedzy naukowej; towarzyszy temu niski poziom świadomości społecznej oraz alfabetyzacji zdrowotnej²⁸ większości ludzi dorosłych (w tym rodziców dzieci i młodzieży).

- Tradycyjne podejście do edukacji zdrowotnej jako przekazywania informacji o zdrowiu, chorobach i czynnikach ryzyka, z koncentracją na zdrowiu fizycznym i dominacją podejścia medycznego.
- Niedostrzeganie i niedocenianie przez twórców polityki oświatowej i polityki zdrowotnej na różnych poziomach (od krajowego do szkolnego) związków między edukacją a zdrowiem oraz roli szkoły w działaniach na rzecz zdrowia społeczeństwa.
- Oferowanie szkołom wielu programów profilaktycznych i edukacyjnych o tematyce zdrowotnej opracowywanych centralnie lub lokalnie przez: agencje rządowe, Państwową Inspekcję Sanitarną, instytuty naukowe, organizacje pozarządowe oraz firmy komercyjne (producentów żywności, kosmetyków, środków czystości, którzy lokują w nich własne produkty). Wiele programów powieliła te same treści (powszechne jest przekonanie „im więcej, tym lepiej”). Nie ma danych o ich jakości, ewaluacji wyników i empirycznych dowodów skuteczności (dotyczy to także programów, które otrzymały „patronat” MEN). Większość działań ma charakter akcyjny – szkoły chętnie wykorzystują programy „zewnętrzne” jako dowód swojej aktywności i nie uruchamiają własnych działań wynikających z podstawy programowej oraz programu wychowawczego i profilaktyki. Szkoły przyjmują zewnętrzne „usługi” profilaktyczne na „rynku” w miejsce własnej pracy edukacyjnej i profilaktycznej.
- Brak kształcenia przeddyplomowego nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki. Zagadnienia te wprowadzono po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce do standardów kształcenia przygotowującego do zawodu nauczyciela w 2012 r. Jednak obecnie, przy pełnej autonomii szkół wyższych, nie ma mechanizmów i narzędzi do sprawdzania, czy i na jakim poziomie standardy te są spełniane.
- Mało efektywna współpraca międzyresortowa oraz współpraca resortów edukacji i zdrowia z wyspecjalizowanymi agencjami. Brak operacjonalizacji porozumień międzyresortowych. W okresie 20

²⁸ Alfabetyzacja zdrowotna oznacza umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolności człowieka do zdobywania informacji, zrozumienia ich i wykorzystania w sposób, który sprzyja doskonaleniu i utrzymaniu dobrego zdrowia.

lat przez 13 lat nie było porozumienia między Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia niezbędnego dla rozwoju programu SzPZ i przynależności Polski do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży z 23 listopada 2009 r. jest kolejnym „martwym” dokumentem, a powołana na jego mocy Rada Programowa jest ciałem „fasadowym”.

- Małe zainteresowanie szkół wyższych i instytutów naukowych wspieraniem działań szkół na rzecz zdrowia. W Polsce nie ma żadnej placówki naukowej, zajmującej się tą dziedziną. Jedną z przyczyn jest brak odpowiednich kadr i finansowania projektów badawczych o tej tematyce. Powoduje to, że niewiele jest programów edukacyjnych i profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności i dominacja programów amatorskich. Edukacja zdrowotna, programy profilaktyczne i promocji zdrowia są „dziełem” praktyków, którzy powielają wzorce i doświadczenia ze swoich lat szkolnych.

Bariery w resorcie edukacji

- Częste reformy programowe (w latach 1997–2008 wprowadzono trzy podstawy programowe kształcenia ogólnego), wdrażane szybko do praktyki szkół bez odpowiedniego przygotowania nauczycieli do ich realizacji.
- Brak czasu na realizację w szkołach długofalowych programów opartych na wiedzy (dobrych praktykach), dominacja działań akcyjnych (imprezy, festyny, konkursy, teatry profilaktyczne, turnieje) bez sprawdzania ich efektów.
- Szkoły nie otrzymują wystarczającego wsparcia metodycznego w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i szkolnego programu profilaktyki. Jest to spowodowane m.in.:
 - decentralizacją nadzoru pedagogicznego i pominięciem ewaluacji w zakresie edukacji zdrowotnej i programu profilaktyki; zgodnie z obowiązującymi przepisami²⁹: *ocena działalności oświatowo-wychowawczej prowadzonej przez szkoły i placówki oświatowo-wychowawcze (...) oraz udzielanie im pomocy w prowadzeniu tej działalności jest zadaniem Państwowej Inspekcji Sanitarnej,*

²⁹ Art. 6 pkt 4 ustawy z 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. z 2006 r. nr 122, poz. 851, ze zm.

- kryzysową sytuacją w systemie doskonalenia nauczycieli; zagadnienia te są sporadycznie podejmowane przez publiczne placówki doskonalenia nauczycieli, prowadzone przez samorząd województwa, powiatu lub gminy.
- Brak skutecznego systemu rekomendacji przez resort edukacji sprawdzonych w badaniach programów edukacyjnych i profilaktycznych przy jednoczesnym „uznaniowym” przydzielaniu „patronatów” różnym inicjatywom.
- Niestabilność statusu programu „Szkoła promująca zdrowie” i brak jego rzeczywistego, systematycznego wspierania, zwłaszcza na poziomie wojewódzkim.
- Przeznaczanie dużych środków finansowych na realizację szkolnych projektów o tematyce zdrowia i bezpieczeństwa w ramach konkursów w obszarze zadań publicznych³⁰ (nie ma danych o efektach tych projektów). Przeznaczanie środków na działania profilaktyczne o wątpliwej skuteczności (np. monitoring wizyjny w każdej szkole).

Rekomendacje

Opracowanie koncepcji i programu poprawy jakości i skuteczności edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i programu profilaktyki w szkole oraz strategii jego wdrażania wymaga woli i decyzji politycznej oraz współpracy wielu partnerów, w tym resortu edukacji, zdrowia, nauki i szkolnictwa wyższego, ośrodków naukowych, organizacji samorządowych i pozarządowych. Dla istotnej poprawy jakości programów edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki w szkołach niezbędne jest:

- zrozumienie i uznanie roli szkoły w ochronie i promocji zdrowia społeczeństwa oraz stworzenie warunków do skutecznego jej podjęcia przez szkoły,
- nowoczesne całościowe podejście do zdrowia w szkole, w którym edukacja zdrowotna i program profilaktyki są wzajemnie powiązane i stanowią ważne, ale nie jedyne elementy działań systemu edukacji na rzecz zdrowia; sprawdzonym modelem takiego podejścia jest koncepcja szkoły promującej zdrowie,
- wykorzystanie rozwiązań i doświadczeń sprawdzonych sieci oraz krajów, w tym: założenia sieci „Szkoły dla zdrowia w Europie”, do-

³⁰ W latach 2008–2013 realizowany był rządowy program „Bezpieczna i przyjazna szkoła”. W ramach tego programu corocznie ogłaszane były konkursy ofert na realizację zadań publicznych. Obecnie realizowany jest program „Rok szkoły w ruchu” (www.men.gov.pl).

świadczenia w realizacji odrębnego przedmiotu w Finlandii³¹ i Irlandii³², całościowe podejście do zdrowia w szkole w Szkocji³³ oraz „Skoordynowany program Zdrowie w szkole” w USA³⁴,

- podjęcie systemowych, długofalowych działań wymagających:
 - zaangażowania i rzeczywistej współpracy: resortów edukacji, zdrowia oraz nauki i szkolnictwa wyższego; ośrodków naukowych, administracji szkolnej, nauczycieli, rodziców, agencji rządowych i organizacji pozarządowych,
 - utworzenia w resorcie edukacji (np. w Instytucie Badań Edukacyjnych) jednostki naukowej zajmującej się programowaniem działań szkoły na rzecz ochrony i promocji zdrowia; zapewnienia środków na koordynację działań i na pilotażowe wdrożenie najważniejszych działań i ich upowszechnienie,
- zintegrowanie promocji zdrowia z podstawowymi zadaniami szkoły i całego systemu edukacji, w tym z systemem kształcenia i doskonalenia nauczycieli oraz nadzoru pedagogicznego:
 - za zadanie priorytetowe należy uznać opracowanie i wdrożenie:
 - a) nowoczesnych programów kształcenia w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia w szkołach wyższych kształcących pedagogów i nauczycieli, szczególnie wychowania fizycznego; b) oferty szkoleniowej dla pracujących pedagogów i nauczycieli,
 - powiązanie szkolnego programu wychowawczego z programem profilaktyki i promocji zdrowia (jeden zamiast odrębnych programów),
 - poszukiwanie sposobów lepszej współpracy pracowników szkoły i pielęgniarki szkolnej,
 - rozważenie możliwości wprowadzenia przedmiotu „edukacja zdrowotna” (lub o nazwie pokrewnej) realizowanego przez nauczyciela przedmiotowego, przy wsparciu nauczycieli innych przedmiotów, integrującego edukację zdrowotną i seksualną oraz

³¹ L. Kannas, „Zdrowie” – nowy przedmiot szkolny w Finlandii: Budowanie programu i metodologii jego nauczania oraz kształcenia nauczycieli [w:] *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, B. Woynarowska (red.), Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2005, s. 28–33.

³² *Social, personal & health education. Junior certificate. Guidelines for teachers*, National Council for Curriculum and Assessment, Dublin 2001.

³³ J. Inchley, L. Gugglberger, I. Young, *From health to education*, op. cit.

³⁴ Centers for Disease Control and Prevention, *Components*, op. cit.

treści dotyczące szeroko rozumianego zdrowia zawarte obecnie m.in. w przedmiotach: wychowanie fizyczne, biologia/przyroda, wychowanie do życia w rodzinie, edukacja dla bezpieczeństwa; poszukiwanie nowych atrakcyjnych i skutecznych metod pracy w uczniach, zapewnienie miejsca dla tego przedmiotu w rozkładzie zajęć w odpowiednim wymiarze czasu,

- rekomendowanie szkołom programów edukacyjnych i profilaktycznych o wysokiej jakości i udowodnionej empirycznie skuteczności; zahamowanie zjawiska „bombardowania” szkół przez zewnętrzne organizacje (w tym komercyjne) ofertą programów o niskiej jakości, niepoddanych ewaluacji; upowszechnianie przykładów dobrej praktyki.

Dla podjęcia odpowiednich decyzji, ustalenia kierunków działań i wyboru priorytetów konieczna jest poważna debata z udziałem przedstawicieli rządu, naukowców, specjalistów zdrowia publicznego i pedagogiki, administracji oświatowej i nauczycieli. Należy zdać sobie sprawę, że:

- profesjonalne, skuteczne działania szkół mogą wspierać panującą obecnie w części społeczeństwa polskiego „modę” na zdrowie i gotowość ludzi do prozdrowotnego stylu życia,
- niepodjęcie skutecznych działań spowoduje, że edukację szkolną kończyć będą kolejne roczniki o małej świadomości zdrowotnej oraz niedostatecznych umiejętnościach dbałości o zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne i seksualne.

Bibliografia

- Centers for Disease Control and Prevention, *Components of Coordinated School Health*, <http://www.cdc/healthyouth/cshp/components.htm>.
- Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012.
- Marks R., *Schools and health education. What works, what is needed, and why?*, „Health Education” 2009, nr 1.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Profilaktyka narkomanii w szkołach, Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 152/2013/P/12/094/KPB, NIK, 2013, www.nik.gov.pl.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzież szkolnej. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 149/2011/P/10190/KNO, NIK, 2011, www.nik.gov.pl.

- Najwyższa Izba Kontroli, *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 108/2013/P/12/067/KNO. NIK, 2013, www.nik.gov.pl.
- Ostaszewski K., Bobrowski K., *Polityka i profilaktyka. Bariery w rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy* [w:] *Promocja zdrowia psychicznego – badania i działania w Polsce*, K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), Wydawnictwo Naukowe Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.
- Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa*, t. 8, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2009.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. z 2009 r. nr 4, poz. 17, ze zm.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, Dz.U. nr 25, poz. 131.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 10 maja 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. poz. 560.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Woynarowska B., Sokołowska M., *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej Zdrowie*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole” 2006, z. 10, dostępne na stronie Ośrodka Rozwoju Edukacji www.ore.edu.pl.
- Woynarowska B., *Szkoła promująca zdrowie po 20 latach: dorobek, bariery, perspektywy*, „Remedium” 2012, nr 12.
- Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, J. Mazur, A. Małkowska-Szkućnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
- Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.