

Magdalena Woynarowska-Soldan

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Szkoła promująca zdrowie w Europie w świetle dokumentów czterech europejskich konferencji

Summary

THE HEALTH PROMOTING SCHOOL IN EUROPE IN THE LIGHT OF THE DOCUMENTS
OF FOUR EUROPEAN CONFERENCES

Health promotion requires intervention in social systems and encouraging them to develop a healthy environment. School is one of the important social systems contributing to health promotion. “The health promoting school” (HPS) programme was established in the 1980s while looking for ways of putting the health promotion concept into practice. The milestones in developing this programme were: the pilot project “The Health Promoting School” (1992–1995), establishing the European Network of Health Promoting Schools (1992) (transformed into Schools for Health in Europe in 2008) and four European conferences organized within the framework of these networks (1997, 2002, 2009, 2013). This article presents a discussion of the four resolutions which were the final documents of these conferences. They described the basic principles of HPS and the aims and directions of activities for further programme development. The documents are addressed to the people who create the educational and health policy, teachers and researchers in European countries who should support the development of HPSs – recognized as an investment in health, education and democracy.

Key words: health promotion, health promoting school, European conferences, concept evolution.

red. Paulina Marchlik

Wstęp

Włączenie się szkół do działań na rzecz zdrowia wiąże się z rozwojem w ostatnich dwóch dekadach nowego obszaru (kierunku, strategii) działań dla poprawy zdrowia jednostek i społeczności, jakim jest promocja zdrowia (ang. *health promotion*). Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) zdefiniowała promocję zdrowia jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad czynnikami, które warunkują ich zdrowie, po to, aby je poprawiać. Jest to złożony, długotrwały proces społeczny i polityczny, w którym działania są ukierunkowane na kształtowanie u ludzi (jednostek) umiejętności dbania o zdrowie oraz dokonywania w środowisku ich życia, pracy, nauki zmian korzystnych dla zdrowia indywidualnego i publicznego. Istotą tych działań jest zaangażowanie i uczestnictwo ludzi we wprowadzaniu zmian (WHO 1998: 1). Promocja zdrowia jest interwencją w systemy społeczne i zachęcaniem ich do rozwijania się w kierunku zdrowych środowisk (Grossmann, Scala 1997). Szkoła jest jednym z takich systemów.

W poszukiwaniu sposobów wdrażania koncepcji promocji zdrowia do praktyki, w końcu lat 80. XX w. WHO Biuro Regionalne dla Europy zainicjowało realizację kilku projektów/programów, których podstawę stanowi podejście siedliskowe (ang. *settings approach*). Siedlisko to miejsce lub kontekst społeczny codziennego życia ludzi, w którym na ich zdrowie i samopoczucie wpływa wiele wzajemnie powiązanych czynników środowiskowych, organizacyjnych i osobistych (WHO 1998: 19). Szkoła jest jednym z takich siedlisk dla dzieci i młodzieży oraz pracowników szkół. Z tego powodu zainicjowano w Europie program „Szkoła promująca zdrowie” (SzPZ)¹.

Historia rozwoju szkoły promującej zdrowie w Europie²

Koncepcja SzPZ narodziła się w Europie w połowie lat 80. XX w. Ważnym wydarzeniem dla jej rozwoju było międzynarodowe sympozjum „Szkoła promująca zdrowie”, które odbyło się w Peebles, w Szkocji (18–20 maja 1986 r.).

¹ Do innych realizowanych w Europie i w Polsce siedliskowych programów promocji zdrowia należą: „Zdrowe miasta”, „Promocja zdrowia w miejscu pracy”, „Szpital promujący zdrowie”.

² Niniejszy rozdział opracowano na podstawie: Woynarowska, Sokołowska, red., 2000; Woynarowska, Sokołowska 2006; Woynarowska 2012.

Jego uczestnikami byli wiodący europejscy eksperci w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole.

Pierwszym dokumentem, w którym opisano założenia SzPZ, był raport „Zdrowa szkoła”. Zapisano w nim, że: „promocja zdrowia w szkole jest połączeniem edukacji zdrowotnej i wszystkich pozostałych działań podejmowanych w szkole w celu ochrony i poprawy zdrowia wszystkich osób, które się w niej znajdują. Zadaniem szkoły jest tworzenie społeczności, która troszczy się o dobre samopoczucie uczniów i pracowników” (Young, Williams 1989: 17). Szkołę promującą zdrowie charakteryzują trzy główne cechy:

1. Edukacja zdrowotna realizowana w ramach formalnego programu nauczania.
2. Uwzględnienie zdrowia w całej działalności szkoły – etos szkoły, na który składają się m.in. relacje międzyludzkie i klimat szkoły, wzorce tworzone przez nauczycieli, środowisko fizyczne szkoły.
3. Współdziałanie szkoły z rodzicami uczniów i środowiskiem lokalnym.

Pierwszą próbą wdrożenia koncepcji SzPZ do praktyki był 3-letni pilotażowy projekt „Szkoła promująca zdrowie” realizowany w latach 1992–1995 w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech, a więc w krajach, w których rozpoczęła się transformacja ustrojowa. Projekt był zainicjowany i systematycznie monitorowany przez WHO Biuro Regionalne dla Europy.

Kamieniem milowym w rozwoju programu SzPZ było utworzenie w 1992 r. przez WHO, Komisję Europejską i Radę Europy Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ; European Network of Health Promoting School). Był to partnerski program krajów europejskich wspieranych przez trzy wymienione organizacje międzynarodowe. Sekretariat techniczny sieci znajdował się w WHO w Kopenhadze (Dania). Do sieci przystąpiło na początku siedem krajów, w tym Polska. Liczba krajów członków sieci stopniowo się zwiększała. W 2007 r. ESSzPZ przekształciła się w sieć Szkoły dla Zdrowia w Europie (School for Health in Europe, SHE). Jest ona kontynuatorką dotychczasowych działań. Sekretariat SHE mieści się obecnie w Dutch Institute for Healthcare Improvement w Utrechcie (Holandia)³. Do sieci tej należą 43 kraje.

W okresie minionych dwóch dekad rozwoju programu „Szkoła promująca zdrowie” w Europie trwała dyskusja mająca na celu uzgodnienie podstawowych

³ Dutch Institute for Healthcare Improvement (niderlandzki akronim: CBO) to instytut naukowy, którego podstawowa działalność dotyczy poprawy jakości opieki medycznej. Od 2012 r. Instytut realizuje także zadania w zakresie promocji zdrowia. Koordynatorem sieci SHE jest Goof Buijs. Szczegółowe informacje i materiały dotyczące sieci są dostępne na stronie: www.schools-for-health.eu (aktualny e-mail Sekretariatu SHE: she@cbo.nl).

cech (kryteriów) SzPZ oraz poszukiwanie metod ewaluacji wyników działań podejmowanych przez szkoły. Mimo wielu prób nie udało się skonstruować jednego, uniwersalnego modelu SzPZ, wspólnego dla całej europejskiej sieci. Poszczególne kraje, w tym także Polska⁴, konstruowały własne modele, dostosowując ustalone cechy/komponenty SzPZ do swojego edukacyjnego i kulturowego kontekstu oraz zachodzących dynamicznie zmian. Na podstawie analizy modeli istniejących w 11 różnych krajach uznano, że nie jest możliwe, a nawet pożądane, opracowanie jednego modelu SzPZ w Europie. Każdy model jest wynikiem dialogu i konsensusu między jego „konstruktorami” i odnosi się do wartości i specyficznego kontekstu w danym kraju. SzPZ jest raczej procesem dokonującym się w określonym kontekście niż efektem wdrażania ustalonych zasad (Jensen, Simovska, red., 2002: 2; Woynarowska, Stępniaak 2002).

W określaniu podstawowych założeń programu SzPZ i kierunków jego dalszego rozwoju szczególną rolę odegrały cztery europejskie konferencje, w których brali udział krajowi koordynatorzy sieci SzPZ⁵, nauczyciele, naukowcy, twórcy polityki edukacyjnej i zdrowotnej, a także – w przypadku trzech ostatnich konferencji – grupy uczniów z różnych krajów prezentujący własne dokonania i opinie. Efektem każdej konferencji był dokument (rezolucja/stanowisko) wyznaczający kierunki pracy europejskiej sieci na kolejne lata. Praca nad tymi dokumentami była procesem, w którym przestrzegano zasad demokracji. Organizatorzy konferencji przedkładali uczestnikom projekt dokumentu, który w czasie trwania obrad był przedmiotem dyskusji i modyfikacji. Ostateczna jego wersja była uzgadniana i publikowana po kilku tygodniach od zakończenia obrad. Dokumenty te były adresowane przede wszystkim do rządów krajów Europy, w tym zwłaszcza do ministrów edukacji i ministrów zdrowia oraz innych osób uczestniczących w budowaniu polityki edukacyjnej i zdrowotnej na różnych poziomach, od których oczekiwano tworzenia warunków dla rozwoju SzPZ.

Celem artykułu jest przedstawienie najważniejszych elementów zawartych w rezolucjach z trzech pierwszych europejskich konferencji SzPZ (1997, 2002 i 2009 r.) oraz obszernych fragmentów stanowiska ostatniej, czwartej konferencji, która odbyła się w 2013 r.

⁴ Polski model SzPZ opracowano w 2006 r. (Woynarowska, Sokołowska 2006).

⁵ W każdym kraju należącym do europejskiej sieci jest powołany – w porozumieniu między ministrem edukacji i ministrem zdrowia – krajowy koordynator SzPZ. W Polsce od 2009 r. funkcję tę pełni Katarzyna Stępniaak (katarzyna.stepniak@ore.edu.pl) z Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie (www.ore.edu.pl).

Rezolucja z Salonik–Halkidiki, 1997

Pierwsza Europejska Konferencja Szkół Promujących Zdrowie pod hasłem „Szkoła promująca zdrowie – inwestycja dla edukacji, zdrowia i demokracji” odbyła się w dniach 1–5 maja 1997 r. w Salonikach–Halkidiki w Grecji. W rezolucji z tej konferencji zapisano m.in., że „każde dziecko i młody człowiek w Europie ma prawo i powinien mieć możliwość uczenia się w szkole promującej zdrowie. [...] Podstawą szkoły promującej zdrowie jest społeczny model zdrowia. Dotyczy on szkoły jako całej organizacji, a także każdego członka jej społeczności. [...] Takie podejście tworzy wspierające siedlisko społeczne, które wpływa na wizję, percepcję i działania ludzi, którzy żyją, pracują, bawią się i uczą w szkole. Wpływa to na pozytywny klimat, dobre relacje między ludźmi, sposób podejmowania przez młodych ludzi decyzji, kształtowania ich postaw i wartości” (The Health... 1997).

W rezolucji z Salonik–Halkidiki określono **dziesięć kluczowych zasad SzPZ**. Należały do nich (The Health... 1997; Woynarowska, Sokołowska, red., 2000: 169–171):

1. **Demokracja** – wspiera uczenie się, rozwój osobisty i społeczny oraz zdrowie.
2. **Równość** – szkoła zapewnia wszystkim dostęp do pełnego zakresu edukacji, jest wolna od represji, lęku i ośmieszania, wspiera rozwój emocjonalny i społeczny każdego członka społeczności szkolnej.
3. **Wzmacnianie i rozwijanie kompetencji do działania**⁶ – szkoła zwiększa możliwości młodych ludzi do działania i wprowadzania zmian; wzmacnia uczniów, wspiera ich wizję siebie i umożliwia wpływanie na własne życie.
4. **Środowisko szkoły** – szkoła uznaje, że środowisko fizyczne i społeczne szkoły jest podstawowym warunkiem dla utrzymania i doskonalenia zdrowia oraz wspiera dobre samopoczucie społeczności szkolnej.
5. **Program nauczania** – dostosowany do obecnych i przyszłych potrzeb młodych ludzi, stymuluje kreatywność, zachęca do uczenia się i rozwijania

⁶ Rozwijanie kompetencji do działania (ang. *action competence*) jako nadrzędny cel edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży to propozycja pedagogów duńskich. Działanie jest ukierunkowane na rozwiązanie problemów, może dotyczyć różnych obszarów związanych ze zdrowiem i doprowadzić do zmiany (np. własnego stylu życia, funkcjonowania szkoły, społeczności lokalnej). Kompetencje do działania to: wgląd w siebie i wiedza, zaangażowanie, wizja siebie i „świata”, doświadczanie w konkretnych działaniach (Jensen 1997; Woynarowska 2012: 244–245). Koncepcja ta jest bardzo często wymieniana w dokumentach ESSzPZ i SHE, w tym w rezolucjach z konferencji.

umiejętności życiowych⁷; jest inspiracją dla nauczycieli i innych pracowników, wspiera ich rozwój osobisty i zawodowy.

6. **Kształcenie nauczycieli** – jest inwestycją dla zdrowia i edukacji; koncepcja SzPZ powinna być uwzględniona w kształceniu przed- i podyplomowym nauczycieli.
7. **Mierzenie efektów** – szkoła dokonuje systematycznie oceny skuteczności swoich działań; mierzenie efektów wspiera pracę szkoły, jest elementem procesu osiągania celów.
8. **Współdziałanie** – dla rozwoju SzPZ niezbędna jest współodpowiedzialność, partnerstwo i ścisła współpraca międzyresortowa, szczególnie resortu edukacji i zdrowia na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym z jasnym określeniem roli i zakresu odpowiedzialności partnerów.
9. **Spółeczności** – społeczność szkolna (uczniowie i pracownicy), rodzice i społeczność lokalna pracują wspólnie, w układzie partnerskim we wprowadzaniu pozytywnych zmian.
10. **Kontynuacja i rozwój** – zarządzający na wszystkich szczeblach powinni zapewnić środki dla rozwoju SzPZ. Jest to warunkiem długofalowego i ciągłego rozwoju szeroko rozumianej społeczności, będącej także zasobem dla swojej szkoły.

Agenda z Egmond, 2002

Druga Europejska Konferencja Szkół Promujących Zdrowie pod hasłem „Edukacja i zdrowie w partnerstwie. Związki edukacji z promocją zdrowia w szkole” odbyła się w dniach 25–27 września 2002 r. w Egmond-an-Zee w Holandii. Uczestniczyli w niej przedstawiciele 43 krajów, w tym pracownicy ministerstw edukacji i ministerstw zdrowia, którzy brali udział we wspieraniu rozwoju SzPZ w danym kraju, oraz młodzież z 12 krajów, realizująca projekt „Young Minds”⁸.

⁷ Umiejętności życiowe (ang. *life skills*) to umiejętności (zdolności) pozytywnych zachowań przystosowawczych, które umożliwiają jednostce skuteczne radzenie sobie z wymaganiami i wyzwaniami codziennego życia. Obejmują one różnorodne umiejętności osobiste, interpersonalne, poznawcze, fizyczne, dzięki którym ludzie mogą kontrolować swoje życie i kierować nim, rozwijając się i zmieniać środowisko (WHO 1998: 15).

⁸ „Young Minds” to europejski projekt zainicjowany w 2000 r., którego celem było włączenie młodzieży do działań na rzecz zdrowia w szkole (Jensen i in. 2005).

Dokument końcowy tej konferencji jest określany jako „Agenda z Egmond”. Stanowi ona „nowe narzędzie, które ma wspierać i rozwijać promocję zdrowia w szkołach we wszystkich krajach Europy. Zawarte w niej wskazówki są adresowane przede wszystkim do osób tworzących politykę edukacyjną i zdrowotną na poziomie krajowym. Dotyczą one trzech niezbędnych do wdrażania i rozwoju SzPZ elementów” (The Egmond Agenda 2002):

1. Warunki:

- **Analiza sytuacji dotyczącej rozwoju SzPZ** – ocena potrzeb, dostępnych zasobów, podejmowanych działań, metod zbierania danych.
- **Partnerstwo** między wszystkimi uczestnikami działań na poziomie krajowym (ministerstwa edukacji i zdrowia), szkolnym i lokalnym oraz z organizacjami pozarządowymi. Istotne jest uzgodnienie zadań i środków, które partnerzy wnoszą dla wspierania SzPZ, elastyczność, rozwijanie rzeczywistej wspólnoty (ang. *ownership*) działań.
- **Orędownictwo.** SzPz umożliwia skuteczne wdrażanie wszechstronnych programów edukacji i promocji zdrowia. Obok praktyki potrzebne są dowody tej skuteczności, aby przekonać decydentów, że warto inwestować w długofalowe działania. Niezbędne jest orędownictwo dla tworzenia warunków dla wspierania i stabilności tych działań, niezależnie od zmian politycznych, ekonomicznych i społecznych w danym kraju.
- **Podstawy teoretyczne.** Skuteczne programy w SzPZ są budowane na naukowych, teoretycznych podstawach. Są one ukierunkowane na: tworzenie bezpiecznego i wspierającego środowiska, programu edukacji zdrowotnej, wzmocnienie związków szkoły z rodzinami i społecznością lokalną, przygotowanie młodych ludzi do radzenia sobie z wymaganiami codziennego życia.

2. Programowanie:

- **Cele i treści programu.** Istnieje potrzeba tworzenia na poziomie krajowym długoterminowej polityki w zakresie zdrowia w szkole określającej cele i kierunki działań. Kluczowymi elementami takiej polityki są: wymiana informacji, powiązanie z krajową polityką zdrowotną i edukacyjną oraz istniejącymi programami, orędownictwo, tworzenie sieci, inicjatywy dla poprawy jakości działań SzPZ, edukacji zdrowotnej i tworzenia pozytywnej kultury szkoły.
- **Długofalowe planowanie.** Tworzenie krajowego programu rozwoju SzPZ trwa zwykle od 3 do 8 lat. Wymaga to długoterminowego planowania oraz stabilnego wsparcia politycznego. Zaleca się, aby budować krajowe

plany na okres 3–5 lat, dokonywać ich ewaluacji i w razie potrzeby je modyfikować. Niezbędna jest struktura dla wspierania pracy szkół na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Warunkiem sukcesu jest ścisła współpraca ministerstw edukacji i zdrowia, co pozwala na odpowiednią alokację środków, wspieranie szkół przez instytucje z obu resortów.

- **Kształcenie i rozwój zawodowy nauczycieli.** SzPZ, które osiągnęły sukces, prowadziły intensywne szkolenia nauczycieli, osób ich kształcących i pracowników medycznych w szkołach. Dla opracowania właściwych programów tych szkoleń i ewaluacji ich wyników niezbędne jest odpowiednia struktura i współpraca między różnymi instytucjami.
3. **Ewaluacja.** Monitorowanie i ewaluacja procesu i wyników są podstawowymi elementami krajowego programu rozwoju SzPZ. Dostarczają one dowodów skuteczności działań i są podstawą do dalszego rozwoju. Tworzenie SzPZ nigdy się nie kończy, nigdy też taka szkoła nie powinna przestać uczyć się od innych. Dla osiągnięcia sukcesu niezbędne jest powtarzanie cyklu: *projektowanie – wdrażanie – monitorowanie – ewaluacja*.

Rezolucja z Wilna, 2009

Trzecia Europejska Konferencja Szkół Promujących Zdrowie „Do lepszych szkół przez zdrowie” odbyła się w dniach 15–17 czerwca 2009 r. w Wilnie, na Litwie. Była to pierwsza konferencja po przekształceniu się w 2007 r. ESSzPZ w sieć SHE. Istotnym elementem tej konferencji było uczestnictwo młodzieży, która „dzieliła się pomysłami i pracowała wspólnie nad wizją rozwoju szkoły jako lepszego miejsca uczenia się i pracy”. Stanowisko młodzieży jest częścią rezolucji wileńskiej konferencji (Better... 2009).

We wstępie do tej rezolucji napisano, że „sektor edukacji i zdrowia łączą wspólne interesy. Wspólne ich działania pomagają szkołom stawać się lepszym miejscem uczenia się i pracy. Szkoła promująca zdrowie systematycznie realizuje ustrukturalizowany plan wspierający zdrowie, dobre samopoczucie i rozwój kapitału społecznego uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły”.

W rezolucji z Wilna określono **kluczowe wartości i filary** sieci „Szkoly dla Zdrowia w Europie” (SHE). Nawiązują one do dziesięciu zasad wymienionych w rezolucji z Salonik–Halkidiki, ale zawierają także nowe aspekty (tab. 1).

Tabela 1. Wartości i filary sieci „Szkoły dla Zdrowia w Europie”

Kluczowe wartości	<ol style="list-style-type: none"> 1. Równość. SzPZ dąży do zapewnienia wszystkim równego dostępu do edukacji i zdrowia. Może to w dłuższej perspektywie wpłynąć na zmniejszenie nierówności w zdrowiu oraz na jakość i możliwość uczenia się przez całe życie. 2. Ciągłość i kontynuacja działań. W SzPZ można osiągnąć efekty edukacyjne i zdrowotne dopiero po co najmniej 5–7 latach. 3. Włączanie. SzPZ jest społecznością uczącą się, w której każdy czuje się obdarzany zaufaniem i szanowany, dobre są relacje między uczniami, uczniami i nauczycielami oraz szkołą i rodzicami oraz społecznością lokalną. 4. Upodmiotowienie^a i rozwijanie kompetencji do działania. SzPZ umożliwia uczniom i pracownikom aktywny udział w ustalaniu celów i działaniach dla ich osiągnięcia. 5. Demokracja. Działania SzPZ są oparte na wartościach demokratycznych, przestrzegane są w praktyce zasady respektowania praw i brania odpowiedzialności.
Filary	<ol style="list-style-type: none"> 1. Całościowe podejście do zdrowia w szkole (ang. <i>whole school approach to health</i>). Zakłada ono istnienie spójności między określoną na piśmie polityką^b szkoły a jej codzienną praktyką i uwzględnia: <ul style="list-style-type: none"> • ukierunkowanie edukacji zdrowotnej w szkole na uczestnictwo i rozwijanie kompetencji do działania, • branie pod uwagę tego, jak uczniowie rozumieją zdrowie i dobre samopoczucie, • tworzenie w szkole polityki na rzecz zdrowia, • tworzenie środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu, • kształtowanie kompetencji życiowych, • budowanie skutecznych związków między szkołą i społecznością lokalną, • efektywne korzystanie ze świadczeń pracowników medycznych. 2. Uczestnictwo. Podstawowym warunkiem skuteczności działań w SzPZ jest uczestnictwo i zaangażowanie uczniów, pracowników i rodziców, dzięki czemu rozwija się ich poczucie współtworzenia (współwłasności, <i>ownership</i>). 3. Jakość szkoły. Tworzenie SzPZ wspiera osiąganie przez szkoły podstawowych celów edukacyjnych i społecznych oraz jak najlepszych wyników. Zdrowi uczniowie lepiej się uczą, zdrowi pracownicy lepiej pracują i mają większą satysfakcję z pracy. 4. Dowody. Wyniki badań wskazują na skuteczność programu promocji zdrowia w szkole w zakresie rozwiązywania niektórych problemów (np. zdrowie psychiczne, żywienie, używanie substancji psychoaktywnych) oraz całościowego podejścia do zdrowia w szkole. 5. Szkoła a społeczność lokalna. SzPZ angażuje się w życie społeczności lokalnej, działa na rzecz wzmocnienia kapitału społecznego i świadomości zdrowotnej jej członków.

^a Termin „upodmiotowienie” (ang. *empowerment*) ma wiele znaczeń. W promocji zdrowia oznacza on, że jednostki lub społeczności uzyskują możliwość własnego działania oraz moc/siłę (ang. *power*) kontrolowania własnego zdrowia i środowiska, kierowania swoim życiem, przejmowania odpowiedzialności za swoje decyzje związane ze zdrowiem (Wojnarowska 2012: 136).

^b Termin „polityka” (ang. *policy*) w dokumentach międzynarodowych w jęz. angielskim jest powszechnie używany. Odnosi się do dokumentu na piśmie określającego całościowe podejście do danego zagadnienia, tzn. opis sytuacji, priorytety, cele i zadania dla ich osiągnięcia, plan działań, jego wdrażanie, monitorowanie i ewaluacja, organizacja, komunikowanie efektów.

Źródło: Better... 2009; Wojnarowska 2012: 253–254.

Stanowisko z Odense, 2013

Czwarta Europejska Konferencja Szkół Promujących Zdrowie „Nasze ABC dla równości, edukacji i zdrowia” odbyła się w dniach 7–9 października 2013 r. w Odense, w Danii. Jej efektem jest „Stanowisko z Odense”, w którym uwzględniono także opinie młodzieży z czterech krajów pracujących w czasie konferencji (The Odense... 2013).

W dokumencie tym potwierdzono aktualność ustalonych wcześniej w sieci SHE:

- **podstawowych wartości:** równość, ciągłość i zrównoważenie działań, włączanie, upodmiotowienie i kompetencje do działania, demokracja;
- **filarów:** całościowe podejście do zdrowia w szkole, uczestnictwo, jakość szkoły, dowody, szkoła i społeczność lokalna.

Podkreślono, że działania SzpZ są ważną częścią polityki WHO „Zdrowie 2020”⁹ w zakresie zdrowia i dobrostanu w Europie oraz strategii Unii Europejskiej „EU2020”¹⁰ dla włączenia i zrównoważonego rozwoju¹¹. Wobec licznych zmian ekonomiczno-społecznych zachodzących w Europie konieczne jest rozwijanie i doskonalenie procesu tworzenia SzpZ oraz większego zaangażowania tych szkół w zaspokajanie potrzeb obecnych i przyszłych pokoleń.

Wymieniono następujące **korzyści** oferowane przez SzpZ:

- konkretne i potwierdzone w ewaluacji przykłady skutecznych związków między edukacją i zdrowiem wspierające w Europie politykę „Zdrowie dla wszystkich”;

⁹ WHO Regional Office for Europe, *Health 2020*. Dokument określający strategiczne kierunki i działania priorytetowe dla 53 krajów regionu europejskiego WHO dla uzyskania znaczącej poprawy zdrowia populacji, redukcji nierówności w zdrowiu, wzmocnienia zdrowia publicznego i systemu ochrony zdrowia (www.euro.who.int).

¹⁰ European Commission, *Europe 2020*. Unijna strategia wzrostu na obecne dziesięciolecie, zawiera konkretne plany działań w pięciu zakresach, w tym w edukacji (ec.europa.eu/Europe2020/index_pl.htm).

¹¹ Zrównoważony rozwój (ang. *sustainable development*) to „rozwój, który zapewnia zaspokojenie potrzeb obecnych pokoleń, nie przekreślając możliwości zaspokojenia potrzeb pokoleń następnych” (Nasza Wspólna Przyszłość 1987, za: Kafel 2007: 15).

- działania powiązane z innymi inicjatywami na rzecz zdrowia i dobrostanu;
- warunki, w których zdrowe wybory są łatwiejszymi wyborami dla szkoły, uczniów i pracowników szkoły;
- wspieranie działań szkół dla zrównoważonego rozwoju – zdrowi ludzie to zdrowe społeczeństwa i cała planeta;
- poprawa zdrowia i dobrostanu nauczycieli przez tworzenie w szkole zdrowego miejsca pracy;
- pozytywne i szerokie podejście do zdrowia, uwzględnianie jego aspektu fizycznego, psychicznego, emocjonalnego, społecznego i duchowego;
- stymulowanie roli szkoły w rozwoju społeczności lokalnej;
- poprawa zdrowia i samopoczucia uczniów, rozwój ich umiejętności uczenia się i innych kompetencji;
- całościowe podejście sprzyjające zwiększeniu wiedzy, umiejętności i kompetencji do działania na rzecz zdrowia;
- możliwości włączenia i pracy z rodzicami oraz społecznością lokalną dla zwiększenia ciągłości i zrównoważenia programów i działań;
- wzmacnianie związków ze szkolną służbą zdrowia;
- zintegrowane, całościowe podejście do problemów zdrowotnych, w tym: zmniejszanie agresji i przemocy; promocja zdrowia psychicznego; zdrowie seksualne, prawa seksualne i odpowiedzialność; rozwiązywanie problemów i konfliktów; alfabetyzacja zdrowotna¹².

Uznano, że dalszy rozwój ruchu SzPZ będzie w największym stopniu zależny od zdolności do skutecznego komunikowania się z osobami podejmującymi decyzje na różnych poziomach oraz szerszymi kręgami odbiorców za pomocą różnych publikacji i za pośrednictwem środków masowego przekazu. Niezbędne jest przekazywanie jasnych informacji dotyczących korzyści z bycia SzPZ, orędownictwo na rzecz rozwoju tego ruchu, poszukiwanie sojuszników.

W dalszej części rezolucji zwrócono się z apelem do różnych instytucji i organizacji o wspieranie rozwoju podejścia, jakie proponuje SzPZ:

- **Prosimy szkoły, aby:**
 - brały pod uwagę wszystkie aspekty zdrowia, w tym zdrowie psychiczne, a nie tylko zdrowie fizyczne;
 - wykorzystywały podejście SzPZ w działaniach dla rozwoju szkoły;
 - dokonywały zmian w zarządzaniu i liderowaniu;

¹² Alfabetyzm zdrowotny (ang. *health literacy*) oznacza posiadanie przez ludzi wiedzy, motywacji i kompetencji niezbędnych do poszukiwania, zrozumienia i wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia. Dzięki temu ludzie mogą podejmować w codziennym życiu właściwe decyzje w zakresie korzystania z opieki medycznej, zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, co sprzyja utrzymaniu i poprawianiu jakości życia w całym okresie jego trwania (Sorensen i in. 2012: 80; Wojnarowska 2012: 110).

- zwracały się do administracji szkolnej i organów zarządzających szkołami, aby brały pod uwagę zdrowie i dobrostan uczniów oraz pracowników szkoły;
 - wdrażały do praktyki zasady SzPZ;
 - koncentrowały się na komunikowaniu się oraz związkach między szkołą, rodzicami, społecznością lokalną oraz służbą zdrowia.
- **Prosimy decydentów i polityków, aby:**
 - wykorzystywali podejście szkoły promującej zdrowie w realizacji polityki „Zdrowie dla Wszystkich”¹³ na poziomie europejskim, krajowym, regionalnym i lokalnym; łączyli podejścia „od dołu do góry” (ang. *bottom-up*) i „od góry do dołu” (ang. *top-down*) w promocji zdrowia i dobrostanu w szkole;
 - integrowali politykę edukacyjną i zdrowotną, uznając, że jedna nie może obejść się bez drugiej;
 - rozwijali wizję przywództwa, które ma ambicję dążenia do jak najlepszego wykształcenia kolejnych pokoleń;
 - uwzględniali społeczną integrację (włączenie) i potrzeby dzieci zagrożonych wykluczeniem społecznym.
 - **Prosimy instytucje naukowe i dokonujące ewaluacji, aby:**
 - podejmowały wspólnie badania dla potrzeb SzPZ z wykorzystaniem grantów z funduszy zdrowia i edukacji, z uwzględnieniem zdrowia i samopoczucia w szkole, badań empirycznych, ewaluacji procesu i wyników;
 - dostarczały dowodów naukowych o efektach promocji zdrowia;
 - integrowały wskaźniki zdrowia i dobrostanu ze wskaźnikami z obszaru edukacji, takimi jak alfabetyzm zdrowotny, obywatelskość, umiejętności uczestnictwa;
 - identyfikowały najkorzystniejsze mechanizmy poprawy współpracy między sektorem zdrowia i edukacji oraz innymi sektorami;
 - wskazywały na znaczenie uczestnictwa decydentów w programowaniu badań naukowych dotyczących SzPZ.
 - **Prosimy administrację i samorządy na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym, aby:**
 - uznawały znaczącą rolę samorządów lokalnych we wdrażaniu i rozwoju szkół promujących zdrowie;

¹³ „Zdrowie dla Wszystkich” (*Health for All*) jest to polityka i strategia działań na rzecz zdrowia, zainicjowana na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1977 r., przyjęta na całym świecie. Pierwszy dokument zawierający priorytety i zadania dla regionu Europy ukazał się w 1985 r. (*WHO. Targets for All 2000*), kolejny „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku” w 1999 r. (*WHO Health 21. The health policy framework for the WHO European Region*).

- doceniały udział i znaczenie szkół promujących zdrowie dla rozwoju społeczności;
- inwestowały w rozwój kompetencji (ang. *capacity building*) wszystkich pracowników szkoły, w tym nauczycieli, pracowników niepedagogicznych oraz zarządzających szkołą;
- uwzględniały potrzebę dbałości o zdrowie i dobrostan we wszystkich okresach życia – od przedszkola przez szkoły do miejsca pracy.
- **Prosimy trzeci sektor – organizacje pozarządowe i sektor prywatny, aby:**
 - pracowali dla tworzenia związków między szkołą i społecznością lokalną;
 - wykorzystywali podejście systemowe w tworzeniu SzPZ;
 - uznawali znaczenie udzielania pomocy, ale także zagrożenia związane ze „zmęczeniem donatorów” i niestałością pomocy;
 - inwestowali w rozwój kapitału społecznego;
 - brali pod uwagę innowacyjność partnerstwa publiczno-prywatnego.

Podsumowanie

Program „Szkoła promująca zdrowie” to działania wdrażane w Europie od ponad dwudziestu lat, mające na celu powiązanie zdrowia i edukacji w szkołach oraz polityki zdrowotnej i edukacyjnej na poziomie krajów/regionów¹⁴. Obecnie, dzięki zdobyтым doświadczeniom, częściej działalność tę określa się terminem „podejście szkoły promującej zdrowie” lub „promocja zdrowia w szkole”, zamiast program lub projekt SzPZ.

Ciągłość, stabilność oraz rozwój tego podejścia zapewnia:

- wsparcie/patronat trzech znaczących organizacji międzynarodowych: WHO, Rady Europy i Komisji Europejskiej;
- istnienie międzynarodowej sieci (1992–2007: ESSzPZ, od 2008 r.: sieć SHE), do której należą obecnie 43 kraje regionu reprezentowane przez krajowych koordynatorów;
- wspieranie działań międzynarodowego koordynatora i sekretariatu technicznego sieci przez grupę naukowców (Research Committee).

Cechą charakterystyczną tego podejścia jest dobrowolność udziału krajów i szkół, z dominacją działań oddolnych, wspieranych przez odpowiednią strukturę na poziomie kraju/regionu.

¹⁴ Wdrażanie promocji zdrowia w szkole ma zasięg ogólnoświatowy. Podobne działania, zainicjowane przez Kwaterę Główną WHO w Genewie w 1996 r., są podejmowane na innych kontynentach. Ich zakres i podejścia są dostosowane do warunków i potrzeb na danym kontynencie (www.who.int/school_youth_health/gshi/en).

Ważnym elementem funkcjonowania sieci europejskiej są konferencje międzynarodowe organizowane cyklicznie (w odstępach 4–7 lat). Ich efektem są dokumenty (rezolucje/stanowiska), które określają podstawowe zasady, cele i kierunki działań dla rozwoju SzPZ w krajach należących do sieci.

Omówione w niniejszym artykule dokumenty końcowe z czterech europejskich konferencji wskazują, że:

- SzPZ jest nowoczesnym, wszechstronnym podejściem do zdrowia w szkole, wspiera realizację jej programu dydaktycznego, wychowawczego i programu profilaktyki. Wdrażanie tego podejścia sprzyja osiągnięciu dobrych wyników uczenia się i pracy („zdrowy uczeń lepiej się uczy, zdrowy nauczyciel lepiej pracuje”). Podstawowym warunkiem skuteczności działań jest zrozumienie istoty tej koncepcji.
- W związku z dokonującymi się w Europie i poszczególnych krajach zmianami politycznymi i społecznymi w okresie minionych dwóch dekad dokonywano pewnej modyfikacji ustalonych zasad oraz strategii i kierunków działań szkół promujących zdrowie.
- Działania SzPZ powinny być planowane i długofalowe (nie powinny polegać na licznych krótkotrwałych akcjach), a ich przebieg i wyniki powinny być systematycznie ewaluowane.
- SzPZ jest inwestycją dla edukacji, zdrowia i demokracji. Dlatego dla rozwoju i skuteczności działań tych szkół niezbędna jest rzeczywista współpraca resortu edukacji i zdrowia na poziomie kraju, regionu, lokalnym, szkoły (np. współpraca pracowników szkoły z pielęgniarką szkolną). Należy ustalić zadania każdej ze stron i odpowiednią alokację środków.
- W tworzeniu SzPZ dominują działania praktyków, lecz dla zwiększenia skuteczności działań niezbędne jest wsparcie ze strony ośrodków naukowych.

Znajomość myśli europejskiej na temat zasad i kierunków rozwoju SzPZ może być przydatna w Polsce wszystkim tym, którzy uczestniczą we wdrażaniu tego podejścia w praktyce. Może to pomóc lepiej je rozumieć i wzmacniać poczucie współuczestnictwa w europejskich, a nawet globalnych inicjatywach na rzecz zdrowia indywidualnego i publicznego oraz tworzenia lepszej szkoły.

Bibliografia

- Better schools through health. 2009. The Third European Conference on Health Promoting Schools. Vilnius resolution: 17 June 2009, dostępny na: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/Vilnius_resolution.pdf (otwarty 17 kwietnia 2014).
- The Egmond Agenda. 2002. [w:] Education & health in partnership. A European Conference on linking education with the promotion of health in schools. Conference report, International Planning Committee, Copenhagen, s. 69–73.

- Grossman R., Scala K. 1997. *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*, tłum. B. Woynarowska, M. Misiuna, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- The Health Promoting Schools – an investment in education, health and democracy. 1997. First European Conference on Health Promoting School Thesaloniki-Halkidiki 1–5 May 1997, [za:] Stewart Burgher M., Barnekow Rasmussen V., Rivett D. 1999. *European Network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health*, International Planning Committee, Copenhagen, s. 16–18.
- Jensen B.B. 1997. *A case of two paradigms within health education*, „Health Education Research”, nr 4, s. 419–428.
- Jensen B.B., Simovska V., red. 2002. *Models of health promoting schools in Europe*, WHO, Copenhagen.
- Jensen B.B., Simovska V., Larsen N., Holm L.G. 2005. *Young people want to be a part of the answer*, International Planning Committee, Copenhagen, dostępny na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/111355/E85627.pdf (otwarty 2 maja 2014).
- The Odense Statement – our ABC for Equity, Education and Health. The 4th European Conference on Health Promoting Schools. 2013. Dostępny na: www.school-for-health.eu (otwarty 15 marca 2014).
- Nasza Wspólna Przyszłość, Raport Światowej Komisji Środowiska i Rozwoju ONZ (tzw. Raport Brundtland). 1987, [za:] Kafel K. 2007. *W gąszczu definicji zrównoważonego rozwoju*, [w:] *Wybrane zagadnienia z ekologii i ochrony środowiska. Teoria i praktyka zrównoważonego rozwoju. Wybór wykładów z lat 2004–2007*, red. A. Kalinowska, W. Lenart, Uniwersytet Warszawski, Uniwersyteckie Centrum Badań nad Środowiskiem Przyrodniczym, Warszawa, s. 13–18.
- Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Słowska Z., Brandt H. 2012. *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definition and models*, „BMC Public Health”, nr 12, s. 80–93.
- WHO. 1998. *Health promotion glossary*, World Health Organization, Geneva.
- Woynarowska B. 2012. *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Woynarowska B., Sokołowska M., red. 2000. *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*, KOWEZ, Warszawa.
- Woynarowska B., Sokołowska M. 2006. *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej Zdrowie*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, z. 10–11, s. 9–46.
- Wojnarowska B., Stępnia K. 2002. *Cele i modele szkoły promującej zdrowie w różnych krajach Europy*, „Edukacja”, nr 4(80), s. 76–83.
- Young I., Williams T. 1989. *The healthy school*, Scottish Health Education Group, Edinburgh, wersja polska 1990: *Zdrowa szkoła*, tłum. B. Woynarowska, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.