



Magdalena Woynarowska-Soldan, Barbara Woynarowska

PRZEDSZKOLE PROMUJĄCE ZDROWIE

Poradnik dla przedszkoli
i osób wspierających ich działania
w zakresie promocji zdrowia



Magdalena Woynarowska-Sołdan, Barbara Woynarowska

PRZEDSZKOLE PROMUJĄCE ZDROWIE

Poradnik dla przedszkoli
i osób wspierających ich działania
w zakresie promocji zdrowia

Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2017

Autorki:

dr n. hum. Magdalena Woynarowska-Sołdan – Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
prof. dr hab. n. med. Barbara Woynarowska – Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski

Recenzja: dr hab. Małgorzata Żytka, prof. UW – Zakład Wczesnej Edukacji i Kształcenia Nauczycieli, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski

Redakcja językowa: Magdalena Woynarowska-Sołdan

Projekt graficzny, redakcja techniczna i skład: Barbara Jechalska

Narzędzia do autoewaluacji działań w przedszkolu promującym zdrowie zostały sprawdzone w badaniach pilotażowych w przedszkolach należących do sieci szkół promujących zdrowie w województwie łódzkim, śląskim i warmińsko-mazurskim. Badania te przeprowadzono pod kierunkiem dyrektorek przedszkoli i koordynatorek ds. promocji zdrowia. Były wśród nich:

Emilia Raczek, Barbara Dankiewicz – Przedszkole nr 5 w Łowiczu
Jolanta Kępka, Mariola Marat – Przedszkole nr 7 w Łowiczu
Emilia Żebrowska, Karolina Sianoszek – Przedszkole Integracyjne nr 10 w Łowiczu
Agnieszka Krowicka, Wioleta Radwańska – Miejskie Przedszkole nr 92 w Katowicach
Renata Kurek, Katarzyna Sidło-Jałowcy – Miejskie Przedszkole nr 75 w Katowicach
Joanna Czerwińska, Marzena Brukiewa – Przedszkole Miejskie nr 50 w Sosnowcu
Janina Halama, Agnieszka Betleja – Przedszkole nr 8 w Tychach
Gabriela Browarska, Bogumiła Celmer – Przedszkole Miejskie nr 4 w Olsztynie
Jolanta Drażek – Przedszkole Miejskie nr 14 w Olsztynie
Ewa Zuba – Przedszkole Miejskie nr 32 w Olsztynie

W pracach nad opracowaniem narzędzi do autoewaluacji uczestniczyli:

Valentina Todorovska-Sokołowska (krajowy koordynator w sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie) – Zespół ds. Promocji Zdrowia w Szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji w Warszawie
Bożena Jodczyk – Zespół ds. Promocji Zdrowia w Szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji w Warszawie
Marzena Piwowar-Zrazek – Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli w Skierniewicach (koordynator regionalnej sieci szkół promujących zdrowie)
Tomasz Wojtasik – Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach (koordynator wojewódzkiej sieci szkół promujących zdrowie)
Anna Zdaniukiewicz – Kuratorium Oświaty w Olsztynie (koordynator wojewódzkiej sieci szkół promujących zdrowie)

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2017

Wydanie I

ISBN: 978-83-65450-97-5

Ośrodek Rozwoju Edukacji
00-478 Warszawa
Aleje Ujazdowskie 28
www.ore.edu.pl

Spis treści

WSTĘP	7
CZĘŚĆ I. Koncepcja i zasady tworzenia przedszkola promującego zdrowie	9
1. Koncepcja promocji zdrowia	11
1.1. Co to jest promocja zdrowia?	11
1.2. Podejścia w promocji zdrowia	12
2. Przedszkole jako siedlisko dla działań w zakresie promocji zdrowia	13
2.1. Warunki i organizacja przedszkola w kontekście promocji zdrowia	13
2.2. Charakterystyka społeczności przedszkola w kontekście promocji zdrowia	14
2.2.1. Dzieci – wychowankowie przedszkola	14
2.2.2. Pracownicy przedszkola	16
2.2.3. Rodzice dzieci	17
3. Definicja, model i standardy przedszkola promującego zdrowie	19
4. Co jest potrzebne do tworzenia przedszkola promującego zdrowie?	21
4.1. Poznanie i zrozumienie koncepcji promocji zdrowia i przedszkola promującego zdrowie	21
4.2. Uczestnictwo i zaangażowanie pracowników przedszkola i rodziców dzieci	21
4.3. Działalność koordynatora ds. promocji zdrowia i zespołu promocji zdrowia	22
4.4. Planowanie działań i ich ewaluacja	24
4.5. Dążenie do powiązania działań w zakresie promocji zdrowia z podstawowymi celami i zadaniami przedszkola	24
4.6. Współpraca z innymi przedszkolami i szkołami w najbliższym otoczeniu oraz społecznością lokalną	24
5. Jak tworzyć i rozwijać przedszkole promujące zdrowie?	26
5.1. Okres przygotowawczy	26
5.2. Etapy tworzenia przedszkola promującego zdrowie	29
5.2.1. Etap pierwszy – diagnoza	30
5.2.2. Etap drugi – planowanie działań i ich ewaluacji	31
5.2.2.1. Wstępna faza planowania	32
5.2.2.2. Budowanie planu działań i ich ewaluacji	33
5.2.3. Etap trzeci – działania – realizacja planu	37
5.2.4. Etap czwarty – ewaluacja wyników działań	38
5.2.5. Materiały pomocnicze	39
6. Wspieranie działań przedszkoli promujących zdrowie na różnych poziomach	47
6.1. Wspieranie działań przedszkoli promujących zdrowie	47
6.2. Wojewódzkie sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie	49
CZĘŚĆ II. Autoewaluacja działań w przedszkolu promującym zdrowie. Metody i narzędzia	51
1. Procedura autoewaluacji	53
2. Badanie ankietowe dorosłych członków społeczności przedszkola	55
3. Badanie dzieci techniką „Narysuj i opowiedz”	64
4. Standard pierwszy. Koncepcja pracy przedszkola, jego organizacja i struktura sprzyjają realizacji długofalowych, zaplanowanych działań dla wzmacniania zdrowia dzieci, pracowników i rodziców dzieci	73
5. Standard drugi. Klimat społeczny przedszkola sprzyja dobremu samopoczuciu i zdrowiu dzieci, pracowników i rodziców dzieci	79
5.1. Badanie ankietowe dorosłych	80
5.2. Badanie dzieci techniką „Narysuj i opowiedz”	82

6. Standard trzeci. Przedszkole prowadzi edukację zdrowotną dzieci i stwarza im warunki do praktykowania w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych	84
7. Standard czwarty. Przedszkole podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców dzieci w zakresie dbałości o własne zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci	90
8. Ocena efektów działań	95
9. Raport końcowy z autoewaluacji	99

ANEKS 101

1. Słownik podstawowych pojęć	103
2. Kluczowe wartości i filary przedszkola promującego zdrowie	108
3. Umożliwianie dzieciom praktykowania w przedszkolu wybranych zachowań prozdrowotnych: wskazówki dla nauczycieli	109
3.1. Zachowania związane z żywieniem	109
3.2. Zachowania związane z dbałością o ciało	112
3.3. Działania dla zwiększania aktywności fizycznej dzieci	115
3.4. Zachowania zwiększające bezpieczeństwo dzieci	116
4. Scenariusz zajęć na temat dbałości o zdrowie dla pracowników przedszkola i rodziców dzieci	119



Podziękowania

Poradnik ten powstał w odpowiedzi na potrzebę opracowania procedury autoewaluacji dla przedszkoli promujących zdrowie zgłaszaną od wielu lat przez osoby wdrażające w przedszkolu działania z zakresu promocji zdrowia. Jest on efektem współpracy z koordynatorami wojewódzkich i rejonowych sieci szkół promujących zdrowie oraz dyrektorami i koordynatorami ds. promocji zdrowia z dziesięciu przedszkoli uczestniczących w badaniach pilotażowych. Składamy Wszystkim serdeczne podziękowania za entuzjazm, zaangażowanie i wysiłek w tworzeniu w Polsce koncepcji przedszkola promującego zdrowie.

Wstęp

W Polsce, od połowy lat 90. XX w., wiele przedszkoli jest zainteresowanych tworzeniem przedszkola promującego zdrowie (PPZ). Do wojewódzkich sieci szkół promujących zdrowie należy obecnie ponad 250 przedszkoli. W swej pracy wykorzystują one koncepcję i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie (SzPZ). Przedszkola chciałyby starać się o uzyskanie *Krajowego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie*. Dotychczas nie było to możliwe z powodu braku dostosowanych do warunków i potrzeb przedszkola narzędzi do autoewaluacji.

Z punktu widzenia działań w zakresie promocji zdrowia istnieje wiele odrębności między szkołą a przedszkolem. Dotyczą one zadań, warunków, organizacji życia, edukacji i pracy oraz społeczności tych dwóch instytucji. Z tego też powodu nie można automatycznie przenosić do PPZ wszystkich założeń SzPZ. Koncepcja i strategia działań w zakresie promocji zdrowia w przedszkolu powinna uwzględniać specyfikę przedszkola jako siedliska dla wzmacniania zdrowia jego społeczności.

Przedszkole jest pierwszą, masową, zorganizowaną formą edukacji dzieci, obejmującą coraz większą część populacji w wieku 3–6 lat. W roku szkolnym 2015/2016 do przedszkoli uczęszczało ogółem 1 140 602 dzieci w tym wieku¹. Warunki i organizacja wychowania przedszkolnego sprzyjają realizacji działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia oraz stwarzają dużą szansę na ich skuteczność. Na wiek przedszkolny przypada początek kształtowania się podstawowych zachowań zdrowotnych dzieci i wszelkie nieprawidłowości z nimi związane mogą być trudne do zmiany w dalszych latach życia. Pracownicy przedszkola mają codzienny kontakt z rodzicami lub innymi członkami rodzin dzieci. Stwarza to ogromne możliwości współpracy z nimi i pomagania im w rozwijaniu ich kompetencji wychowawczych oraz kompetencji dotyczących dbałości o zdrowie. Przedszkole może zatem odegrać bardzo ważną, niepowtarzalną w dalszych latach edukacji, rolę w zwiększaniu umiejętności społeczeństwa w zakresie dbania o zdrowie.

Niniejszy poradnik wychodzi naprzeciw oczekiwaniom przedszkoli i jest pierwszą w Polsce próbą opisanie koncepcji i strategii tworzenia PPZ oraz opracowania narzędzi do ewaluacji podejmowanych w tym celu działań. Składa się on z dwóch części i aneksu:

- W części pierwszej podano podstawowe informacje dotyczące promocji zdrowia i omówiono cechy przedszkola jako siedliska działań w zakresie promocji zdrowia. Rozważania te stanowiły podstawę do sformułowania definicji i standardów PPZ, a następnie zasad i strategii jego tworzenia i rozwijania.
- W części drugiej przedstawiono zasady autoewaluacji w PPZ, narzędzia do oceny stopnia osiągnięcia każdego z czterech standardów takiego przedszkola oraz materiały pomocnicze ułatwiające przeprowadzenie tej oceny.
- W Aneksie zamieszczono słownik podstawowych pojęć związanych z promocją zdrowia i inne materiały przydatne dla osób realizujących działania w tym zakresie.

W opracowaniu poradnika korzystano z 25-letnich doświadczeń w tworzeniu SzPZ w Polsce, a także z dokumentów *Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie* oraz jej kontynuatorki sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie* (*School for Health in Europe* – SHE). Dla zachowania ciągłości działań PPZ i SzPZ przyjęto, że układ i treść poradnika dla PPZ powinny być zbliżone do układu i treści opracowanego w 2016 r. poradnika dla SzPZ². W niniejszym poradniku wykorzystano wiele fragmentów poradnika dla SzPZ, dostosowując je do specyfiki przedszkola. Ułatwi to pracę koordynatorów w przedszkolach,

¹ GUS (2016): *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2015/2016*. Uzyskano w maju 2017 r. z: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/oswiata-i-wychowanie-w-roku-szkolnym-20152016,1,11.html>).

² B. Woynarowska (red.) (2016): *Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji.

które już od dawna należały do wojewódzkiej/rejonowej sieci SzPZ, oraz współpracę przedszkoli i szkół w ramach tej sieci.

Opracowaniu niniejszego poradnika i wdrożeniu go do praktyki będzie towarzyszyło wprowadzenie zmiany w dotychczasowych nazwach sieci. Proponujemy, aby były to wojewódzkie/rejonowe sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie (PPZ i SzPZ).

Przydatność poradnika i narzędzi do autoewaluacji działań w PPZ sprawdzono w badaniu pilotażowym. Uczestniczyły w nich społeczności dziesięciu przedszkoli należących do sieci SzPZ w województwie łódzkim, śląskim i warmińsko-mazurskim. Przedszkola te zgłosiły dobrowolnie chęć udziału w tym pilotażu w porozumieniu z koordynatorami wojewódzkich i rejonowych sieci SzPZ.

Poradnik jest pierwszą tego typu publikacją w Polsce. Jest on przeznaczony dla dyrektorów, nauczycieli, pracowników niepedagogicznych przedszkoli oraz rodziców uczęszczających do nich dzieci. Adresowany jest on także do osób i instytucji wspierających działania PPZ: koordynatorów wojewódzkich/rejonowych sieci PPZ i SzPZ oraz członków zespołów ich wspierających, administracji szkolnej na różnych poziomach, samorządów, organizacji istniejących w społecznościach lokalnych. Wyrażamy nadzieję, że zamieszczone w poradniku informacje pomogą im lepiej zrozumieć istotę PPZ, zasady jego tworzenia, rozwoju oraz odrębności w stosunku do tradycyjnych programów edukacji zdrowotnej. Bez zrozumienia tych zagadnień można podejmować wiele różnorodnych działań akcyjnych o tematyce zdrowotnej, ale nie uda się stworzyć i rozwijać przedszkola promującego zdrowie.

Część I

Koncepcja i zasady tworzenia przedszkola promującego zdrowie

1. Koncepcja promocji zdrowia

Podstawą tworzenia PPZ, podobnie jak SzPZ, jest koncepcja promocji zdrowia i wykorzystywane w niej specyficzne podejścia. Poznanie i zrozumienie tej koncepcji jest niezbędne dla wdrażania i rozwoju PPZ.

1.1. Co to jest promocja zdrowia?

Promocja zdrowia jest nową, rozwijaną na świecie od lat 80. XX w., strategią działań dla umocnienia zdrowia ludzi – jednostek i społeczności. W 1986 r., w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia – podstawowym dokumencie w tej dziedzinie – promocję zdrowia zdefiniowano jako **proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i jego poprawę**. Najbliższe tej definicji jest nieco zmodyfikowane znane hasło: **Nasze zdrowie w naszych rękach**. Oznacza ono, że ludzie – jednostki i społeczności – mogą i powinni podejmować działania w zakresie zapobiegania chorobom oraz poprawy i wzmacniania swojego zdrowia.

Ważne dla praktyki aspekty promocji zdrowia

- Koncentracja na zdrowiu jako dobrostanie i jego umacnianiu/doskonaleniu. Dobre zdrowie sprzyja lepszej jakości życia, sprawnemu funkcjonowaniu, osiągnięciu celów, większej wydajności w pracy i zarobkom, satysfakcji z życia. Zdrowie jest środkiem (a nie celem) dla dobrego, twórczego życia.
- Całościowe (holistyczne) podejście do zdrowia. Zakłada ono, że zdrowie jednostki ma wiele wymiarów (fizyczny, psychiczny, społeczny, duchowy, seksualny) i zależy od wielu czynników w środowisku fizycznym (naturalnym i stworzonym przez ludzi), społecznym i ekonomicznym. Na wiele tych czynników ludzie mogą mieć wpływ.
- Promocja zdrowia jest procesem zmian społecznych, dotyczy jednostek, grup i społeczności. Obejmuje dwa wzajemnie powiązane obszary:
 - działania indywidualne ludzi podejmowane w celu dokonania sprzyjających zdrowiu zmian w swoim stylu życia,
 - działania zbiorowe, wspólne, członków danej społeczności dla tworzenia sprzyjającego zdrowiu i dobremu samopoczuciu środowiska fizycznego i społecznego.
- Uświadamianie ludziom, że oni sami podejmują decyzje w sprawach swego zdrowia i ponoszą odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi w swoim otoczeniu.
- Uświadamianie politykom i zarządzającym (decydentom) na różnych poziomach i we wszystkich organizacjach, że:
 - zdrowie powinno „wejść” do każdego systemu społecznego (nie ma odrębnych systemów dla zdrowia) i niezbędne jest tworzenie koalicji dla zdrowia,
 - ich zadaniem jest tworzenie warunków, w których „zdrowe wybory będą dla ludzi łatwiejszymi wyborami”.

1.2. Podejścia w promocji zdrowia

W promocji zdrowia wykorzystuje się **specyficzne podejścia**. Szczególnie istotnymi wśród nich są:

- **Podejście siedliskowe** – zakłada ono, że zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach³ ich codziennego życia, czyli w miejscach, w których uczą się, pracują, bawią, odpoczywają, kochają. Siedlisko jest systemem społecznym (całością), który zmienia się, aby poprawiać i doskonalić zdrowie. W siedlisku, którym jest np. miasto, zakład pracy, szkoła, przedszkole, rodzina, ludzie podejmują wspólnie działania na rzecz zdrowia, poszukując różnych form wsparcia z zewnątrz.
- **Podejście „od ludzi do problemu”** – zakłada ono, że ludzie (społeczność) w danym siedlisku sami identyfikują własne problemy zdrowotne po to, aby je rozwiązać (usunąć, zredukować). Podejmują w tym celu działania, w których uwzględnia się dwie grupy czynników: środowiskowe (związane z miejscem i warunkami ich codziennego życia, relacjami z innymi) i osobiste (styl życia, kompetencje, motywacja, zdolności przystosowawcze). Podstawowym warunkiem skuteczności tych działań jest uczestnictwo i współdziałanie ludzi oraz tworzenie warunków dla aktywności jednostek i grup.
- **Tworzenie sieci** siedlisk/organizacji realizujących projekty/programy promocji zdrowia w celu wymiany informacji i doświadczeń, współpracy bez rywalizacji oraz podejmowania wspólnych działań. Przykładem sieci są wojewódzkie/rejonowe sieci PPZ i SzPZ.
- **Długotrwałość działań i systemowe podejście do planowania i dokonywanie ewaluacji** jako warunek skuteczności podejmowanych działań.

³ W słownikach języka polskiego „siedlisko” określane jest jako miejsce stałego przebywania, zamieszkania, osiedlenia, mieszkanie, dom, siedziba, ognisko, gniazdo, a także jako miejsce życia określonych organizmów.

2. Przedszkole jako siedlisko dla działań w zakresie promocji zdrowia

Przedszkole jest siedliskiem, systemem społecznym, w którym żyje i realizuje swoje różne zadania (rozwojowe, zawodowe, rodzicielskie, opiekuńcze) społeczność przedszkola. **Społeczność tę tworzą wszyscy pracownicy przedszkola, dzieci i ich rodzice.** W przedszkolu – środowisku opieki, edukacji i pracy – istnieje wiele czynników, które mogą oddziaływać pozytywnie lub negatywnie na zdrowie i samopoczucie wszystkich członków jego społeczności. Możliwości ich wpływania na zmiany tych czynników oraz warunki i funkcjonowanie przedszkola są jednak zróżnicowane.

2.1. Warunki i organizacja przedszkola w kontekście promocji zdrowia

Warunki i organizacja życia, edukacji i pracy w przedszkolu sprzyjają podejmowaniu działań w zakresie promocji zdrowia, gdyż:

- Większość przedszkoli posiada korzystne dla zdrowia warunki środowiska fizycznego, zgodne z ustalonymi normami i wymaganiami higienicznymi. Pomieszczenia w przedszkolu są zadbane, estetyczne, kolorowe, atrakcyjne i inspirujące. Stwarza to przyjemną, ciepłą atmosferę, stanowi dobre wzorce dla dzieci i ich rodziców.
- Liczba dzieci i pracowników w przedszkolach zwykle nie jest zbyt duża. Sprzyja to tworzeniu pozytywnego klimatu społecznego („rodzinnej atmosfery”) i uwzględnianiu indywidualnych potrzeb dzieci i innych członków społeczności przedszkola. W przedszkolu nie ma sytuacji wymagających rywalizacji, współzawodnictwa, co stwarza większe możliwości kształtowania umiejętności współpracy.
- Przedszkole jest w systemie edukacji placówką, w której nie dokonuje się tak często jak w szkole zmian strukturalnych i programowych. Zapewnia to większą stabilność i możliwość podejmowania długofalowych działań w zakresie promocji zdrowia.
- Podstawa programowa wychowania przedszkolnego zawiera pewne treści dotyczące edukacji zdrowotnej. Realizacja tej edukacji powinna stwarzać nauczycielom okazję do refleksji nad swoimi zachowaniami zdrowotnymi i motywować ich do tworzenia dla dzieci i rodziców właściwych wzorców.
- Powiązanie w przedszkolu działalności opiekuńczej, wychowawczej i dydaktycznej sprzyja realizacji edukacji zdrowotnej. Dzieci zdobywają informacje i umiejętności dbania o zdrowie i bezpieczeństwo (na miarę swoich możliwości) w sposób naturalny, spontaniczny, w powiązaniu z zabawą, posiłkami, zabiegami higienicznymi, wypoczynkiem itd.
- Pracownicy przedszkola mają częsty, prawie codzienny kontakt z rodzicami lub innymi członkami rodzin dzieci, mogą współpracować z nimi, zachęcać do kontynuowania w domu zachowań prozdrowotnych, które dzieci praktykują w przedszkolu, oferować rodzicom (a także babciom i dziadkom) specjalne programy edukacyjne i zachęcać do wspólnych działań.

W przedszkolu, zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, nie pracuje pielęgniarka. Pracownicy nie mogą zatem korzystać z jej pomocy w sprawach zdrowia dzieci oraz warunków higieniczno-sanitarnych środowiska.

W przedszkolu promującym zdrowie

należy wzmacniać typowe dla tego typu placówki, korzystne dla zdrowia i dobrego samopoczucia pracowników i dzieci, warunki środowiska fizycznego i społecznego oraz identyfikować i eliminować pojawiające się nieprawidłowości.

2.2. Charakterystyka społeczności przedszkola w kontekście promocji zdrowia

Przedszkola, podobnie jak szkoły, koncentrują się dotychczas głównie na zdrowiu dzieci. W promocji zdrowia należy jednak brać pod uwagę **zdrowie wszystkich członków społeczności przedszkola**. Każda z jej grup ma specyficzne cechy i potrzeby w zakresie ochrony i promocji zdrowia, różny status i możliwości uczestniczenia w tych działaniach.

2.2.1. Dzieci – wychowankowie przedszkola⁴

Wychowankami przedszkola są dzieci w wieku 3–5/6 lat, w okresie zwanym średnim dzieciństwem lub wiekiem przedszkolnym. Pod względem rozwoju fizycznego, motorycznego, psychicznego i społecznego jest to grupa zróżnicowana – 3-latki są bliższe dzieciom w wieku poniemowlęcym, 5-latki dzieciom w młodszym wieku szkolnym. Dzieci przebywają w przedszkolu zwykle przez co najmniej 3 lata, przez około 5–8 godzin dziennie, prawie przez cały rok (w organizacji przedszkola nie są przewidziane ferie zimowe i letnie). W działaniach w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej w przedszkolu należy wziąć pod uwagę właściwości rozwoju jego wychowanków.

Pod względem **rozwoju poznawczego**, zgodnie z teorią J. Piageta, dzieci w wieku przedszkolnym są w stadium przedoperacyjnym. Dominuje u nich myślenie konkretno-wyobrażeniowe, ale stopniowo rozwija się rozumowanie przyczynowo-skutkowe. Sposób wyjaśniania przyczynowości cechuje intelektualny egocentryzm i brak różnicowania między tym, co zewnętrzne (fizyczne) i wewnętrzne (psychiczne)⁵. Ma to m.in. wpływ na **rozumienie przez dzieci pojęcia „zdrowie”**. Uznają się one za zdrowe lub chore, gdy ktoś im o tym powie lub gdy pojawiają się już wcześniej występujące objawy. Odnoszą chorobę i zdrowie do własnych konkretnych doświadczeń z codziennego życia, choć często mają problem z zapamiętaniem kontekstu danej sytuacji, wyciąganiem wniosków. Wiąże się to m.in. z brakiem umiejętności abstrahowania na podstawie zdobytych doświadczeń. Dzieci nie rozumieją zdrowia jako pojęcia złożonego i abstrakcyjnego ani też specyficznych pojęć związanych ze zdrowiem i chorobą (np. przyczyny chorób, dbałość o zdrowie). Na pytanie: *Co to jest zdrowie?* dzieci w wieku przedszkolnym udzielają zwykle odpowiedzi ogólnych, nieodróżnionych, odnoszących się do nich samych (np. zdrowie umożliwia zabawę z rówieśnikami, wychodzenie z domu, bycie z rodzicami)⁶.

Dzieci młodsze (3-letnie) cechuje **mała aktywność społeczna** – bawią się one najczęściej same, pozostają w grupie w roli obserwatora lub naśladują rówieśnika w zabawie równoległej. Wraz z procesem **uspołeczniania działań** dzieci uczą się rozpoznawać i kontrolować własne emocje, wyrażać je w sposób akceptowany społecznie, przestrzegać zasad współżycia w grupie. W kontaktach z rówieśnikami trudno im przyjąć i zrozumieć odmienne punkty widzenia, pragnienia czy sądy, co jest często przyczyną konfliktów. Pod koniec okresu przedszkolnego dzieci lepiej radzą sobie z kontrolowaniem emocji, ich zabawy są bardziej złożone, wymagają podziału ról, niekiedy ich negocjowania, co sprzyja wychodzeniu z egocentryzmu i rozwojowi kompetencji społecznych. Pod koniec okresu przedszkolnego dzieci wykazują się większą gotowością współpracy z rówieśnikami, bardziej świadomie kierują swoimi zachowaniami, wzrasta ich ciekawość i przywiązanie w stosunku do innych dorosłych (np. nauczycieli), chęć identyfikowania się z wzorami (bohaterowie z bajek, przedstawiciele niektórych zawodów, np. strażak, policjant, lekarz).

⁴ W rozdziale tym wykorzystano fragmenty artykułu: B. Woynarowska, A. Kapuścińska (2012): *Przedszkole promujące zdrowie. Propozycja koncepcji i standardów*, „Wychowanie w Przedszkolu”, nr 8, s. 6–10.

⁵ M. Kielar-Turska (2004): *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów rozwojowych*, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 83–129.

⁶ I. Kalnis, R. Love (1982): *Children's concept of health and illness – and implications for health education*, „Health Education Quarterly”, nr 2–3, s. 104–115.

Ze względu na aktywność dziecka i jego zaangażowanie w sprawy zdrowia, większość dzieci w wieku przedszkolnym znajduje się na **etapie pośrednim wychowania zdrowotnego**⁷:

- stopniowo zwiększa się udział dziecka w dbaniu o swoje zdrowie (we wcześniejszym etapie heteroedukacji dziecko było głównie odbiorcą zabiegów pielęgnacji i opieki ze strony dorosłych),
- dziecko świadomie naśladuje zachowania dorosłych, opanowuje podstawowe umiejętności dotyczące higieny osobistej i bezpieczeństwa, ale wymaga przypominania i nadzoru ze strony dorosłych; uczestniczy w pracach nad utrzymaniem porządku w najbliższym otoczeniu, podejmuje samodzielnie pewne inicjatywy,
- rozpoczyna się proces naśladowania zachowań rówieśników; wpływ na zachowania dziecka ma telewizja, reklamy i gry komputerowe,
- w okresie tym, szczególnie w jego końcowej fazie, mogą pojawić się pewne elementy autoedukacji (samowychowania), świadomie podejmowane czynności dla zdrowia.

Zadaniem rodziców i innych dorosłych jest m.in.: tworzenie pozytywnych wzorców, stwarzanie warunków do uczenia się, umożliwienie dziecku podejmowania samodzielnych wyborów, bezpiecznego eksperymentowania (pod dyskretnym nadzorem), korygowanie niektórych zachowań, dopilnowanie staranności w wykonywaniu czynności i zabiegów higienicznych. Ważne jest także odpowiadanie na pytania dziecka (jest to okres pytań, rozwijają się m.in. świadomość i identyfikacja płci, ciekawość seksualna, zabawy erotyczne) i rozbudzanie zainteresowania różnymi sprawami dotyczącymi zdrowia.

U dzieci w wieku przedszkolnym kształtuje się wiele podstawowych **zachowań oraz umiejętności związanych ze zdrowiem i dbałością o nie**. Zachowania te oraz tryb (organizacja) życia dzieci w znacznym stopniu zależą od osób dorosłych, a zwłaszcza rodziców. Zakres możliwości dokonywania przez dziecko samodzielnych wyborów, np. w zakresie żywienia, sposobu spędzania czasu, aktywności fizycznej, sposobu ubierania się, jest niewielki. Rodzice i nauczyciele stanowią dla dzieci w okresie przedszkolnym niekwestionowany autorytet. Reguły i zasady przez nich ustalane (także te dotyczące zdrowia) są bezdyskusyjnie przez dzieci przyjmowane, co pozytywnie koreluje z edukacją zdrowotną. „Dziecko jest posłuszne zasadom, ponieważ w jego przekonaniu są one nienaruszalne i niezmiennie (...), szacunek do autorytetu (jednostronny) prowadzi do powstania poczucia zobowiązania nakazującego dostosowanie się do standardów dorosłego i posłuszeństwa jego regułom”⁸.

Dzieci w wieku przedszkolnym nie podejmują zachowań ryzykownych dla zdrowia, takich jak dzieci w wieku szkolnym, a zwłaszcza nastolatki. Z punktu widzenia zdrowia tych dzieci za niekorzystne należy uznać:

- spędzanie przez dzieci długiego czasu na zajęciach i czynnościach w pozycji siedzącej i unieruchomieniu (oglądanie telewizji, korzystanie z komputerów, tabletów, smartfonów),
- podejmowanie przez dzieci zachowań, zwłaszcza żywieniowych, pod wpływem reklamy (np. słodczy, potraw typu fast-food),
- wywieranie presji na rodziców (np. w sprawie zakupu słodczy, zabawek),
- zachowania agresywne i brak posłuszeństwa, co jest źródłem konfliktów, a przy braku umiejętności oceny zagrożeń może zwiększać ryzyko urazów i wypadków.

Opisane właściwości rozwojowe dzieci w wieku przedszkolnym wskazują, że **nie można traktować ich w działaniach w zakresie promocji zdrowia jak partnerów osób dorosłych** w pełnym znaczeniu tego słowa. Nie mogą one jeszcze zrozumieć istoty zdrowia i przedszkola promującego zdrowie. Wychowankowie przedszkola mają ograniczone możliwości i zdolność do współdecydowania,

⁷ M. Demel (1968): *O wychowaniu zdrowotnym*, Warszawa, PZWS. Autor ten wyróżnił 4 etapy wychowania zdrowotnego: heteroedukacja, etap pośredni, autoedukacja, heteroedukacja odwrócona (patrz Aneks 1).

⁸ B. Smykowski (2005): *Wiek przedszkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka?*, w: *Psychologiczne portrety człowieka*, A. Brzezińska (red.), Gdańsk, GWP, s. 196.

inicjowania działań, samodzielnego wykonywania wielu zadań. Mimo to powinni być oni włączani do działań zaprogramowanych i organizowanych przez dorosłych jako ich **aktywni uczestnicy**.

**W przedszkolu promującym zdrowie ważne jest
przygotowywanie dzieci do podejmowania świadomych działań
dla ich własnego zdrowia i zdrowia innych osób.**

W tym celu należy:

- przekazywać dzieciom spójne i zrozumiałe dla nich informacje dotyczące zdrowia i zachowań z nim związanych,
- pytać dzieci o zdanie i opinie w sprawach, które ich bezpośrednio dotyczą, i brać je pod uwagę,
- powierzać dzieciom niektóre proste zadania,
- zachęcać dzieci do generowania pomysłów,
- zachęcać dzieci do współpracy z rówieśnikami i dorosłymi oraz tworzyć warunki do tej współpracy.

2.2.2. Pracownicy przedszkola

Głównymi „aktorami” w tworzeniu PPZ są pracownicy przedszkola. Jest to grupa pod wieloma względami zróżnicowana i należą do niej:

1. Pracownicy pedagogiczni:

- nauczyciele (głównie kobiety),
- inni pracownicy pedagogiczni, zwykle niepełnozatrudnieni – psycholog, logopeda, instruktor gimnastyki korekcyjnej, rytmiki, nauczyciel języka obcego, religii i innych zajęć dodatkowych, jakie proponuje w swej ofercie placówka.

2. Pracownicy niepedagogiczni:

- osoby pełniące rolę pomocy nauczycieli,
- pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
- pracownicy kuchni i stołówki,
- pracownicy obsługi (woźne, dozorczy).

Pracownicy przedszkola różnią się pod względem statusu społeczno-ekonomicznego – poziomu wykształcenia i zarobków. Zdecydowana większość nauczycieli i innych pracowników pedagogicznych ma wykształcenie wyższe. Nie ma danych dotyczących wykształcenia pozostałych pracowników przedszkoli, ale należy sądzić, że duży ich odsetek ma wykształcenie podstawowe lub zawodowe. Pracownicy pedagogiczni uczestniczą w różnych formach doskonalenia zawodowego, pracownikom niepedagogicznym nie oferuje się, poza szkoleniami bhp, innych form szkolenia. Zróżnicowanie statusu społeczno-ekonomicznego pracowników przedszkola może powodować różnice w ich stanie zdrowia, stylu życia, dbałości o zdrowie, a także w możliwościach zrozumienia koncepcji promocji zdrowia i PPZ.

Stan zdrowia i samopoczucie pracowników przedszkola ma wpływ na ich dyspozycję do pracy (wydajność, absencję chorobową), realizację zadań przedszkola, panujący w nim klimat społeczny, a także na samopoczucie dzieci i ich rodziców. Nie ma danych o sytuacji zdrowotnej tej grupy pracowników. Można jednak odwołać się do wyników badań dotyczących subiektywnej oceny zdrowia i zachowań

zdrowotnych nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkół podstawowych i gimnazjów⁹. U osób z obu grup stwierdzono częste występowanie różnych dolegliwości i zaburzeń oraz wiele niedostatków w zachowaniach prozdrowotnych stanowiących poważne zagrożenie dla ich zdrowia. Należy sądzić, że podobna sytuacja dotyczy pracowników przedszkoli. Może to niekorzystnie wpływać na realizację edukacji zdrowotnej i tworzenie przez nich właściwych wzorców zachowań prozdrowotnych dla dzieci i ich rodziców.

**W przedszkolu promującym zdrowie
kluczowym zadaniem jest inwestycja w zdrowie jego pracowników
i ich kompetencje w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci.**

Należy pomóc nauczycielom i pozostałym pracownikom w:

- uświadomieniu sobie wartości zdrowia dla jednostki,
- identyfikacji czynników wpływających na ich zdrowie, w tym zwłaszcza czynników związanych ze stylem życia,
- rozwijaniu kompetencji w zakresie dbałości o zdrowie własne i innych,
- podejmowaniu korzystnych dla zdrowia zmian w swoim stylu życia,
- zrozumieniu koncepcji promocji zdrowia i PPZ,
- doskonaleniu umiejętności prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci.

2.2.3. Rodzice dzieci

Większość rodziców dzieci w wieku przedszkolnym to osoby w okresie wczesnej dorosłości (wiek od 20–23 do 35–40 lat) i we wczesnej fazie rozwoju zawodowego. Uczęszczanie dziecka do przedszkola umożliwia im pracę zawodową. Po trudach opieki nad dzieckiem we wczesnym dzieciństwie czują się oni w tym okresie bardziej swobodnie.

Rodzice dzieci w wieku przedszkolnym weszli już w pełni w rolę rodziców. Zdobyli własne doświadczenia w opiece nad dzieckiem, poznali jego zachowania, reakcje na różne sytuacje. Mimo różnych trudności przeżywanie macierzyństwa i ojcostwa dostarcza im na ogół wiele radości i satysfakcji. Dynamiczny rozwój dziecka w wieku przedszkolnym, jego nowe osiągnięcia rozwojowe powodują, że większość rodziców tych dzieci jest zafascynowana rodzicielstwem, „bycie rodzicem” uważa za najbardziej satysfakcjonujący obszar swojego życia, a na dalszych pozycjach wymienia pracę, małżeństwo, odpoczynek, obowiązki domowe¹⁰. Rodzice dzieci w wieku przedszkolnym są bardziej zainteresowani rozwojem swych dzieci i podatni na oddziaływania zewnętrzne niż rodzice uczniów, zwłaszcza nastolatków sprawiających rodzicom wiele trudności. Czynnikiem, który sprzyja partnerstwu i współpracy między pracownikami przedszkola a rodzicami jego wychowanków, jest codzienna obecność rodziców w przedszkolu.

Rodzice dzieci są pierwszymi i najważniejszymi edukatorami do zdrowia swoich dzieci. W obowiązującej od 2017 r. podstawie programowej wychowania przedszkolnego, w części „Zalecenia i sposoby realizacji”, zwrócono uwagę na potrzebę współpracy z rodzicami w zakresie realizacji programu wychowania przedszkolnego. Za jeden z jego elementów należy uznać edukację zdrowotną. Znaczna część rodziców nie jest jednak przygotowana do pełnienia roli edukatorów zdrowia i praktykowania

⁹ M. Woynarowska-Sołdan, I. Tabak (2013): *Zdrowie subiektywne i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół podstawowych i gimnazjów*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, (11)4, 349–357; M. Woynarowska-Sołdan, I. Tabak (2013): *Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkół*, „Medycyna Pracy”, 64(5): 659–670.

¹⁰ M. Kielar-Turska (2004): *Średnie dzieciństwo...*, s. 220.

w domu tego, czego dziecko nauczyło się w przedszkolu. Styl życia wielu rodziców odbiega od zdrowotnego, nie są oni dobrymi modelami w tym zakresie dla swoich dzieci, nie tworzą dla nich pozytywnych wzorców. Przedszkole może zaoferować im wsparcie w tym zakresie. Może ono także korzystać z pomocy niektórych rodziców (np. lekarzy, pielęgniarek, psychologów, dietetyków i innych specjalistów z zakresu nauk o zdrowiu) w realizacji zadań związanych z edukacją zdrowotną dzieci i pracowników. Pozyskanie rodziców i wspieranie ich w rozwoju kompetencji wychowawczych i w zakresie dbałości o zdrowie jest podstawowym warunkiem skuteczności edukacji zdrowotnej dzieci.

Partnerami przedszkola mogą być także **babcie i dziadkowie** jego wychowanków. Duży ich odsetek wspiera rodziców w opiece nad dzieckiem, współwychowuje je, spędza z nim dużo czasu, dostarcza rozrywek, odprowadza i/lub przyprowadza z przedszkola i ma częsty kontakt z jego pracownikami. Babcie/dziadkowie są często pośrednikami w komunikacji nauczyciel – rodzice. Pozyskanie ich do współpracy ma bardzo duże znaczenie, zwłaszcza, że są oni często na emeryturze i dysponują wolnym czasem. Z punktu widzenia wychowania, także zdrowotnego, bardzo ważne wydaje się **tworzenie przez osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem wspólnego frontu**, czyli zgodności co do metod wychowania, oczekiwań względem dziecka i siebie nawzajem, także w odniesieniu do zdrowia (np. kwestie związane z utrzymaniem higieny, żywieniem, aktywnością fizyczną). Istotne wydaje się podnoszenie kompetencji babć/dziadków w zakresie rozwoju dziecka, rozpoznawania jego potrzeb i ich zaspakajania. Ma to szczególne znaczenie w kontekście różnic międzypokoleniowych i związanych z nimi odrębności w podejściu do wychowania i zdrowia powodujących często niespójne oczekiwania i wymagania wobec dzieci.

**Przedszkole promujące zdrowie
ma niepowtarzalną szansę edukowania rodziców
w zakresie dbałości o zdrowie własne i zdrowie ich dzieci**

Należy:

- pozyskać rodziców do współpracy w tworzeniu PPZ na zasadzie partnerstwa,
- pomóc rodzicom w:
 - uświadomieniu sobie wartości zdrowia dla nich samych i ich dzieci,
 - identyfikacji czynników wpływających na zdrowie, w tym zwłaszcza czynników związanych ze stylem życia,
 - rozwijaniu kompetencji wychowawczych oraz w zakresie dbałości o zdrowie własne i dzieci,
- zachęcać rodziców do podejmowania korzystnych dla zdrowia zmian w ich stylu życia.

3. Definicja model i standardy przedszkola promującego zdrowie

Dotychczas w Polsce nie opracowano definicji, modelu i standardów PPZ. Podejmując taką próbę, wzięto pod uwagę:

- koncepcję promocji zdrowia,
- przyjęte w sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie* wartości i filary SzPZ, zmodyfikowane i dostosowane do PPZ (patrz Aneks 2),
- definicję, model i standardy SzPZ w Polsce,
- opisaną wyżej specyfikę przedszkola jako siedliska (warunki i organizacja życia i pracy w przedszkolu oraz cechy i potrzeby jego społeczności).

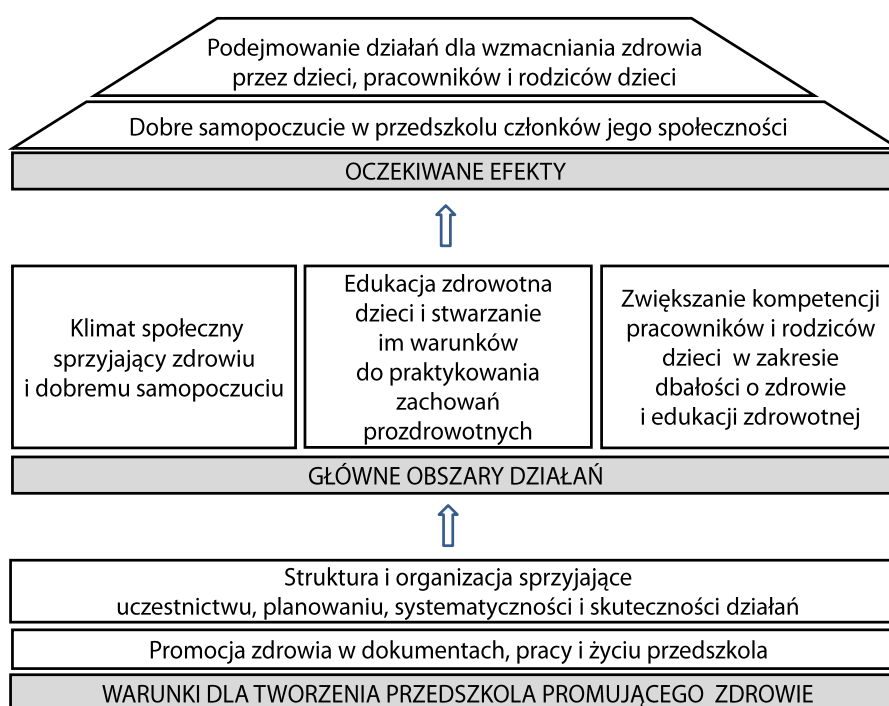
W formułowaniu definicji, modelu i standardów PPZ przyjęto zasadę, że nawiązują one do definicji, modelu i standardów SzPZ w celu zachowania spójności, ciągłości i dotychczasowych doświadczeń związanych z przynależnością przedszkoli do wojewódzkich/rejonowych sieci SzPZ.

Definicja przedszkola promującego zdrowie

Przedszkole promujące zdrowie tworzy warunki i podejmuje działania, które sprzyjają:

- zdrowiu i dobremu samopoczuciu społeczności przedszkola (dzieci, pracowników i rodziców dzieci),
- podejmowaniu przez członków społeczności przedszkola aktualnie i w przyszłości działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi oraz tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.

W **modelu PPZ** uwzględniono trzy poziomy: warunki dla tworzenia PPZ, główne obszary jego działań i oczekiwane efekty (ryc. 1).



Ryc. 1. Model przedszkola promującego zdrowie

Przedszkole promujące zdrowie realizuje **zadania określone w obowiązujących aktach prawnych i w podstawie programowej wychowania przedszkolnego**, a ponadto spełnia warunki określone w **czterech standardach PPZ**. Standardy te wyróżniono na podstawie modelu PPZ: pierwszy odnosi się do najniższego poziomu modelu (warunki do tworzenia SzPZ), kolejne trzy do poziomu środkowego (główne obszary działań). Nie jest możliwe określenie standardów dla poziomu górnego (oczekiwane efekty).

Standardy przedszkola promującego zdrowie

1. Koncepcja pracy przedszkola, jego organizacja i struktura sprzyjają realizacji długofalowych, zaplanowanych działań dla wzmacniania zdrowia dzieci, pracowników i rodziców dzieci.
2. Klimat społeczny przedszkola sprzyja dobremu samopoczuciu i zdrowiu dzieci, pracowników i rodziców dzieci.
3. Przedszkole prowadzi edukację zdrowotną dzieci i stwarza im warunki do praktykowania w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych.
4. Przedszkole podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców dzieci w zakresie dbałości o zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci.

Uzasadnienie wyboru standardów oraz metody i narzędzia do oceny stopnia ich osiągnięcia omówiono w części drugiej poradnika. Zapoznanie się z treścią tej części jest konieczne dla lepszego zrozumienia istoty PPZ i zasad jego tworzenia.

4. Co jest potrzebne do tworzenia przedszkola promującego zdrowie?

Tworzenie i rozwój PPZ to nie działania akcyjne, ale proces wielu zmian dokonywanych przez członków jego społeczności. Zmiany te dotyczą jednostek oraz przedszkola jako instytucji i siedliska. Jest to proces długotrwały, gdyż efektów zmian, w tym zmian zachowań zdrowotnych ludzi, można oczekiwać po kilku latach systematycznych działań. Wprowadzanie tych zmian wymaga zaangażowania i uczestnictwa jak największej liczby nauczycieli, innych pracowników przedszkola i rodziców dzieci. Potrzebne jest im wsparcie ze strony osób i organizacji w społeczności lokalnej. Niżej przedstawiono i omówiono najważniejsze działania/rozwiązania potrzebne do tworzenia i rozwoju PPZ.

Działania w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie

1. Poznanie i zrozumienie koncepcji przedszkola promującego zdrowie.
2. Uczestnictwo i zaangażowanie pracowników przedszkola i rodziców dzieci.
3. Działalność koordynatora ds. promocji zdrowia i zespołu promocji zdrowia.
4. Planowanie działań i ich ewaluacja.
5. Dążenie do powiązania działań w zakresie promocji zdrowia z podstawowymi celami i zadaniami przedszkola.
6. Współpraca ze społecznością lokalną, przedszkolami i szkołami w najbliższym otoczeniu.

4.1. Poznanie i zrozumienie koncepcji przedszkola promującego zdrowie

Punktem wyjścia do wdrażania każdego programu/projektu jest zrozumienie jego istoty i założeń przez osoby uczestniczące w jego planowaniu i realizacji. W przypadku PPZ niezbędna jest znajomość:

- **koncepcji promocji zdrowia** – działań dla wzmocnienia zdrowia jednostek i społeczności oraz typowych dla niej podejść (patrz rozdz. 1 i Aneks 1),
- **zasad tworzenia PPZ** – etapów jego tworzenia, potrzeby uczestnictwa pracowników i rodziców dzieci oraz planowania i ewaluacji podejmowanych wspólnie działań.

Poznanie i zrozumienie koncepcji PPZ wymaga organizacji szkoleń, zwłaszcza warsztatów, udostępnienia pracownikom i rodzicom dzieci informacji i materiałów (np. na stronie internetowej przedszkola, tablicy informacyjnej). Powinien to być **proces ciągły**, gdyż skład społeczności przedszkola ulega zmianom, co roku przychodzą do niego nowe dzieci i ich rodzice, zmieniają się też nauczyciele i inni pracownicy. Wszystkie „nowe” osoby powinny otrzymać pełną informację o działaniach podejmowanych w przedszkolu i ich roli w tych działaniach.

4.2. Uczestnictwo i zaangażowanie społeczności przedszkola

Przedszkole promujące zdrowie **tworzy społeczność przedszkola sama dla siebie**. W procesie tym powinni uczestniczyć w miarę możliwości wszyscy nauczyciele i pozostali pracownicy (są to zwykle niezbyt liczne grupy) oraz jak największa grupa rodziców dzieci. Ich udział i zaangażowanie są niezbędne w diagnozowaniu problemów społeczności przedszkola i jego środowiska, wyborze priorytetów, planowaniu i realizacji działań oraz ocenie ich efektów. Dzięki uczestnictwu i zaangażowaniu będą się oni czuli autorami, „współwłaścicielami” wprowadzanych zmian. Kluczowe znaczenie dla tworzenia PPZ ma uczestnictwo **dyrektora przedszkola** (i jego zastępcy, w przypadku, gdy jest on powołany), który ma największy wpływ na kierunki i organizację pracy przedszkola, jego program

wychowawczy i dydaktyczny. Dyrektor przedszkola odgrywa też kluczową rolę w motywowaniu jego pracowników do udziału w działaniach w zakresie promocji zdrowia i tworzeniu warunków do ich podejmowania. **Bez zaangażowania i wsparcia ze strony dyrektora nie ma szans na tworzenie PPZ.**

4.3. Działalność koordynatora ds. promocji zdrowia i zespołu promocji zdrowia w przedszkolu

Prace nad tworzeniem PPZ są organizowane przez koordynatora ds. promocji zdrowia (zwanego dalej koordynatorem) i zespół promocji zdrowia (zwany dalej zespołem). Imię i nazwisko koordynatora, dane kontaktowe oraz skład osobowy zespołu powinny być podane na tablicy informacyjnej i stronie internetowej przedszkola.

Koordynator

Koordynator pełni rolę lidera (przewodnika, przywódcy) i „agenta” (promotora, rzecznika) zmian, inicjuje i ułatwia ich dokonywanie, stwarza warunki do pracy przynoszącej sukcesy. Koordynator jest powoływany przez dyrektora przedszkola w porozumieniu z członkami zespołu promocji zdrowia.

Zadania koordynatora ds. promocji zdrowia w przedszkolu

1. Upowszechnianie koncepcji promocji zdrowia i PPZ wśród pracowników (pełno- i niepełnozatrudnionych) oraz rodziców dzieci.
2. Pozyskiwanie uczestnictwa członków społeczności przedszkola i sojuszników w społeczności lokalnej oraz motywowanie ich do wspólnych działań.
3. Inicjowanie, organizacja i koordynowanie prac związanych z dokonywaniem diagnozy, planowaniem działań, ich realizacją i ewaluacją wyników.
4. Kierowanie pracą zespołu promocji zdrowia.
5. Prowadzenie dokumentacji działań przedszkola w zakresie promocji zdrowia.
6. Współdziałanie z koordynatorami z innych przedszkoli oraz koordynatorem wojewódzkiej/rejonowej sieci PPZ i SzPZ.
7. Rozwijanie własnych umiejętności osobistych i społecznych, w tym współdziałania z innymi ludźmi i kierowania wspólnie podjętymi działaniami.

Z punktu widzenia skuteczności działań najkorzystniej jest, gdy **koordynatorem jest dyrektor przedszkola** (lub jego zastępca), który ma większą możliwość wpływania na politykę przedszkola, szerzej postrzega różne sprawy. Koordynatorem może być także nauczyciel zatrudniony w przedszkolu w pełnym wymiarze godzin. Ze względu na obciążenie dodatkowymi zadaniami powinien on otrzymywać jakąś formę gratyfikacji. Koordynatorem nie może być osoba spoza przedszkola ani też pracownik, którego „wyznaczono” lub zmuszono do podjęcia tego zadania.

Osoba, która **dobrowolnie** podjęła decyzję o pełnieniu roli koordynatora, powinna dokładnie poznać i zrozumieć koncepcję PPZ. Niezbędne jest jej uczestnictwo w warsztatach i innych formach szkoleń, zapoznanie się z doświadczeniami przedszkoli, które wcześniej podjęły podobne działania. Koordynator powinien posiadać i rozwijać następujące cechy:

- przekonanie o słuszności koncepcji PPZ, motywacja do jej wdrażania i propagowania w przedszkolu i poza nim (także w społeczności lokalnej),
- umiejętność twórczego i strategicznego myślenia, zarządzania sobą w czasie, otwartość, elastyczność, konsekwencja, gotowość do uczenia się oraz rozwoju osobistego i społecznego,

- stosunek do współpracowników, który cechuje: partnerstwo, umiejętność komunikowania się i współdziałania; motywowanie innych do uczestnictwa w podejmowaniu decyzji i w realizacji zadań; wspieranie innych w działaniu; stwarzanie poczucia bezpieczeństwa.

Zespół promocji zdrowia

Zespół promocji zdrowia wspiera działania koordynatora. W jego skład powinni wchodzić **dobrowolnie zgłaszający się**: nauczyciele (jedna lub dwie osoby), pracownik administracyjny, pracownik kuchni lub obsługi oraz przedstawiciel rodziców. W miarę potrzeb i możliwości do stałego lub okresowego udziału w pracach zespołu należy zapraszać pracowników niepełnozatrudnionych. Jeśli w skład zespołu nie wchodzi dyrektor przedszkola, należy ustalić zasady jego współpracy z koordynatorem i zespołem. Liczba członków zespołu może być różna i zmieniać się. Ważne jest, aby w zespole były osoby aktywnie pracujące, otwarte na nowości, zaangażowane, twórcze i przyjazne sobie, obdarzające się zaufaniem, negocjujące i współdziałające w osiąganiu wspólnie ustalonego celu. Wszyscy członkowie zespołu powinni dokładnie **poznać i zrozumieć koncepcję PPZ**.

Zadania i organizacja pracy zespołu promocji zdrowia w przedszkolu

1. Wspieranie pracy koordynatora i aktywny udział w:
 - przeprowadzaniu diagnozy, planowaniu działań, ich realizacji i ewaluacji wyników,
 - organizacji szkoleń w zakresie promocji zdrowia,
 - prowadzeniu dokumentacji działań w zakresie promocji zdrowia i pracy zespołu.
2. Zespołowe podejmowanie decyzji.
3. Ustalenie reguł pracy zespołu i zakresu zadań poszczególnych członków.
4. Rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych członków zespołu.
5. Organizacja spotkań zespołu:
 - cykliczność spotkań, z zapowiedzianym wcześniej tematem,
 - zaplanowanie spotkań podsumowujących różne etapy pracy,
 - spotkania otwarte – „każdy mile widziany”,
 - praca metodą warsztatową, z aktywnym zaangażowaniem wszystkich uczestników.

Dokumentacja działań przedszkola

Na stronie internetowej przedszkola powinna być odrębna, systematycznie aktualizowana zakładka dotycząca PPZ. Powinny być w niej zamieszczone informacje o koncepcji i zasadach tworzenia PPZ, podejmowanych działaniach, wynikach ewaluacji itp.

Wszystkie ważniejsze działania przedszkola w zakresie promocji zdrowia powinny być dokumentowane. Brak dokumentacji powoduje, że nie ma „śladu” po ważnych dokonaniach, osiągnięciach, dobrych pomysłach i trudnościach. Dokumentacja jest także potrzebna przy autoewaluacji, zwłaszcza w przypadku gdy przedszkole podejmuje starania o nadanie *Krajowego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie*. Należy poszukiwać prostych, mało czasochłonnych sposobów dokumentowania tego, co zrobiono i osiągnięto. Formą dokumentacji (papierowej lub cyfrowej) mogą być:

- teczki, segregatory z wynikami diagnozy, planami działań w kolejnych latach, raportami z ewaluacji wyników,
- zeszyt z informacjami o spotkaniach zespołu, ważniejszych decyzjach itd.,
- kroniki, albumy ze zdjęciami, filmy, prezentacje multimedialne,
- plakaty ze spotkań i warsztatów,
- wycinki prasowe.

Prowadzenie dokumentacji pracy przedszkola w zakresie promocji zdrowia jest zadaniem koordynatora. W realizacji tego zadania powinni go wspierać wybrani członkowie zespołu.

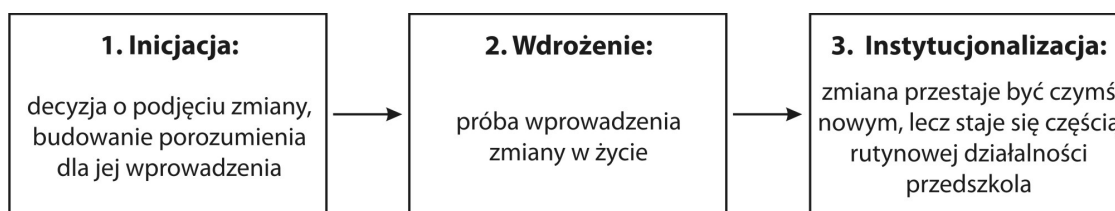
4.4. Planowanie działań i ich ewaluacja

Tworzenie PPZ wymaga systematycznego planowania działań, monitorowania ich przebiegu oraz sprawdzania ich efektów. Pomaga to koncentrować się na rozwiązywaniu problemów priorytetowych, ograniczać nadmiar obciążeń i stresów. Jest to podstawowy warunek skuteczności działań. **Systematyczne planowanie działań i ich ewaluacja jest specyficzną cechą PPZ**, odróżniającą je od innych przedszkoli.

W Polsce, od początku wdrażania programu SzPZ, **zwracamy szczególną uwagę na planowanie działań i rozwijanie tej umiejętności u dyrektorów, szkolnych koordynatorów i członków szkolnego zespołu**. Zadanie to podejmowała również co najmniej część przedszkoli należących do wojewódzkich/regionalnych sieci SzPZ. Zasady planowania i ewaluacji omówiono w rozdziale 5.

4.5. Dążenie do powiązania działań w zakresie promocji zdrowia z podstawowymi celami i zadaniami przedszkola

Istotą koncepcji PPZ jest wdrażanie **całościowego podejścia do promocji zdrowia** w przedszkolu (patrz Aneks 2: Filary PPZ). Polega ono na wprowadzaniu zmian w różnych sferach funkcjonowania poszczególnych członków społeczności przedszkola, społeczności jako całości i przedszkola jako instytucji i siedliska. Nie są to pojedyncze innowacje, kolejny z wielu programów realizowanych w przedszkolu, lecz **działania systemowe**. Proces zmiany systemowej składa się z trzech etapów (ryc. 2)¹¹. Przejście przez te etapy wymaga dłuższego czasu i dlatego proces tworzenia PPZ jest **długotrwały**, zwłaszcza że pojawiają się nowe problemy wymagające rozwiązania.



Ryc. 2. Etapy procesu zmiany systemowej

4.6. Współpraca z innymi przedszkolami i szkołami w najbliższym otoczeniu oraz społecznością lokalną

Cechą działań w zakresie promocji zdrowia jest tworzenie sieci. Korzystne jest zatem podejmowanie współpracy i wymiany doświadczeń z przedszkolami w najbliższym otoczeniu, które podjęły lub zamierzają podjąć podobne działania. Można organizować spotkania pracowników przedszkoli, wspólne warsztaty, podejmować wspólne inicjatywy, projekty.

¹¹ Opracowano na podstawie: D. Hopkins (1995): *Healthy school, healthy student, development strategies for school effectiveness*, w: *Health promoting school manual*, V. Rassmussen (red.), Brussels, Commission for European Communities.

Równie ważne jest poszukiwanie różnorodnych form współpracy ze szkołami w najbliższym sąsiedztwie. Przejście z przedszkola do szkoły stanowi dla znacznego odsetka dzieci trudną sytuację „prógową”. PPZ powinno ułatwiać dzieciom płynne przejście do szkoły i zmniejszać stresy z tym związane.

Przedszkole jest jednym z siedlisk w danej społeczności lokalnej. Głównym zadaniem PPZ powinno być: budowanie dobrych relacji między rodzicami (a także innymi członkami rodzin) dzieci, zachęcanie ich do współdziałania w sprawach ważnych dla społeczności lokalnej, inicjowanie różnych działań, uczestnictwo w życiu kulturalnym społeczności lokalnej itd. Przedszkole takie powinno nie tylko korzystać z zasobów społeczności lokalnej, ale także tworzyć dla niej jakąś własną ofertę oraz poszukiwać różnorodnych form wspólnych działań dla budowania kapitału społecznego tej społeczności. Społeczność PPZ może na miarę swoich możliwości:

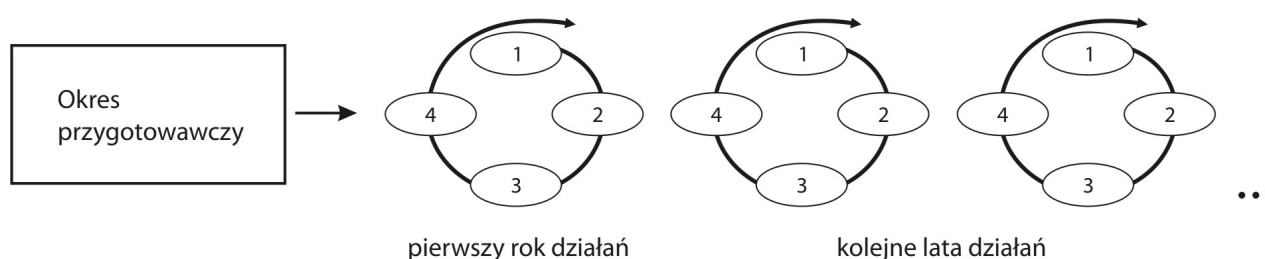
- uczestniczyć w podejmowanych w społeczności lokalnej działaniach na rzecz zdrowia,
- korzystać z pomocy różnych specjalistów (np. pracowników ochrony zdrowia, zdrowia publicznego, poradni psychologiczno-pedagogicznych) w realizacji działań w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci, pracowników i rodziców dzieci,
- zapraszać przedstawicieli władz lokalnych, samorządu i organizacji na organizowane w przedszkolu spotkania, warsztaty, imprezy.

5. Jak tworzyć i rozwijać przedszkole promujące zdrowie?

Tworzenie i rozwój PPZ jest długotrwałym procesem. Rozpoczyna się od **przygotowania** do podjęcia działań, w kolejnych latach realizowane są **cykle działań składające się z czterech etapów**:

1. Diagnoza – w pierwszym roku diagnoza stanu wyjściowego, w kolejnych latach diagnoza uaktualniona.
2. Planowanie działań i ich ewaluacji.
3. Działania – realizacja planu.
4. Ewaluacja wyników działań zaplanowanych na dany rok szkolny.

Przyjęcie zasady, że cykl ten powtarza się w każdym roku szkolnym, wynika z faktu, że przedszkole pracuje w takim rytmie. Na początku roku szkolnego społeczność przedszkola mobilizuje się do rozwiązywania problemu(-ów), który(-re) uznaje za priorytetowy(-we), i rozpoczyna kolejny cykl (od diagnozy do ewaluacji wyników). Na ryc. 3 przedstawiono model tworzenia PPZ. Niżej opisano przebieg okresu przygotowawczego i scharakteryzowano cztery etapy cyklu.



Ryc. 3. Model tworzenia przedszkola promującego zdrowie w pierwszym i w kolejnych latach

Oznaczenia:

1. Diagnoza stanu wyjściowego lub uaktualniona, 2. Planowanie działań i ich ewaluacji, 3. Działania – realizacja planu,
4. Ewaluacja wyników działań

5.1. Okres przygotowawczy

Początkiem procesu tworzenia PPZ jest przygotowanie członków społeczności przedszkola do wspólnych działań w zakresie promocji zdrowia. Czas trwania okresu przygotowawczego może być różny, w zależności od potrzeb i możliwości danego przedszkola. Cztery kroki, które należy podjąć w tym okresie, przedstawiono w ramce i opisano niżej.

Kroki w okresie przygotowawczym

1. Wyłonienie inicjatora i powstanie grupy inicjatywnej.
2. Wstępna informacja o inicjatywie i refleksja nad znaczeniem zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu.
3. Wyjaśnienie podstawowych założeń koncepcji przedszkola promującego zdrowie.
4. Podjęcie decyzji o tworzeniu przedszkola promującego zdrowie i jej upowszechnienie.

Krok pierwszy – wyłonienie inicjatora i powstanie grupy inicjatywnej

Na początku drogi do PPZ znajduje się zwykle osoba, która odkryła tę koncepcję, ale nie wie jeszcze, jak ją wdrożyć, jak do niej zachęcać innych. Uznajemy, że jest to osoba, która będzie chciała w przyszłości koordynować działania w zakresie promocji zdrowia w przedszkolu. Przyszły koordynator powinien:

- Zacząć od siebie:
 - zapytać siebie: dlaczego chcę się zająć tworzeniem PPZ?, jakie mam oczekiwania? jakie będą moje osobiste korzyści i straty?,
 - zapoznać się dokładnie z treścią tego poradnika i innymi publikacjami, aby dobrze zrozumieć to, do czego będzie przekonywać i zachęcać innych.
- Poszukać w najbliższym otoczeniu ludzi, którzy myślą podobnie. Niezwykle ważne jest, aby był wśród nich dyrektor przedszkola. Dyskusja w gronie ludzi, którzy się rozumieją, powinna doprowadzić do powstania grupy inicjatywnej („założka” przyszłego zespołu promocji zdrowia). Zadaniem tej grupy będzie popularyzowanie koncepcji PPZ (jej członkowie muszą sami dobrze ją poznać i zrozumieć) oraz pozyskanie do współpracy jak największej liczby osób.

Krok drugi – wstępna informacja o inicjatywie i refleksja nad znaczeniem zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu

O inicjatywie i powstaniu grupy inicjatywnej należy w pierwszej kolejności poinformować pracowników przedszkola. Można to zrobić na posiedzeniu rady pedagogicznej i na spotkaniu pracowników niepedagogicznych. Na tych spotkaniach należy zachęcić do wspólnej do refleksji i dyskusji nad znaczeniem zdrowia i dobrego samopoczucia w pracy w przedszkolu:

- czy zdrowie i dobre samopoczucie jest dla nas ważne?
- czy zdrowie i dobre samopoczucie członków społeczności przedszkola ma wpływ na naszą pracę?
- co wpływa na nasze samopoczucie w pracy w przedszkolu? (można wykorzystać arkusz „Co wpływa na moje samopoczucie w pracy w przedszkolu?” (ryc. 4)¹²,
- czy bylibyśmy chętni podjąć działania na rzecz zdrowia?

Jeżeli w wyniku tej refleksji i dyskusji, a także analizy zapisów w arkuszu, okaże się, że większość pracowników¹³ przedszkola byłaby chętna do podjęcia w nim działań na rzecz zdrowia, podobną dyskusję należy podjąć z **rodzicami** dzieci. Rozpoczynamy od rozmowy na spotkaniu rady rodziców, a następnie na zebraniach z rodzicami. Można zapytać ich o to, co wpływa na samopoczucie ich dzieci i ich samych w przedszkolu, wykorzystując arkusz dla nich przeznaczony (ryc. 5).

Analiza odpowiedzi pracowników i rodziców dzieci na zamieszczone w arkuszach pytanie pozwoli na wstępne rozpoznanie mocnych i słabych stron przedszkola oraz problemów, które należy rozwiązać w przyszłości w tworzeniu PPZ. Warto przeanalizować odpowiedzi rodziców w każdej grupie i przedstawić wyniki tej analizy na zebraniu danej grupy, a następnie zestawić wyniki dla wszystkich grup łącznie i je upowszechnić. Uzyskane dane mogą dostarczyć argumentów za podjęciem w przedszkolu działań na rzecz poprawy samopoczucia członków jego społeczności.

¹² Uwaga do pracy z arkuszem: aby uzyskać szczere (prawdziwe) opinie i informacje, należy wybrać odpowiedni czas i miejsce spotkania oraz zapewnić osobom go wypełniającym pełną anonimowość. W przypadku, gdy istnieje obawa, że rozpoznany będzie charakter pisma osoby wypełniającej arkusz, można prosić o wypełnienie arkusza na komputerze i włożenie go do skrzynki lub koperty zbiorczej znajdującej się w ustalonym miejscu.

¹³ Nie można zakładać, że wszyscy pracownicy będą chętni do podjęcia nowych działań. Zawsze będą osoby niezainteresowane, a nawet przeciwnie.

CO WPŁYWA NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W PRZEDSZKOLU?

Chcemy dowiedzieć się, co wpływa dobrze, a co źle na Twoje samopoczucie w pracy w przedszkolu. Zastanów się nad tym i wypełnij ten arkusz. Jest on anonimowy. Zależy nam na Twoich szczerych i pełnych odpowiedziach. Dzięki nim możemy spróbować zmienić coś w przedszkolu na lepsze.

DOBRE:	ŹŁE:

Osoba wypełniająca arkusz (podkreśl): nauczyciel, inny pracownik przedszkola

Ryc. 4. Wzór arkusza dla pracowników „Co wpływa na moje samopoczucie w pracy w przedszkolu?” Formularz arkusza zamieszczono w rozdz. 5.2.5

[illegible]

Ryc. 5. Wzór arkusza „Co wpływa na samopoczucie moje i mojego dziecka w przedszkolu?”
Formularz arkusza zamieszczono w rozdz. 5.2.5

Krok trzeci – wyjaśnienie podstawowych założeń koncepcji przedszkola promującego zdrowie

Jeżeli jest gotowość większości pracowników i rodziców do podjęcia działań na rzecz zdrowia lub inicjatorzy uważają, że warto ich do tego zachęcać, to należy wyjaśnić im podstawowe założenia koncepcji PPZ. Zachęcamy do pracy metodą warsztatową i wspólnego poszukiwania odpowiedzi na pytania:

- co dla ciebie (dla nas) oznacza, że przedszkole promuje zdrowie?
- jakie są najważniejsze cechy takiego przedszkola?
- czy i w jakim stopniu nasze przedszkole spełnia standardy PPZ?

Ważne jest, aby **osoby przeprowadzające warsztaty same dobrze znały i w pełni rozumiały koncepcję promocji zdrowia i koncepcję PPZ**.

Wyjaśnienie koncepcji PPZ ma być okazją, aby pracownicy i rodzice odkryli w niej **korzyści dla siebie samych i dla przedszkola**. Należy więc zastanowić się:

- czy i dlaczego chcemy tworzyć PPZ?
- dlaczego to się „opłaca”?

Należy uświadomić im, że:

- wszystkie wspólne działania mają służyć poprawie samopoczucia wszystkich osób,
- ważny jest udział każdej osoby,
- każdy będzie miał wpływ na realizację działań, będzie pytany o zdanie, może wyrażać opinie, zgłaszać pomysły do realizacji itd.

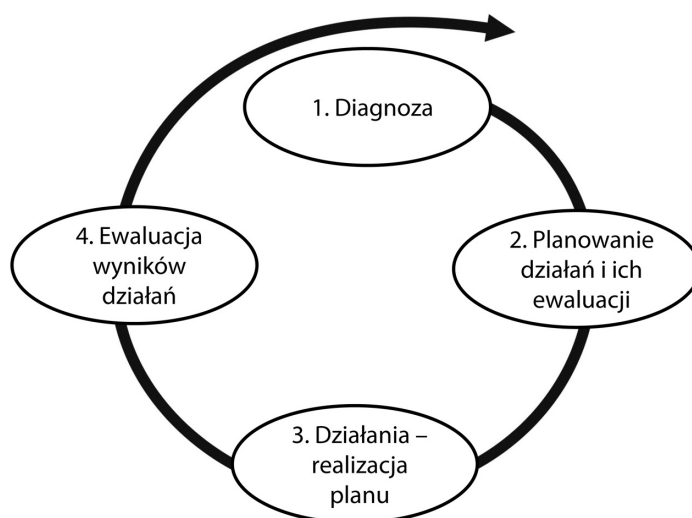
Krok czwarty – podjęcie decyzji o tworzeniu PPZ i jej upowszechnienie

Zakończeniem okresu przygotowawczego jest/może być decyzja o gotowości do tworzenia PPZ zaakceptowana przez dyrektora przedszkola, pracowników i radę rodziców. Po zapadnięciu takiej decyzji należy:

- powołać koordynatora i zespół promocji zdrowia w przedszkolu,
- zapewnić możliwości przepływu informacji na temat PPZ (np. tablica informacyjna, strona internetowa),
- pozyskać sojuszników w społeczności lokalnej,
- poinformować organ prowadzący przedszkole.

5.2. Etapy tworzenia przedszkola promującego zdrowie

W każdym roku szkolnym, jak wspomniano wyżej, pracownicy przedszkola i rodzice dzieci podejmują działania w czteroetapowym cyklu przedstawionym na ryc. 6. Niżej szczegółowo opisano kolejne etapy cyklu.



Ryc. 6. Cykl tworzenia przedszkola promującego zdrowie w jednym roku szkolnym

5.2.1. Etap pierwszy – diagnoza

Diagnoza to odpowiedź na pytanie (zbadanie): **Gdzie jesteśmy?**, czyli „spojrzenie prawdzie w oczy”. Pytanie to stawiają sobie **sami członkowie społeczności przedszkola**. Oni też sami poszukują na nie odpowiedzi. Wynika to z koncepcji promocji zdrowia, która zakłada, że ludzie sami identyfikują swoje problemy zdrowotne, uświadamiają sobie potrzebę ich rozwiązania i podejmują działania w tym kierunku.

Celem diagnozy jest:

- ustalenie rzeczywistych problemów (potrzeb) społeczności przedszkola lub różnych jej grup – często nie są one w pełni uświadamiane lub są narzucane przez innych,
- uzyskanie konkretnych, obiektywnych danych, które będzie można wykorzystać w ewaluacji wyników po zakończeniu działań lub ich etapu, aby sprawdzić, co i w jakim stopniu się zmieniło.

Oczekiwany „produkt”

Oczekiwany „produkt” (efektem) diagnozy jest **lista problemów** wymagających rozwiązania. Mogą one dotyczyć całej społeczności przedszkola lub poszczególnych jej grup. Lista ta stanowi punkt wyjścia do wyboru problemu priorytetowego, tzn. takiego, który dana społeczność (grupa) uzna za ważny, pilny i możliwy do rozwiązania oraz nad którym zdecyduje się pracować (podejmie działania w tym kierunku).

Rodzaje diagnozy

W zależności od czasu, w którym przeprowadzamy diagnozę, wyróżniamy dwa jej rodzaje:

1. **Diagnoza stanu wyjściowego** przeprowadzana na początku (w pierwszym roku) procesu tworzenia PPZ. Powinna ona dostarczyć danych o różnych aspektach funkcjonowania przedszkola w kontekście zdrowia jego społeczności. Stanowi ona rodzaj badania naukowego przeprowadzonego w przedszkolu przez jego pracowników przy współudziale rodziców. Ważne jest, aby zbierać dane z wykorzystaniem sprawdzonych i wystandaryzowanych metod i narzędzi. Z tego względu zachęcamy, aby w diagnozie tej **zastosować metody i narzędzia opisane w części drugiej poradnika**. Pozwala to na zbadanie wielu obszarów funkcjonowania przedszkola i jego społeczności. Uzyskane dane będzie można w przyszłości porównać z wynikami autoewaluacji.
2. **Diagnoza uaktualniona** przeprowadzana na początku drugiego i kolejnych lat przed budowaniem planu pracy na dany rok. Potrzeba powtarzania diagnozy w kolejnych latach działań wynika ze zmieniającej się sytuacji, warunków, doświadczeń i potrzeb społeczności przedszkola. Diagnoza uaktualniona może dotyczyć nowego problemu uznanego za priorytetowy na podstawie rozmów i dyskusji w różnych grupach pracowników i rodziców, obserwacji, analizy dokumentów itd. Może także odnosić się do nowych aspektów dotychczasowych działań. Jej celem jest zbadanie i opisanie aktualnej sytuacji dotyczącej danego problemu priorytetowego:
 - w sposób umożliwiający uzyskanie konkretnych, obiektywnych danych,
 - z użyciem metod i narzędzi, które będą rzeczywiście mierzyć to, co zamierzano zmierzyć, i które będzie można wykorzystać po zakończeniu działań do ewaluacji wyników; w diagnozie tej można wykorzystać niektóre narzędzia zamieszczone w części drugiej poradnika.Zawężenie zakresu diagnozy do jednego problemu ułatwia jej wykonanie bez nadmiernego obciążenia wielu osób.

Kto powinien przeprowadzić diagnozę?

Diagnoza jest przeprowadzana przez koordynatora i zespół promocji zdrowia. W ramce podano informacje przydatne w jej planowaniu i przeprowadzaniu.

O czym należy pamiętać przy przeprowadzaniu diagnozy?

- Zbieraj dane obiektywne i porównywalne (mieralne).
- Zbieraj tylko takie dane, które naprawdę wykorzystasz. Zanim zapytasz innych (np. w ankiecie), zapytaj siebie:
 - dlaczego o to pytam?
 - czy te dane są na pewno potrzebne?
 - jak wykorzystam te dane?
- Zaplanuj prosty i przejrzysty sposób zbierania danych.
- Staraj się dotrzeć do jak największej liczby osób.
- Jeśli chcesz uzyskać od ludzi informacje, zadбай, aby:
 - czuli się bezpiecznie (np. zadбай o zachowanie pełnej anonimowości ankiet),
 - byli zainteresowani udzieleniem szczerych i pełnych informacji.
- Zapisz dokładnie, jak wykonano diagnozę (np. dobór badanych, warunki itd.); informacje te będą niezbędne przy ewaluacji.
- Dokonuj obiektywnych i rzetelnych ocen. Nie zawyżaj ocen.
- Przedstaw wyniki diagnozy wszystkim pracownikom i jak największej liczbie rodziców.

Uwaga! Planując diagnozę, myśl o ewaluacji, czyli o tym, co i jak będziesz sprawdzać po zakończeniu działań.

5.2.2. Etap drugi – planowanie działań i ich ewaluacji

Cechą nowoczesnego podejścia w promocji zdrowia jest zwracanie szczególnej uwagi na **skuteczność działania**. Jednym z podstawowych jego warunków jest **właściwe planowanie**. Pomaga ono koncentrować się na rozwiązywaniu problemów priorytetowych, a także redukować poziom obciążeń ludzi nowymi zadaniami. Planowanie jest procesem, w którym należy przestrzegać zasad podanych w ramce. W opanowanie umiejętności planowania **warto „zainwestować”**. Jest to umiejętność uniwersalna, przydatna w różnych sytuacjach życiowych. Plany działań w PPZ powinny dotyczyć rozwiązania kolejnych konkretnych problemów, nawet takich, które wydają się drobne. Wynika to z przyjętej w promocji zdrowia i w sprawdzonej w SzPZ strategii „małych kroków”.

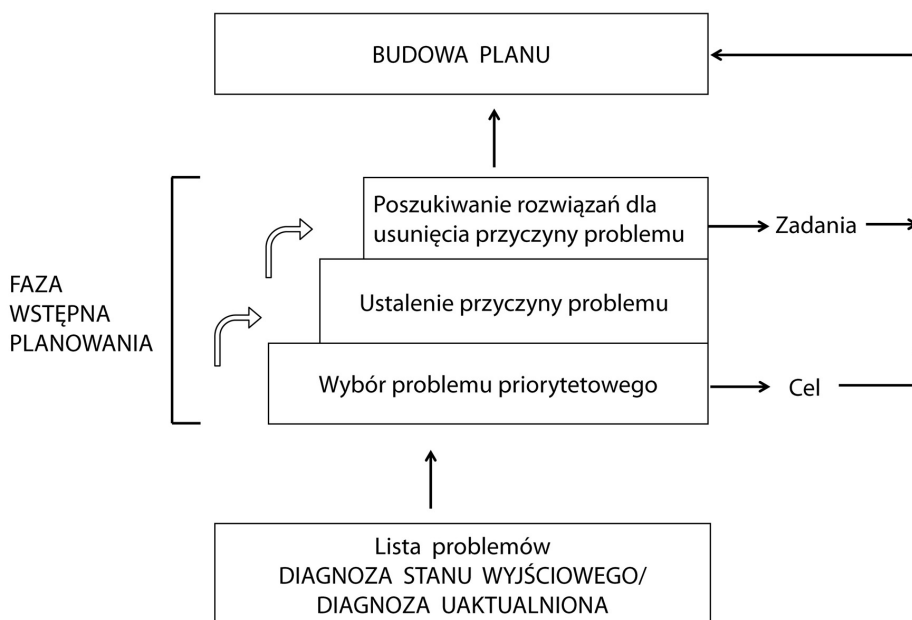
Podstawowe zasady planowania

- Stosujemy metodę małych kroków, tzn. wybieramy równocześnie nie więcej niż jeden lub dwa cele uznane przez społeczność przedszkola za priorytetowe.
- Planowanie jest procesem składającym się z fazy wstępnej i budowania planu działań.
- Plan powinien:
 - być konkretny i szczegółowy,
 - zawierać elementy, które umożliwią ewaluację, czyli sprawdzanie, jak przebiegała praca i czy osiągnięto cel (sukces).
- Planujemy realnie, tzn. wybrany cel powinien być osiągalny:
 - w aktualnych warunkach i określonym czasie,
 - przy posiadanych środkach materialnych i zaangażowaniu ludzi.
- W planowaniu powinni uczestniczyć przedstawiciele różnych grup społeczności przedszkola.

Niżej omówiono zasady i podano instrukcję sporządzania wstępnej części planu oraz planu działań (planu „właściwego”).

5.2.2.1. Wstępna faza planowania

Proces planowania rozpoczyna się od fazy wstępnej, którą poprzedza **diagnoza** stanu wyjściowego lub diagnoza uaktualniona. Celem tej fazy jest wybór problemu priorytetowego, ustalenie przyczyn jego istnienia oraz rozwiązań zmierzających do usunięcia tych przyczyn (ryc. 7). Jest to **punkt wyjścia do budowania planu działań**.



Ryc. 7. Schemat fazy wstępnej planowania i jej związek z diagnozą stanu wyjściowego/ diagnozą uaktualnioną oraz budową planu działań

Wstępna część planu powinna być zapisana w Arkuszu A (ryc. 8). Kolejne trzy kroki w tej części planowania opisano niżej.

Planowanie: Arkusz A

CZĘŚĆ WSTĘPNA PLANOWANIA w roku szkolnym

1. Problem priorytetowy do rozwiązania:

a. Krótki opis problemu priorytetowego (wpisać konkretne dane według wyników diagnozy):

b. Uzasadnienie wyboru priorytetu (wpisać, dlaczego go wybrano, kto i na jakiej podstawie dokonał tego wyboru):

2. Główne przyczyny problemu:

3. Rozwiązania dla usunięcia przyczyn problemu (podstawa do ustalenia zadań):

Ryc. 8. Część wstępna planowania – wzór arkusza
Przykład wypełnionego arkusza i jego formularz zamieszczono w rozdz. 5.2.5.

Krok pierwszy – wybór problemu priorytetowego

Lista problemów¹⁴ wymagających rozwiązania, opracowana w wyniku diagnozy stanu wyjściowego/ diagnozy uaktualnionej, może być długa. W tym samym czasie nie można rozwiązać wszystkich problemów, gdyż możliwości ludzi i środki są zwykle ograniczone. Dlatego wybieramy **problem priorytetowy/problemy priorytetowe**¹⁵, który/które zamierzamy rozwiązać (usunąć, ograniczyć) w pierwszej kolejności w danym roku szkolnym, biorąc pod uwagę następujące kryteria:

- duża częstość występowania danego zjawiska/problemu,
- ranga (znaczenie) problemu,
- szczególna uciążliwość problemu lub zagrożenie dla zdrowia społeczności przedszkola,
- dostępność środków i inne okoliczności sprzyjające rozwiązaniu danego problemu.

Problem priorytetowy ustalamy na podstawie wyników diagnozy. Powinien on być sformułowany konkretnie i precyzyjnie. Wybór problemu priorytetowego jest punktem wyjścia do określenia **celu planowanych działań**.

Krok drugi – ustalenie przyczyn problemu priorytetowego

Aby wybrany problem rozwiązać, należy **usunąć jego przyczyny**. Na podstawie posiadanej wiedzy, doświadczeń, danych z obserwacji, rozmów i dyskusji itd. należy ustalić, jakie są przyczyny tego, że problem zaistniał w przedszkolu, czyli „**dłaczego tak jest**”. Proponujemy:

- zidentyfikować wszystkie możliwe przyczyny istnienia wybranego problemu priorytetowego,
- wybrać te przyczyny, które mogą być:
 - najważniejsze,
 - najbardziej prawdopodobne,
 - realne do usunięcia,
- ustalić, która/e z wybranych przyczyn jest/są główną przyczyną istnienia problemu.

Efektem tego kroku jest ustalenie **głównej przyczyny istnienia problemu**. Stanowi to punkt wyjścia do kroku trzeciego – poszukiwania rozwiązań dla usunięcia tej przyczyny.

Krok trzeci – poszukiwanie rozwiązań dla usunięcia przyczyn problemu priorytetowego

Należy ustalić, „**co należy zrobić**”, aby rozwiązać (usunąć, ograniczyć, zmniejszyć) dany problem. Schemat postępowania jest podobny jak w kroku drugim. Należy:

- sporządzić listę wszystkich możliwych rozwiązań,
- wybrać rozwiązania, które są:
 - prawdopodobnie skuteczne,
 - możliwe do wykorzystania,
- wybrać główne rozwiązania dla usunięcia przyczyny problemu.

Efektem tego kroku jest wybór **głównych rozwiązań dla usunięcia danej przyczyny problemu**. Stanowi to punkt wyjścia do ustalenia **zadań** w planie działań.

5.2.2.2. Budowanie planu działań i ich ewaluacji

Planujemy równocześnie **działania i ich ewaluację**, czyli sprawdzenie: jak przebiegała realizacja zadań (ewaluacja procesu) i czy osiągnięto cel (ewaluacja wyników)¹⁶. Plan działań powinien być zapisany w Arkuszu B (ryc. 9).

¹⁴ Wyraz „problem” oznacza trudność, kłopot, coś, co nas niepokoi, wymaga rozwiązania, usunięcia, poprawy, np. zły stan techniczny budynku, duże natężenie hałasu, złe relacje między pracownikami.

¹⁵ Wyraz „priorytet” oznacza to, co jest najważniejsze (podstawowe, główne, ma pierwszeństwo) do rozwiązania.

¹⁶ Zasady ewaluacji opisano w rozdziale 5.2.3 i 5.2.4.

Planowanie: Arkusz B

PLAN DZIAŁAŃ w roku szkolnym

1. Cel (nazwa):

Kryterium sukcesu*:

Sposób sprawdzenia, czy osiągnięto cel (sukces)*:

a. Co wskaże, że osiągnięto cel?

b. Jak sprawdzimy, czy osiągnięto cel?

c. Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel?

2. Zadania

Nazwa zadania	Kryterium sukcesu*	Sposób realizacji	Okres/termin realizacji	Wykonawcy/osoby odpowiedzialne	Potrzebne środki/zasoby	Sposób sprawdzenia wykonania zadania

* Elementy planu niezbędne dla dokonania ewaluacji

Ryc. 9. Plan działań – wzór arkusza

Przykład wypełnionego arkusza i jego formularz zamieszczono w rozdz. 5.2.5.

Przy opracowywaniu i zapisywaniu planu należy przestrzegać następujących **zasad**:

- uwzględnić **wszystkie elementy** w ustalonej kolejności,
- zachować **spójność** (powiązanie) między:
 - sformułowaniami we wstępnej części planu a planem właściwym, w tym powiązanie: celu z problemem priorytetowym, zadań z rozwiązaniami dla usunięcia problemu,
 - poszczególnymi elementami planu właściwego,
- opracowywać plan z **udziałem wielu osób**, zwłaszcza tych, które będą realizatorami i adresatami działań,
- zapisać plan **precyzyjnie, w przejrzystej formie** w arkuszu B,
- **udostępnić plan do wglądu społeczności przedszkola.**

Poszczególne elementy planu i wskazówki do ich zapisywania podano w tabeli 1.

Dodatkową pomocą w planowaniu może być:

- **lista kontrolna do analizy wybranych elementów planu działań** (rozdz. 5.2.5). Umożliwia ona sprawdzenie, na ile sporządzony plan jest zgodny z przyjętymi zasadami. Analiza planu z wykorzystaniem tej listy może pomóc doskonalić umiejętność planowania,
- **przykład zapisu planu działań w PPZ** (rozdz. 5.2.5).

Tabela 1. Elementy planu działań i wskazówki do ich zapisywania

Element planu	Pytania, na które poszukujemy odpowiedzi	Praktyczne wskazówki i uwagi
1. CEL		
Nazwa celu	Co chcemy osiągnąć?	Formułując cel, określasz, co chcesz osiągnąć w danym okresie, aby rozwiązać wybrany problem priorytetowy. Cel powinien być: • ściśle powiązany z wybranym problemem priorytetowym, • konkretny, precyzyjnie i niezbyt szeroko sformułowany, mierzalny (tzn. można zmierzyć, czy i w jakim stopniu go osiągnięto). Dla rozwiązania każdego problemu sformułuj odrębny cel.
Kryterium sukcesu	Co uznamy za osiągnięcie celu (sukces)?	Formułując kryterium sukcesu, określasz, co uznacie za osiągnięcie celu. Określenie tego kryterium pozwoli sprawdzić, czy cel został osiągnięty. Kryterium to powinno być: • ściśle powiązane z celem, • realne do spełnienia w danych warunkach (unikaj zbyt wysokiego, a także zbyt niskiego kryterium sukcesu), • konkretne i mierzalne. Uwaga! W przypadku, gdy w kryterium sukcesu posługujesz się danymi liczbowymi dotyczącymi osób, to gdy grupa, do której kryterium się odnosi, jest: • mała (do 20 osób) – wpisz liczbę osób, np. 5 z 9 nauczycieli uzna, że poprawiły się relacje między nauczycielami (nie wliczaj odsetków od małych liczb), • większa (21 lub więcej) – wpisz odsetek osób, np. 20% nauczycieli uzna, że poprawiła się współpraca z rodzicami
Sposób sprawdzenia, czy osiągnięto cel (sukces)	Co wskaże, czy osiągnięto cel (sukces)?	Wpisz konkretne dane liczbowe lub inne informacje, które zbierzesz, zarejestrujesz, zaobserwujesz itd. Rodzaj tych danych zależy od kryterium sukcesu.
	Jak sprawdzimy, czy osiągnięto cel?	Wpisz, za pomocą jakich metod lub narzędzi zbierzesz dane lub informacje wymienione w punkcie a., np. ankieta, wywiad, obserwacja, analiza dokumentów itd. Staraj się używać tego samego narzędzia/metody do oceny stanu wyjściowego/aktualnego i końcowego (po zakończeniu danego etapu pracy).
	Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel?	Wpisz nazwisko osoby odpowiedzialnej za ewaluację oraz termin realizacji.

Tabela 1. Elementy planu działań i wskazówki do ich zapisywania, cd.

Element planu	Pytania, na które poszukujemy odpowiedzi	Praktyczne wskazówki i uwagi
2. ZADANIA		
Nazwa zadania	Co należy zrobić, aby osiągnąć cel?	Zadania są elementem „realizacyjnym” planu i powinny być: • odpowiednio dobrane do danego celu (specyficzne), • ściśle powiązane z rozwiązaniami dla usunięcia problemu (pkt 3 części wstępnej planowania); • od liczby tych rozwiązań zależy liczba zadań, • sformułowane konkretnie i precyzyjnie; możesz zapisać je w formie bezokolicznikowej czasownika (np. opracować, zorganizować, przeprowadzić, zakupić, wyposażyć) lub w innej formie (np. opracowanie, zorganizowanie itd.). Uwaga! Ustalając zadania, zastanówcie się: • czy realizacja danego zadania przyczyni się do osiągnięcia celu? • czy zestaw wszystkich zadań umożliwi osiągnięcie celu?
Kryterium sukcesu (dla każdego zadania)	Co uznamy za wykonanie zadania (sukces w realizacji zadania)?	Określenie tego kryterium pozwoli sprawdzić, czy dane zadanie zostało wykonane. Kryterium sukcesu dla zadania powinno być: • ściśle powiązane z zadaniem, • realne do spełnienia w danych warunkach (unikaj zbyt wysokiego, a także zbyt niskiego kryterium sukcesu), • mierzalne.
Sposób realizacji	W jaki konkretnie sposób będzie realizowane dane zadanie?	Wymień prace/działania, które należy kolejno wykonać dla realizacji danego zadania, np. szkolenia, zebrania, spotkania, remonty, zakupy itd.
Okres/termin realizacji	W jakim okresie/terminie dane zadanie będzie realizowane?	Wpisz terminy/okresy wykonania zadań. Realizacja niektórych zadań może trwać kilka miesięcy, a nawet cały rok szkolny (np. wdrażanie określonego projektu, programu). Niektóre zadania są krótkotrwałe, jednorazowe (np. organizacja szkolenia, spotkania) i należy podać konkretny termin ich wykonania (np. miesiąc).
Wykonawcy/osoby odpowiedzialne	Kto jest wykonawcą/osobą odpowiedzialną za wykonanie zadania?	Wpisz nazwisko osoby lub okreśł grupę osób (np. nauczycielki grupy 6-latków), które będą realizatorami zadania lub poszczególnych jego elementów/osobami odpowiedzialnymi za wdrożenie zadania, czuwanie nad przebiegiem jego realizacji (monitorowanie jego przebiegu).
Potrzebne środki/zasoby	Jakie są potrzebne środki/zasoby do wykonania zadania?	W przypadku, gdy realizacja zadania wymaga: • dodatkowych środków finansowych – określ koszty oraz źródła finansowania, • dodatkowego zaangażowania niektórych osób – określ niezbędną liczbę godzin pracy lub rodzaj innych usług, darów od sponsorów itd.
Sposób sprawdzenia wykonania zadania	Jak sprawdzimy, że zadanie zostało wykonane?	Zapisz, jak sprawdzisz, że zadanie zostało wykonane, np. liczba osób uczestniczących w szkoleniach, stwierdzenie, że coś zostało zrobione (obserwacja, wywiady).

5.2.3. Etap trzeci – działania – realizacja planu

Etap trzeci to etap, w którym wdrażamy (wprowadzamy w życie) zaplanowane działania. Trwa on zwykle kilka miesięcy w danym roku. W okresie tym monitorujemy przebieg zaplanowanych działań, czyli dokonujemy ewaluacji procesu.

Cechy ewaluacji procesu	
Cel	Obserwowanie, śledzenie (monitorowanie) przebiegu realizacji programu w celu dokonywania ewentualnych korekt lub modyfikacji planu.
Pytania, jakie stawiają sobie ewaluatorzy procesu	• Czy plan został wdrożony? • Czy dążymy do osiągnięcia celu? • Czy zadania realizowane są zgodnie z planem? Jeśli nie, dlaczego? • Czy plan dociera do odbiorców? • Co sądzą o działaniach jego uczestnicy? • Jakie są trudności w realizacji działań i ich przyczyny? • Co wymaga korekty, uzupełnienia?
Kiedy dokonuje się ewaluacji procesu?	W całym okresie realizacji planu.

Ewaluacja procesu, czyli monitorowanie przebiegu działań, polega na **ciągłej obserwacji tego, co dzieje się w trakcie realizacji planu** po to, aby w razie potrzeby dokonywać jego bieżącej korekty lub modyfikacji. W czasie realizacji planu zachodzi wiele interakcji między ludźmi, zmieniają się warunki, pojawiają się trudności lub nowe możliwości. Ewaluacja procesu pokazuje wysiłki ludzi i ich aktywność, sprawność i korzyści z samego działania. Stwarza możliwości do współdziałania, dialogu w zespole koordynującym i z uczestnikami działań, refleksji, wspólnego uczenia się, twórczego rozwiązywania trudności itd. Ewaluacja procesu jest szczególnie ważna, gdy:

- plan dotyczy różnych aspektów zdrowia i wielu ludzi,
- działanie trwa zbyt krótko, aby dokonały się zmiany w zachowaniach lub stanie zdrowia ludzi (trzeba na nie czekać zwykle wiele lat),
- wyniki działań są trudne do zmierzenia (np. trudno obiektywnie zmierzyć umiejętności radzenia sobie ze stresem, zmiany komunikowania się ludzi).

W PPZ można monitorować „śledzić” różne aspekty działań, np.:

- przebieg realizacji zadań, trudności i sposoby ich przezwyciężania,
- uczestnictwo w działaniach różnych grup społeczności przedszkola, ich aktywność, opinie o działaniach, korzyściach,
- nowe inicjatywy i pomysły, formy komunikowania się i współpracy,
- pozyskiwanie i wykorzystanie środków,
- satysfakcja z koordynowania działań i uczestnictwa w działaniach.

Ewaluacji procesu dokonuje koordynator i zespół promocji zdrowia we współpracy z osobami odpowiedzialnymi za realizację poszczególnych zadań.

5.2.4. Etap czwarty – ewaluacja wyników działań

Ewaluacja wyników (efektów) polega na **ocenie skuteczności działań**, dotyczy zaplanowanych celów i zadań dla ich osiągnięcia.

Cechy ewaluacji wyników działań	
Cel	Zbadanie stopnia: • realizacji zaplanowanych zadań, • osiągnięcia zaplanowanego celu.
Pytania, jakie stawiają sobie ewaluatorzy wyników	• Jakie są efekty realizacji zadań w stosunku do przyjętego kryterium sukcesu? • Czy osiągnięto cel i w jakim stopniu w stosunku do przyjętego kryterium sukcesu? • Czy działania powinny być kontynuowane? • Co należy zmodyfikować?
Kiedy dokonuje się ewaluacji wyników?	Po zakończeniu działań w danym roku szkolnym.

Podstawą do dokonania ewaluacji wyników są zapisy zawarte w planie działań (kryterium sukcesu dla celu, sposób sprawdzenia, czy osiągnięto sukces; kryterium sukcesu dla zadań: Arkusz B). Ewaluacja ta ma charakter autoewaluacji. Dokonuje jej koordynator i zespół promocji zdrowia. Po zebraniu danych przygotowują oni raport z ewaluacji wyników działań w danym roku szkolnym (jego wzór zamieszczono na rycinie 10). Powinien być on zaprezentowany społeczności przedszkola.

RAPORT Z EWALUACJI WYNIKÓW DZIAŁAŃ PRZEDSZKOLA w roku szkolnym

1. Ewaluacja celu
 Cel zaplanowany:
 Kryterium sukcesu:
 Jak sprawdzono, czy osiągnięto cel?
 W jakim stopniu osiągnięto kryterium sukcesu (czyli osiągnięto cel)?
 Jeśli nie udało się osiągnąć kryterium sukcesu, to dlaczego?

2. Ewaluacja zadań

Nazwa zadania	Kryterium sukcesu	W jakim stopniu osiągnięto kryterium sukcesu?	Czego nie udało się zrobić i dlaczego?

Wnioski (podsumowanie i interpretacja wyników ewaluacji):

- Korzyści z naszych działań:
- Trudności w realizacji naszych działań:

Ryc. 10. Wzór raportu z ewaluacji wyników działań w danym roku szkolnym
Formularz raportu zamieszczono w rozdz. 5.2.5.

5.2.5. Materiały pomocnicze

Arkusz: CO WPŁYWA NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W PRZEDSZKOLU?

Chcemy dowiedzieć się, co wpływa dobrze, a co źle na Twoje samopoczucie w pracy w przedszkolu. Zastanów się nad tym i wypełnij ten arkusz. Jest on anonimowy. Zależy nam na Twoich szczerych i pełnych odpowiedziach. Dzięki nim możemy spróbować zmienić coś w przedszkolu na lepsze.

NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W PRZEDSZKOLU WPŁYWA:

Dobrze:	Źle:

Osoba wypełniająca arkusz (podkreśl): nauczyciel, inny pracownik przedszkola



Arkusz: COWPŁYWA NA SAMOPOCZUCIE MOJE I MOJEGO DZIECKA W PRZEDSZKOLU?

Chcemy dowiedzieć się, co wpływa dobrze, a co źle na samopoczucie Pani/Pana i Państwa dziecka w przedszkolu. Prosimy o zastanowienie się nad tym i wypełnienie tego anonimowego arkusza. Zależy nam na szczerych i pełnych odpowiedziach. Dzięki nim możemy spróbować zmienić coś w przedszkolu na lepsze.

NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRZEDSZKOLU MOJEGO DZIECKA WPŁYWA:	NA SAMOPOCZUCIE MOJEGO DZIECKA W PRZEDSZKOLU WPŁYWA:
Dobrze:	Dobrze:
Źle:	Źle:

Planowanie: Arkusz A

CZĘŚĆ WSTĘPNA PLANOWANIA w roku szkolnym

1. Problem priorytetowy do rozwiązania:

a. Krótki opis problemu priorytetowego (wpisać konkretne dane według wyników diagnozy):

b. Uzasadnienie wyboru priorytetu (wpisać, dlaczego go wybrano, kto i na jakiej podstawie dokonał tego wyboru):

2. Główne przyczyny problemu:

3. Rozwiązania dla usunięcia przyczyn problemu (podstawa do ustalenia zadań):

Planowanie: Arkusz B**PLAN DZIAŁAŃ w roku szkolnym****1. Cel (nazwa):****Kryterium sukcesu:****Sposób sprawdzenia, czy osiągnięto cel (sukces):**

- a. Co wskaże, że osiągnięto cel?
- b. Jak sprawdzimy, czy osiągnięto cel?
- c. Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel?

2. Zadania*

Nazwa zadania	Kryterium sukcesu	Sposób realizacji	Okres/termin realizacji	Wykonawcy/osoby odpowiedzialne	Potrzebne środki/zasoby	Sposób sprawdzenia wykonania zadania

*W tabeli, w razie potrzeby, można dodać dodatkowe kolumny (np. Uwagi) oraz wiersze w zależności od liczby zadań.

PRZYKŁAD ZAPISU PLANU DZIAŁAŃ W PRZEDSZKOLU PROMUJĄCYM ZDROWIE¹⁷

Planowanie: Arkusz A

CZĘŚĆ WSTĘPNA PLANOWANIA w roku szkolnym 2017/2018

1. Problem priorytetowy do rozwiązania:

Niedostateczne włączanie rodziców do planowania i realizacji edukacji zdrowotnej dzieci

a. Krótki opis problemu priorytetowego:

Wyniki badania ankietowego rodziców wykonane w ramach autoewaluacji wykazały, że tylko:

- 29% rodziców podało, że nauczyciel grupy, w której jest ich dziecko, konsultuje z rodzicami to, czego dzieci powinny się uczyć w przedszkolu o zdrowiu i bezpieczeństwie,
- 19% rodziców odpowiedziało, że było informowanych o zagadnieniach dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa realizowanych w grupie, do której uczęszcza ich dziecko,
- 25% rodziców podało, że zachęcano ich do praktykowania w domu zachowań prozdrowotnych, których dzieci uczą się w przedszkolu.

b. Uzasadnienie wyboru priorytetu:

Zespół promocji zdrowia uznał, że rozwiązanie tego problemu przyniesie następujące korzyści:

- poprawią się relacje rodzice-nauczyciele, gdy rodzice będą pytani o opinie i propozycje zagadnień dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa, na które należy zwrócić szczególną uwagę w danym roku szkolnym, i będą informowani o ich realizacji,
- zwiększy się skuteczność edukacji zdrowotnej dzieci, gdyż większy odsetek rodziców będzie zwracać uwagę na praktykowanie przez dziecko w domu zachowań prozdrowotnych, które są kształtowane w czasie pobytu dziecka w przedszkolu.

Wybór problemu został zaakceptowany przez Radę Pedagogiczną.

Główne przyczyny problemu:

- w dotychczasowej praktyce nauczyciele w niewystarczającym stopniu: 1) konsultowali z rodzicami ich potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci; 2) informowali ich o jej realizacji, 3) zachęcali rodziców do praktykowania przez dzieci w domu zachowań prozdrowotnych, które kształtowane są w przedszkolu,
- brak narzędzia do badania potrzeb i opinii rodziców dotyczących edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolu,
- znaczny odsetek rodziców nie przejawia zainteresowania edukacją zdrowotną dzieci, nie współdziała w praktykowaniu zachowań prozdrowotnych w domu.

Rozwiązania dla usunięcia przyczyn problemu:

- wyjaśnienie rodzicom znaczenia ich udziału w edukacji zdrowotnej dzieci,
- opracowanie ankiety do badania potrzeb rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci, dokonanie diagnozy tych potrzeb i na podstawie jej wyników ustalenie zagadnień, które będą „wiodące”^{*} w danym roku szkolnym,
- ustalenie sposobu informowania rodziców o realizacji w przedszkolu „wiodących” zagadnień dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa,
- dostarczenie nauczycielom i rodzicom podstawowych informacji w celu pogłębienia ich wiedzy i umiejętności w zakresie zagadnień „wiodących”.

^{*} W edukacji zdrowotnej w przedszkolu uwzględniane będą różnorodne zagadnienia. Zagadnienie „wiodące” oznacza, że zostanie zwrócona na nie w danym roku szkolnym szczególna uwaga w celu jego pogłębienia i równoczesnego edukowania rodziców i pracowników przedszkola w jego zakresie. Przykłady zagadnień „wiodących”: zapobieganie próchnicy zębów, zwiększenie spożycia warzyw i owoców, edukacja do poszanowania ciszy.

¹⁷ Inspiracją do opracowania tego przykładu był plan działań Miejskiego Przedszkola nr 92 w Katowicach.

Planowanie: Arkusz B

PLAN DZIAŁAŃ w roku szkolnym 2017/2018

1. Cel: Zwiększenie udziału rodziców w planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej ich dzieci

Kryterium sukcesu:

- 60% rodziców poda, że:
 - konsultowano z nimi zagadnienia dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa, o których dzieci będą się uczyć w przedszkolu,
 - informowano ich o realizacji zagadnień dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w przedszkolu,
 - zachęcano ich do praktykowania w domu zachowań prozdrowotnych, których dzieci uczyły się w przedszkolu,
- 50% rodziców poda, że starano się praktykować z dzieckiem w domu zachowania prozdrowotne.

Sposób sprawdzenia, czy osiągnięto cel (sukces):

- **Co wskaże, że osiągnięto cel?** Odsetki badanych rodziców dzieci.
- **Jak sprawdzimy, czy osiągnięto cel?** Badanie ankietowe rodziców.
- **Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel?** Nauczyciele i koordynator promocji zdrowia; czerwiec 2018 r.

2. Zadania

Nazwa zadania	Kryterium sukcesu	Sposób realizacji	Okres/termin realizacji	Wykonawcy/osoby odpowiedzialne	Potrzebne środki/zasoby	Sposób sprawdzenia wykonania zadania
1. Opracowanie ankiety do badania potrzeb rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolu i informowania o jej realizacji	Kwestionariusz ankiety zaakceptowany przez Radę Pedagogiczną i Radę Rodziców	• Przygotowanie projektu kwestionariusza • Uzyskanie akceptacji Rady Pedagogicznej i Rady Rodziców	15.10.2017	Zespół promocji zdrowia, koordynator	Papier	• Odniesienie faktu istnienia gotowego kwestionariusza • Protokół z Rady Pedagogicznej
2. Wyjaśnienie rodzicom znaczenia ich udziału w edukacji zdrowotnej dzieci, dokonanie diagnozy potrzeb rodziców w tym zakresie oraz wyboru zagadnień „wiodących”	• Wypełnienie ankiety przez 70% rodziców • Zestawienie wyników ankiety • Ustalenie zagadnień „wiodących”	• Przeprowadzenie ankiety na zebraniach rodziców wszystkich grup • Obliczenie wyników	31.10.2017	Nauczyciele/ koordynator	Papier, toner	Sprawdzenie zestawienia wyników ankiety dla poszczególnych grup

Nazwa zadania	Kryterium sukcesu	Sposób realizacji	Okres/termin realizacji	Wykonawcy/osoby odpowiedzialne	Potrzebne środki/zasoby	Sposób sprawdzenia wykonania zadania
3. Ustalenie sposobu realizacji zagadnień „wiodących” i informowania o tym rodziców	Ustalony sposób (na piśmie)	- Dyskusja w gronie pedagogicznym z udziałem Rady Rodziców, - Przygotowanie sprzętu/materiałów do przekazywania informacji	30.11.2017	Dyrektor, zespół promocji zdrowia/koordynator	- Tablice informacyjne, - Koszty związane z uruchomieniem strony internetowej	Zapis sposobu realizacji zagadnienia „wiodącego” i form informowania rodziców
4. Organizacja szkoleń/warsztatów dla pracowników i rodziców dotyczących zagadnień „wiodących” edukacji zdrowotnej	W szkoleniu weźmie udział: 90% pracowników przedszkola, 70% rodziców	Ustalenie: - osoby prowadzącej szkolenie (nauczyciel lub rodzic posiadający kompetencje, specjalista z zewnątrz), - organizacji i harmonogramu szkoleń	15.12.2017	Zespół promocji zdrowia/koordynator, Rada Rodziców	- Honorarium za prowadzenie szkoleń, - Materiały biurowe	- Harmonogram szkoleń - Listy obecności
5. Zgromadzenie publikacji, materiałów i pomocy dydaktycznych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa dzieci do użytku pracowników i rodziców	Dostępność co najmniej kilku pozycji	- Zakupienie publikacji - Uzyskanie bezpłatnych materiałów ze stron internetowych i od organizacji	31.03.2018	Dyrektor, zespół promocji zdrowia	- Środki na zakup publikacji - Materiały biurowe	Sprawdzenie dostępności i wykorzystania publikacji i materiałów
6. Dokonanie ewaluacji wyników działań w roku szkolnym 2017/2018	Ankietę wypełni 70% rodziców	Przeprowadzenie ankiety i analiza jej wyników	30.06.2018	Nauczyciele/koordynator	Papier, toner	Zestawienie wyników ankiety

Lista kontrolna do analizy wybranych elementów planu działań

Zastanówcie się, na ile Wasz plan spełnia wymagania wymienione w tabeli. Ta refleksja może być pomocna w doskonaleniu umiejętności planowania. Wstawcie znak X w odpowiedniej kolumnie.

Element planu	Wymagania: jak powinno być	Tak, w pełni	Tak, częściowo	Nie
		2 pkt	1 pkt	0 pkt
CZĘŚĆ WSTĘPNA PLANU				
Problem priorytetowy	Problem priorytetowy sformułowano prawidłowo, tzn. jako trudność i coś wymagającego rozwiązania, konkretnie i precyzyjnie			
	Podano krótki opis problemu priorytetowego zawierający konkretne dane (np. wyniki z: ankiet, obserwacji, rozmów)			
Przyczyny istnienia problemu	Zapisano przyczyny istnienia problemu priorytetowego			
Rozwiązania dla usunięcia problemu	Zapisano, co należy zrobić, aby rozwiązać (usunąć, ograniczyć, zmniejszyć) dany problem			
PLAN DZIAŁAŃ – CEL				
Cel	Cel jest ściśle powiązany z problemem priorytetowym			
	Cel jest konkretny, precyzyjnie i niezbyt szeroko sformułowany, mierzalny (tzn. można zmierzyć, czy i w jakim stopniu go osiągnięto).			
Kryterium sukcesu	Kryterium sukcesu jest ściśle powiązane z celem			
	Kryterium sukcesu jest realne do spełnienia w danych warunkach (nie za wysokie/nie za niskie), konkretne i mierzalne			
Sposób sprawdzenia, czy osiągnięto cel (sukces)	Określono, co wskaże, że osiągnięto cel: podano dane liczbowe lub inne informacje, które będą zmierzone, zarejestrowane, zaobserwowane			
	Określono metody sprawdzenia, czy osiągnięto cel, sformułowano kluczowe pytania			
	Wpisano nazwisko osoby odpowiedzialnej za ewaluację oraz termin jej realizacji			
PLAN DZIAŁAŃ – ZADANIA				
Zadania	Zadania są odpowiednio dobrane do danego celu (specyficzne)			
	Zadania są ściśle powiązane z rozwiązaniami dla usunięcia problemu			
	Zadania są sformułowane konkretnie i precyzyjnie			
Kryterium sukcesu	Kryterium sukcesu dla zadań jest ściśle powiązane z zadaniami			
	Kryterium sukcesu dla zadań jest realne do spełnienia w danych warunkach (nie za wysokie/nie za niskie), mierzalne.			
Sposób realizacji	Wymieniono prace/działania, które należy kolejno wykonać dla realizacji danego zadania (np. szkolenia, zebrania, spotkania, remonty)			
Okres/termin realizacji	Wpisano terminy/okresy realizacji zadań			
Wykonawcy/osoby odpowiedzialne	Wpisano nazwisko wykonawców/osoby odpowiedzialnej za wykonanie zadania			
Potrzebne środki/zasoby	Zapisano środki finansowe, sprzęt, pomoce, nakład pracy niezbędne do wykonania zadania (w zależności od rodzaju zadania)			
Sposób sprawdzenia wykonania zadania	Określono, co wskaże, że wykonano zadanie: podano dane liczbowe lub inne informacje, które będą zmierzone, zarejestrowane, zaobserwowane			

Zsumujcie liczbę uzyskanych punktów: pkt (maks. 42 pkt)

Jakie elementy planu spełniają wymagania tylko częściowo?

Jakie elementy planu nie spełniają wymagań?

Wprowadźcie pożądane korekty.

RAPORT Z EWALUACJI WYNIKÓW DZIAŁAŃ PRZEDSZKOLA w roku szkolnym

1. Ewaluacja celu

Cel zaplanowany:

Kryterium sukcesu:

Jak sprawdzono, czy osiągnięto cel:

W jakim stopniu osiągnięto kryterium sukcesu (czyli osiągnięto cel)?

Jeśli nie udało się osiągnąć kryterium sukcesu, to dlaczego?

2. Ewaluacja zadań

Nazwa zadania	Kryterium sukcesu	W jakim stopniu osiągnięto kryterium sukcesu?	Czego nie udało się zrobić i dlaczego?

Wnioski (podsumowanie i interpretacja wyników ewaluacji):

1. Korzyści z naszych działań:

2. Trudności w realizacji naszych działań:

6. Wspieranie działań przedszkoli promujących zdrowie na różnych poziomach

6.1. Wspieranie działań przedszkoli promujących zdrowie

Społeczności tworzącej SzPZ i PPZ potrzebne jest wsparcie – informacje, materiały, konsultacje, szkolenia dla różnych grup, zwłaszcza dla koordynatorów, członków zespołu promocji zdrowia i przedstawicieli dyrekcji. Aby zapewnić takie wsparcie, niezbędna jest odpowiednia struktura instytucjonalna na poziomie kraju i województwa (rejonu, miasta). W Polsce strukturę taką zaczęto tworzyć już w 1992 r. Rozwiązania polskie należą do unikatowych w Europie. Niżej opisano struktury na poszczególnych poziomach i zadania osób koordynujących.

Poziom europejski

Od 2009 r. funkcjonuje sieć *Szkoły dla Zdrowia w Europie* (*Schools for Health in Europe – SHE*). Sieć tę tworzą krajowi lub regionalni koordynatorzy SzPZ z 45 krajów Regionu Europejskiego WHO. Celem sieci jest wspieranie organizacji i rozwoju SzPZ w krajach członkowskich, wymiana doświadczeń, przykładów dobrej praktyki i informacji. Obecnie sieć jest koordynowana przez Kolegium Uniwersyteckie w Południowej Danii (University College South Denmark) w Haderslev. Dodatkowe informacje o sieci SHE można uzyskać na stronie: <http://www.schools-for-health.eu/she-network>. Od stycznia 2017 r. ukazuje się biuletyn „SHE newsletter”.

Poziom krajowy

W Polsce podstawą do rozwoju i wspierania SzPZ i PPZ jest *Porozumienie z dnia 23 listopada 2009 r. o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*.

Koordynacją rozwoju SzPZ i PPZ w Polsce zajmuje się Krajowy Koordynator i Zespół ds. Promocji Zdrowia w Szkole w Ośrodku Rozwoju Edukacji (ORE)¹⁸. Krajowego Koordynatora powołuje Minister Edukacji Narodowej. Funkcję tę od 2015 r. pełni Valentina Todorovska-Sokołowska, która reprezentuje Polskę w sieci SHE. Na stronie internetowej ORE (www.ore.edu.pl) znajduje się wiele informacji, wydawnictw i przydatnych materiałów, w tym także zasady ubiegania się o *Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie* i *Krajowy Certyfikat Przedszkole Promujące Zdrowie*.

Zadania Krajowego Koordynatora przedszkoli i szkół promujących zdrowie

- Upowszechnianie koncepcji przedszkola/szkoły promującej zdrowie w kraju.
- Reprezentowanie Polski w sieci SHE oraz inicjowanie i koordynowanie w Polsce działań podejmowanych przez tę sieć.
- Udzielanie wsparcia i konsultacji koordynatorom wojewódzkich/rejonowych sieci PPZ i SzPZ.
- Organizowanie szkoleń dla koordynatorów wojewódzkich/rejonowych sieci PPZ i SzPZ i przedstawicieli zespołów ich wspierających.
- Opiniowanie wniosków przedszkoli i szkół o nadanie im *Krajowego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie/Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie*, udział w posiedzeniach Centralnej Kapituły tych certyfikatów.
- Wspieranie innowacyjnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w przedszkolu i szkole, inicjowanie wymiany doświadczeń, upowszechnianie materiałów i przykładów dobrej praktyki.
- Inicjowanie działań w zakresie doskonalenia zawodowego nauczycieli w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

¹⁸ Ośrodek Rozwoju Edukacji: ul. Polna 46a, 00–644 Warszawa, strona internetowa: www.ore.edu.pl

Poziom wojewódzki

Poziom wojewódzki stanowi obecnie najistotniejszy i niezbędny element struktury wspierającej PPZ i SzPZ. Na tym poziomie funkcjonuje:

- **Koordynator wojewódzkiej sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie** powoływany przez kuratora oświaty w porozumieniu z instytucjami i organizacjami tworzącymi wojewódzki zespół wspierający PPZ i SzPZ. Funkcję tę pełnią pracownicy kuratorium lub placówki doskonalenia nauczycieli (dane dotyczące koordynatorów w poszczególnych województwach są udostępnione na stronie ORE).
- **Wojewódzki zespół wspierający przedszkola i szkoły promujące zdrowie**, który stanowi koalicję, czyli partnerski związek przedstawicieli resortu edukacji i zdrowia oraz innych resortów i organizacji społecznych, rządowych i pozarządowych współpracujących na rzecz zdrowia w przedszkolach i szkołach na danym terenie. Wojewódzki zespół wspierający działa na mocy porozumienia między kierownikami/dyrektorami instytucji i organizacji go tworzących. Porozumienie to określa rodzaj świadczeń i zobowiązań poszczególnych instytucji i organizacji. Zespół wojewódzki współdziała z koordynatorem wojewódzkiej sieci PPZ i SzPZ.

W niektórych województwach są koordynatorzy PPZ i SzPZ na poziomie rejonów/powiatów lub miast. Współpracują oni z koordynatorami wojewódzkiej sieci. Ułatwia to kontakty ze szkołami na danym terenie.

Podstawowe zadania koordynatora wojewódzkiej sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie

1. Upowszechnianie koncepcji PPZ i SzPZ na terenie województwa.
2. Koordynowanie i organizacja przyjmowania nowych przedszkoli i szkół do wojewódzkiej sieci, nadawanie im certyfikatów i odnawianie ich po 5 latach; prowadzenie rejestru przedszkoli i szkół w sieci (kandydujących, przyjętych, posiadających wojewódzki certyfikat).
3. Inicjowanie, organizowanie i prowadzenie szkoleń dla koordynatorów przedszkolnych i szkolnych, dyrektorów przedszkoli i szkół oraz rad pedagogicznych na temat koncepcji i zasad tworzenia PPZ i SzPZ.
4. Udzielanie koordynatorom przedszkolnym i szkolnym konsultacji i wsparcia w razie potrzeby.
5. Koordynowanie współpracy i wymiany doświadczeń między przedszkolami i szkołami należącymi i kandydującymi do sieci wojewódzkiej.
6. Udzielanie rekomendacji przedszkolom i szkołom ubiegającym się o nadanie *Krajowego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie* lub *Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie*.
7. Współpraca z: wojewódzkim zespołem wspierającym, Krajowym Koordynatorem i Zespołem ds. Promocji Zdrowia w Szkole w ORE oraz koordynatorami sieci rejonowych, jeśli takie sieci są w danym województwie.

Zakres zadań koordynatora wojewódzkiej sieci PPZ i SzPZ **może być modyfikowany** w zależności od potrzeb na danym terenie. Koordynator wojewódzkiej sieci powinien:

- posiadać chęć i motywację do pełnienia tej funkcji, gotowość do uczenia się, umiejętności komunikowania się, współpracy,
- uzyskać odpowiednie przygotowanie w zakresie promocji zdrowia, koncepcji i zasad tworzenia PPZ i SzPZ, w tym planowania i ewaluacji (udział w szkoleniach i samokształcenie),
- dysponować w pracy czasem niezbędnym do wykonywania podstawowych zadań.

W województwach, w których jest dużo przedszkoli przyjętych do wojewódzkiej sieci, można rozważyć powołanie zastępcy koordynatora wojewódzkiego ds. przedszkoli. Decyzję w tej sprawie podejmuje

koordynator wojewódzkiej sieci w porozumieniu z zespołem wspierającym. Należy ustalić zadania zastępcy koordynatora, sposób powoływania oraz zasady współpracy.

6.2. Wojewódzkie sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie

Cechą działań w zakresie promocji zdrowia jest tworzenie sieci (ang. *networks*) na różnym poziomie (np. europejskim, krajowym, wojewódzkim, rejonowym). **Jest to proces łączący jednostki, grupy, organizacje i agencje zainteresowane sprawami zdrowia.** Celem sieci jest wymiana informacji i doświadczeń oraz podejmowanie wspólnych zadań w ochronie i promocji zdrowia. Sieć to struktura organizacyjna, która tworzy swoisty system wsparcia, zwiększa dostęp do informacji, wymiany doświadczeń. Nie ma w niej hierarchii, członu kierowniczego i podporządkowania, dominują więzy informacyjne i więzy współpracy¹⁹. Kluczowe sprawy to: komunikowanie się między członkami sieci, otwarty, niesformalizowany charakter, pokazywanie korzyści dla sieci i ludzi w sieciach.

W Polsce od 2006 r. **wojewódzkie sieci szkół promujących zdrowie** istniały we wszystkich województwach. W końcu 2016 r. należało do nich ponad 3300 szkół różnych typów (najwięcej szkół podstawowych) oraz przedszkoli i innych placówek oświatowo-wychowawczych. W niektórych województwach utworzono sieci na mniejszym terenie (w rejonie, powiecie, mieście).

Zasady przystąpienia przedszkola do wojewódzkiej sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie

Przynależność do sieci jest **dobrowolna**. W Polsce jest wiele szkół i przedszkoli, które wdrażają koncepcję promocji zdrowia lub jej elementy bez przystępowania do sieci wojewódzkich/rejonowych. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że istnieje dość duże zróżnicowanie zasad przyjmowania szkół i przedszkoli do sieci wojewódzkiej w poszczególnych województwach.

Niżej zaproponowano **ogólne zasady** przyjmowania przedszkoli do sieci wojewódzkiej. Są one podobne do zasad dotyczących szkół. Stanowią one wskazówkę dla osób, które podejmują funkcję koordynatora sieci wojewódzkiej. Zasady te mogą **ulec modyfikacji** w zależności od potrzeb i możliwości w danym województwie. Decyzję w tej sprawie podejmuje koordynator sieci wojewódzkiej w porozumieniu z zespołem wspierającym. Szczegółowe informacje o zasadach przyjmowania do sieci oraz nadawania i odnawiania *Wojewódzkiego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie* powinny być zamieszczone na stronie internetowej instytucji, w której pracuje koordynator sieci w danym województwie.

Przebieg okresu kandydowania przedszkola do wojewódzkiej sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie

Czas trwania tego okresu może być zróżnicowany, ale nie krótszy niż 1 rok szkolny. W okresie tym w przedszkolu, które kandyduje do sieci, należy podjąć następujące działania:

1. Nawiązać **kontakt z koordynatorem wojewódzkiej/rejonowej sieci PPZ i SzPPZ**, uzyskać od niego informacje i wskazówki dotyczące zasad przystąpienia do sieci.
2. **Przeszkolić** radę pedagogiczną, pozostałych pracowników przedszkola i członków rady rodziców w zakresie koncepcji i zasad tworzenia PPZ.
3. **Uzyskać zapewnienie dyrektora** o gotowości do wspierania długotrwałego wdrażania założeń PPZ jako ważnego elementu koncepcji pracy przedszkola.
4. Zapytać pracowników i rodziców dzieci o ich **gotowość do uczestnictwa w działaniach w zakresie promocji zdrowia** w związku z planowanym przystąpieniem do wojewódzkiej sieci. Informacje na ten temat można uzyskać na podstawie wywiadów lub badania ankietowego w grupie

¹⁹ D. Elsner (1999): *Doskonalenie kierowania placówką oświatową. Wokół nowych pojęć i znaczeń*, Wydawnictwo Mentor, Chorzów, s. 116–118.

co najmniej 90% ogółu nauczycieli i pracowników niepedagogicznych oraz co najmniej 70% ogółu rodziców dzieci. Za wynik pożądany należy uznać **pozytywne odpowiedzi co najmniej 60% osób badanych**.

5. Przeprowadzić **ocenę stopnia osiągnięcia co najmniej jednego z czterech standardów PPZ**, wykorzystując narzędzia zamieszczone w części drugiej poradnika. Ocenę tę można uznać za diagnozę stanu wyjściowego w danym obszarze. Wybór standardu zależy od decyzji koordynatora i zespołu promocji zdrowia. Najkorzystniej byłoby jednak dokonać takiej oceny w zakresie wszystkich standardów i efektów działań. Może być to punkt wyjścia do porównania tych danych z autoewaluacją wykonaną po upływie kilku lat, a także w przypadku ubiegania się o **Krajowy Certyfikat Przedszkole Promujące Zdrowie**. Wykonywanie badań w pełnym zakresie jest doskonałą okazją do lepszego poznania założeń PPZ.
6. Opracować **plan działań dla rozwiązania jednego z problemów priorytetowych** zidentyfikowanych w wyniku dokonanej oceny (diagnozy) zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale 5.2.2 tego poradnika.
7. Uzyskać **zgody rady pedagogicznej** na przystąpienie przedszkola do sieci PPZ i SzPZ (decyzja na piśmie).

Wniosek o przyjęcie przedszkola do wojewódzkiej sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie

Rodzaj dokumentów składanych przez przedszkole ubiegające się o przyjęcie do wojewódzkiej sieci określa koordynator tej sieci w porozumieniu z zespołem wspierającym. Szanując autonomię koordynatorów, proponujemy jednak uwzględnienie następujących dokumentów:

1. Pisemna deklaracja chęci przystąpienia przedszkola do sieci wojewódzkiej, podpisana przez dyrektora przedszkola i koordynatora ds. promocji zdrowia, zawierająca informację:
 - o odsetku członków społeczności przedszkola, którzy wyrazili gotowość do realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia i przystąpienia do sieci,
 - o tym, kto pełni rolę koordynatora i jaki jest skład zespołu promocji zdrowia (imiona i nazwiska, status w przedszkolu, kontakt).
2. Decyzja rady pedagogicznej o gotowości przedszkola do przystąpienia do sieci wojewódzkiej.
3. Raport z autoewaluacji jednego ze standardów PPZ wraz z arkuszem zbiorczym i plan działań dla rozwiązania jednego problemu priorytetowego, przygotowany zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale 5. Dokonanie takiej ewaluacji jest okazją do lepszego zapoznania się z koncepcją PPZ, jego standardami i sposobami oceny ich osiągnięcia i szansą na lepszą jakość dalszych działań.

Decyzję o przyjęciu przedszkola do sieci wojewódzkiej podejmuje jej koordynator w porozumieniu z wojewódzkim zespołem wspierającym. Przedszkole przyjęte do wojewódzkiej sieci otrzymuje **Wojewódzki Certyfikat Przedszkole Promujące Zdrowie**. Zasady nadawania certyfikatu, okres jego ważności (zwykle 5 lat) oraz zasady jego odnawiania powinny być określone przez koordynatora wojewódzkiej sieci po uzgodnieniu z zespołem wspierającym.

Część II

Autoewaluacja działań w przedszkolu promującym zdrowie Metody i narzędzia

1. Procedura autoewaluacji

Cel autoewaluacji

Celem autoewaluacji jest sprawdzanie, w jakim stopniu przedszkole osiąga ustalone standardy PPZ. Uzyskane w wyniku autoewaluacji dane powinny stanowić podstawę do **refleksji i planowania dalszych działań dla rozwoju PPZ**, wyboru kolejnych problemów priorytetowych.

Przeprowadzenie autoewaluacji umożliwia podjęcie starań o uzyskanie *Krajowego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie*, który jest nadawany przez Ministra Edukacji Narodowej. Proponowane narzędzia mogą być także wykorzystywane – w całości lub w części – w diagnozie stanu wyjściowego przez przedszkola, które zamierzają podjąć działania dla tworzenia PPZ, a także przez przedszkola, które są na różnych etapach tego procesu.

Przedmiot autoewaluacji

Podstawą do planowania autoewaluacji jest model i standardy PPZ. Sprawdzamy:

- w jakim stopniu przedszkole osiąga **cztery standardy**, czyli **pożądany stan**, do którego powinno dążyć PPZ,
- jakie są dotychczasowe **efekty działań przedszkola** w odniesieniu do zdrowia nauczycieli, innych pracowników i rodziców dzieci.

Organizacja autoewaluacji

Prace związane z autoewaluacją są inicjowane i koordynowane przez koordynatora i zespół promocji zdrowia, w ramach którego można utworzyć zespół ewaluacyjny. **Organizacja zbierania danych i wypełniania dokumentacji powinna być starannie przemyślana i przygotowana pod kątem terminu, miejsca i osób wykonujących poszczególne zadania.** Doświadczenia wskazują, że:

- korzystne jest utworzenie w ramach zespołu ewaluacyjnego **grup zadaniowych** (roboczych) do wykonania poszczególnych zadań (np. badania ankietowe różnych grup, zebranie danych do sporządzenia arkuszy zbiorczych dla poszczególnych standardów), pozwoli to wyeliminować nadmierne obciążenie pracą niektórych osób,
- niezbędny jest **jasny podział zadań oraz stałe wspieranie zespołu przez dyrektora przedszkola** (korzystnie jest, gdy jest on członkiem zespołu),
- niezbędne jest stworzenie warunków dla **zapewnienia anonimowości przy przeprowadzaniu badań ankietowych pracowników i rodziców dzieci.**

Metody i techniki badawcze

W autoewaluacji należy wykorzystać następujące metody:

- **obserwacja bezpośrednia** – np. wizja lokalna pomieszczeń, terenu przedszkola, przegląd wyposażenia, obserwacja zachowań dzieci i innych osób,
- **analiza dokumentów** – np. koncepcji pracy przedszkola (lub dokumentu o innej nazwie), planów pracy poszczególnych grup, dokumentacji zespołu promocji zdrowia (planów pracy i raportów z ewaluacji), materiałów zamieszczonych na stronie internetowej i tablicy informacyjnej,
- **wywiady** z wybranymi osobami – np. dyrektorem przedszkola, nauczycielami, kucharką,
- **badania ankietowe** nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców dzieci,
- **badanie** dzieci 5- i/lub 6-letnich **z wykorzystaniem techniki „Narysuj i opowiedz”**.

Dla ułatwienia pracy zespołu ewaluacyjnego w arkuszach zbiorczych zaproponowano metody oceny każdego wskaźnika.

Narzędzia badawcze

- **Ankiety** dla: nauczycieli (N), pracowników przedszkola, którzy nie są nauczycielami (niepedagogicznych, Pn) i rodziców dzieci (R). Zawierają one pytania dotyczące wszystkich standardów

i efektów działań. Instrukcję przeprowadzania badań ankietowych i opracowania ich wyników oraz kwestionariusze ankiet zamieszczono w rozdziale 2.

- **Arkusze zbiorcze** dla każdego standardu i efektów działań. Poprzedzono je instrukcją ich wypełniania. Wyjaśniono także znaczenie i sposób oceny niektórych wskaźników.

Przebieg autoewaluacji

1. Zapoznanie się wszystkich członków zespołu ewaluacyjnego z procedurą, narzędziami i instrukcjami do ich stosowania; zaplanowanie pracy (w tym podział zadań, przygotowanie ankiet, arkuszy zbiorczych i innych pomocy i materiałów).
2. Poinformowanie o przebiegu autoewaluacji wszystkich pracowników i rodziców dzieci; pozyskanie ich do współpracy.
3. Przeprowadzenie badań ankietowych w trzech grupach społeczności przedszkola zgodnie z instrukcją zamieszczoną w rozdziale 2.
4. Zakodowanie danych z ankiet, wyliczenie rozkładu procentowego kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia osobno dla każdej grupy badanych; wpisanie wyliczonych odsetków w czystym egzemplarzu każdej z ankiet; przekazanie ankiet z tymi danymi osobom wypełniającym arkusze zbiorcze.
5. Dokonanie oceny poszczególnych wskaźników wymienionych w arkuszach zbiorczych dla każdego standardu: zebranie potrzebnych danych z ankiet, dokumentów, przeprowadzenie obserwacji, wywiadów zgodnie z zapisami w nawiasach przy każdym wskaźniku.
6. Wypełnienie arkuszy zbiorczych, zespołowe ustalenie oceny i wymaganych zapisów.
7. Sporządzenie Raportu końcowego z autoewaluacji (wzór w rozdziale 9).
8. Przekazanie członkom społeczności przedszkola informacji o wynikach autoewaluacji.

Uwagi końcowe

- Przeprowadzenie autoewaluacji jest **zadaniem złożonym, trudnym i czasochłonnym** – wymaga ono dobrej znajomości zagadnień wchodzących w zakres oceny, zaangażowania, współpracy, wnikliwości, staranności oraz twórczego i krytycznego myślenia.
- Ważne jest, aby **analiza wyników była wnikliwa, pogłębiona**. Tylko takie podejście pozwala ujawnić rzeczywiste problemy/trudności/niedostatki/niedociągnięcia.
- **Należy zwrócić uwagę na to, aby każda ocena była obiektywna i rzetelna, a niezawyżona** (co w praktyce zdarza się często). **Zawyżanie ocen zafałszowuje rzeczywistą sytuację i nie sprzyja podejmowaniu działań dla jej poprawy**. Ewaluacji dokonuje społeczność przedszkola **dla siebie**, a nie „na pokaz” lub tylko dla uzyskania certyfikatu.
- Autoewaluacja jest **„badaniem w działaniu”** (ang. *Action Research*), powszechnie stosowanym w systemie edukacji w wielu krajach. Jest to forma badań pomagająca w zmianie dotychczasowej praktyki, w której praktycy (np. nauczyciele, rodzice) są jednocześnie badaczami i organizatorami zmiany²⁰.
- Niezbędne jest, aby **dyrektor przedszkola** dokładnie zapoznał się z zasadami i narzędziami do autoewaluacji oraz udzielał wsparcia zespołowi ewaluacyjnemu. Najlepiej byłoby, gdyby był on jego członkiem.
- W razie trudności należy porozumieć się z wojewódzkim/regionalnym koordynatorem PPZ i SzPZ lub Zespołem ds. Promocji Zdrowia w Szkole w ORE.
- Należy pamiętać o tym, aby **zapewnić osobom badanym pełną anonimowość, chronić dane niejawne lub identyfikujące poszczególne osoby**, a uzyskane informacje wykorzystać **wyłącznie do użytku wewnętrznego**.

²⁰ A. Czerepaniak-Walczak (2010): *Badanie w działaniu*, w: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, S. Pałka (red.), Gdańsk, GWP, s. 321.

2. Badanie ankietowe dorosłych członków społeczności przedszkola

Instrukcja przeprowadzania badań ankietowych oraz opracowania i wykorzystania ich wyników

W ankietach dla nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców uwzględniono elementy dotyczące wszystkich standardów i efektów działań. Są one podzielone na części (od A do F), z tytułami sformułowanymi w sposób dostosowany do danej grupy. W tabeli 2 podano numery stwierdzeń w ankietach odnoszących się do poszczególnych standardów/efektów.

Tabela 2. Numery stwierdzeń dotyczących poszczególnych standardów/efektów działań w ankietach dla nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców

Standard/efekty	Numery pytań w poszczególnych ankietach		
	Nauczyciele	Pracownicy niepedagogiczni	Rodzice
A. Standard pierwszy	1–3	1–3	1–2
B. Standard drugi	4–15	4–14	3–12
C. Standard trzeci	16–28	15	13–18
D. Standard czwarty	29–31	16	19–21
Efekty działań			
E. Dobre samopoczucie w przedszkolu	32–33	17–18	22–23
F. Podejmowanie działań dla wzmacniania zdrowia	34–42	19–27	24–29

Nauczyciele i pracownicy niepedagogiczni:

- w części ankiety od A do E wybierają jedną z **czterech kategorii odpowiedzi**: *tak, raczej tak, raczej nie, nie*, a w części F – **jedną z dwóch**: *tak* lub *nie*
- udzielają odpowiedzi na pytania otwarte zamieszczone w ramkach po części E.

Rodzice:

- w częściach ankiety od A do E wybierają jedną z **pięciu kategorii odpowiedzi**: *tak, raczej tak, raczej nie, nie, nie wiem*, a w części F – **jedną z dwóch**: *tak* lub *nie*.
- udzielają odpowiedzi na pytania otwarte zamieszczone w ramkach po części E.

Badane osoby

- Nauczyciele i pracownicy niepedagogiczni zatrudnieni w danym przedszkolu na co najmniej pół etatu i przez okres co najmniej 2 lat;
- Rodzice dzieci, które uczęszczają do danego przedszkola co najmniej sześć miesięcy.

Uwaga! Dyrektor przedszkola nie wypełnia ankiety dla nauczycieli. W ankiecie tej są stwierdzenia dotyczące postępowania i relacji z dyrektorem przedszkola i nie powinien on na nie odpowiadać. Gdyby wypełnił ankietę i opuścił te stwierdzenia, wówczas możliwa byłaby identyfikacja jego osoby, co jest niezgodne z zasadą zachowania anonimowości respondentów.

Dobór badanych grup

Liczba badanych osób w poszczególnych grupach zależy od wielkości przedszkola. Należy starać się zbadać:

- wszystkich nauczycieli i pracowników niepedagogicznych,
- co najmniej 80% wszystkich rodziców dzieci, które uczęszczają do danego przedszkola co najmniej sześć miesięcy.

Osoby przeprowadzające badanie

Badanie przeprowadzają członkowie zespołu ewaluacyjnego. Zadaniem osoby przeprowadzającej badanie jest przygotowanie odpowiedniej liczby ankiet oraz kopert zbiorczych (format A4) lub skrzynki/pudełka do wkładania wypełnionych ankiet, a także stworzenie atmosfery sprzyjającej udzielaniu szczerych odpowiedzi.

Sposób przeprowadzenia badania

Badanie należy przeprowadzić grupowo: u nauczycieli i pracowników niepedagogicznych na zebraniach lub radzie pedagogicznej, u rodziców na zebraniach. **Należy unikać rozdawania ankiet do domu lub wypełniania w innym czasie.** Doświadczenia wskazują, że w takiej sytuacji trudno jest uzyskać zwrot ankiet i zapewnić ich anonimowość. Jeśli zajdzie konieczność wypełniania ankiet poza zebraniem, należy poinformować osoby je wypełniające o czasie i sposobie ich zwrócenia (np. włożenie/wrzucenie do umieszczonej w ustalonym miejscu przedszkola koperty zbiorczej/skrzynki/pudełka w ciągu najbliższego tygodnia). Można też rozważać możliwość wypełniania ankiety przez Internet.

Przebieg badania grupowego

1. Wyjaśnij cel badania, powiedz, że uzyskane wyniki posłużą do wspólnej dyskusji nad tym, jak postrzegamy to, co się dzieje w naszym przedszkolu, co jest jego mocną, a co słabą stroną jako PPZ i co możemy zmienić na lepsze.
2. Poinformuj, że:
 - ankieta jest **anonimowa** (nie ma w niej żadnego pytania umożliwiającego identyfikację osoby udzielającej odpowiedzi), zapewnij, że po jej wypełnieniu każdy włoży ankietę do dużej koperty zbiorczej,
 - wypełnianie ankiety jest dobrowolne i powinno być samodzielne,
 - badani zostaną poinformowani o wynikach ankiety i wspólnie je przedyskutujecie.
3. Rozdaj ankietę, poproś, aby badani przeczytali jej wstęp i wyjaśnij sposób jej wypełniania, zgodnie z instrukcją podaną na początku ankiety (tzn. należy wstawić X w jednej kratce w każdym wierszu przy wszystkich stwierdzeniach, z wyjątkiem ostatniego stwierdzenia w części F ankiety, które może nie dotyczyć niektórych osób). Poproś badanych, aby w razie wątpliwości prosili o wyjaśnienie.
4. Zachęć do odpowiedzi na dwa pytania otwarte zamieszczone w ramkach na 2 stronie ankiety. Zapewnij, że są to ważne informacje, nikt nie będzie dociekał ich autorstwa na podstawie charakteru pisma.
5. Poproś osoby oddające wypełnione ankiety o sprawdzenie, czy udzieliły wszystkich odpowiedzi. Zbierz wypełnione ankiety do koperty zbiorczej tak, aby badani byli przekonani o zachowaniu anonimowości.
6. Porozmawiaj z badanymi o ich odczuciach w czasie wypełniania ankiety (zanotuj ich opinie).

Sposób opracowania wyników ankiety

Do opracowania wyników można wykorzystać program *Excel*, matryca do kodowania jest dostępna na stronie ORE (www.ore.edu.pl). Nad tabelami w ankietach umieszczono cyfry ułatwiające kodowanie odpowiedzi.

W opracowaniu wyników ankiet należy wyliczyć **rozkład procentowy odpowiedzi** dla wszystkich stwierdzeń w poszczególnych ankietach. W tym celu należy:

- wyliczyć odsetki odpowiedzi na każde stwierdzenie w poszczególnych grupach badanych,
- wpisać te odsetki w czystych formularzach ankiet.

Rozkłady procentowe odpowiedzi będą wykorzystywane w ocenie wskaźników w *arkuszach zbiorczych dla wszystkich standardów*. Dlatego obliczenia odsetków należy dokonać przed rozpoczęciem wypełniania tych arkuszy. Każda grupa sporządzająca arkusz zbiorczy dla danego standardu (Załącznik I, IIa, III, IV) powinna otrzymać kopię formularzy ankiet z wpisanym w niej rozkładem odpowiedzi.

Sposób analizy i interpretacji wyników ankiety

Opracowane wyniki powinny być poddane wnikliwej analizie. W interpretacji wyników ankiet:

- w części A–E weź pod uwagę **sumę odsetków odpowiedzi tak + raczej tak**. Przyjmij następującą zasadę punktacji tej sumy:
 - 91–100% = 5 pkt
 - 75–90% = 4 pkt
 - 60–74% = 3 pkt
 - 59% i mniej = 2 pkt
- w części F uwzględnij tylko **odpowiedzi tak**. Przyjmujemy, że wynik pozytywny (pożądany) to odsetek tych odpowiedzi na poziomie co najmniej 60%. Decyzja w sprawie przyjęcia innej wartości tego odsetka zależy od zespołu w kontekście warunków i działań podejmowanych w danym przedszkolu.

Uwagi dodatkowe

1. Odsetki odpowiedzi należy zapisać z jednym miejscem po przecinku i sprawdzić, czy w przypadku każdego stwierdzenia sumują się do 100.
2. W przypadku, gdy **liczba badanych osób jest mała**, należy **ostrożnie interpretować** dane wyrażone w odsetkach, nie ma jednak innego, lepszego sposobu porównania wyników.
3. W podanej wyżej propozycji sposobu analizy i interpretacji wyników ograniczono się do łącznej analizy kategorii odpowiedzi *tak* lub *raczej tak*. Warto jednak przeanalizować rozkład wszystkich kategorii odpowiedzi, zwłaszcza dwóch skrajnych (*tak* i *nie*).
4. W ankiecie dla rodziców warto przeanalizować rozkład odpowiedzi *nie wiem*. Duży odsetek takich odpowiedzi może wskazywać na to, że współpraca z rodzicami nie jest zadowalająca i wymaga poprawy.
5. W standardzie drugim (część B ankiet) w ankiecie nie wyróżniono nazw poszczególnych wymiarów, oddzielono je od siebie grubszymi kreskami. Nazwy te podano w rozdziale 5. Można zatem przeanalizować odsetki kategorii odpowiedzi dla poszczególnych stwierdzeń, wymiarów i dla całego standardu.
6. Analiza odpowiedzi na pytania otwarte zamieszczone po części E ankiet dla wszystkich grup badanych może dostarczyć dodatkowych informacji i stanowić podstawę do głębszej refleksji. Doświadczenia wskazują, że udzielenie odpowiedzi na te pytania nie zawsze jest możliwe, gdyż badani:
 - nie mają ochoty do zastanawiania się i wpisywania odpowiedzi; tłumaczą się brakiem czasu,
 - ankiety wypełniają w pośpiechu,
 - obawiają się wpisywać odręcznie szczere odpowiedzi ze względu na możliwość identyfikacji.
 Należy zachęcać do udzielania odpowiedzi na pytania otwarte, stworzyć odpowiednią „bezpieczną” atmosferę i zapewnić pełną anonimowość badanych. Warto tłumaczyć, dlaczego ważne jest uzyskanie odpowiedzi na te pytania, do czego wykorzystane zostaną pozyskane informacje. Brak lub niewielka liczba odpowiedzi powinny skłaniać do refleksji nad przyczynami braku wzajemnego zaufania.

Ankieta dla nauczycieli



Chcemy poznać Twoje zdanie na temat wybranych spraw dotyczących naszego przedszkola. Dzięki temu możemy spróbować zmienić coś w przedszkolu na lepsze. Ankieta jest **anonimowa**. Bardzo prosimy o szczerą odpowiedź.

Poniżej znajduje się lista zdań. Przeczytaj uważnie każde z nich i zastanów się, w jakim stopniu się z nim zgadzasz. Wstaw X w jednej kratce w każdym wierszu.

	1	2	3	4
	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
A. Warunki dla tworzenia przedszkola promującego zdrowie				
1. W przedszkolu, w którym pracuję, uważa się, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą				
2. Zapoznano mnie z koncepcją przedszkola promującego zdrowie				
3. W przedszkolu podejmowane są działania na rzecz promocji zdrowia nauczycieli (np. organizowane są szkolenia/warsztaty na temat zdrowia i dbałości o nie, jesteście zachęcani do dbałości o zdrowie)				
B. Klimat społeczny w przedszkolu				
4. Dyrektor pyta mnie o zdanie w sprawach dotyczących życia i pracy przedszkola				
5. Moje zdanie na temat życia i pracy przedszkola jest brane pod uwagę				
6. Moje relacje z dyrektorem są dobre				
7. Czuję się doceniana(-ny) przez dyrektora przedszkola				
8. Dyrektor udziela mi konstruktywnych informacji zwrotnych dotyczących mojej pracy				
9. Dyrektor udziela mi pomocy, gdy jej potrzebuję				
10. Relacje między nauczycielami są dobre				
11. Nauczyciele chętnie ze sobą współpracują				
12. Mogę otrzymać pomoc od innych nauczycieli, gdy jej potrzebuję				
13. Moje relacje z rodzicami dzieci są dobre				
14. Większość rodziców dzieci współpracuje ze mną w sprawach swoich dzieci				
15. Mogę liczyć na pomoc wielu rodziców dzieci, gdy tego potrzebuję				
C. Edukacja zdrowotna dzieci i praktykowanie zachowań prozdrowotnych				
16. Treści edukacji zdrowotnej w planie pracy dla mojej grupy opracowano na podstawie konsultacji z rodzicami, obserwacji zachowań dzieci				
17. Informuję systematycznie rodziców o tematach z zakresu edukacji zdrowotnej zaplanowanych na dany okres				
18. Zachęcam rodziców, aby praktykowali w domu zachowania prozdrowotne, o których dzieci uczą się w przedszkolu				
19. Stwarzam okazję i zachęcam dzieci do próbowania nowych potraw i produktów o różnych smakach				
20. W czasie posiłków dzieci mogą zjeść tyle, ile chcą				
21. Unikam nagradzania dzieci słodyczami				
22. Dzieci myją ręce przed każdym posiłkiem, po wyjściu z ubikacji, po przyjeździe z zajęć poza przedszkolem, systematycznie instruuję je, jak należy myć ręce				
23. Dzieci codziennie czyszczą zęby z użyciem pasty do zębów co najmniej po jednym posiłku, systematycznie instruuję dzieci, jak należy czyścić zęby				
24. W dni słoneczne chronię dzieci przed nadmiernym nasłonecznieniem				

	1	2	3	4
	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
25. W czasie zajęć w pozycji siedzącej często wprowadzam elementy ruchu angażujące różne grupy mięśni i części ciała dzieci				
26. W czasie pobytu na placu zabaw organizuję zajęcia ruchowe dla dzieci				
27. Zachęcam dzieci i ich rodziców do pokonywania drogi do i z przedszkola pieszo (na rowerze/hulajnodze) wtedy, gdy jest to możliwe				
28. Na początku wykonywania niektórych czynności (np. na drodze, na placu zabaw, w czasie jedzenia, zajęć ruchowych, technicznych, plastycznych) proszę dzieci, aby przypominały zasady bezpiecznego zachowania ich dotyczące				
D. Rozwijanie kompetencji nauczycieli do dbałości o zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci				
29. Uczestniczyłam(-łem) w ostatnich 2 latach w zajęciach/szkoleniach dotyczących dbałości o zdrowie nauczycieli				
30. Uczestniczyłam(-łem) w ostatnich 2 latach w szkoleniach dotyczących realizacji edukacji zdrowotnej dzieci				
31. Jestem dobrze przygotowana(-ny) do realizacji edukacji zdrowotnej dzieci i współpracy w tym zakresie z rodzicami				
E. Samopoczucie w przedszkolu				
32. Zwykle dobrze czuję się w pracy w tym przedszkolu				
33. Polecił(a)bym innym nauczycielom to przedszkole jako przyjazne miejsce pracy				
Co powoduje, że DOBRZE czujesz się w pracy w przedszkolu? – wpisz:				

Co powoduje, że ŻŁE czujesz się w pracy w przedszkolu? – wpisz:

F. Podejmowanie działań dla wzmacniania zdrowia w ostatnim roku

Niżej podano przykłady działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu. Pomyśl, czy **w ostatnim roku** podejmowałaś(-łeś) takie działania. Wstaw X w jednej kratce w każdym wierszu.

	1	2
	Tak	Nie
34. Staram się być bardziej aktywna(-ny) fizycznie (np. więcej chodzić, biegać, jeździć na rowerze, ćwiczyć, tańczyć, uprawiać sport, pracować w ogrodzie)		
35. Zwracam większą uwagę na to, jak się odżywiam (np. jem codziennie: śniadanie, owoce i warzywa, piję więcej mleka lub kefiru/jogurtu, ograniczam spożycie słodczy, tłuszczu, soli)		
36. Zwracam większą uwagę na systematyczne wykonywanie samobadania (np. masy ciała, ciśnienia tętniczego, kobiety – piersi; mężczyźni – jąder)		
37. Zwracam większą uwagę na utrzymywanie dobrych relacji z bliskimi osobami (np. rodziną, znajomymi)		
38. Zwracam się do innych ludzi o pomoc, gdy mam jakiś trudny problem do rozwiązania		
39. Znajduję częściej czas na relaks/odpoczynek (np. „wyluzowuję” się, robię to, co lubię)		
40. Staram się szukać pozytywów zarówno w sobie, jak i w innych ludziach (np. w wychowankach przedszkola, współpracownikach, rodzinie, znajomych)		
41. Rozwijam swoje umiejętności radzenia sobie ze stresem, napięciami		
42. Wyeliminowałam(-łem) jakieś zachowanie ryzykowne dla zdrowia, np. rzuciłam(-łem) palenie, nie nadużywam alkoholu, lub podjęłam(-jąłem) próby w tym kierunku (jeżeli nie podejmowałaś(-łeś) takich zachowań, opuść ten punkt)		

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Ankieta dla pracowników przedszkola, którzy nie są nauczycielami



Chcemy poznać Pani/Pana zdanie na temat wybranych spraw dotyczących naszego przedszkola. Dzięki temu możemy spróbować zmienić coś w przedszkolu na lepsze. Ankieta jest **anonimowa**. Bardzo prosimy o szczere odpowiedzi.

Poniżej znajduje się lista zdań. Prosimy o uważne przeczytanie każdego z nich i zastanowienie się, w jakim stopniu Pani/Pan się z nim zgadza. Prosimy o wstawienie znaku X w jednej kratce w każdym wierszu.

	1	2	3	4
	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
A. Warunki dla tworzenia przedszkola promującego zdrowie				
1. W przedszkolu, w którym pracuję, uważa się, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą				
2. Wyjaśniono mi, co to znaczy, że przedszkole, w którym pracuję, jest przedszkolem promującym zdrowie				
3. W przedszkolu podejmowane są działania na rzecz promocji zdrowia pracowników, którzy nie są nauczycielami (np. organizowane są szkolenia/warsztaty na temat zdrowia i dbałości o nie, jesteśmy zachęcani do dbałości o zdrowie)				
B. Atmosfera w przedszkolu				
4. Jestem pytana(-ny) o zdanie w sprawach dotyczących życia i pracy przedszkola				
5. Moje zdanie na temat życia i pracy przedszkola jest brane pod uwagę				
6. Dyrektor przedszkola jest dla mnie życzliwy				
7. Czuję się doceniana(-ny) przez dyrektora przedszkola				
8. Dyrektor przedszkola udziela mi pomocy, gdy jej potrzebuję				
9. Nauczyciele są dla mnie życzliwi				
10. Nauczyciele szanują moją pracę				
11. Nauczyciele pomagają mi, gdy tego potrzebuję				
12. Pracownicy przedszkola, którzy nie są nauczycielami, są dla siebie życzliwi				
13. Pracownicy przedszkola, którzy nie są nauczycielami, chętnie współpracują ze sobą				
14. Mogę otrzymać pomoc od innych pracowników przedszkola, którzy nie są nauczycielami, gdy jej potrzebuję				
C. Edukacja zdrowotna dzieci i praktykowanie zachowań prozdrowotnych				
15. Zapoznano mnie z programem edukacji zdrowotnej dzieci i zasadami praktykowania w przedszkolu zachowań prozdrowotnych				
D. Szkolenia dotyczące zdrowia dla pracowników niepedagogicznych				
16. Uczestniczyłam(-łem) w ostatnich 2 latach w zajęciach/szkoleniach dla pracowników przedszkola dotyczących dbałości o zdrowie				
E. Samopoczucie w pracy w przedszkolu				
17. Zwykle dobrze czuję się w pracy w tym przedszkolu				
18. Polecił(a)bym innym osobom to przedszkole jako przyjazne miejsce pracy				

Co powoduje, że DOBRZE czuje się Pani/Pan w pracy w przedszkolu? – proszę wpisać:

Co powoduje, że ŹLE czuje się Pani/Pan w pracy w przedszkolu? – proszę wpisać:

F. Podejmowanie działań dla wzmacniania zdrowia w ostatnim roku

Niżej podano przykłady działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu. Proszę pomyśleć, czy **w ostatnim roku** podejmował(a) Pani/Pan takie działania. Proszę wstawić X w jednej kratce w każdym wierszu.

	1	2
	Tak	Nie
19. Staram się być bardziej aktywna(-ny) fizycznie (np. więcej chodzić, biegać, jeździć na rowerze, ćwiczyć, tańczyć, uprawiać sport, pracować w ogrodzie)		
20. Zwracam większą uwagę na to, jak się odżywiam (np. jem codziennie śniadanie, owoce i warzywa, piję więcej mleka lub kefiru/jogurtu, ograniczam spożycie słodczy, tłuszczu, soli)		
21. Zwracam większą uwagę na systematyczne wykonywanie samobadania (np. masy ciała, ciśnienia tętniczego, kobiety – piersi; mężczyźni – jąder)		
22. Zwracam większą uwagę na utrzymywanie dobrych relacji z bliskimi osobami (np. rodziną, znajomymi)		
23. Zwracam się do innych ludzi o pomoc, gdy mam jakiś trudny problem do rozwiązania		
24. Znajduję częściej czas na relaks/odpoczynek (np. „wyluzowuję” się, robię to, co lubię)		
25. Staram się szukać pozytywów zarówno w sobie, jak i w innych ludziach (np. w wychowankach przedszkola, współpracownikach, rodzinie, znajomych)		
26. Rozwijam swoje umiejętności radzenia sobie ze stresem, napięciami		
27. Wyeliminowałam(-łam) jakieś zachowanie ryzykowne dla zdrowia, np. rzuciłam(-łam) palenie, nie nadużywam alkoholu, lub podjęłam(-jąłem) próby w tym kierunku (<i>jeżeli nie podejmowałaś(-łeś) takich zachowań, opuść ten punkt</i>)		

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Ankieta dla rodziców dzieci



Chcemy poznać Pani/Pana zdanie na temat wybranych spraw dotyczących naszego przedszkola. Dzięki temu możemy spróbować zmienić coś w przedszkolu na lepsze. Ankieta jest **anonimowa**. Bardzo prosimy o szczere odpowiedzi.

Poniżej znajduje się lista zdań. Prosimy o uważne przeczytanie każdego z nich i zastanowienie się, w jakim stopniu Pani/Pan się z nim zgadza. Prosimy o wstawienie znaku X w jednej kratce w każdym wierszu.

	1	2	3	4	5
	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie wiem
A. Warunki dla tworzenia przedszkola promującego zdrowie					
1. W przedszkolu mojego dziecka uważa się, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą					
2. Wyjaśniono mi, co to znaczy, że przedszkole mojego dziecka jest przedszkolem promującym zdrowie					
B. Atmosfera w przedszkolu mojego dziecka					
3. W przedszkolu mojego dziecka są jasno określone zasady współpracy z rodzicami					
4. Jestem pytana(-ny) o zdanie w sprawach dotyczących życia i pracy przedszkola lub grupy, w której jest moje dziecko					
5. Moje zdanie na temat życia i pracy przedszkola lub grupy, w której jest moje dziecko, jest brane pod uwagę					
6. Jestem zachęcana(-ny) do udziału w życiu i pracy grupy i/lub przedszkola					
7. Dyrektor przedszkola i nauczyciele są dla mnie życzliwi					
8. Nauczyciele udzielają mi wyczerpujących informacji o postępach i zachowaniu mojego dziecka w przedszkolu					
9. Nauczyciele udzielają mi pomocy w sprawach mojego dziecka, gdy jej potrzebuję					
10. Nauczyciele są dla mojego dziecka życzliwi					
11. Nauczyciele dostrzegają to, w czym moje dziecko jest dobre					
12. Nauczyciele pomagają mojemu dziecku, kiedy ma jakieś kłopoty					
C. Edukacja zdrowotna dzieci i praktykowanie zachowań prozdrowotnych					
13. Nauczyciel grupy, w której jest moje dziecko, konsultuje z rodzicami to, czego dzieci powinny się uczyć w przedszkolu o zdrowiu i bezpieczeństwie					
14. Jestem systematycznie informowana(-ny) o tematach zajęć dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa realizowanych w grupie mojego dziecka					
15. Jestem zachęcana(-ny), aby praktykować w domu zachowania sprzyjające zdrowiu, o których dziecko uczy się w przedszkolu					
16. W przedszkolu unika się nagradzania mojego dziecka słodyczami					
17. Ogranicza się podawanie słodkich i słodkich napojów w czasie imprez w przedszkolu					
18. W przedszkolu zachęca się rodziców do pokonywania z dzieckiem drogi do i z przedszkola pieszo (na rowerze/hulajnodze) wtedy, gdy jest to możliwe					

	1	2	3	4	5
	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie wiem
D. Pomoc rodzicom w rozwijaniu kompetencji do dbałości o zdrowie i do wychowywania dzieci					
19. Rodzicom oferuje się w przedszkolu zajęcia dotyczące ich zdrowia (np. spotkania ze specjalistami) i pyta się o ich potrzeby w tym zakresie					
20. Rodzicom oferuje się w przedszkolu zajęcia/warsztaty dotyczące umiejętności wychowawczych					
21. W przypadku trudności wychowawczych i innych problemów mojego dziecka mogę uzyskać w przedszkolu pomoc od nauczyciela lub innego pracownika (np. logopedy, psychologa)					
E. Moje samopoczucie w przedszkolu mojego dziecka					
22. Zwykle dobrze czuję się w przedszkolu mojego dziecka					
23. Polecił(a)bym innym rodzicom to przedszkole jako przyjazne miejsce dla dziecka i jego rodziców					

Co powoduje, że DOBRZE czuje się Pani/Pan, przebywając w przedszkolu swojego dziecka? – proszę wpisać:

Co powoduje, że ŻŁE czuje się Pani/Pan, przebywając w przedszkolu swojego dziecka? – proszę wpisać:

F. Podejmowanie działań dla wzmocnienia mojego zdrowia, zdrowia mojego dziecka i innych członków rodziny w ostatnim roku

Niżej podano przykłady działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu i które mogą być powiązane z tym, co oferuje się dzieciom i ich rodzicom w przedszkolu. Proszę pomyśleć, czy **w ostatnim roku** podejmował(a) Pani/Pan takie działania. Proszę wstawić X w jednej kratce w każdym wierszu.

	1	2
	Tak	Nie
24. Staram się być bardziej aktywna(-ny) fizycznie (np. więcej chodzić, biegać, jeździć na rowerze, ćwiczyć, tańczyć, uprawiać sport, pracować w ogrodzie),		
25. Zachęcam dziecko/dzieci i innych członków rodziny do większej aktywności fizycznej		
26. Zwracam większą uwagę na to, jak się odżywiam ja sama/sam (np. jem codziennie śniadanie, owoce i warzywa, piję więcej mleka lub kefiru/jogurtu, ograniczam spożycie słodczy, tłuszczu, soli)		
27. Zachęcam dziecko/dzieci i innych członków rodziny do prawidłowego żywienia		
28. Staram się zjadać większość posiłków wspólnie z dzieckiem/dziećmi		
29. Wprowadziłam(-em) inne korzystne zmiany w stylu życia swoim i rodziny. Jeśli tak, proszę wpisać, jakie:		

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

3. Badanie dzieci techniką „Narysuj i opowiedz”

Technika „Narysuj i opowiedz” jest zmodyfikowaną wersją techniki „Narysuj i napisz”, opracowanej w 1989 r. dla potrzeb edukacji zdrowotnej w szkole przez pedagogów brytyjskich²¹. Należy ona do grupy technik projekcyjnych. Technika „Narysuj i napisz” jest bardzo często wykorzystywana w badaniach dzieci w wieku 4–12 lat, zarówno zdrowych, jak i chorych. W Polsce jest ona zalecana dla uczniów klas II lub III w badaniu klimatu społecznego klasy w ramach autoewaluacji w szkołach promujących zdrowie.

Technika „Narysuj i opowiedz” polega na tym, że dziecko wykonuje rysunek na zadany temat, a następnie opowiada nauczycielowi, co narysowało (opisuje rysunki, nazywa ich poszczególne elementy). Nauczyciel podejmuje rozmowę z dzieckiem, pogłębia temat, „dopytuje” oraz notuje informacje podane przez dziecko na odwrocie rysunku lub osobnej kartce. **Istotą tej techniki jest rozmowa z dzieckiem, a jego rysunek jest pretekstem do tej rozmowy. Stanowi on jednak niezbędny element całego badania i nie można z niego zrezygnować.** Dziecko może narysować to, co chce, ile chce i tak, jak umie; nie jest ważne, czy rysunek jest ładny. Technika ta pozwala dzieciom wyrazić swoje uczucia, spostrzeżenia i wyobrażenia na różne tematy, czasami trudne i drażliwe. Dzięki jej zastosowaniu nauczyciele mogą poznać, w jaki sposób dzieci interpretują otaczający je świat i doświadczenia, także te związane z przedszkolem.

Włączenie techniki „Narysuj i opowiedz” do autoewaluacji w PPZ, jako elementu **badania klimatu społecznego w przedszkolu**, jest uzasadnione potrzebą pytania dzieci o opinie w sprawach, które ich dotyczą, i brania pod uwagę tych opinii. Technika ta zaliczana jest do grupy tzw. uczestniczących metod badawczych. Ze względu na specyfikę rozwoju (poznawczego, emocjonalnego, społecznego) dzieci w wieku przedszkolnym badanie za pomocą tej techniki ma pewne ograniczenia. Dzieci koncentrują się na „tu i teraz”. Na to, co rysują i opowiadają w czasie badania, ma wpływ wiele czynników (np. samopoczucie i nastrój dziecka, zdarzenie w danym dniu w domu lub w przedszkolu, pogoda, sposób badania). Wyniki badania w różnych dniach mogą się różnić. Niezbędne jest dobranie odpowiedniego czasu i miejsca badania oraz dokładne przestrzeganie instrukcji jego przeprowadzania.

Instrukcja badania klimatu społecznego w grupie przedszkolnej za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz”

Cel badania: zbadanie, jak dzieci postrzegają to, co się dzieje w ich przedszkolu – **co w nim lubią** (co się im w nim podoba), a **czego w nim nie lubią** (co się im w nim nie podoba). Wyniki tego badania umożliwią identyfikację korzystnych i niekorzystnych elementów klimatu społecznego w grupie przedszkolnej oraz poznanie dotychczas nieujawnionych problemów, które mogą być rozwiązane (np. odrzucenie dziecka przez rówieśników, zachowania agresywne).

Temat: *Co lubię i czego nie lubię w moim przedszkolu?*

Badane osoby: dzieci w wieku 5 i/lub 6 lat (co najmniej 75% grupy).

Osoba przeprowadzająca badanie i analizę wyników: badanie przeprowadza nauczyciel wychowania przedszkolnego prowadzący daną grupę dzieci. Można rozważyć sytuację, w której badanie przeprowadza inna osoba, ale znająca dzieci i dobrze im znana.

²¹ T. Williams, N. Wetton, A. Moon (1989): *A way in: Five key areas of health education*. London, United Kingdom Health Education Authority.

Pomoce potrzebne do wykonania badania:

- dla dzieci: kredki, białe kartki A4, maskotka, której dzieci nie znają, w roli nowego kolegi (nowej koleżanki) – bohatera (bohaterki) opowieści przewodniej (fakultatywnie). Można też wykorzystać lubiane/wybrane przez dzieci znane im maskotki.
- dla osoby przeprowadzającej badanie: kartki/długopis/ołówek do notowania wypowiedzi dzieci, ewentualnie dyktafon (dostępny także w formie bezpłatnej aplikacji na smartfonie) do ich nagrywania (po uzyskaniu zgody rodziców na nagranie).

Zalecana organizacja badania²²:

1. Badanie powinno się odbyć w **dwóch częściach** rozłożonych w kolejnych **dwóch tygodniach**:
 - część pierwsza (pierwszy tydzień): *Co lubię w moim przedszkolu?*
 - część druga (drugi tydzień): *Czego nie lubię w moim przedszkolu?*
2. Badanie powinno być przeprowadzone w **małych zespołach dzieci** (nie większych niż 4–5 osób). W tym czasie pozostałe dzieci mogą się bawić samodzielnie lub uczestniczyć w innych zajęciach (zorganizuj pracę tak, aby zapewnić pozostałym dzieciom właściwą opiekę). Jednego dnia należy przeprowadzić badanie jednego zespołu. Praca w małych zespołach pozwala na zindywidualizowanie podejścia do każdego dziecka, poświęcenie każdemu odpowiedniej ilości czasu oraz uniknięcie tłoku i czekania przez dzieci na rozmowę z nauczycielem.
3. Badanie powinno odbywać się w „typowym” dniu zajęć przedszkolnych, w którym nie poprzedzały go emocjonujące, nowe lub trudne dla większości dzieci zajęcia/zdarzenia. Należy unikać badania w danym dniu dzieci, u których wyczuwamy zły nastrój, niechęć do wykonania zadania. Badanie może się odbyć rano lub po południu zależnie od decyzji nauczyciela.
4. Należy przewidzieć odpowiedni **czas** na przeprowadzenie badania, tak aby nauczyciel mógł **poświęcić** każdemu **dziecku** z badanego zespołu swoją **uwagę**. Badanie powinno trwać **tylko czasu, ile dzieci potrzebują** (każde pracuje w innym tempie).

Sposób przeprowadzania badania**Wprowadzenie poprzedzające obie części badania**

Dzieciom z całej grupy opowiedz następującą historyjkę: *Wyobraźcie sobie, że do naszego przedszkola przyszedł nowy kolega/koleżanka – jeśli chcesz, pokaż maskotkę, pozwól dzieciom przywitać się z nią. Chciałby bardzo dowiedzieć się, co się dzieje w naszym przedszkolu. Spróbujemy mu o tym opowiedzieć za pomocą rysunków. Co wy na to?* Zapowiedz dzieciom, że będą wykonywać tę pracę w małych zespołach w kolejnych dniach tygodnia.

Uwaga! Przed badaniem nie należy rozmawiać z dziećmi na temat tego, co dzieje się w ich grupie, przypominać, czym się zajmowały, jakie obowiązują zasady itd., aby nie sugerować dzieciom tego, co mogą narysować.

Pierwsza część badania: *Co lubię w moim przedszkolu?*

1. Poproś dzieci z zespołu, aby usiadły przy stole (w odpowiedniej odległości od siebie). Przypomnij im historyjkę o nowym koledze/koleżance. Powiedz, że ta osoba bardzo chciałaby wiedzieć, **co dzieci lubią w przedszkolu, co się im w nim podoba**.
2. Daj każdemu dziecku kredki i białą kartkę formatu A4. Podaj instrukcję do rysunku: *Pomyślcie o tym, co lubicie w naszym przedszkolu, co wam się w nim podoba, i narysujcie to na kartce*. Wyjaśnij, że dzieci mogą narysować: osoby, rzeczy, zdarzenia, to, co lubią robić, to z kim lubią przebywać, robić coś. Zachęć dzieci do rysowania. Poproś, aby pracowały samodzielnie, w ciszy, nie porozumiewały się z innymi dziećmi i nie zaglądały do ich rysunków.

²²W projektowaniu badania pilotażowego korzystano z konsultacji mgr Magdaleny Milczewskiej z Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego. W obecnej instrukcji uwzględniono doświadczenia i propozycje nauczycielek z 10 przedszkoli, w których przeprowadzono badania pilotażowe.

Uwaga! Może się zdarzyć, że dziecko powie, że nie ma niczego, co lubi w przedszkolu (co mu się podoba). Zachęć je do zastanowienia się i narysowania, ale gdy nie wykona rysunku, nie podpowiadaj i nie naciskaj, zaakceptuj to. Spróbuj porozmawiać z dzieckiem. Zrób odpowiednią notatkę. Jeśli dziecko chciałoby wykonać rysunek innego dnia, pozwól mu na to.

3. Poproś dzieci, które skończyły swój rysunek, aby kolejno (pojedynczo) podchodziły do ciebie i **opowiedziały ci**, co na nim narysowały (*Jak skończysz, przyjdź do mnie i opowiedz mi o tym, co narysowałaś(-łeś). Jeśli jakieś inne dziecko będzie już ze mną rozmawiać, poczekaj na swoją kolej*). W czasie opowiadania przez dziecko treści rysunku postaraj się – na tyle, na ile pozwoli na to dziecko i czas – pogłębić poruszany przez nie temat. Możesz np. zachęcić do rozwinięcia tematu, dopytać o pewne kwestie, nawet jeśli nie ma ich na rysunku. Zdarza się, że rysunek jest „ubogi”, zawiera niewiele elementów, ale w rozmowie dziecko podaje wiele informacji. **Zanotuj dokładnie to, co mówi dziecko** (bez własnej interpretacji i uzupełnień), na odwrocie rysunku lub osobnej kartce. **Nie notuj na rysunku**, aby go nie „psuć”! Wy tłumacz dziecku, że notatki są potrzebne, żeby lepiej zapamiętać to, o czym ono mówi (*To, co mówisz, jest dla mnie ważne, dlatego – jeśli pozwolisz – zapiszę to*). Jeśli uznasz, że istnieje potrzeba kontynuowania rozmowy, wróć do niej w innym, sprzyjającym dla siebie i dziecka, czasie (innego dnia, na podwórku, podczas ubierania się w szatni itp.). Zdarza się, że samo dziecko wraca do swojej pracy następnego dnia i chciałoby coś uzupełnić w rysunku lub coś jeszcze powiedzieć. Pozwól mu na to i dopisz to, co powiedział.

Uwaga! Przydatną metodą może być nagranie opowiadania dzieci na dyktafon, a następnie odsłuchanie i zapisanie tej wypowiedzi. Ułatwia to rozmowę z dzieckiem, skupienie się na tym, co mówi, jak się zachowuje. W przypadku tym **bezwzględnie konieczne jest uzyskanie zgody rodziców na piśmie na nagrywanie opowiadania dziecka. Dziecko powinno być o tym także poinformowane** (*To, co mówisz, jest dla mnie ważne, dlatego – jeśli pozwolisz – nagram to*).

4. Podziękuj każdemu dziecku za pracę (jeśli na wstępie wykorzystana była maskotka, w tym momencie można jej użyć ponownie). Podkreśl, że ważne jest, żeby wiedzieć, co dziecko lubi w przedszkolu. Pod notatką przedstawiającą treść opowiadania dziecka, zapisz ewentualnie dodatkowe uwagi, obserwacje, jeśli uznasz, że jest taka potrzeba.
5. Przejrzyj sporządzone danego dnia rysunki i notatki. Uporządkuj je, uzupełnij, jeśli coś nie zostało zapisane.

Druga część badania: Czego nie lubię w moim przedszkolu?

1. Poproś dzieci z zespołu, aby usiadły przy stole (w odpowiedniej odległości od siebie) i przypomnij im historyjkę o nowym koledze (nowej koleżance). Powiedz, że tym razem ta osoba bardzo chciałaby wiedzieć, **czego dzieci nie lubią w przedszkolu, co im się w nim nie podoba**.

Dalej postępuj **tak samo** jak w pierwszej części badania (poniżej pkt 2–5 zapisano w skrócie):

2. Rozdaj przybory do wykonania rysunku, podaj instrukcję do rysunku (*Pomyślcie o tym, czego nie lubicie w naszym przedszkolu, co wam się w nim nie podoba, i narysujcie to na kartce*).

Uwaga! Może się zdarzyć, że dziecko powie, że nie ma niczego, czego nie lubi w przedszkolu (co mu się nie podoba). Zachęć je do zastanowienia się i narysowania, ale gdy nie wykona rysunku, nie podpowiadaj i nie naciskaj, zaakceptuj to. Spróbuj porozmawiać z dzieckiem. Zrób odpowiednią notatkę. Jeśli dziecko chciałoby wykonać rysunek innego dnia, pozwól mu na to.

3. Porozmawiaj z dzieckiem o jego rysunku (zapisz/nagraj jego wypowiedź).
4. Podziękuj dziecku za pracę. Podkreśl, że ważne jest, żeby wiedzieć, czego dziecko nie lubi w przedszkolu, bo można spróbować to zmienić.
5. Przejrzyj rysunki i zapiski, uporządkuj je, uzupełnij notatki, jeśli coś nie zostało zapisane.

Sposób opracowania wyników badania

Kluczowym punktem badania za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz” jest **ROZMOWA** z dzieckiem, do której wstępem (przyczynkiem, pretekstem) jest jego rysunek. Dlatego **analizie należy poddać treści notatek z tej rozmowy**, a nie rysunek (zdarza się, że może go nie być, rysunek może być trudny do rozszyfrowania). Przykłady rysunków dzieci i zapisów ich opowiadania przedstawiono na kolejnych stronach.

Podane przez dzieci treści (wskaźniki) należy uporządkować, kwalifikując je do odpowiednich kategorii odpowiadających wymiarom klimatu społecznego. Wymiary, które pojawiają się najczęściej, to: (1) Samopoczucie i atmosfera w przedszkolu, (2) Osoby dorosłe i relacje z nimi, (3) Dzieci i relacje między nimi, (4) Rzeczy, (5) Aktywności, (6) Jedzenie i picie (7), Pomieszczenia, wyposażenie i teren przedszkola. Przykłady treści (wskaźników) zakwalifikowanych do poszczególnych wymiarów w podziale na pozytywne – to, co dzieci lubią w przedszkolu, i negatywne – to, czego nie lubią w przedszkolu, zamieszczono w tabeli 3.

Wyniki badania należy wpisać do *Arkusza zbiorczego dla standardu drugiego: badanie klimatu społecznego w grupie przedszkolnej techniką „Narysuj i opowiedz”* (Załącznik IIb). Instrukcja wypełnienia arkusza i jego wzór znajdują się w rozdziale 5 (Standard drugi).

Wykorzystanie wyników

Informacje zdobyte za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz” mogą być wykorzystane do **identyfikacji korzystnych i niekorzystnych sytuacji i zdarzeń, które wpływają na samopoczucie dzieci i klimat społeczny w grupie przedszkolnej**. Technika ta pozwala jedynie na **orientacyjną ocenę tego klimatu**. Szczególną uwagę należy zwrócić na te wypowiedzi dzieci, które dotyczą tego, czego nie lubią one w przedszkolu.

Uzyskane dane można wykorzystać także w diagnozie przedszkolnej (szczególnie w części dotyczącej umiejętności społecznych i emocjonalnych poszczególnych dzieci). Mogą one stanowić podstawę do planowania pracy wychowawczej i dydaktycznej z dziećmi, indywidualnej pomocy dzieciom, współpracy z rodzicami.

Co lubię w moim przedszkolu? Przykłady rysunków i ich opisów



Lubię:
ćwiczenie z szarfą i z panią,
zabawę z dziećmi,
zabawę zabawkami,
książki.



Lubię swoją panią, też lubię inne
panie.
Lubię Karinkę. Lubię się z nią bawić
na podwórku. Lubię też Laurę.
Lubię nasz ogród, jest kolorowy
i zielony.
Lubię przychodzić, bo jest tu faj-
nie, dobrze się czuję i się śmieję. Bo
w przedszkolu nie jest nudno.
Uczę się tu różnych rzeczy z panią.
Są zwierzęta.
Mamy często wycieczki,
wychodzimy.
Tu jest miło.



Lubię Oliwiera, Adasia i jeszcze lubię
innych.
Lubię bawić się Lego z kolegami.
Lubię tu być, nie chcę iść do domu.
Lubię dyżurować, zjadać obiad i ka-
napki z naszą rzeżuchą.



Lubię:
układać z klocków,
oglądać książki,
bawić się razem z panią,
koleżanki.

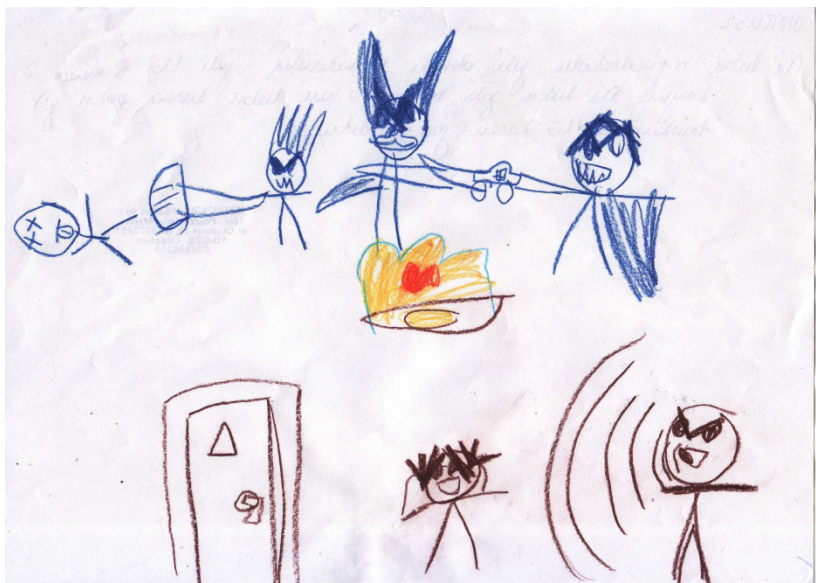


Lubię, jak ciocie mnie uczą.
Lubię myć zęby.
Lubię się bawić.
Lubię pomagać cioci nakrywać do
obiadu.
Lubię ciocie – przytulać się do nich.
Lubię chodzić na spacer.
Lubię bawić się z Gabrysią, Lilianką,
Kingą, Anią w piaskownicy.
Lubię, bo nie jestem sama.
Jest wesoło.
Lubię, bo ciocie ciągle coś
wymyślają.



To jest Mikołaj, mysia i ja, a ten
dom to przedszkole. Lubię Lego
i Mikołaja, bo razem się bawimy.
Lubię nasze przedszkole, bo tu jest
plastelina, jest podwórko i się dzieci
właśnie bawią na podwórku. Na
górze jest pan Tadeusz, który nam
naprawia telewizor i szafki.

Czego nie lubię w moim przedszkolu? Przykłady rysunków i ich opisów



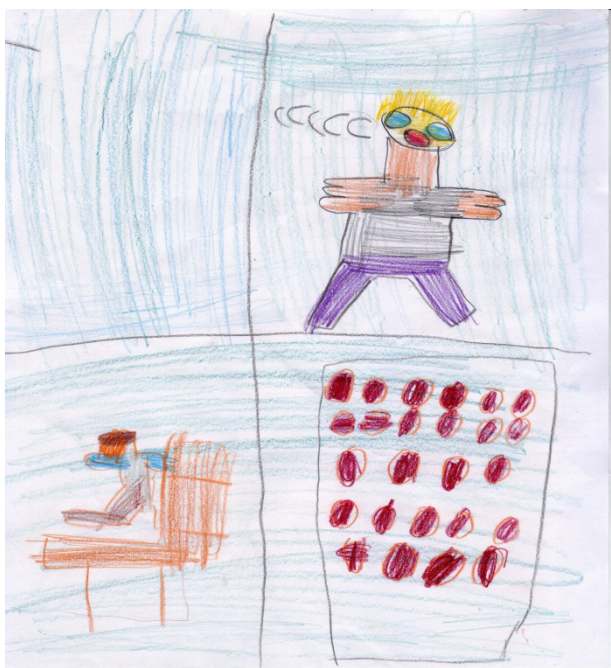
Nie lubię w przedszkolu, jak otwiera się łazienkę i jak któreś z dzieci krzyczy. Nie lubię, jak się biją i nie lubię kaszy, gdzie jest truskawka, bo kasza jest niedobra.



*Nie lubię, jak razi mnie słońce, bo bolą mnie oczy.
Nie lubię się kłócić i bić, a często mi się to zdarza, bo mnie denerwują.
Nie lubię, jak jest woda na placu zabaw, bo wtedy tam nie idziemy.
Nie lubię pierogów jeść.*



Nie lubię, jak chłopaki sobie robią „kręciołki” z klocków, bo nie mam nikogo do zabawy i potem się nudzę. Tutaj są te „kręciołki” (chłopiec wskazuje rysunek), a tutaj ja – smutny. Bo oni tak kręcą i kręcą i który „kręciołek się przewróci, to odpada, a który nie, to wygrywa. A ta zabawa jest nudna.



Ja nie lubię, jak pani krzyczy, nie lubię, jak mam „czerwone miny” (smutne minki na tablicy „jacy jesteśmy”) i jak siedzę na krzeselku, bo na przykład się biję z Karolem. Bo ja nie lubię kar.



Nie lubię, gdy Zuzia na mnie krzyczy. Nie lubię też, gdy dzieci się boją, bo ktoś krzyczy, np. koleżanka.



Nie lubię leżakować.
Nie lubię, kiedy ktoś się nie chce dzielić zabawkami.
Nie lubię zadań w elementarzu, czytania.

Tabela 3. Przykłady treści (wskaźników) zawartych w notatkach z rozmów z dziećmi zakwalifikowanych do poszczególnych wymiarów Grupa dzieci w wieku 6 lat Liczba dzieci w grupie: 18 Liczba zbadanych dzieci: 16

Wymiary klimatu społecznego	A. Co dzieci lubią w przedszkolu? Co im się w nim podoba?		B. Czego dzieci nie lubią w przedszkolu? Co im się w nim nie podoba?	
	Treści (wskaźniki) zawarte w notatkach z rozmów z dziećmi	Liczba wskazań	Treści (wskaźniki) zawarte w notatkach z rozmów z dziećmi	Liczba wskazań
1. Samopoczucie i atmosfera w przedszkolu	Dobre samopoczucie, zgoda Jest wesoło, miło, fajnie, dobrze się tu czuję Jestem tu szczęśliwa	9 5 1		
2. Osoby dorosłe i relacje z nimi	Uśmiechnięte nauczycielki Pan konserwator Nauczycielki pomocne, kochane, rozmawiają można się przytulić Panie z kuchni	10 3 2 1	Gdy nie ma pani z mojej grupy (jest inna) Gdy pani jest smutna Jak pan z języka angielskiego jest smutny, gdy jesteś niegrzeczni	3 2 1
3. Dzieci i relacje między nimi	Zabawy z koleżankami i kolegami	14	Kłótnie z rówieśnikami, bicie Krzyk i hałas innych dzieci Przepychanie w szatni i ubieranie Zły humor i złość	8 7 4 3
4. Rzeczy (zabawki, sprzęty)	Książki Klocki lego i inne Misie, lalki Samochody Kredki, ołówek	9 7 6 2 2	Drewniane klocki, bo mają drzazgi Rękawiczki	1 1
5. Aktywności (zajęcia, zabawy)	Słuchanie muzyki, tańce Lepienie z plasteliny, ćwiczenia, rysowanie Zabawy konstrukcyjne Dyżury, podlewanie kwiatków, sprzątanie Zabawa na podwórku, biegi, wyścigi, gra w piłkę Gotowanie z panią	9 6 4 3 2 2	Odpoczynek na dywanie, leżakowanie, odpoczynek przy muzyce Praca w książce Gdy nie można się bawić na podwórku Zajęcia z tańca Mycie zębów	7 3 3 1 1
6. Jedzenie i picie	Naleśniki, warzywa, kotlet schabowy, frytki z marchewką, pierogi, surówka z marchewki, kanapki z naszą rzeżuchą Koktajl, budyni czekoladowy Pyszne obiady	7 3 3	Pomidory, fioletowa kapusta, kasza z truskawkami, zupa pieczarkowa, grochowa, mleczna, kanapki z twarogiem	11
7. Pomieszczenia, wyposażenie i teren przedszkola	Kolorowy, duży dywan Zielony ogród	1 3	Szatnia za małą Za mało zabawek w ogrodzie Toalety za małe	7 4 3
8. Inne	Zwierzęta w przedszkolu	3		

4. Standard pierwszy

Koncepcja pracy przedszkola, jego organizacja i struktura sprzyjają realizacji długofalowych, zaplanowanych działań dla wzmacniania zdrowia dzieci, pracowników i rodziców dzieci

Punktem wyjścia do wdrażania każdego programu jest **tworzenie warunków**, które umożliwią osiągnięcie założonych celów. Dotyczy to szczególnie promocji zdrowia, która obejmuje szeroki zakres działań, które powinny być kontynuowane przez długi czas. Konieczne jest także, aby wszyscy pracownicy przedszkola i większość rodziców **poznali i zrozumieli koncepcję przedszkola promującego zdrowie**.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

W standardzie pierwszym wyodrębniono cztery wymiary:

1. Uwzględnienie promocji zdrowia w dokumentach oraz w pracy i życiu przedszkola.
2. Struktura dla realizacji programu przedszkola promującego zdrowie.
3. Szkolenia, systematyczne informowanie oraz dostępność informacji na temat koncepcji przedszkola promującego zdrowie.
4. Planowanie i ewaluacja działań w zakresie promocji zdrowia oraz ich dokumentowanie.

W ramach każdego z wymiarów wyróżniono 3–5 wskaźników. Wskaźniki te – wyrażone w postaci stwierdzeń – określają cechy, które są przedmiotem oceny w danym wymiarze. Wymieniono je w *Arkuszu zbiorczym dla standardu pierwszego* (Załącznik I).

Metody badania i narzędzia

1. Do metod badania stopnia osiągnięcia standardu pierwszego należą: obserwacja, analiza dokumentów, wywiad oraz badanie ankietowe (część A ankiety). Wymieniono je w nawiasie przy każdym wskaźniku w *Arkuszu zbiorczym dla standardu pierwszego* (Załącznik I). W ustalaniu oceny danego wskaźnika należy wziąć pod uwagę wszystkie wymienione metody.
2. *Arkusz zbiorczy dla standardu pierwszego* (Załącznik I) wypełniony według podanej niżej instrukcji.

Instrukcja wypełniania *Arkusza zbiorczego dla standardu pierwszego* (Załącznik I)

Osoby wypełniające arkusz

Arkusz wypełniają osoby, które dokonały oceny pierwszego standardu. Ostateczna wersja arkusza powinna być przedyskutowana i uzgodniona zespołowo wspólnie z koordynatorem ds. promocji zdrowia.

Przygotowanie danych

Zgromadź wszystkie dane niezbędne do oceny wskaźników, w tym także ankiety dla trzech grup badanych z procentowym rozkładem kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia w części A ankiety.

Sposób wypełniania arkusza

1. Przeczytaj kolejno każdy wskaźnik w kolumnie 1. Zwróć uwagę na to, że niektóre wskaźniki są złożone: zawierają kilka elementów. W ustalaniu oceny weź pod uwagę **wszystkie** te elementy.

2. Oceń każdy wskaźnik w czteropunktowej skali, zakreślając właściwą cyfrę w kolumnie 2:

- 5 pkt – **stan pożądany** („optymalny”), nie wymaga korekty, uzupełnień, zmian, poprawy, jest to „mocna” strona przedszkola,
- 4 pkt – niewielkie zastrzeżenia w stosunku do stanu pożadanego, niezbędna niewielka korekta/ poprawa,
- 3 pkt – wyraźne zastrzeżenia w stosunku do stanu pożadanego, niezbędna duża korekta/ poprawa,
- 2 pkt – brak lub niesatysfakcjonujący stopień osiągania danego wskaźnika, konieczna bardzo duża korekta/poprawa, jest to „słaba” strona przedszkola.

Uwagi:

- W przypadku, gdy we wskaźniku zalecono wykorzystanie analizy dokumentu, wywiadu lub obserwacji, dokonaj **oceny subiektywnej**, zastanawiając się, czy i w jakim stopniu aktualny stan odbiega od pożadanego, czyli 5 punktów.
- W przypadku, gdy we wskaźniku zalecono wykorzystanie odpowiedzi na pytania ankiety, zsumuj odpowiedzi *tak* i *raczej tak* dla danego stwierdzenia i przyjmij następującą **zasadę ich przeliczania na punkty**:

- 91–100% = 5 pkt
- 75–90% = 4 pkt
- 60–74% = 3 pkt
- 59% i mniej = 2 pkt

Przy niektórych wskaźnikach trzeba wziąć pod uwagę odpowiedzi z ankiety dwóch lub więcej grup (np. nauczycieli i pracowników niepedagogicznych). W takim przypadku wynik należy uśrednić i zaokrąglić do pełnej liczby punktów.

3. Jeżeli aktualny stan odbiega od pożadanego, tzn. oceny 5 pkt, w kolumnie 3 wpisz to, co wymaga poprawy.

4. W podsumowaniu wyników w standardzie pierwszym:

- oblicz średnią liczbę punktów z jednym miejscem po przecinku dla każdego wymiaru i wpisz ją w kolumnie b,
- przeanalizuj zapisy z kolumny 3 i spośród zapisanych elementów wymagających poprawy wybierz te, których poprawa jest pilna i możliwa w sytuacji waszego przedszkola. Wpisz je w kolumnie c,
- oblicz średnią liczbę punktów z jednym miejscem po przecinku dla całego standardu (na podstawie średnich z poszczególnych wymiarów),
- wybierz problem priorytetowy (tzn. wymagający rozwiązania w najbliższym czasie) spośród elementów, których poprawa jest pilna i możliwa (kolumna c), i zapisz go. W wyborze problemu priorytetowego powinien uczestniczyć cały zespół promocji zdrowia wraz z koordynatorem.

Uwaga!

Po wypełnieniu arkusza przeczytaj uważnie to, co zostało w nim zapisane, i zastanów się:

- czy oceny przy wszystkich stwierdzeniach są **obiektywne, czy nie są zawyżone**,
- czy dane w odsetkach przy małej liczbie badanych osób zostały **właściwie zinterpretowane**,
- czy coś nie zostało **pominięte**,
- co można by jeszcze zrobić, aby **poprawić** funkcjonowanie przedszkola w zakresie tego standardu.

Dodatkowe uwagi dotyczące niektórych wymiarów i wskaźników

Dokonanie oceny stopnia osiągania standardu pierwszego wymaga od zespołu ewaluacyjnego **dobrej znajomości koncepcji promocji zdrowia i PPZ**. Autoewaluacja jest okazją do przypomnienia sobie zasad tworzenia takiego przedszkola. Niżej wyjaśniono niektóre wskaźniki.

Ad. Wymiar 2. Struktura dla realizacji programu przedszkola promującego zdrowie

c) Dyrektor wspiera działania w zakresie promocji zdrowia. Jednym z podstawowych warunków tworzenia PPZ jest dobra znajomość jej koncepcji przez dyrektora przedszkola, jego przekonanie o korzyściach płynących z takiego podejścia oraz rzeczywiste zaangażowanie w te działania. Najkorzystniej jest, gdy rolę koordynatora ds. promocji zdrowia pełni dyrektor lub jego zastępca (jeśli jest powołany). Jeśli dyrektor przedszkola nie pełni tej funkcji, dokonując oceny tego wskaźnika, należy zastanowić się nad odpowiedziami na następujące pytania:

- jakie są formy wspierania koordynatora i zespołu promocji zdrowia przez dyrektora przedszkola?
- jakie są oczekiwania co do uczestnictwa dyrektora w realizacji działań, w jakim stopniu oczekiwania te są spełniane i co należałoby zmienić w tym zakresie?

d) Protokół z kontroli stacji sanitarno-epidemiologicznej. Przyjęto założenie, że w Polsce zdecydowana większość przedszkoli jest zlokalizowana w odpowiednich budynkach, posiada wyposażenie i warunki higieniczno-sanitarne zgodne z obowiązującymi przepisami i normami. Pracownicy powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych dokonują systematycznych (co 1–2 lata) kontroli w tym zakresie. Z tego powodu w standardach PPZ (w odróżnieniu od SzPZ) nie uwzględniono standardu dotyczącego środowiska fizycznego przedszkola. W arkuszu zbiorczym dla standardu pierwszego zamieszczono jednak jedno stwierdzenie dotyczące wyników ostatniej kontroli stacji sanitarno-epidemiologicznej. Należy zapoznać się z protokołem z tej kontroli i sprawdzić, czy odnotowano w nim jakieś nieprawidłowości, czy zostały one usunięte i czy stacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami, została o tym poinformowana. Należy także zwrócić uwagę na to, czy aktualnie nie ma jakichś nieprawidłowości i potrzeb dotyczących terenu przedszkola, budynku, pomieszczeń, wyposażenia, organizacji zajęć, jadłospisów, które wymagają podjęcia działań. W przypadku ich stwierdzenia uwagi na ten temat należy wpisać w kolumnie 3 przy tym stwierdzeniu (element wymagający poprawy).

Ad. Wymiar 4. Planowanie i ewaluacja działań w zakresie promocji zdrowia

Podstawowym elementem działań w PPZ, podobnie jak w SzPZ, jest planowanie i ewaluacja działań. Jest to warunek ich skuteczności. Z tego powodu przedszkola ubiegające się o nadanie *Krajowego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie* są proszone o dołączenie do wniosku prawidłowo skonstruowanego planu działań dla rozwiązania wybranego przez nie problemu priorytetowego. Doświadczenia wskazują, że wiele szkół i przedszkoli ma trudności w prawidłowym konstruowaniu planów.

Zasady konstruowania planów działań i ich ewaluacji opisano w części pierwszej poradnika, w rozdziale 5.2.2. Przed dokonaniem oceny trzech wskaźników wymienionych w *Arkuszu zbiorczym dla standardu pierwszego* (Załącznik I, wymiar 4) należy zapoznać się z tymi zasadami i odwoływać się do nich w czasie analizy planów i raportów z ewaluacji. Dotyczy to szczególnie niżej wymienionych wskaźników:

b) Zapisy planów działań i ich ewaluacji są zgodne z zasadami przyjętymi w PPZ. Analizując plany działań z ostatnich 3 lat, należy sprawdzić:

- czy planowanie było poprzedzone diagnozą?
- czy uwzględniono dwie części planu: część wstępną i plan działań („właściwy”)?
- czy problem priorytetowy jest sformułowany prawidłowo i czy wynika z diagnozy?
- czy jest spójność między problemem priorytetowym, celem działań i kryterium sukcesu?
- czy w planie uwzględniono wszystkie wymagane elementy, także te dotyczące zaplanowania ewaluacji?

W ocenie planów można wykorzystać „Listę kontrolną do analizy wybranych elementów planu działań” (patrz część I, rozdz. 5.2.5).

c) W ostatnich 3 latach sporządzono raporty z ewaluacji procesu i wyników działań w zakresie promocji zdrowia zgodne z zasadami przyjętymi w PPZ. W działaniach w zakresie promocji zdrowia zwraca się szczególną uwagę na ewaluację, **czyli sprawdzanie, czy osiągnięto ustalony cel, czy zrealizowano zaplanowane zadania.** Przedszkola podejmują bardzo wiele działań bez sprawdzania, jakie są ich efekty. Nie jest zatem wiadomo, jakie są wyniki wysiłków oraz czasu poświęconego na te działania przez wiele osób. Należy sprawdzić w dokumentacji zespołu promocji zdrowia:

- czy są raporty z ewaluacji działań podejmowanych w przedszkolu w ostatnich 3 latach?
- czy sporządzono je zgodnie z ustalonymi zasadami?

Warto też zastanowić się, czy raporty z ewaluacji zostały zaprezentowane pracownikom i rodzicom dzieci, i czy stanowiły one podstawę do planowania dalszych działań.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU PIERWSZEGO

Załącznik I

Wymiary i wskaźniki (stan pożądaný, „optymalny”)	Ocena (punkty)		Elementy wymagające poprawy (jeśli aktualny stan odbiega od pożądanego, czyli oceny 5)
	1	2	3
1. Uwzględnienie promocji zdrowia w dokumentach oraz w pracy i życiu przedszkola			
a) W koncepcji pracy przedszkola (lub w dokumencie o innej nazwie) zapisano, że: przedszkole realizuje program PPZ; należy on do priorytetów; promocja zdrowia dotyczy dzieci i pracowników; zapis jest zgodny z przyjętą w Polsce koncepcją PPZ (<i>Analiza dokumentu</i>)	5	4 3 2	
b) Pracownicy przedszkola i rodzice mają poczucie, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą w przedszkolu (<i>Ankieta N, Pn, R – pyt. 1</i>)	5	4 3 2	
c) Pracownicy przedszkola uważają, że w przedszkolu są podejmowane działania na rzecz promocji ich zdrowia (<i>Ankieta N, Pn – pyt. 3</i>)	5	4 3 2	
2. Struktura dla realizacji programu przedszkola promującego zdrowie			
a) W zespole promocji zdrowia są przedstawiciele: dyrekcji, N, Pn, R; zadania zespołu sformułowane na piśmie (<i>Analiza dokumentu, wywiady</i>)	5	4 3 2	
b) Koordynator ds. promocji zdrowia został powołany przez dyrektora w porozumieniu z zespołem promocji zdrowia; zadania koordynatora sformułowane na piśmie (<i>Wywiad z koordynatorem, analiza dokumentu</i>)	5	4 3 2	
c) Dyrektor przedszkola wspiera działania w zakresie promocji zdrowia (<i>Wywiady, obserwacje</i>)	5	4 3 2	
d) W protokole z ostatniej kontroli stacji sanitarno-epidemiologicznej nie odnotowano nieprawidłowości lub zostały one usunięte i stacja została o tym poinformowana (<i>Analiza protokołu, obserwacja</i>)	5	4 3 2	
3. Szkolenia, systematyczne informowanie i dostępność informacji na temat koncepcji przedszkola promującego zdrowie			
a) Dyrektor przedszkola i członkowie zespołu promocji zdrowia uczestniczyli w szkoleniu(-ach) na temat PPZ w ostatnich 2 latach (<i>Wywiady, analiza dokumentów</i>)	5	4 3 2	
b) Zorganizowano wewnętrzne szkolenia na temat PPZ dla rady pedagogicznej i pracowników niepedagogicznych w ostatnich 2 latach (<i>Analiza dokumentów, Ankieta N – pyt. 2, Pn – pyt. 2</i>)	5	4 3 2	
c) Rodzicom dzieci (w tym nowoprzyjętym do przedszkola) wyjaśniono, co to znaczy, że przedszkole jest PPZ (<i>Ankieta R – pyt. 2, analiza dokumentów</i>)	5	4 3 2	
d) Na stronie internetowej przedszkola jest zakładka poświęcona PPZ, zawierająca aktualne i wyczerpujące informacje na ten temat (<i>Analiza strony</i>)	5	4 3 2	

e) Tablica informująca o programie PPZ jest umieszczona w widocznym i powszechnie dostępnym miejscu przedszkola i zawiera aktualne informacje (<i>Obserwacja, analiza informacji</i>)	5	4	3	2
4. Planowanie i ewaluacja działań w zakresie promocji zdrowia oraz ich dokumentowanie				
a) W 3 ostatnich latach opracowano roczne plany działań w zakresie promocji zdrowia i ich ewaluacji, z uwzględnieniem potrzeb dzieci, nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców dzieci (<i>Analiza planów</i>)	5	4	3	2
b) Zapisy planów działań i ich ewaluacji są zgodne z zasadami przyjętymi w PPZ w Polsce (<i>Analiza planów</i>)	5	4	3	2
c) W ostatnich 3 latach sporządzono raporty z ewaluacji procesu i wyników działań w zakresie promocji zdrowia zgodne z zasadami przyjętymi w PPZ w Polsce (<i>Analiza raportów</i>)	5	4	3	2

Podsumowanie wyników w standardzie pierwszym

Wymiar	Średnia liczba punktów	Wybrane elementy, których poprawa jest pilna i możliwa (wybierz je z kolumny 3)
a	b	c
1. Uwzględnienie promocji zdrowia w dokumentach oraz w pracy i życiu przedszkola		
2. Struktura dla realizacji programu przedszkola promującego zdrowie		
3. Szkolenia, systematyczne informowanie i dostępność informacji na temat koncepcji przedszkola promującego zdrowie		
4. Planowanie i ewaluacja działań w zakresie promocji zdrowia oraz ich dokumentowanie		

Średnia liczba punktów dla standardu pierwszego (dla 4 wymiarów): ...

Problem priorytetowy (wybrany na podstawie zapisów w kolumnie c): ...

Data: Podpis koordynatora:

5. Standard drugi

Klimat społeczny przedszkola sprzyja dobremu samopoczuciu i zdrowiu dzieci, pracowników i rodziców dzieci

Tworzenie w przedszkolu klimatu społecznego sprzyjającego zdrowiu i dobremu samopoczuciu dzieci (wychowanków), pracowników i rodziców dzieci jest kluczową cechą PPZ. Dobry klimat społeczny decyduje w znacznym stopniu o jakości pracy i życia w przedszkolu oraz jest zasobem dla zdrowia dzieci i pracowników. Tworzenie tego klimatu zależy przede wszystkim od nauczycieli i wszystkich pozostałych pracowników przedszkola.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

Klimat społeczny przedszkola jest pojęciem subiektywnie postrzeganym i wielowymiarowym, trudnym do zdefiniowania i zmierzenia. Dla potrzeb autoewaluacji w PPZ wybrano tylko niektóre jego elementy. Wymiary i wskaźniki do ich oceny uwzględnione w badaniu dorosłych członków społeczności przedszkola przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wymiary klimatu społecznego przedszkola uwzględnione w badaniu jego pracowników i rodziców dzieci oraz numery stwierdzeń (wskaźników) w części B ankiety

Badana grupa	Wymiary	Numery stwierdzeń w części B ankiety (wskaźniki)
Nauczyciele	Stwarzanie nauczycielom możliwości uczestnictwa w życiu przedszkola	4–5
	Relacje i wsparcie ze strony dyrektora przedszkola	6–9
	Relacje między nauczycielami	10–12
	Relacje z rodzicami dzieci	13–15
Pracownicy niepedagogiczni	Stwarzanie pracownikom możliwości uczestnictwa w życiu przedszkola	4–5
	Relacje i wsparcie ze strony dyrektora przedszkola	6–8
	Relacje z nauczycielami	9–11
	Relacje z innymi pracownikami przedszkola, którzy nie są nauczycielami	12–14
Rodzice dzieci	Stwarzanie rodzicom możliwości uczestnictwa w życiu przedszkola	3–6
	Relacje z nauczycielami i dyrektorem	7–9
	Postrzeganie przez rodziców sposobu, w jaki nauczyciele traktują ich dziecko	10–12

W badaniu klimatu społecznego z perspektywy dzieci można uwzględnić następujące wymiary: (1) Samopoczucie i atmosfera w przedszkolu, (2) Osoby dorosłe i relacje z nimi, (3) Dzieci i relacje między nimi, (4) Rzeczy, (5) Aktywności, (6) Jedzenie i picie, (7) Pomieszczenia, wyposażenie i teren przedszkola, (8) Inne.

Metody badania i narzędzia

W badaniu klimatu społecznego przedszkola są wykorzystywane dwie metody:

1. Badanie ankietowe nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców dzieci (część B ankiety). Zasady doboru badanych podano w instrukcji do badań ankietowych (rozdział 2). Wyniki części B ankiety należy podsumować, wypełniając *Arkusze zbiorczy dla standardu drugiego: badanie klimatu społecznego przedszkola za pomocą ankiety* (Załącznik IIa, instrukcja poniżej).

2. Badanie techniką „Narysuj i opowiedz” przeprowadzone wśród dzieci 5- i/lub 6-letnich. Wyniki badania każdej grupy należy podsumować w odrębnym *Arkuszu zbiorczym dla standardu drugiego: badanie klimatu społecznego przedszkola za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz”* (Załącznik IIb, instrukcja poniżej).

5.1. Badanie ankietowe dorosłych

Instrukcja wypełniania Arkusza zbiorczego dla standardu drugiego: badanie klimatu społecznego za pomocą ankiety (Załącznik IIa)

Osoby wypełniające arkusz

Arkusz wypełniają osoby, które dokonały oceny drugiego standardu, wykorzystując wyniki części B ankiety dotyczącej klimatu społecznego. Ostateczna wersja arkusza powinna być przedyskutowana i uzgodniona zespołowo wspólnie z koordynatorem ds. promocji zdrowia.

Przygotowanie danych

1. Zgromadź ankiety dla trzech grup badanych z procentowym rozkładem kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia w części B ankiety.
2. Zsumuj odsetki odpowiedzi *tak* i *raczej tak* na każde stwierdzenie w każdej grupie badanych.
3. Przelicz odsetki na punkty według następującej zasady:
 - 91–100% = 5 pkt
 - 75–90% = 4 pkt
 - 60–74% = 3 pkt
 - 59% i mniej = 2 pktZapisz liczbę punktów na marginesie przy każdym stwierdzeniu.
4. Dla każdej grupy badanych oblicz średnią liczbę punktów z jednym miejscem po przecinku:
 - ze wszystkich stwierdzeń w każdym wymiarze,
 - ze wszystkich wymiarów.

Sposób wypełniania arkusza

1. W tabeli zapisz:
 - w kolumnie 1: liczbę osób zbadanych w każdej grupie,
 - w kolumnie 3: ocenę, tzn. średnią liczbę punktów ze wszystkich stwierdzeń w poszczególnych wymiarach dla każdej grupy badanych,
 - w kolumnie 4: ocenę, tzn. średnią liczbę punktów ze wszystkich wymiarów łącznie dla każdej grupy badanych,
 - w kolumnie 5: to, co wymaga poprawy, jeśli wyniki odbiegają od stanu pożądanego (ocena 5 pkt).
2. W podsumowaniu wyników w standardzie drugim:
 - oblicz średnią liczbę punktów z jednym miejscem po przecinku dla wszystkich badanych grup,
 - określ problem priorytetowy wybrany na podstawie zapisów w kolumnie 5.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU DRUGIEGO: **badanie klimatu społecznego przedszkola za pomocą ankiety**

Załącznik IIa

Badana grupa liczba zbadanych osób	Wymiary (numery stwierdzeń)	Ocena: średnia punktów w każdym wymiarze	Ocena: średnia punktów we wszystkich wymiarach	Elementy wymagające poprawy (jeśli aktualny stan odbiega od pożądanego (5 pkt))
1	2	3	4	5
Nauczyciele liczba:	Stwarzanie nauczycielom możliwości uczestnictwa w życiu przedszkola (4–5)			
	Relacje i wsparcie ze strony dyrektora przedszkola (6–9)			
	Relacje między nauczycielami (10–12)			
	Relacje z rodzicami dzieci (13–15)			
Pracownicy niepedagogiczni liczba:	Stwarzanie pracownikom możliwości uczestnictwa w życiu przedszkola (4–5)			
	Relacje i wsparcie ze strony dyrektora przedszkola (6–8)			
	Relacje z nauczycielami (9–11)			
	Relacje z innymi pracownikami przedszkola, którzy nie są nauczycielami (12–14)			
Rodzice dzieci liczba:	Stwarzanie rodzicom możliwości uczestnictwa w życiu przedszkola (3–6)			
	Relacje z nauczycielami i dyrektorem (7–9)			
	Postrzeganie przez rodziców sposobu, w jaki nauczyciele traktują ich dziecko (10–13)			

Podsumowanie wyników w standardzie drugim: badanie klimatu społecznego przedszkola za pomocą ankiety

Średnia liczba punktów dla standardu drugiego dla wszystkich badanych grup dorosłych: ...

Problem priorytetowy (wybrany na podstawie zapisów w kolumnie 5): ...

Data: Podpis koordynatora:

5.2. Badanie dzieci techniką „Narysuj i opowiedz”

Instrukcja wypełniania Arkusza zbiorczego dla standardu drugiego: badanie klimatu społecznego w grupie przedszkolnej za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz” (Załącznik IIb)

Osoby wypełniające arkusz

Arkusz wypełniają osoby, które przeprowadziły badania techniką „Narysuj i opowiedz” w poszczególnych grupach.

Przygotowanie danych

Zgromadź wszystkie rysunki dzieci i notatki z ich wypowiedzi.

Sposób wypełniania arkusza (kolejne kroki opracowania wyników badania)

1. Przygotuj *Arkusz zbiorczy dla standardu drugiego: badanie klimatu społecznego w grupie przedszkolnej za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz”* (Załącznik IIb). Dla każdej grupy powinien być odrębny arkusz.
2. Przeczytaj kolejno każdą notatkę z rozmowy z dzieckiem przeprowadzonej w **pierwszej** części badania. Określ zawarte w niej treści i zastanów się, do jakich wymiarów je zakwalifikować. Wpisz je w odpowiednim wierszu w części A tabeli. Przy powtarzających się treściach zaznaczaj kreskami każdą kolejną treść. Treści niepasujące do 7 wymiarów zapisz w wierszu „Inne”, być może grupują się one w sposób wskazujący na potrzebę wyodrębnienia nowego, specyficznego dla danej grupy wymiaru, jeśli tak, nazwij go. Oblicz i wpisz liczbę powtarzających się wskazań (treści w wypowiedziach dzieci).
Uwaga! Niektóre wypowiedzi dzieci mogą dotyczyć kilku wymiarów. To ty decydujesz, do którego wymiaru/których wymiarów je zakwalifikujesz.
3. Postępuj podobnie z notatkami z rozmów przeprowadzonych w **drugiej** części badania: przeczytaj kolejne notatki, określ zawarte w nich treści i zastanów się, do jakich wymiarów je zakwalifikować. Wpisz je w odpowiednim wierszu w części B tabeli.
4. Przeanalizuj całość formularza:
 - zapisz, co można uznać za najważniejsze korzystne elementy klimatu społecznego (to, co dzieci lubią) – mocne strony,
 - określ najważniejsze niekorzystne elementy klimatu społecznego (to, czego dzieci nie lubią) – słabe strony, problemy do rozwiązania.
5. Przedyskutuj wyniki w zespole nauczycieli i z rodzicami. Zastanówcie się nad ujawnionymi problemami. Wybierzcie i zapiszcie problem priorytetowy do rozwiązania.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU DRUGIEGO:**badanie klimatu społecznego w grupie przedszkolnej techniką „Narysuj i opowiedz”****Załącznik IIb**

Grupa dzieci w wiekulat Liczba dzieci w grupie: Liczba zbadanych dzieci:

Wymiary klimatu społecznego	A. Co dzieci lubią w przedszkolu? Co im się w nim podoba?		B. Czego dzieci nie lubią w przedszkolu? Co im się w nim nie podoba?	
	Treści (wskaźniki) zawarte w notatkach z rozmów z dziećmi	Liczba wskazań	Treści (wskaźniki) zawarte w notatkach z rozmów z dziećmi	Liczba wskazań
1. Samopoczucie i atmosfera w przedszkolu				
2. Osoby dorosłe i relacje z nimi				
3. Dzieci i relacje między nimi				
4. Rzeczy (zabawki, sprzęty)				
5. Aktywności (zajęcia, zabawy, imprezy)				
6. Jedzenie i picie				
7. Pomieszczenia, wyposażenie i teren przedszkola				
8. Inne				

Mocne strony: ...**Słabe strony, problemy do rozwiązania: ...****Problem priorytetowy: ...**

Data:..... Podpis nauczyciela:

6. Standard trzeci

Przedszkole prowadzi edukację zdrowotną dzieci i stwarza im warunki do praktykowania w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych

Realizacja edukacji zdrowotnej dzieci jest jednym z trzech głównych obszarów działań w PPZ. Potrzeba prowadzenia systematycznej, zaplanowanej edukacji zdrowotnej dzieci w przedszkolu wynika z faktu, że w okresie przedszkolnym kształtują się preferencje i wybory żywieniowe oraz wiele podstawowych zachowań i umiejętności związanych z dbałością o ciało i zdrowie. Nieprawidłowości w tym zakresie na tym etapie rozwoju mogą być trudne do skorygowania w dalszych okresach życia, zwłaszcza w młodszym wieku szkolnym, gdy znacznie zmieniają się warunki i tryb życia dzieci. Przedszkola mają długą tradycję w realizacji edukacji zdrowotnej. Jej prowadzeniu i skuteczności sprzyjają warunki i organizacja życia w przedszkolu. Zadaniem PPZ powinno być wykorzystanie tych wszystkich sprzyjających okoliczności.

Większość dzieci w wieku przedszkolnym jest w tzw. pośrednim etapie edukacji zdrowotnej. U części dzieci, zwłaszcza starszych, pojawiają się pewne elementy autoedukacji (samowychowania) i świadome podejmowanie czynności związanych ze zdrowiem. W realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu należy uwzględniać właściwości związane z ww. etapem oraz cechy rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego dzieci (patrz cz. I., rozdz. 2). Należy także brać pod uwagę potrzeby niektórych dzieci wynikające z czynników społeczno-ekonomicznych ich środowiska rodzinnego. Niektóre rodziny z różnych powodów (np. ubóstwo, alkoholizm rodzica) nie zaspokajają wszystkich potrzeb dzieci, nie tworzą dla nich odpowiednich wzorców zachowań prozdrowotnych. W odniesieniu do dzieci z takich rodzin przedszkole ma szczególną rolę do spełnienia w zakresie edukacji zdrowotnej. **Niezbędnym warunkiem skuteczności działań w zakresie edukacji zdrowotnej jest włączenie wszystkich rodziców do jej realizacji.**

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

W standardzie trzecim wyodrębniono następujące wymiary:

1. Program edukacji zdrowotnej w przedszkolu i jego realizacja.
2. Umożliwianie dzieciom praktykowania prozdrowotnych zachowań związanych z żywieniem.
3. Umożliwianie dzieciom praktykowania zachowań związanych z higieną osobistą.
4. Działania dla zwiększenia aktywności fizycznej.
5. Umożliwianie dzieciom praktykowania zachowań zwiększających bezpieczeństwo.

W ramach każdego z wymiarów wyróżniono 3–8 wskaźników. Wskaźniki te, zapisane w postaci stwierdzeń, określają cechy, które są przedmiotem oceny w danym wymiarze. Wymieniono je w *Arkuszu zbiorczym dla standardu trzeciego* (Załącznik III).

Metody badania i narzędzia

1. Do metod badania stopnia osiągnięcia standardu trzeciego należą: obserwacja, analiza dokumentów, wywiad oraz badanie ankietowe (część C ankiety). Wymieniono je w nawiasie przy każdym wskaźniku w *Arkuszu zbiorczym dla standardu trzeciego* (Załącznik III). W ustalaniu oceny danego wskaźnika należy wziąć pod uwagę wszystkie wymienione metody.
2. *Arkusz zbiorczy dla standardu trzeciego*: Załącznik III (instrukcja poniżej).

Instrukcja wypełniania Arkusza zbiorczego dla standardu trzeciego (Załącznik III)

Osoby wypełniające arkusz

Arkusz wypełniają osoby, które dokonały oceny trzeciego standardu. Ostateczna wersja arkusza powinna być przedyskutowana i uzgodniona zespołowo wspólnie z koordynatorem ds. promocji zdrowia.

Przygotowanie danych

Zgromadź wszystkie dane niezbędne do oceny wskaźników, w tym także ankiety dla trzech grup badanych z procentowym rozkładem kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia w części C ankiety.

Sposób wypełniania arkusza

Postępuj **według takich samych wskazówek** jak w standardzie pierwszym (cz. II, rozdz. 4).

Uwaga!

Po wypełnieniu arkusza przeczytaj uważnie to, co zostało w nim zapisane, i zastanów się:

- czy oceny przy wszystkich stwierdzeniach są **obiektywne, czy nie są zawyżone**,
- czy dane w odsetkach przy małej liczbie badanych osób zostały **właściwie zinterpretowane**,
- czy coś nie zostało **pominięte**,
- co można by jeszcze zrobić, aby **poprawić** funkcjonowanie przedszkola w zakresie tego standardu.

Dodatkowe uwagi dotyczące niektórych wymiarów i wskaźników

Ad. Wymiar 1. Program edukacji zdrowotnej w przedszkolu i jego realizacja

Zakres programu edukacji zdrowotnej określa podstawa programowa wychowania przedszkolnego. W nowej podstawie programowej wychowania przedszkolnego²³ treści dotyczące tej edukacji są jednak nieliczne, nie wymieniono nawet tego określenia. Wśród 17 zadań przedszkola wymieniono jedynie:

„7. Tworzenie sytuacji sprzyjających rozwojowi nawyków i zachowań prowadzących do samodzielności, dbania o zdrowie, sprawność ruchową i bezpieczeństwo, w tym bezpieczeństwo w ruchu drogowym.

8. Przygotowywanie do rozumienia emocji, uczuć własnych i innych ludzi oraz dbanie o zdrowie psychiczne, realizowane m.in. z wykorzystaniem naturalnych sytuacji pojawiających się w przedszkolu oraz sytuacji zadaniowych uwzględniających treści adekwatne do intelektualnych możliwości i oczekiwań rozwojowych dzieci”.

Włączono także pojedyncze zapisy dotyczące żywienia, głównie w kontekście posługiwania się sztućcami.

a) Cele edukacji zdrowotnej zapisano w programie wychowania przedszkolnego. W PPZ treści edukacji zdrowotnej powinny znacznie wykraczać poza zakres ustalony w podstawie programowej wychowania przedszkolnego. Należy je zapisać w programie wychowania przedszkolnego.

²³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2017, poz. 356, z późn. zm.).

b) Treści z różnych obszarów edukacji zdrowotnej w planach poszczególnych grup. W planach dla poszczególnych grup należy uwzględnić treści z różnych obszarów edukacji zdrowotnej. Powinny one dotyczyć wszystkich aspektów zdrowia (wymiar fizyczny, psychiczny, społeczny, a także seksualny) i być dostosowane do wieku dzieci i specyficznych potrzeb każdej grupy. Forma zapisu tych treści może być zróżnicowana (np. aneks, wydzielona część planu).

c) Dobór treści edukacji zdrowotnej w planach poszczególnych grup. Skuteczność edukacji zdrowotnej zależy m.in. od właściwego doboru treści. W tym celu można wykorzystać następujące metody:

- konsultacje z rodzicami dzieci na zebraniach dla rodziców, rozmowy indywidualne, propozycje Rady Rodziców; jest to ważny element włączania rodziców nie tylko do planowania edukacji zdrowotnej, a także jej realizacji,
- obserwacje zachowań dzieci w przedszkolu,
- rozmowy z dziećmi ze starszych grup na temat tego, co je interesuje i o czym chciałyby się uczyć.

d) Zajęcia ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych dzieci. We współczesnej edukacji zdrowotnej szczególną uwagę zwraca się na rozwijanie umiejętności życiowych (definicje i rodzaje tych umiejętności podano w Słowniku podstawowych pojęć, Aneks 1). Umiejętności te mają szczególne znaczenie dla rozwoju i zdrowia psychospołecznego. Powinny być one rozwijane od najmłodszych lat w codziennym życiu przez rodziców, opiekunów i nauczycieli. W przedszkolu jest także możliwość realizacji specjalnych zajęć ukierunkowanych na rozwijanie umiejętności życiowych, zwłaszcza, że w podstawie programowej wychowania przedszkolnego zwrócono uwagę na „przygotowywanie do rozumienia emocji, uczuć własnych i innych ludzi oraz dbanie o zdrowie psychiczne”. W czasie tych zajęć można uwzględnić m.in. następujące zagadnienia: uważne słuchanie, proszenie o pomoc, przeproszenie, zdobywanie przyjaciół, pomaganie innym, współpraca, radzenie sobie z dokuczaniem, odrzuceniem, rozwiązywanie konfliktów. Prowadzenie tych zajęć wymaga od nauczyciela odpowiedniego przygotowania. Można też zwrócić się o pomoc do psychologa (jeśli jest w przedszkolu) lub rodzica dziecka posiadającego odpowiednie kompetencje i doświadczenie.

Ad. Wymiar 2–5. Praktykowanie przez dzieci w przedszkolu wybranych zachowań prozdrowotnych

Z uwagi na właściwości rozwojowe dzieci w wieku przedszkolnym (patrz cz. I, rozdz. 2) w ich edukacji zdrowotnej należy koncentrować się przede wszystkim na stwarzaniu im możliwości **praktykowania**²⁴ w codziennym życiu podstawowych zachowań prozdrowotnych. **Dla dziecka ważniejsze jest to, co robi, a nie to, co wie.** Praktykowanie oznacza próbowanie wykonywania różnych czynności, powtarzanie ich, doskonalenie, pokonywanie przeszkód. Sprzyja to tworzeniu się nowych połączeń nerwowych w mózgu, proces ten jest najbardziej intensywny we wczesnym dzieciństwie.

W standardzie trzecim uwzględniono ocenę praktykowania przez dzieci w przedszkolu wybranych zachowań prozdrowotnych (sprzyjających zdrowiu) z czterech grup:

- prawidłowe żywienie,
- dbałość o ciało – utrzymywanie w czystości rąk i zębów oraz ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem,
- zwiększanie aktywności fizycznej,
- zachowanie bezpieczeństwa.

W Aneksie 3 podano wskazówki dotyczące praktykowania tych zachowań. W zależności od potrzeb i możliwości można dołączyć do nich inne zachowania.

²⁴ Wyraz „praktykowanie” ma wiele znaczeń, np. stosowanie czegoś w życiu, w praktyce; ćwiczenie, nabywanie wprawy, przysposabianie.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU TRZECIEGO

Załącznik III

Wymiary i wskaźniki (stan pożądaný, „optymalny”)	Ocena (punkty)	Elementy wymagające poprawy (jeśli aktualny stan odbiega od pożądanego, czyli oceny 5)
1	2	3
1. Program edukacji zdrowotnej w przedszkolu i jego realizacja		
a) Cele edukacji zdrowotnej zapisano w programie wychowania przedszkolnego (Analiza dokumentu)	5 4 3 2	
b) W planach pracy dla poszczególnych grup uwzględniono treści z różnych obszarów edukacji zdrowotnej: edukacji żywieniowej, edukacji do zwiększania aktywności fizycznej, edukacji do bezpieczeństwa, edukacji do zdrowia psychicznego, edukacji seksualnej (Analiza dokumentów)	5 4 3 2	
c) Treści edukacji zdrowotnej uwzględnione w planach poszczególnych grup dobrano na podstawie konsultacji z rodzicami, obserwacji zachowań dzieci, a w starszych grupach na podstawie rozmów z dziećmi (Ankieta N – pyt. 16, R – pyt. 13, wywiad z nauczycielami)	5 4 3 2	
d) W przedszkolu są realizowane zajęcia ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych dzieci (wywiad z dyrektorem, z nauczycielami)	5 4 3 2	
e) Jeśli w przedszkolu realizowane są programy „zewnątrzne”, są to programy o sprawdzonej skuteczności (oparte na dowodach), a wybór ich był uzasadniony (dostosowany do programu wychowania przedszkolnego i planu pracy dla danej grupy/grup) (Analiza dokumentów)	5 4 3 2	
f) Rodzice każdej grupy są systematycznie informowani o realizacji zajęć dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa, wykorzystuje się w tym celu różne kanały informacyjne (Obserwacja, Ankieta N – pyt. 17, R – pyt. 14)	5 4 3 2	
g) Rodziców zachęca się, aby kontynuowali w domu praktykowanie zachowań prozdrowotnych, o których dziecko uczy się w przedszkolu (Ankieta N – pyt. 18, R – pyt. 15)	5 4 3 2	
h) Przebieg realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu jest omawiany na spotkaniu Rady Pedagogicznej co najmniej 1 raz w roku szkolnym (Wywiad z dyrektorem, analiza dokumentów)	5 4 3 2	
2. Umożliwianie dzieciom praktykowania prozdrowotnych zachowań związanych z żywieniem		
a) Atmosfera w czasie spożywania posiłków jest miłą, nie towarzyszy im pośpiech, przekazywanie dzieciom przykrych uwag (Obserwacja we wszystkich grupach)	5 4 3 2	
b) Stwarza się okazję i zachęca dzieci do próbowania nowych potraw i produktów o różnych smakach (Ankieta N – pyt. 19)	5 4 3 2	
c) Dzieci w czasie posiłków mogą zjeść tyle, ile chcą (Ankieta N – pyt. 20)	5 4 3 2	

d) Dzieciom ze starszych grup stwarza się możliwość uczestniczenia w przygotowaniu prostych potraw, np. zdrowych przekąsek (<i>Obserwacje, wywiad z dyrektorem i pracownikami kuchni</i>)	5 4 3 2	
e) W posiłkach dla dzieci ogranicza się podawanie słodkich potraw i słodkich napojów (<i>Analiza jadłospisu miesięcznego, wywiad z kucharką</i>)	5 4 3 2	
f) W przedszkolu unika się nagradzania dzieci słodyczkami (Ankieta N – pyt. 21, R – pyt. 16)	5 4 3 2	
g) Ogranicza się podawanie słodczy i słodkich napojów w czasie imprez w przedszkolu (<i>Wywiad z dyrektorem, Ankieta R – pyt. 17</i>)	5 4 3 2	
3. Umożliwianie dzieciom praktykowania zachowań związanych z dbałością o ciało		
a) Dzieci myją ręce przed każdym posiłkiem, po wyjściu z toalety i po przyjściu z zajęć poza przedszkolem, systematycznie instruuje się dzieci, jak należy myć ręce (Ankieta N – pyt. 22)	5 4 3 2	
b) Dzieci codziennie czyszczą zęby z użyciem pasty do zębów (o odpowiedniej zawartości fluoru) co najmniej po jednym posiłku, najlepiej po obiedzie (przed leżakowaniem), systematycznie instruuje się dzieci, jak należy czyścić zęby (Ankieta N – pyt. 23)	5 4 3 2	
c) W dni słoneczne chroni się dzieci przed nadmiernym nasłonecznieniem (Ankieta N – pyt. 24)	5 4 3 2	
4. Działania dla zwiększenia aktywności fizycznej dzieci		
a) W czasie zajęć w pozycji siedzącej wprowadza się częste elementy ruchu angażujące różne grupy mięśni i części ciała (Ankieta N – pyt. 25)	5 4 3 2	
b) W czasie pobytu na placu zabaw, poza spontaniczną aktywnością fizyczną, oferuje się wszystkim dzieciom zorganizowane formy zajęć ruchowych (Ankieta N – pyt. 26)	5 4 3 2	
c) W przedszkolu organizuje się dodatkowe zajęcia ruchowe (np. rytmika, taniec, sport) dla wszystkich dzieci (<i>Wywiad z dyrektorem</i>)	5 4 3 2	
d) Zachęca się dzieci i ich rodziców do pokonywania drogi do i z przedszkola pieszo (na rowerze/hulajnodze) wtedy, gdy jest to możliwe (Ankieta N – pyt. 27, R – pyt. 18)	5 4 3 2	
5. Umożliwianie dzieciom praktykowania zachowań zwiększających ich bezpieczeństwo		
a) Dzieci uczestniczą w zajęciach na temat wzywania/poszukiwania pomocy i postępowania w razie różnych wypadków i zagrożeń (w tym rozpoznawania i radzenia sobie w sytuacji krzywdzenia ze strony dorosłych) (<i>Wywiad z dyrektorem</i>)	5 4 3 2	
b) Dzieci uczą się używania sprzętu ochronnego, np. zakładają kask, ochraniacze na kolana i łokcie (<i>Wywiad z dyrektorem</i>)	5 4 3 2	
c) Na początku wykonywania niektórych czynności (np. na drodze, na placu zabaw, w czasie zajęć ruchowych, jedzenia, zajęć technicznych i plastycznych) dzieci są prośzone, aby przypominały zasady bezpiecznego zachowania ich dotyczące (Ankieta N – pyt. 28)	5 4 3 2	

Podsumowanie wyników w standardzie trzecim

Wymiar	Średnia liczba punktów	Wybrane elementy, których poprawa jest pilna i możliwa (wybierz je z kolumny 3)
a	b	c
1. Program edukacji zdrowotnej w przedszkolu i jego realizacja		
2. Umożliwianie dzieciom praktykowania prozdrowotnych zachowań związanych z żywieniem		
3. Umożliwianie dzieciom praktykowania zachowań związanych z dbałością o ciało		
4. Działania dla zwiększenia aktywności fizycznej		
5. Umożliwianie dzieciom praktykowania zachowań zwiększających ich bezpieczeństwo		

Średnia liczba punktów dla standardu trzeciego (dla 5 wymiarów): ...

Problem priorytetowy (wybrany na podstawie zapisów w kolumnie c): ...

Data: Podpis koordynatora:

7. Standard czwarty

Przedszkole podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców dzieci w zakresie dbałości o własne zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci

Głównymi „aktorami” w tworzeniu PPZ są jego pracownicy. Ich stan zdrowia i samopoczucie mają wpływ na ich dyspozycję do pracy (wydajność, absencję chorobową), realizację zadań przedszkola (w tym edukację zdrowotną dzieci), panujący w nim klimat społeczny, a także na samopoczucie dzieci i ich rodziców. Jednym z kluczowych działań w PPZ powinna być pomoc nauczycielom i pozostałym pracownikom w:

- uświadomieniu sobie wartości zdrowia,
- identyfikacji czynników wpływających na zdrowie, w tym zwłaszcza czynników związanych ze stylem życia,
- rozwijaniu kompetencji w zakresie dbałości o zdrowie własne i innych,
- podejmowaniu korzystnych dla zdrowia zmian w swoim stylu życia,
- zrozumieniu koncepcji promocji zdrowia i PPZ,
- doskonaleniu umiejętności prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci.

Działania przedszkola w zakresie tworzenia PPZ i edukacji zdrowotnej dzieci wymagają partnerstwa i uczestnictwa ich rodziców. Są oni pierwszymi i najważniejszymi edukatorami swoich dzieci w kwestiach związanych ze zdrowiem. Część rodziców nie jest jednak przygotowana do pełnienia roli edukatorów zdrowia i praktykowania w domu tego, czego dziecko uczy się w przedszkolu. Styl życia wielu rodziców odbiega od prozdrowotnego, nie są oni dobrymi modelami w tym zakresie dla swoich dzieci, nie tworzą dla nich pozytywnych wzorców. Przedszkole może zaoferować im pomoc w tym zakresie. Może także korzystać z pomocy niektórych rodziców (np. lekarzy, pielęgniarek, psychologów, dietetyków i innych specjalistów z zakresu nauk o zdrowiu) w realizacji zadań związanych z edukacją zdrowotną dzieci i pracowników. Partnerami przedszkola mogą być także babcie i dziadkowie dzieci, którzy wspierają rodziców w opiece nad dzieckiem i często są pośrednikami w komunikacji nauczyciel – rodzice. W PPZ należy pomagać rodzicom w:

- uświadomieniu sobie wartości zdrowia dla nich samych i ich dzieci,
- identyfikacji czynników wpływających na zdrowie, w tym zwłaszcza czynników związanych ze stylem życia,
- rozwijaniu kompetencji do wychowywania swoich dzieci oraz do dbałości o zdrowie własne i dzieci. Należy także zachęcać rodziców do podejmowania korzystnych dla zdrowia zmian w ich stylu życia.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

W standardzie czwartym wyodrębniono następujące wymiary:

1. Rozwijanie kompetencji pracowników przedszkola do dbałości o zdrowie i do prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci.
2. Pomoc rodzicom dzieci w rozwijaniu kompetencji do dbałości o zdrowie i do wychowywania swojego dziecka.

W ramach każdego z wymiarów wyróżniono 4–7 wskaźników. Wskaźniki te, zapisane w postaci stwierdzeń, określają cechy, które są przedmiotem oceny w danym wymiarze. Wymieniono je w *Arkuszu zbiorczym dla standardu czwartego* (załącznik IV).

Metody badania i narzędzia

1. Do metod badania stopnia osiągnięcia standardu czwartego należą: obserwacja, analiza dokumentów, wywiad oraz badanie ankietowe (część D ankiety). Wymieniono je w nawiasie przy każdym wskaźniku w *Arkuszu zbiorczym dla standardu czwartego* (Załącznik IV). W ustalaniu oceny danego wskaźnika należy wziąć pod uwagę wszystkie wymienione metody.
2. *Arkusz zbiorczy dla standardu czwartego*: Załącznik IV (instrukcja poniżej).

Instrukcja wypełniania *Arkusza zbiorczego dla standardu czwartego* (Załącznik IV)

Osoby wypełniające arkusz

Arkusz wypełniają osoby, które dokonały oceny czwartego standardu. Ostateczna wersja arkusza powinna być przedyskutowana i uzgodniona zespołowo wspólnie z koordynatorem ds. promocji zdrowia.

Przygotowanie danych

Zgromadź wszystkie dane niezbędne do oceny wskaźników, w tym także ankiety dla trzech grup badanych z procentowym rozkładem kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia w części D ankiety.

Sposób wypełniania arkusza

Postępuj według **takich samych wskazówek** jak w standardzie pierwszym (cz. II, rozdz. 4).

Uwaga!

Po wypełnieniu arkusza przeczytaj uważnie to, co zostało w nim zapisane, i zastanów się:

- czy oceny przy wszystkich stwierdzeniach są **obiektywne, czy nie są zawyżone**,
- czy dane w odsetkach przy małej liczbie badanych osób zostały **właściwie zinterpretowane**,
- czy coś nie zostało **pominięte**,
- co można by jeszcze zrobić, aby **poprawić** funkcjonowanie przedszkola w zakresie tego standardu.

Dodatkowe uwagi dotyczące niektórych wymiarów i wskaźników

Ad. Wymiar 1. Rozwijanie kompetencji pracowników do dbałości o zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci

Działania zapisane w tym wymiarze są nowymi zadaniami dla przedszkola i mogą nastręczać trudności.

a) Organizacja zajęć/szkoleń dla pracowników dotyczących dbałości o zdrowie. Sposób organizacji tych zajęć dla wszystkich pracowników może być różny, np. zajęcia prowadzone przez:

- pracownika przedszkola z wykorzystaniem scenariusza zajęć zamieszczonego w Aneksie 4,
- rodziców dzieci posiadających odpowiednie kompetencje,
- zaproszonych specjalistów (np. dietetyk, lekarz, psycholog).

Organizację tych zajęć (ustalenie tematyki, czasu zajęć) powinno poprzedzać diagnoza potrzeb i oczekiwań pracowników (np. krótka ankieta lub rozmowy).

c) Uczestnictwo nauczycieli w szkoleniach dotyczących realizacji edukacji zdrowotnej dzieci i ich kompetencje w tym zakresie. Realizacja edukacji zdrowotnej wymaga odpowiednich kompetencji nauczycieli, zwłaszcza do wprowadzenia w PPZ wielu nowych jej treści. Przedszkole powinno poszukiwać sposobu organizacji szkoleń w zakresie edukacji zdrowotnej (np. w porozumieniu z placówką

doskonalenia nauczycieli). Ważne jest także, aby nauczyciele mieli świadomość (poczucie), jakie są ich kompetencje w tym zakresie (wskaźnik d), co będzie punktem wyjścia do planowania szkoleń.

Ad. Wymiar 2. Pomoc rodzicom dzieci w rozwijaniu kompetencji do dbałości o zdrowie i do wychowywania swego dziecka

Wiele przedszkoli podejmuje różne formy wspierania kompetencji wychowawczych rodziców. W PPZ działania te powinny być zintensyfikowane. Powinny też one dotyczyć kompetencji rodziców do dbałości o zdrowie. W ich planowaniu i realizacji niezbędne jest uczestnictwo jak największej liczby rodziców.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU CZWARTEGO

Załącznik IV

Wymiary i wskaźniki (stan pożądaný, „optymalny”)	Ocena (punkty)			Elementy wymagające poprawy (jeśli aktualny stan odbiega od pożądanego, czyli oceny 5)
1	2			3
1. Rozwijanie kompetencji pracowników do dbałości o zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci				
a) W przedszkolu zorganizowano w ostatnich 2 latach zajęcia/szkolenia dla pracowników dotyczące dbałości o zdrowie (Ankieta N – pyt. 29, Pn – pyt. 18)	5	4	3	2
b) W przedszkolu jest biblioteczka zawierająca publikacje i materiały dotyczące różnych aspektów dbałości o zdrowie, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dla pracowników (Obserwacja)	5	4	3	2
c) Nauczyciele uczestniczyli w ostatnich 2 latach w szkoleniach dotyczących realizacji edukacji zdrowotnej dzieci (Ankieta N – pyt. 32)	5	4	3	2
d) Nauczyciele czują się przygotowani do realizacji edukacji zdrowotnej dzieci i współpracy w tym zakresie z rodzicami (Ankieta N – pyt. 33)	5	4	3	2
e) Pracownicy niepedagogiczni zostali zapoznani z programem edukacji zdrowotnej dzieci i zasadami praktykowania w przedszkolu zachowań prozdrowotnych (Ankieta Pn – pyt. 18)	5	4	3	2
2. Pomoc rodzicom dzieci w rozwijaniu kompetencji do dbałości o zdrowie i do wychowywania swojego dziecka				
a) Rodzicom oferuje się w przedszkolu zajęcia dotyczące dbałości o zdrowie ich samych i ich dzieci (np. spotkania ze specjalistami) i pyta się o ich potrzeby w tym zakresie (Analiza dokumentów, Ankieta R – pyt. 19)	5	4	3	2
b) Rodzicom oferuje się w przedszkolu zajęcia/warsztaty dotyczące umiejętności wychowawczych (Analiza dokumentów, Ankieta R – pyt. 20)	5	4	3	2
c) Na zajęcia dla rodziców dotyczące dbałości o zdrowie i umiejętności wychowawczych zapraszani są babcie i dziadkowie (Wywiad z dyrektorem)	5	4	3	2
d) Zaprasza się rodziców posiadających odpowiednie kompetencje (np. lekarzy, psychologów, pedagogów, dietetyków) do prowadzenia zajęć dla pracowników przedszkola i rodziców dzieci (Wywiad z dyrektorem)	5	4	3	2
e) Nauczyciele i inni pracownicy pedagogiczni udzielają pomocy/ konsultacji rodzicom w zakresie rozwiązywania problemów wychowawczych dzieci (Ankieta R – pyt. 21, wywiad z dyrektorem)	5	4	3	2

f) W przedszkolu jest „kącik” dla rodziców, w którym znajdują się publikacje i inne materiały dotyczące dbałości o zdrowie i zasad wychowywania dzieci (<i>Obserwacja</i>)	5	4	3	2
g) Organizuje się spotkania pracowników, dzieci i ich rodziców połączone z różnymi formami aktywności fizycznej, degustacją „zdrowych” produktów i możliwością uzyskania porady w tym zakresie (<i>Wywiad z dyrektorem</i>)	5	4	3	2

Podsumowanie wyników w standardzie czwartym

Wymiar	Średnia liczba punktów	Wybrane elementy, których poprawa jest pilna i możliwa (wybierz je z kolumny 3)
a	b	c
1. Rozwijanie kompetencji pracowników do dbałości o zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci		
2. Pomoc rodzicom dzieci w rozwijaniu kompetencji do dbałości o zdrowie i do wychowywania swego dziecka		

Średnia liczba punktów dla standardu czwartego (dla 2 wymiarów): ...

Problem priorytetowy (wybrany na podstawie zapisów w kolumnie c): ...

Data: Podpis koordynatora:

8. Ocena efektów działań

Uzasadnienie uwzględnienia w autoewaluacji efektów działań

Zgodnie z definicją PPZ, działania podejmowane przez jego społeczność powinny sprzyjać zdrowiu i dobremu samopoczuciu jego członków oraz podejmowaniu przez nich działań dla wzmacniania zdrowia w okresie nauki/pracy w przedszkolu oraz dalszych latach życia (zapisano to w górnej części modelu PPZ).

Zdrowie i samopoczucie ludzi zależy od bardzo wielu czynników i tylko część z nich związana jest z pracą/pobytem w przedszkolu. Dokonanie pozytywnych zmian w stanie zdrowia wymaga długiego czasu oraz działań ukierunkowanych na wiele sfer życia ludzi, a przede wszystkim motywacji i podejmowania działań dla własnego zdrowia. Ze względu na specyfikę społeczności przedszkola badanie efektów może dotyczyć tylko jego **dorosłych członków**. W ocenie efektów działań ograniczono się do sprawdzenia:

- jakie jest samopoczucie pracowników w czasie pracy, a rodziców w czasie pobytu/kontaktów z przedszkolem,
- czy pracownicy przedszkola dokonują korzystnych zmian w swoim stylu życia w kierunku prozdrowotnym (sprzyja to umacnianiu zdrowia),
- czy rodzice dzieci wprowadzili jakieś korzystne zmiany w stylu życia własnym i rodziny w zakresie aktywności fizycznej, żywienia lub innych zachowań.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

W ocenie efektów wyróżniono dwa wymiary (tab. 5), a w ramach każdego z nich od 3 do 9 wskaźników. Wskaźniki te – wyrażone w postaci stwierdzeń – określają cechy (odczucia, zachowania), które są przedmiotem oceny w danym wymiarze. Wymieniono je w *Arkuszu oceny efektów* (Załącznik V).

Tabela 5. Wymiary efektów uwzględnione w badaniu poszczególnych grup społeczności przedszkola i numery stwierdzeń w ankiecie (wskaźniki)

Wymiary	Badana grupa	Numery stwierdzeń w ankiecie (wskaźniki)
Dobre samopoczucie w przedszkolu: część E ankiety	Nauczyciele	32–33
	Pracownicy niepedagogiczni	17–18
	Rodzice dzieci	22–23
Podejmowanie działań dla wzmacniania zdrowia: część F ankiety	Nauczyciele	34–42
	Pracownicy niepedagogiczni	22–30
	Rodzice dzieci	24–29

Metody badania i narzędzia

1. Badanie ankietowe nauczycieli, pracowników niepedagogicznych oraz rodziców: część E ankiety wraz z analizą odpowiedzi na pytania otwarte dotyczące czynników wpływających dobrze i źle na samopoczucie badanych w przedszkolu zamieszczone w ramach oraz część F ankiety.
2. *Arkusz oceny efektów działań* (Załącznik V) wypełniony według podanej niżej instrukcji.

Instrukcja wypełniania Arkusza oceny efektów działań (Załącznik V)

Osoby wypełniające arkusz

Arkusz wypełniają osoby, które dokonały oceny efektów za pomocą pytań zawartych w części E oraz F ankiet. Ostateczna wersja arkusza powinna być przedyskutowana i uzgodniona zespołowo wspólnie z koordynatorem ds. promocji zdrowia.

Przygotowanie danych

1. Przygotuj ankiety dla trzech grup badanych z procentowym rozkładem kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia dotyczące części E oraz F ankiety.
 2. W części E:
 - zsumuj odsetki odpowiedzi *tak* + *raczej tak* na każde stwierdzenie w każdej grupie badanych,
 - przelicz odsetki na punkty według następującej zasady:
 - 91–100% = 5 pkt
 - 75–90% = 4 pkt
 - 60–74% = 3 pkt
 - 59% i mniej = 2 pkt

Zapisz liczbę punktów na marginesie przy każdym stwierdzeniu.

 - Oblicz średnią liczbę punktów z jednym miejscem po przecinku ze wszystkich stwierdzeń części E dla każdej grupy badanych i wszystkich grup łącznie.
3. W części F uwzględnij tylko odsetki odpowiedzi *tak*. Oblicz średni odsetek tych odpowiedzi dla poszczególnych grup badanych i wszystkich grup łącznie.

Sposób wypełniania arkusza

1. **Dobre samopoczucie w przedszkolu** – część E ankiety:
 - Wpisz liczbę zbadanych osób w każdej grupie w kolumnie 1.
 - Wpisz średnią liczbę punktów dla każdej grupy w kolumnie 2. Średnią liczbę punktów dla wszystkich grup łącznie wpisz pod tabelą.
 - Jeśli badani:
 - **udzielili odpowiedzi** na pytania otwarte, przeanalizuj je i wybierz z nich najważniejsze lub najczęściej powtarzające się czynniki, które wpływają dobrze (kolumna 3) i źle (kolumna 4) na samopoczucie w przedszkolu, w poszczególnych grupach. Na tej podstawie pod tabelą wpisz elementy wymagające poprawy i sformułuj problem priorytetowy;
 - **nie udzielili odpowiedzi** na pytania otwarte lub są one nieliczne, pozostaw kolumnę 3 i 4 niewypełnione. Zastanówcie się wspólnie, jakie mogą być przyczyny tego, że badani nie odpowiedzieli na pytania otwarte. Zapiszcie je w kolumnie 5. Zastanówcie się nad tym, co można poprawić. Sformułujcie problem priorytetowy.
2. **Podejmowanie działań dla wzmacniania zdrowia** – część F ankiety:
 - W kolumnie 1 wpisz liczbę zbadanych osób w trzech grupach (N, Pn, R).
 - W kolumnie 2 wpisz tylko średnie odsetki osób w poszczególnych grupach, które udzieliły odpowiedzi tak. Średni odsetek odpowiedzi tak dla trzech grup łącznie wpisz pod tabelą.
 - Zapisz działania dla wzmacniania zdrowia podejmowane najczęściej (kolumna 3) i najrzadziej (kolumna 4).
 - Przeanalizujcie te wyniki i zastanówcie się wspólnie, jakie wynikają z nich wnioski dla dalszych działań w zakresie edukacji zdrowotnej; wpisz je pod tabelą.

ARKUSZ OCENY EFEKTÓW DZIAŁAŃ

Załącznik V

Dobre samopoczucie w przedszkolu (część E ankiety)

Badana grupa	Średnia liczba punktów	Najważniejsze lub najczęściej powtarzające się czynniki wpływające na samopoczucie (dotyczy odpowiedzi na pytania otwarte w ramkach)		Przyczyny nieudzielenia odpowiedzi na pytania otwarte
		DOBRZE	ŹLE	
1	2	3	4	5
Nauczyciele Liczba zbadanych:				
Pracownicy niepedagogiczni Liczba zbadanych:				
Rodzice dzieci Liczba zbadanych:				

Średnia liczba punktów dla wszystkich grup łącznie: ...

Elementy wymagające poprawy: ...

Problem priorytetowy: ...

Podjęmowanie działań dla wzmacniania zdrowia (część F ankiet)

Badana grupa	Średni odsetek odpowiedzi <i>Tak</i>	Działania dla wzmacniania zdrowia podejmowane	
		NAJCZĘŚCIEJ	NAJRZADZIEJ
1	2	3	4
Nauczyciele Liczba zbadanych:			
Pracownicy niepedagogiczni Liczba zbadanych:			
Rodzice dzieci Liczba zbadanych:			

Średni odsetek odpowiedzi *Tak* dla wszystkich grup łącznie: ...

Wnioski do dalszych działań: ...

Data: Podpis koordynatora:

9. Raport końcowy z autoewaluacji

Instrukcja wypełniania Raportu końcowego z autoewaluacji (Załącznik VI)

Raport końcowy z autoewaluacji (Załącznik VI) składa się z trzech części:

1. W części I (Ocena standardów i wybór problemów priorytetowych) wpisz średnie liczby punktów z arkuszy zbiorczych dotyczących poszczególnych standardów (kolumna 2) oraz problemy priorytetowe zapisane w podsumowaniu każdego standardu (kolumna 3).
2. W części II (Ocena efektów działań i wybór problemów priorytetowych) wpisz odpowiednie dane z części I i II *Arkusza oceny efektów działań* (Załącznik V).
3. W części III (Podsumowanie) odpowiedz na trzy pytania. Odpowiedzi te powinny być ustalane wspólnie w całym zespole ewaluacyjnym i w razie potrzeby z udziałem innych osób. Praca ta jest okazją do refleksji dotyczących dotychczasowych i przyszłych działań dla tworzenia PPZ.

RAPORT KOŃCOWY Z AUTOEWALUACJI

Załącznik VI

I. Ocena standardów i wybór problemów priorytetowych

Standard	Średnia liczba punktów	Problem priorytetowy
1	2	3
1. Koncepcja pracy przedszkola, jego organizacja i struktura sprzyjają realizacji długofalowych, zaplanowanych działań dla wzmacniania zdrowia dzieci, pracowników i rodziców dzieci		
2. Klimat społeczny przedszkola sprzyja dobremu samopoczuciu i zdrowiu dzieci, pracowników i rodziców dzieci		
3. Przedszkole prowadzi edukację zdrowotną dzieci i stwarza im warunki do praktykowania w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych		
4. Przedszkole podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców dzieci w zakresie dbałości o zdrowie oraz prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci.		

II. Ocena efektów działań i wybór problemów priorytetowych

Dobre samopoczucie w przedszkolu

- Średnia liczba punktów dla wszystkich grup łącznie: ...
- Problem priorytetowy: ...

Podejmowanie działań dla wzmacniania zdrowia

- Średni odsetek odpowiedzi „tak” dla wszystkich grup łącznie: ...
- Wnioski do dalszych działań: ...

III. Podsumowanie

1. Co jest największym osiągnięciem (mocną stroną) przedszkola?

2. Jakie są korzyści z przeprowadzenia autoewaluacji?

3. Jakie były trudności związane z przeprowadzeniem autoewaluacji?

Data: Podpis koordynatora:

Aneks

1. Słownik podstawowych pojęć

W słowniku wyjaśniono podstawowe pojęcia używane w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, które mogą być przydatne dla osób tworzących przedszkole promujące zdrowie. W ich opracowaniu wykorzystano wiele pozycji piśmiennictwa.

Czynniki warunkujące zdrowie – kluczowe pojęcie w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia oznaczające zespół wielu czynników, które wpływają (pozytywnie lub negatywnie) na zdrowie jednostki i zbiorowości. W jednym z najczęściej prezentowanych modeli tych czynników uwzględniono cztery ich grupy (Dahlgren i Whitehead, 2007): 1) czynniki biologiczne (wiek, płeć, czynniki genetyczne); 2) styl życia człowieka (bezpośrednio warunkuje jego zdrowie); 3) sieci wsparcia społecznego; 4) czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe (warunki życia i pracy, m.in.: zarobki, poziom wykształcenia, zatrudnienie i warunki pracy, mieszkania, woda i warunki sanitarne, stan powietrza, produkcja żywności, opieka medyczna). Czynniki z grupy pierwszej nie podlegają zmianie, czynniki z pozostałych grup są potencjalnie modyfikowalne. Obecnie uważa się, że spośród wyżej wymienionych grup czwarta, najliczniejsza grupa czynników, w największym stopniu warunkuje zdrowie i że związane z nimi nierówności społeczne są główną przyczyną nierówności w zdrowiu.

Dbłość o zdrowie – element troski o siebie. W kontekście promocji zdrowia przyjmuje się, że dbłość o zdrowie własne i innych ludzi powinna obejmować trzy rodzaje działań: 1) praktykowanie w codziennym życiu prozdrowotnego stylu życia (zespołu zachowań sprzyjających zdrowiu); 2) eliminowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia; 3) tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu w środowisku życia, pracy, nauki, odpoczynku.

Edukacja zdrowotna – proces, w którym ludzie uczą się, jak dbać o zdrowie własne i innych ludzi. Proces ten trwa całe życie (w różnych jego okresach zmieniają się warunki życia, potrzeby i stan zdrowia ludzi), a szczególnie ważny jest w dzieciństwie i młodości. Edukacja zdrowotna dotyczy ludzi zdrowych i chorych. Celem jej jest nie tylko uzyskanie przez człowieka odpowiedniej wiedzy, ale przede wszystkim ukształtowanie właściwych przekonań i postaw wobec zdrowia, prozdrowotnego stylu życia, umiejętności dbania o zdrowie fizyczne i psychospołeczne.

Etapy edukacji zdrowotnej – M. Demel (1968), biorąc pod uwagę aktywność dziecka i jego świadome zaangażowanie w sprawy zdrowia, wyróżnił cztery etapy (szczeble) edukacji zdrowotnej pokrywające się częściowo z fazami rozwoju dziecka, ale nie mające ostrych granic:

1. **Etap heteroedukacji** (od urodzenia do końca 2–3 r. ż.) – dziecko jest odbiorcą zabiegów pielęgnacji i opieki ze strony dorosłych. Stopniowo zaczyna wykonywać proste polecenia i naśladować pewne zachowania dorosłych, nie rozumiejąc jeszcze, co i dlaczego robią. Wykonywanie pewnych czynności w sposób uregulowany i uporządkowany prowadzi do ich automatyzacji. Dziecko uczy się swego ciała, najpierw potrafi pokazać różne jego części, później je nazywa; zainteresowanie ciałem przejawia się w pytaniach.
2. **Etap pośredni** (okres przedszkolny i młodszy szkolny) – stopniowo zwiększa się udział dziecka w dbaniu o swoje zdrowie. Świadomie naśladować ono zachowania dorosłych, opanowuje podstawowe umiejętności dotyczące higieny osobistej i bezpieczeństwa, wymaga jednak przypominania i nadzoru ze strony dorosłych. Dziecko uczestniczy w pracach nad utrzymaniem porządku w domu, podejmuje samodzielnie pewne inicjatywy. Zadaniem dorosłych jest m.in.: tworzenie pozytywnych wzorców, stwarzanie dziecku warunków do uczenia się, umożliwienie mu podejmowania samodzielnych wyborów, bezpiecznego eksperymentowania (pod dyskretnym nadzorem), korygowanie niektórych zachowań, dopilnowywanie staranności w wykonywaniu czynności i zabiegów higienicznych, odpowiadanie na pytania dziecka (w tym okresie rozwijają się m.in. świadomość i identyfikacja płci, ciekawość seksualna, zabawy erotyczne), rozbudzanie zainteresowania różnymi

sprawami dotyczącymi zdrowia itd. Rozpoczyna się proces naśladowania zachowań rówieśników. Wpływ na zachowania dziecka ma telewizja, gry komputerowe i reklamy.

3. **Autoedukacja/samowychowanie** (okres dojrzewania, pewne elementy występują już we wcześniejszych etapach) – dziecko staje się świadomym (w różnym stopniu) współtwórcą swego zdrowia. U nastolatków rozwija się poczucie własnej tożsamości, zmienia się obraz własnej osoby i ciała, pojawia się potrzeba niezależności, intymności, próby zmieniania siebie, sprawdzania siebie, samokrytycyzm. Większość nastolatków ma krytyczny stosunek do dorosłych, w tym także do zachowań rodziców, niechętnie przyjmuje, a nawet lekceważy ich uwagi, przestrogi, zakazy i zalecenia (co jest często źródłem konfliktów). Nastolatki eksperymentują z substancjami psychoaktywnymi, są pod silnym wpływem rówieśników, reklam, korzystają z internetu, szukają informacji w czasopiśmie. Zadaniem dorosłych jest rozsądne, cierpliwe i życzliwe towarzyszenie nastolatkowi w jego poszukiwaniach. Konieczne jest jednak wyznaczenie i uzgodnienie z dzieckiem granic dla jego zachowań.
4. **Heteroedukacja odwrócona** – inwersja, odwrócenie ról – młody człowiek staje się świadomym wychowawcą dorosłych. Dotyczy to sytuacji, gdy dziecko „przynosi” do domu, np. to, czego nauczyło się w szkole, zaobserwowało u innych znaczących dla niego osób, a co pozostaje w sprzeczności z tym, co jest praktykowane w domu. Może dotyczyć to np. zachęcania dorosłych do zmiany sposobu żywienia, większej aktywności fizycznej, wykonania badań, rzucenia palenia itd. Heteroedukacja odwrócona jest ważnym elementem procesu socjalizacji zdrowotnej, w którym dziecko jest nie tylko odbiorcą, ale także inicjatorem działań związanych ze zdrowiem. Jej elementy występują we wcześniejszych etapach, nawet u małych dzieci, ale nie jest to działanie świadome i polega na naśladowaniu pewnych zachowań dorosłych (np. 4-latek upomina ojca, aby nie palił, słysząc wielokrotnie podobne upomnienia matki).

Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie (*European Network of Health Promoting Schools – ENHPS*) – sieć utworzona w 1992 r. przez 3 organizacje międzynarodowe: WHO Biuro Regionalne dla Europy, Radę Europy, Komisję Europejską, w celu wspierania wdrażania w Europie koncepcji szkoły promującej zdrowie. Polska była jednym z pierwszych 7 krajów przyjętych do tej sieci w 1992 r. Liczba jej członków stopniowo zwiększała się. Sieć ta tworzyła podstawy do rozwoju w krajach członkowskich sieci szkół promujących zdrowie we współpracy z resortami edukacji i zdrowia oraz warunki do wymiany doświadczeń i współpracy międzynarodowej. W 2007 r. ENHPS przekształciła się w sieć *Szkół dla Zdrowia w Europie*.

Ewaluacja – sprawdzanie, czy i w jakim stopniu osiągnięto założony cel działania (kryterium sukcesu programu/projektu). Dokonuje się jej w celu sprawdzenia, czy dane działanie jest skuteczne, wartościowe i może być kontynuowane i/lub upowszechnione, czy też należy coś usprawnić, zmodyfikować, aby uzyskać lepsze efekty. Wyróżnia się: 1) ewaluację procesu (formującą), polegającą na ciągłej obserwacji (monitorowaniu) przebiegu realizacji programu/projektu i w razie potrzeby dokonywaniu bieżącej korekty jego planu; 2) ewaluację wyników (sumującą), która polega na ocenie efektów działania (bezpośrednich lub odroczonych), czyli jego skuteczności i jakości.

Modelowanie – proces uczenia się przez obserwowanie zachowań innych osób i przejmowanie/naśladowanie przez obserwatora tych zachowań w kierunku pożądanym lub niepożądanym. Proces przejmowania nowych zachowań jest niewymuszony, wynika z atrakcyjności modelu. Osobami, które pełnią rolę modelu do naśladowania, są zwykle osoby znaczące dla danej jednostki (np. rodzice, nauczyciele, rówieśnicy, idole, aktorzy, postacie z komiksów). Modelowanie jest jednak czymś więcej niż naśladownictwem, dziecko uzyskuje dzięki niemu pewien schemat postępowania, który może dopasowywać do wymogów sytuacji. Koncepcja modelowania wynika z teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury (1977), który w swych badaniach zaobserwował, że dzieci uczą się zachowań nie tylko przez instruktaż, ale także przez obserwację. Modelowanie jest jedną z podstawowych technik wykorzystywanych w edukacji zdrowotnej. Uczący się, obserwując innych, może nabywać

nowe umiejętności i sprawdzać stopień ich opanowania w codziennym życiu. Ważne jest, aby osoby prowadzące edukację same tworzyły wzorce pożądanych zachowań.

Podejście od ludzi do problemu – jedno z podejść w promocji zdrowia. Zakłada ono, że ludzie (społeczność) w danym siedlisku (np. w szkole, miejscu pracy, rodzinie) identyfikują własne problemy zdrowotne po to, aby je rozwiązać (usunąć, zredukować). Podejmują w tym celu działania, w których uwzględnia się dwie grupy czynników: środowiskowe (związane z miejscem i warunkami ich codziennego życia) i osobiste (styl życia, kompetencje, motywacja, zdolności przystosowawcze). Działania (interwencja) te są ukierunkowane na wprowadzanie zmian sprzyjających zdrowiu w środowisku i w stylu życia ludzi. Podstawowym warunkiem ich skuteczności jest uczestnictwo i współdziałanie ludzi oraz tworzenie warunków dla aktywności jednostek i grup.

Podejście siedliskowe – jedno z podejść w promocji zdrowia. Zakłada, że zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, czyli w miejscach, w których uczą się, pracują, bawią, odpoczywają. Istniejące w tych siedliskach różne czynniki (osobiste, społeczne, organizacyjne, środowiskowe) wpływają pozytywnie lub negatywnie na zdrowie i samopoczucie ludzi. W promocji zdrowia siedlisko jest systemem społecznym (całością), który zmienia się, aby poprawiać i doskonalić zdrowie. Podejście siedliskowe umożliwia ludziom identyfikację z własnym siedliskiem i uczestnictwo we wspólnym rozwiązywaniu problemów, co zwiększa motywację ludzi, zachęca ich do kreatywności. Podejście to stanowi podstawę projektów/programów promocji zdrowia realizowanych w Polsce i Europie, m.in.: *Zdrowe miasto*, *Szkoła promująca zdrowie*, *Promocja zdrowia w miejscu pracy*. Ich celem jest dokonanie znaczących zmian w określonej społeczności i miejscu.

Profilaktyka (prewencja) – działania podejmowane w celu zapobiegania wystąpieniu niepożądanych zachowań, stanów lub innych negatywnych zjawisk w danej populacji. Jej istotą jest przeciwdziałanie zagrożeniom dla zdrowia, m.in. chorobom, uzależnieniom, skutkom zdrowotnym i społecznym zachowań ryzykownych. Są dwa podziały profilaktyki: 1) tradycyjny, w którym wyróżnia się profilaktykę: pierwszorzędową (działania adresowane do całej populacji, najwcześniejsze, uprzedzenie choroby, zmniejszenie jej ryzyka); drugorzędową (dotyczy osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń w celu wczesnego wykrycia ich objawów i wdrożenia leczenia); trzeciorzędową (dotyczy osób z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością w celu zapobiegania niepomyślnym ich skutkom); 2) nowy, stosowany m.in. w profilaktyce uzależnień i zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, w którym wyróżnia się profilaktykę: uniwersalną (adresowaną do wszystkich, bez względu na stopień ryzyka), selektywną (dotyczy grup o ryzyku większym niż przeciętne), wskazującą (dotyczy grup wysokiego ryzyka).

Promocja zdrowia – obszar działań na rzecz umacniania zdrowia jednostek i społeczności. Zgodnie z definicją WHO (1998), jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi ich zdrowie w celu jego poprawy. Promocja zdrowia jest ukierunkowana na systemy społeczne (jest nim również szkoła) i zachęcanie w nich ludzi, aby podejmowali wspólnie działania mające na celu: 1) zmiany stylu życia w kierunku prozdrowotnym ludzi (jednostek), 2) tworzenie sprzyjającego zdrowiu środowiska fizycznego i społecznego w miejscu ich życia, pracy, nauki, wypoczynku. Działania w promocji zdrowia koncentrują się na zdrowiu (nie na chorobach) i zwiększaniu jego potencjału (wzmacnianiu). Jest to droga do poprawy jakości życia – sprawnego funkcjonowania w różnych jego sferach, większej wydajności w pracy, satysfakcji z życia, opóźnienia starzenia się i złagodzenia jego negatywnych skutków. Specyficzne dla promocji zdrowia podejścia to: podejście siedliskowe, od ludzi do problemu, uczestnictwo ludzi.

Promocja zdrowia w miejscu pracy – program wykorzystujący podejście siedliskowe realizowany od 1996 r. w Polsce i 27 krajach należących do *Europejskiej Sieci Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy* (*The European Network for Workplace Health Promotion*). Wizja sieci to: „Zdrowi pracownicy w zdrowej

organizacji". Promocja zdrowia w miejscu pracy podejmowana jest po to, aby pracownicy dobrze czuli się w swoim miejscu pracy, mniej chorowali, bardziej dbali o swoje zdrowie, lepiej funkcjonowali w życiu zawodowym i codziennym, angażowali się w rozwój firmy, dzięki czemu może ona dobrze realizować swoje zadania, także ekonomiczne. Działania w ramach promocji zdrowia w miejscu pracy wykraczają poza obowiązki pracodawcy w zakresie ochrony zdrowia pracowników i bezpieczeństwa i higieny pracy, nie ograniczają się do eliminowania zagrożeń w miejscu pracy. Kluczową zasadą promocji zdrowia w miejscu pracy jest traktowanie pracowników jako podmiotu oddziaływań, aktywnych partnerów w planowaniu, realizacji i ewaluacji działań ukierunkowanych na sprzyjające zdrowiu zmiany w środowisku pracy i stylach życia pracowników (więcej informacji na stronie Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy: www.promocjazdrowiawpracy.pl). Szkoła i przedszkole to miejsce pracy dla nauczycieli oraz pracowników niepedagogicznych i działania w zakresie promocji zdrowia powinny dotyczyć także ich.

Polityka przedszkola – termin ten odnosi się do dokumentu na piśmie, w którym określa się całościowe podejście do danego zagadnienia w przedszkolu (opis sytuacji, priorytety, cele i zadania dla ich osiągnięcia, plan działań, jego wdrażanie, monitorowanie i ewaluacja, organizacja, komunikowanie efektów). Termin ten jest powszechnie używany w piśmiennictwie anglojęzycznym.

Prozdrowotny styl życia – oznacza, że ludzie świadomie podejmują działania ukierunkowane na zwiększenie potencjału swego zdrowia i eliminują zachowania zagrażające zdrowiu. Przedrostek „pro-” odnosi się do zachowań korzystnych dla zdrowia, ku zdrowiu, do zdrowia, określanym jako prozdrowotne. Do zachowań prozdrowotnych należą: 1) zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym (dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, odpowiedni czas trwania i jakość snu); 2) zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym (korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z problemami i stresem); 3) zachowania prewencyjne: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, szczepieniom ochronnym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym (np. w ruchu drogowym, pracy), bezpieczne zachowania w życiu seksualnym; 4) nie-podejmowanie zachowań ryzykownych (niepalenie tytoniu, unikanie biernego palenia, ograniczone używanie alkoholu (w przypadku dzieci i młodzieży: niespożywanie alkoholu), nieużywanie innych substancji psychoaktywnych, nienadużywanie leków niezaleconych przez lekarza, unikanie ryzykownych zachowań behawioralnych (np. hazard, uzależnienie od internetu, zakupów, pracy).

Szkoły dla Zdrowia w Europie (*School for Health in Europe – SHE*) – sieć powstała w 2007 r. jako kontynuacja *Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie*. Tworzą ją krajowi koordynatorzy szkół promujących zdrowie z 45 krajów. Celem jej jest wdrażanie w szkołach promocji zdrowia jako integralnej składowej polityki edukacyjnej i zdrowotnej w krajach Europy, dzięki której szkoła może być lepszym miejscem dla uczenia się i zdrowia. Sieć jest platformą dla profesjonalistów zainteresowanych promocją zdrowia w szkole z wykorzystaniem pozytywnej koncepcji zdrowia i dobrostanu oraz zapisów Konwencji Praw Dziecka. Działania SHE są wspierane przez: WHO Biuro Regionalne dla Europy, Radę Europy, Komisję Europejską (www.schoolsforhealth.eu).

Upodmiotowienie (ang. *empowerment*) – pojęcie to w promocji zdrowia oznacza, 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. Akcent położony jest na aktywność jednostek i społeczności, dobrowolność, swobodę decyzji i wyborów, działania na poziomie indywidualnym i środowiskowym. Rozróżnia się zatem dwa wzajemnie ze sobą powiązane rodzaje upodmiotowienia: 1) upodmiotowienie jednostek (odnosi się do indywidualnej zdolności podejmowania decyzji i kontroli nad własnym życiem i zdrowiem); 2) upodmiotowienie społeczności (oznacza, że jednostki działają wspólnie, aby w większym stopniu wpływać i kontrolować czynniki warunkujące zdrowie i jakość życia danej społeczności).

Umiejętności życiowe (ang. *life skills*) – to umiejętności umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, dzięki którym może skutecznie radzić sobie z zadaniami (wymaganiami) i wyzwaniami codziennego życia (WHO, 1997). Termin ten odnosi się do różnych umiejętności osobistych i społecznych (psychospołecznych). Istnieją różne kryteria ich podziału. Na przykład: 1) umiejętności podstawowe dla codziennego życia, umożliwiające dobre samopoczucie, relacje z innymi i zachowania sprzyjające zdrowiu (np. podejmowanie decyzji, rozwiązywanie problemów, twórcze myślenie, krytyczne myślenie, skuteczne porozumiewanie się, współpraca z innymi, samoświadomość, empatia, radzenie sobie z emocjami i stresem); 2) umiejętności specyficzne dotyczące radzenia sobie z zagrożeniami, rozwijane w powiązaniu z umiejętnościami podstawowymi (np. asertywne radzenie sobie z presją, namowami do używania substancji psychoaktywnych, przemocy). Kształtowanie tych umiejętności jest jednym z zadań edukacji zdrowotnej i stanowi podstawę programów profilaktycznych.

Zachowania zdrowotne – postępowanie i aktywność człowieka stanowiące integralną część jego stylu życia, mające związek z jego zdrowiem. Najczęściej wyróżnia się dwie grupy zachowań zdrowotnych: 1) zachowania prozdrowotne, pozytywne, korzystne dla zdrowia, jego ochrony i wzmacniania (m.in. prawidłowe żywienie, odpowiednia aktywność fizyczna, czas trwania i jakość snu, zachowanie bezpieczeństwa w różnych sytuacjach, samobadanie i poddawanie się badaniom profilaktycznym, dawanie i przyjmowanie wsparcia, unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z nim); 2) zachowania ryzykowne dla zdrowia, negatywne, autodestrukcyjne, zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń w stanie zdrowia (m.in. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie narkotyków, ryzykowne zachowania w ruchu drogowym, seksualne) (patrz także prozdrowotny styl życia).

Zdrowie – pojęcie wieloznaczne, abstrakcyjne, trudne do zdefiniowania. Najczęściej używaną definicją zdrowia jest definicja WHO (1946): *Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie tylko niewystępowaniem choroby lub niepełnosprawności (niepełności)*. Definicja ta wskazuje, że zdrowie jest: stanem pozytywnym (dobrostanem), ma kilka wymiarów (fizyczny, psychiczny i społeczny), stanem subiektywnym (poczucie zdrowia). Zdrowie nie jest celem życia, lecz jest zasobem dla codziennego życia, który pozwala ludziom prowadzić produktywne życie pod względem osobistym, społecznym i ekonomicznym, efektywnie pełnić role i zadania życiowe w różnych okresach życia. Każdy człowiek może rozumieć zdrowie na swój sposób w zależności od: wieku, poziomu wykształcenia, statusu ekonomiczno-społecznego, stanu zdrowia, doświadczeń życiowych. Ważnym zadaniem w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jest stwarzanie ludziom możliwości zastanawiania się nad tym, czym jest zdrowie. Może to im pomóc uświadomić sobie, co ono dla nich znaczy, zachęcić do zainteresowania się zdrowiem i podejmowania działań dla jego poprawy i doskonalenia.

Zdrowie publiczne – termin ten dotyczy zdrowia zbiorowości (społeczeństwa), które zależy od wielu czynników systemowych, a nie tylko od „sumy” zdrowia poszczególnych osób. Zdrowie publiczne jest definiowane jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczeństwa (Winslow, 1920). Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2015, poz. 1916), zadania z tego zakresu obejmują m.in.: monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń dla zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem; edukację zdrowotną; promocję zdrowia; profilaktykę chorób; rozpoznawanie i eliminowanie zagrożeń dla zdrowia w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; działania w obszarze aktywności fizycznej.

2. Kluczowe wartości i filary przedszkola promującego zdrowie

W utworzonej w 2007 r. sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie*, kontynuującej działania *Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie*, przyjęto kluczowe wartości i filary takich szkół. Stanowią one podstawę do wdrażania programu SzPZ w krajach należących do tej sieci. Niżej wymieniono te wartości i filary, dostosowując je do specyfiki i potrzeb PPZ.

Kluczowe wartości przedszkola promującego zdrowie

1. **Równość.** PPZ dąży do zapewnienia wszystkim równego dostępu do edukacji i zdrowia, co może w dłuższej perspektywie wpłynąć na zmniejszenie nierówności w zdrowiu oraz na jakość i możliwość uczenia się przez całe życie.
2. **Ciągłość i kontynuacja działań.** W PPZ efekty edukacyjne i zdrowotne odnoszące się do dzieci i pracowników można osiągnąć dopiero po kilku latach.
3. **Włączanie.** W PPZ każdy czuje się obdarzany zaufaniem i szanowany, dobre są relacje między pracownikami, dziećmi, rodzicami dzieci i społecznością lokalną.
4. **Upodmiotowienie i rozwijanie kompetencji do działania.** PPZ umożliwia pracownikom i rodzicom dzieci aktywny udział w ustalaniu celów i działaniach dla ich osiągnięcia; zachęca się dzieci do aktywności, pyta ich o zdanie.
5. **Demokracja.** Podstawą działań w PPZ są wartości demokratyczne, przestrzegane są zasady respektowania praw i brania odpowiedzialności.

Filary przedszkola promującego zdrowie

1. **Całościowe podejście do zdrowia w przedszkolu.** Zakłada ono istnienie spójności między polityką przedszkola a codzienną praktyką i uwzględnia:
 - tworzenie w przedszkolu polityki na rzecz zdrowia dzieci i pracowników,
 - prowadzenie edukacji zdrowotnej dzieci i ich rodziców oraz pracowników,
 - branie pod uwagę tego, jak dzieci i pracownicy rozumieją zdrowie i dobre samopoczucie,
 - tworzenie w przedszkolu środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu dzieci i pracowników,
 - rozwijanie umiejętności życiowych dzieci i pracowników,
 - budowanie skutecznych związków między przedszkolem i innymi przedszkolami i szkołami w jego otoczeniu oraz społecznością lokalną.
2. **Uczestnictwo.** Podstawowym warunkiem skuteczności działań w PPZ jest uczestnictwo i zaangażowanie pracowników i rodziców dzieci, dzięki czemu rozwija się ich poczucie współtworzenia.
3. **Jakość przedszkola.** Tworzenie PPZ wspiera osiąganie przez przedszkole jego celów edukacyjnych i społecznych oraz jak najlepszych wyników. Zdrowe dzieci lepiej się rozwijają i uczą, zdrowi pracownicy lepiej pracują i mają większą satysfakcję z pracy.
4. **Dowody.** PPZ wykorzystuje informacje na temat wyników badań wskazujących na skuteczne podejścia i praktykę promocji zdrowia w przedszkolu w odniesieniu do zagadnień związanych ze zdrowiem (np. zdrowie psychiczne, żywienie, aktywność fizyczna) i całościowym podejściem do zdrowia w przedszkolu.
5. **Przedszkole a społeczność lokalna.** PPZ angażuje się w życie społeczności lokalnej, działa na rzecz wzmocnienia kapitału społecznego i świadomości zdrowotnej jej członków.

3. Umożliwianie dzieciom praktykowania w przedszkolu wybranych zachowań prozdrowotnych: wskazówki dla nauczycieli

Praktykowanie przez dzieci w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych jest podstawowym elementem edukacji zdrowotnej i warunkiem jej skuteczności. Zadaniem pracowników przedszkola, zwłaszcza nauczycieli, jest tworzenie warunków i możliwości praktykowania tych zachowań, instruowanie dzieci oraz dopilnowywanie prawidłowości i staranności wykonywania różnych czynności. W niniejszym rozdziale omówiono zasady praktykowania zachowań wymienionych w *Arkuszu zbiorczym dla standardu trzeciego* (patrz. cz. II, rozdz. 6). Przy każdym z omawianych zachowań podano uzasadnienie do podejmowania proponowanych działań. Materiały te można wykorzystać do pracy z rodzicami dzieci.

3.1. Zachowania związane z żywieniem²⁵

Dzieci w wieku przedszkolnym doskonale zdobyte wcześniej, w okresie poniemowlęcym, umiejętności związane z żywieniem i jedzeniem:

- ich pożywienie jest coraz bardziej urozmaicone i jego skład jest podobny do składu pożywienia ludzi dorosłych,
- mają zdolność do samoregulacji jedzenia (ustalanie przerwy między jedzeniem, ilości spożywanego pożywienia),
- mają zdolność do uczenia się nowych smaków, preferują smak słodki, ale ich preferencje smakowe zmieniają się w kierunku smaku słonego (stąd chęć jedzenia słodczy oraz słonych przekąsek i potraw typu „fast food”),
- niektóre dzieci mogą demonstrować niechęć do nowych potraw; zjawisko to nosi nazwę neofobii, czyli lęku przed nowościami, np. nieznanymi pokarmami/żywnością,
- uczą się posługiwania sztućcami, chętnie uczestniczą w zabawach związanych z zakupami i posiłkami, a także w przygotowywaniu samodzielnie lub z dorosłymi prostych potraw,
- powinny spożywać posiłki wspólnie z rodzicami i/lub innymi członkami rodziny czy opiekunami, którzy tworzą wzorce właściwych zachowań przy stole.

Wymienione cechy dzieci związane z żywieniem należy brać pod uwagę w organizacji żywienia w przedszkolu i edukacji zdrowotnej w tym zakresie.

Atmosfera w czasie posiłków

Tworzenie przyjaznej i przyjemnej atmosfery w czasie spożywania posiłków jest ważnym elementem **kultury jedzenia** i sprzyja apetytowi dzieci i ich dobremu samopoczuciu. Zaleca się, aby w czasie posiłku²⁶:

- nie „wychowywać” dzieci za pomocą krytyki, nieustannego korygowania, wyśmiewania, obrażania lub pouczających wykładów,
- nie patrzeć ciągle na dziecko i nie śledzić jego ruchów – jest to nieprzyjemne i odbiera apetyt,

²⁵ Informacje na temat zasad prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży zawiera opracowanie Instytutu Żywności i Żywienia: *Szkoła i przedszkole przyjazne aktywności fizycznej. Poradnik dla nauczycieli* (publikacja ta jest dostępna na stronie: http://www.zachowajrownowage.pl/uploaded/nauczyciele_21_06.pdf). W opracowaniu tego podrozdziału skorzystano z: H. Weker, B. Woynarowska (2017): *Edukacja żywieniowa*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017, s. 359–379.

²⁶ Zalecenia te są zawarte w książce duńskiego pedagoga, J. Juula, „Uśmiechnij się! Siadamy do stołu”, Wydawnictwo MIND Dariusz Syska, Warszawa, 2011. W książce tej znajduje się wiele innych praktycznych wskazówek dla rodziców dzieci i pracowników przedszkola, w tym dotyczących przezwycięzania trudności wynikających z zachowań dzieci związanych z żywieniem.

- nie dać się ponieść trosce o zdrowie dziecka (np. zmuszając je do jedzenia) do tego stopnia, aby wywołać złą atmosferę przy stole.

Ważne jest, aby unikać pośpiechu, hałasu. Korzystne jest, gdy nauczyciel spożywa posiłki razem z dziećmi lub towarzyszy im przy spożywaniu posiłków. Należy zachęcać rodziców do praktykowania tej zasady w domu²⁷. Jest to ważne także z uwagi na bezpieczeństwo dzieci (zapobieganie lub pomoc przy zachłyśnięciu/zadławieniu się w czasie jedzenia).

Stwarzanie okazji i zachęcanie dzieci do spożywania nowych potraw

Przy wprowadzaniu nowych pokarmów u dzieci należy zwrócić uwagę na ich barwę, smak i konsystencję. Aby dzieci zaczęły akceptować i zjadać produkty, na które na początku reagowały strachem i unikaniem, potrzebna jest wielokrotna (co najmniej 8–10-krotna) ekspozycja na te produkty (prezentowanie im tych produktów). Dodawanie do jadłospisu coraz większej liczby nowych potraw sprawia, że zyskują one akceptację dzieci po coraz mniejszej liczbie ekspozycji. Ekspozycja jest bardziej skuteczna dla akceptacji nowych produktów niż udzielanie informacji na ich temat. Zwiększeniu chęci zjedzenia przez dzieci nowych produktów może sprzyjać: stwarzanie przyjaznej atmosfery; kosztowanie połączone z zabawą (np. „tajemnicze pudełko” z warzywami i owocami); brak negatywnych następstw (np. niestrawności, biegunki, wymiotów) po zjedzeniu jakiegoś produktu (wystąpienie tych dolegliwości może powodować awersję do danego produktu i odmowę jego spożywania, które często utrzymują się przez wiele lat).

Dzieci nie powinny być karane za odmowę zjedzenia danego pożywienia. Należy też unikać wykorzystywania pożywienia jako nagrody (np. deser za zjedzenie warzyw). Wyniki badań wskazują, że zależność między zjadaniem danego produktu a nagrodą jest skomplikowana i że skuteczność nagrody zależy od wielu czynników.

Niezmuszanie dzieci do jedzenia

Dziecko ma pewne **wrodzone zdolności do samoregulacji jedzenia** (samo ustala przerwy między jedzeniem i ilość spożywanego pożywienia), co jest widoczne już u niemowląt (dlatego zaleca się karmienie piersią na „żądanie”). Umożliwia to dziecku rozwijanie tej zdolności we wczesnym dzieciństwie. Zadaniem rodziców/opiekunów jest wybór odpowiedniego pożywienia i podanie go dziecku. Dziecko samo decyduje, czy w danej chwili i ile zjada (nie może być zmuszane do jedzenia). Wspieranie dziecka w rozwijaniu zdolności do samoregulacji jedzenia, w tym zjadania takiej ilości, aby zaspokoić głód, umożliwia dziecku rozpoznawanie uczucia głodu i sytości. Zmuszanie dziecka do jedzenia może zaburzać rozpoznawanie tych uczuć, czego skutkiem może być przekarmianie powodujące nadwagę i otyłość. Należy też zwrócić uwagę na to, aby nie nakładać dzieciom na talerz zbyt dużych porcji. Optymalnym rozwiązaniem byłoby stworzenie dzieciom możliwości samodzielnego nakładania sobie na talerz odpowiedniej dla nich ilości pożywienia, co w przedszkolu może być trudne. Rodzice/opiekunowie powinni pomóc dzieciom w decyzjach dotyczących ilości zjadanych produktów i stawianiu sobie granic. Ważne jest także, aby nie oferować dzieciom jedzenia między posiłkami. Pojadając między posiłkami, dzieci mogą nie być głodne, gdy przyjdzie zwyczajowa pora na właściwy posiłek.

Uczestniczenie dzieci w przygotowaniu prostych potraw

Jesper Juul²⁸ uważa, że kuchnia jest „czymś w rodzaju serca całego domu” i dzieci powinny przebywać w niej tak wcześnie, jak tylko jest to możliwe (np. małe dzieci w foteliku na stole). Stopniowo należy zachęcać dzieci do udziału w przygotowaniu posiłków, na miarę ich możliwości, czuwając nad ich bezpieczeństwem. Autor ten uważa, że już 3-latki mogą przez jeden stały dzień w tygodniu

²⁷ Wyniki badań wskazują, że około 40% dzieci jada w domu posiłki bez towarzystwa dorosłych: M. Kozłowska-Wojciechowska, B. Uramowska-Żyto, A. Jarosz, M. Makarewicz-Wujec (2005): *Wpływ edukacji żywieniowej dzieci w wieku szkolnym na wiedzę i zachowania żywieniowe ich rodziców*, Roczniki Państwowego Zakładu Higieny, nr 3, s. 253–258.

²⁸ J. Juul (2011): *Uśmiechnij się!*...

uczestniczyć we wspólnym gotowaniu z którymś z rodziców. Ten jeden dzień w kuchni może z czasem zamienić się w stały zwyczaj pomagania przy przygotowaniu posiłków, a następnie samodzielnego ich sporządzania.

W przedszkolu można włączać dzieci do nakrywania i sprzątania ze stołów oraz wprowadzać pewne formy uczestnictwa 5- i 6-latków (w małych grupach) w przygotowaniu prostych potraw, przekąsek; mogą one pomagać nawet w kuchni, np. w przygotowaniu kanapek. Wymaga to odpowiedniego zaplanowania i zaangażowania pracowników kuchni. Należy także zachęcać rodziców do systematycznego włączania dzieci do przygotowywania posiłków w domu (dzieci 6-letnie powinny umieć przygotować kanapkę).

Ograniczanie spożycia cukru przez dzieci

Ważnym zadaniem pracowników przedszkola jest ograniczanie spożywania przez dzieci cukru w różnych postaciach. Zobowiązują ich do tego aktualnie obowiązujące przepisy²⁹. Wynika to z potrzeby wczesnego zapobiegania nadwadze i otyłości oraz próchnicy zębów, które są obecnie najpoważniejszymi problemami zdrowotnymi dzieci o narastającej częstości. Wymaga to złożonych działań z udziałem pracowników, rodziców i samych dzieci, i dlatego w arkuszu zbiorczym wymieniono trzy wskaźniki odnoszące się do tego zagadnienia:

- Ograniczanie słodkich potraw i słodkich napojów w posiłkach dla dzieci. Zgodnie z normami żywienia i obowiązującymi przepisami³⁰, w produktach i napojach dla dzieci należy ograniczać cukier, tłuszcz i sól. Należy to brać pod uwagę w układaniu jadłospisów w przedszkolach.
- Nienagradzanie dzieci słodyczami. Powszechnym zjawiskiem jest dawanie dzieciom słodyczy w prezencie lub nagradzanie ich słodyczami. Wyniki badań wskazują, że większość (83%) dzieci dostaje słodycze w nagrodę od rodziców i dziadków³¹. W niektórych zakładach pracy praktykowany jest nadal zwyczaj obdarowywania dzieci pracowników paczkami ze słodyczami z okazji świąt.

Dzieci nie powinny być nagradzane słodyczami i nie powinny otrzymywać ich w prezencie.

Nie należy dawać dziecku słodyczy i innych produktów do jedzenia:

- aby je pocieszyć, gdy jest smutne, przeżywa silne emocje – takie postępowanie uczy dziecko korzystania z jedzenia jako czegoś, co rozładuje napięcie, pomoże poradzić sobie stresem i negatywnymi emocjami,
- gdy się nudzą (jako „zapychacz czasu”).

Należy zachęcać do podobnych działań rodziców oraz babcię i dziadków dzieci.

- **Ograniczanie słodyczy i słodkich napojów w czasie imprez w przedszkolu.** Dotyczy to imprez z udziałem dzieci i ich rodziców, w czasie których przewidziane są przekąski. Warto zachęcić pracowników i rodziców do:
 - przygotowania „zdrowych” przekąsek i napojów, z dominacją warzyw i owoców oraz małą zawartością cukru, a także do wymiany przepisów na takie przekąski,
 - zmniejszenia ilości słodyczy przynoszonych przez dzieci z okazji imienin lub urodzin albo zastępowania ich przysmakami o mniejszej zawartości cukru.

Inne uwagi

Obok wymienionych wyżej zaleceń, w ramach współpracy z rodzicami warto zwrócić ich uwagę na:

- **uczestnictwo dzieci w zakupach** – towarzysząc często rodzicom podczas zakupów, dzieci decydują lub współdecydują o wyborze i zakupie niektórych produktów. Najczęściej dzieci biorą udział

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz.U. 2016, poz. 1154).

³⁰ Tamże.

³¹ M. Kozłowska-Wojciechowska i wsp. (2005): *Wpływ edukacji żywieniowej*

w wyborze słodczy (86%), jogurtów/serków (78%), napojów gazowanych (65%)³². Warto zachęcić rodziców do wyznaczania dzieciom pewnych granic w dokonywaniu zakupów, asertywnego zachowania się w stosunku do niepożądanych zachcianek dziecka,

- **oddziaływanie reklam w mediach** adresowanych przez producentów żywności do dzieci. Zawierają one elementy ze świata bajek, łatwe do zapamiętania piosenki, melodie, ich bohaterami są dzieci, co wzmacnia identyfikację i podatność na perswazję. Dzieci w tym wieku są bardzo ufne, łatwowierne, brak im krytycyzmu i rozumieją reklamy w sposób dosłowny³³. Dorośli, rodzice, a także nauczyciele w przedszkolu powinni rozmawiać z dziećmi o oglądanych przez nie reklamach i wyjaśniać im ich znaczenie.

3.2. Zachowania związane z dbałością o ciało³⁴

W wieku przedszkolnym dzieci opanowują podstawowe umiejętności związane z dbałością o swoje ciało. Niektóre z nich powinny doskonalić w czasie pobytu w przedszkolu.

Regularne i dokładne mycie rąk

Regularne, dokładne mycie rąk jest podstawowym elementem profilaktyki chorób, takich jak: infekcje układu oddechowego (bardzo częste u dzieci w wieku przedszkolnym), grypa, biegunki, wirusowe zapalenie wątroby typu A, zatrucia i zakażenia pokarmowe, zarażenie owsikami. Na skórze rąk znajdują się miliony bakterii, wirusów i pasożytów, mycie rąk jest sposobem na pozbycie się ich i zapobiegania ich przenoszeniu się. Osoba z infekcją przewodu pokarmowego lub oddechowego, która nie myje regularnie rąk (zwłaszcza po defekacji, kaszlu, wycieraniu nosa), podając rękę innym osobom, dotykając różnych przedmiotów, jest źródłem zakażenia innych. Dzieci często wkładają ręce i różne przedmioty do ust i są bardzo podatne na zakażenia przenoszone tą drogą. W przedszkolu należy zwrócić uwagę na to, aby dzieci myły ręce:

- przed każdym posiłkiem, po wyjściu z ubikacji, po powrocie z zajęć poza budynkiem,
- pod bieżącą, ciepłą wodą przez około 30 sekund,
- dokładnie z użyciem mydła; umyć należy także wierzch dłoni, przestrzenie między palcami i nadgarstki.

Zadaniem pracowników jest obserwowanie sposobu mycia rąk przez dzieci, udzielanie im wskazówek. Ważne jest także zwrócenie uwagi na oszczędne korzystanie z wody (np. zakręcanie kranu w czasie namydlenia dłoni). Należy zachęcać rodziców, aby zwracali uwagę na sposób, w jaki dzieci myją ręce w domu.

Czyszczenie zębów po posiłkach

Praktykowanie czyszczenia zębów w przedszkolu ma na celu zapobieganie próchnicy zębów, która jest najczęstszym problemem zdrowotnym u dzieci. Próchnica może się rozpocząć już w 1 roku życia (r.ż.) i jeśli skutecznie się jej nie zapobiega, jej częstość i intensywność zwiększa się z wiekiem. Wolnych od próchnicy jest tylko ok. 14% 6-latków³⁵.

Próchnica jest chorobą wywołaną przez bakterie kwasotwórcze, które dostają się do jamy ustnej już w pierwszych miesiącach życia dziecka i są w niej stale obecne przez całe życie. Z węglowodanów znajdujących się w spożywanych pokarmach bakterie wytwarzają kwasy, tworząc na powierzchni szkliwa tzw. **płytkę nazębną** (kolonie bakterii + kwasy). Pod wpływem działania kwasów dochodzi

³² IPSOS (2010): *Dzieci i pieniądze: kieszonkowe nie poddaje się kryzysowi*. Uzyskano w styczniu 2015 r. z: <http://www.ipsos.pl/kieszonkowe-dzieci-2010>

³³ A. Mazur, I. Radziejewicz-Winnicki (2013): *Wpływ mediów na rozwój otyłości u dzieci*, *Pediatrya Polska*, 88, s. 1–5.

³⁴ W opracowaniu tego podrozdziału skorzystano z: B. Woynarowska (2017): *Edukacja do dbałości o ciało*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, s. 293–309.

³⁵ Wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej w 2012 r.”. Dane Departamentu Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia. Uzyskano w czerwcu 2014 r. z: www.mz.gov.pl

do demineralizacji szkliwa, co zapoczątkowuje powstawanie ubytku próchnicowego. Proces ten może być zahamowany lub nawet cofnięty w wyniku czyszczenia zębów i przez działanie śliny i zawartych w niej składników mineralnych (fluor, wapń, fosfor), które sprzyjają remineralizacji szkliwa, czyli „naprawie” ubytku. Odczyn kwaśny utrzymuje się w jamie ustnej przez ok. 30 minut po każdym posiłku.

Próchnicy można skutecznie zapobiegać, stosując równocześnie kilka metod. Są nimi: 1) systematyczne czyszczenie zębów, 2) prawidłowe żywienie (m.in. ograniczenie słodczy, pojadania między posiłkami), 3) badanie profilaktyczne u dentysty co 6 miesięcy, 4) lakierowanie powierzchni koron zębów oraz lakowanie bruzd i zagłębień na powierzchniach żujących zębów.

Czyszczenie (szczotkowanie) zębów ma na celu niedopuszczenie do tworzenia się płytki nazębnej i/ lub szybkie i dokładne jej usuwanie. Zaleca się czyszczenie zębów co najmniej 2 razy dziennie. Dziecko może zacząć się uczyć czyszczenia zębów już od 2 r.ż., początkowo bez pasty do zębów. Około 3–4 r.ż. dziecko należy nauczyć wypluwania przegotowanej wody i płukania jamy ustnej. W 4–5 r.ż. większość dzieci może rozpocząć uczenie się prawidłowej techniki czyszczenia poszczególnych powierzchni zębowych; najłatwiejsze dla dzieci jest nauczenie się metody ruchów okrężnych.

Praktykowanie w przedszkolu czyszczenia zębów jest ważnym elementem uczenia dzieci systematycznego i prawidłowego wykonywania tej podstawowej czynności higienicznej. Sposób, w jaki dziecko nauczy się czyścić zęby w pierwszych latach życia, decyduje o tym, jak będzie wykonywało tę czynność w dalszych latach życia. Dlatego rodzice w domu i nauczyciele w przedszkolu powinni systematycznie nadzorować czyszczenie zębów przez dzieci i udzielać im wskazówek w tym zakresie. Należy przestrzegać zasad podanych w ramce.

W niektórych sytuacjach, np. w przypadku dużego ryzyka próchnicy, noszenia aparatu ortodontycznego, dzieci mogą mieć indywidualne zalecenia od dentysty dotyczące czyszczenia zębów. Informacje w tej sprawie nauczyciel powinien uzyskać od rodziców na piśmie.

Dodatkowe zasady dotyczące **organizacji czyszczenia zębów w przedszkolu** podano w Stanowisku Głównego Inspektora Sanitarnego. Zgodnie z tymi zasadami³⁶:

- przy jednej umywalce może jednocześnie czyścić zęby 1–3 dzieci, lepiej zaczynać od mniejszej liczby dzieci, zwłaszcza najmłodszych,
- szczotki do zębów powinny być oznakowane, aby można było dać dzieciom ich szczotki i dzieci mogły je łatwo rozpoznać,
- przed szczotkowaniem zębów szczotki rozdaje dziecku pracownik,
- po szczotkowaniu szczotkę należy wypłukać i odstawić w kubku do wyschnięcia; można przechowywać kilka szczotek w jednym kubku, ale tak, aby nie stykały się główkami.

Nauczyciele powinni dokładnie poznać zasady czyszczenia zębów i sposób instruowania dzieci. Można skorzystać z pomocy lekarza dentysty lub higienistki stomatologicznej (np. zaproszonej z pobliskiego gabinetu stomatologicznego) lub jednego z rodziców). Należy ustalić z rodzicami zasady przynoszenia do przedszkola przyborów do czyszczenia zębów (kubki, szczotki i pasta do zębów). Warto zaoferować rodzicom dzieci spotkanie ze specjalistą i odpowiedni instruktaż oraz zachęcić ich do nadzorowania czyszczenia zębów przez dzieci w domu.

³⁶ Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolu, GIS, Warszawa 2013, dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/01/stanowisko-gis_20140116.pdf

Zasady czyszczenia zębów u dzieci w wieku przedszkolnym

- Dzieci powinny czyścić zęby dwa, a lepiej trzy razy dziennie po posiłku. W przedszkolu najlepiej to robić po obiedzie, zwłaszcza gdy jest po nim sen/leżakowanie (w czasie snu wydziela się mniej śliny i mniejsza jest ochrona zębów).
- Szczotka do zębów powinna być dobrej jakości, dla dzieci 3–4-letnich z włóknami miękkimi (*soft*), dla starszych z włóknami średnio twardymi (*medium*), z krótką główką (łatwość ruchów w jamie ustnej). Szczotkę należy zmieniać co 3 miesiące.
- Pasta do zębów – jej rodzaj i ilość używana jednorazowo zależy od wieku dziecka i jego umiejętności wypływania płynów:
 - dzieci do 3 r.ż. i starsze, które nie potrafią jeszcze wypływać płynów, powinny czyścić zęby bez pasty lub niewielką (śladową) ilością pasty bez fluoru,
 - dzieci powyżej 3 r.ż., które potrafią wypływać płyny, powinny używać pasty do zębów dla dzieci o zawartości fluoru 1000 ppm³⁷. Kupując pastę do zębów dla dzieci, należy sprawdzić na opakowaniu, czy jest ona przeznaczona dla dzieci w danym wieku i jaka jest w niej zawartość fluoru. Ilość nakładanej na szczotkę pasty powinna odpowiadać wielkości małego groszku. Należy zwrócić uwagę na to, aby dzieci nie połykały pasty do zębów; jeśli nie ma co do tego pewności, należy nałożyć na szczotkę mniejszą ilość pasty (tylko posmarować jej główkę) lub stosować pastę bez fluoru. Należy unikać past smakowych.
- Przed rozpoczęciem czyszczenia zębów należy kilkakrotnie wypłukać jamę ustną ciepłą wodą z indywidualnego kubka, aby usunąć resztki pokarmów.
- Szczotkować należy trzy powierzchnie zębów (zewewnętrzne, wewnętrzne i żujące) małymi, okrężnymi, powtarzanymi ruchami, koncentrując się na wykonywaniu tej czynności.
- Czas czyszczenia zębów – 2–3 minuty (można wykorzystać w tym celu dźwiękowy minutnik odliczający czas lub klepsydrę).
- Po oczyszczeniu zębów należy wypłuc dokładnie pastę i nie płukać jamy ustnej, aby wydłużyć ochronne działanie fluoru na zęby. Kubek i szczotkę należy dokładnie wypłukać pod bieżącą wodą, szczotkę należy ustawić w kubku „główką” do góry (w celu wyschnięcia).

Ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem

Wyniki badań wskazują, że u osób, które w dzieciństwie (przed 10–12 r.ż.) zamieszkiwały w okolicach o dużym nasłonecznieniu i ulegały oparzeniom słonecznym, występują częściej nowotwory skóry, zwłaszcza czerniak złośliwy. U dzieci, z powodu niedojrzałości skóry, dochodzi do uszkodzenia DNA jej komórek oraz zwiększenia liczby znamion barwnikowych, co powoduje wzrost ryzyka rozwoju czerniaka u dorosłych. Ryzyko rozwoju nowotworów jest większe u osób o bardzo jasnej karnacji skóry (tzw. I typ skóry), z jasnymi lub rudymi włosami, niebieskimi oczami, które łatwo ulegają oparzeniom słonecznym, a nigdy nie są opalone. Dzieci rzadziej przestrzegają zasad ochrony przed nadmierną ekspozycją na słońce i tego powodu w okresie letnim, w dni słoneczne należy przestrzegać następujących zasad:

- w godzinach 10–14 ograniczać pobyt dzieci na terenie nasłonecznionym (bez drzew lub innego zacielenia),
- w porze dnia o największej intensywności promieniowania słonecznego dzieci powinny być przed nim chronione, tzn.:

³⁷ Fluor chroni szkliwo zębów przed działaniem kwasu. Zalecenie dotyczące jego ilości w paście dla dzieci zawarto w publikacji: D. Olczak-Kowalczyk, M. Borysewicz-Lewicka, B. Adamowicz-Klepalska, T. Jackowska, U. Kaczmarek (2016): *Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej choroby próchnicowej*, Nowa Stomatologia, nr 1, s. 47–73. Zbyt duża zawartość fluoru w paście do zębów, zwłaszcza w przypadku gdy dziecko może ją połykać, powoduje zaburzenie budowy szkliwa, zwane fluorozą.

- dzieci powinny być ubrane w luźne ubrania o gęstym splocie, okrywające jak największą część ciała, i mieć nakrycie głowy z daszkiem lub rondkiem (ochrona oczu, uszu, szyi i karku),
- odkryte części ciała dzieci powinny być posmarowane kremami ochronnymi z filtrami określającymi wartościami wskaźnika ochrony przeciwsłonecznej (*Sun Protection Factor* – SPF); im większa wartość SPF, tym mniejsze niebezpieczeństwo powstania rumienia słonecznego.

3.3. Działania dla zwiększania aktywności fizycznej dzieci³⁸

Dzieci w wieku przedszkolnym cechuje bardzo intensywne tempo rozwoju motorycznego. Doskonałą one umiejętności związane z lokomocją, doskonałą równowagę i koordynację ruchów. Około 5 r.ż. ruchy dzieci stają się harmonijne i płynne, 6-latki doskonałą precyzję ruchu, także dłoni. Do charakterystycznych cech tego okresu należą:

- silna, spontaniczna potrzeba („głód”) ruchu, co przejawia się w dużej ruchliwości dzieci,
- czerpanie radości z ruchu, zdolność do uczenia się nowych umiejętności ruchowych,
- trudności w koncentracji na jednej czynności ruchowej i niechęć do wykonywania czynności długotrwałych i monotonicznych (np. spacer),
- zdolność do samoregulacji wysiłku (co zapobiega nadmiernemu zmęczeniu).

Aktywność fizyczna jest jedną z podstawowych potrzeb dzieci. Warunkuje ich prawidłowy rozwój i zdrowie. Niżej w ramce podano zalecenia ekspertów dotyczące aktywności fizycznej dzieci, które powinny być brane pod uwagę w przedszkolu.

Zalecenia ekspertów dotyczące aktywności fizycznej dzieci

- Dzieci w wieku 3–4 lat powinny być aktywne fizycznie codziennie łącznie przez co najmniej 3 godziny³⁹.
- Dzieci w wieku 5–17 lat powinny⁴⁰:
 - podejmować codziennie przez co najmniej 60 minut aktywność fizyczną (zsumowane wysiłki) o intensywności od umiarkowanej-do-dużej,
 - wykonywać co najmniej 3 razy w tygodniu wysiłki o dużej intensywności (w czasie których dziecko ma przyspieszony oddech, „brak mu tchu”, odczuwa, że jest mu gorąco, trudno mu rozmawiać w czasie wysiłku), wzmacniające kości, siłę mięśni i gibkość.

Na aktywność fizyczną dziecka w wieku przedszkolnym składają się różne rodzaje **wysiłków fizycznych** wykonywanych w czasie: zabaw ruchowych (organizowanych przez dorosłych i same dzieci, najlepiej na dworze), przemieszczania się w różne miejsca, ćwiczeń rytmicznych, korekcyjnych, zajęć tanecznych, sportowych, pomocy w różnych czynnościach w domu i w przedszkolu itd. Z wiekiem zwiększa się zdolność dzieci do wykonywania wysiłków fizycznych o dużej intensywności i długotrwałych.

Warunki współczesnego życia wpływają na ograniczenie aktywności fizycznej już u dzieci w wieku przedszkolnym. Wiąże się to m.in. z: dowożeniem dzieci do przedszkola, ograniczaniem ich pobytu na dworze (względny bezpieczeństwa, brak czasu rodziców), korzystaniem z wind, wielogodzinnym unieruchomieniem dzieci związanym z oglądaniem telewizji, filmów dla dzieci i coraz częstszym

³⁸ W opracowaniu tego podrozdziału skorzystano z: H. Nałęcz (2017): *Edukacja do zwiększenia aktywności fizycznej*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, s. 281–393.

³⁹ CDC Centers for Disease Control and Prevention (2011): *Physical activity for everyone*. Uzyskano w grudniu 2016 r. z: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/glossary/>

⁴⁰ WHO (2010): *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Genewa: WHO Press. Uzyskano w grudniu 2016 r. z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf

korzystaniem przez nie z tabletów i smartfonów. Z tego powodu przedszkole powinno aktywnie uczestniczyć w zwiększaniu aktywności fizycznej dzieci i zachęcać do tego ich rodziców.

Wprowadzenie elementów ruchu w czasie zajęć w pozycji siedzącej

Warto opracować zestaw atrakcyjnych dla dzieci form ruchu/ćwiczeń ze zmianą pozycji ciała, zaangażowaniem różnych grup mięśni, wykorzystaniem prostych przyborów. Należy wyjaśnić dzieciom powody, dla których wykonuje się te ćwiczenia, i zachęcić je do ich wymyślania i inicjowania oraz wykonywania podobnych ćwiczeń/ruchów w domu, np. podczas siedzenia przed telewizorem.

Organizowanie zajęć ruchowych w czasie pobytu dzieci na placu zabaw

Jest to ważne dla zwiększenia intensywności wysiłków fizycznych i wydłużenia czasu ich trwania. Należy zachęcać do tego wszystkie dzieci. Motywacją do dodatkowej porcji ruchu może być element współzawodnictwa, które dzieci bardzo lubią, tworzenie toru przeszkód i inne formy atrakcyjnych zajęć (warto przygotować zestaw takich zajęć); aktywny udział w nich nauczycieli.

Zachęcanie dzieci i rodziców do aktywności fizycznej z dzieckiem w drodze do i z przedszkola

Pokonywanie całej lub co najmniej części drogi pieszo (na rowerze, hulajnodze) jest okazją do zwiększenia aktywności fizycznej dzieci i ich rodziców. Rodziców należy także zachęcać do współorganizacji spotkań/imprez związanych z aktywnością fizyczną (np. dziecięcy piknik sportowy), angażujących dzieci, rodziców i nauczycieli.

3.4. Zachowania zwiększające bezpieczeństwo dzieci⁴¹

U dzieci w wieku przedszkolnym, ze względu na ich niezakończony rozwój motoryczny i psychiczny, istnieje duże ryzyko wypadków powodujących różne urazy. Ich skutki mogą być różne: najczęściej są to lekkie uszkodzenia ciała wymagające ambulatoryjnej pomocy medycznej, ale zdarzają się także urazy wymagające leczenia szpitalnego, a nawet powodujące zgon.

Sposoby postępowania w zapobieganiu wypadkom i urazom u dzieci w wieku przedszkolnym. Wskazówki dla nauczycieli i rodziców

Wypadki i urazy	Sposób postępowania
Upadki	- zakładanie blokad okiennych, barierek na tarasach i balkonach - instalowanie barierek przy schodach - zapewnienie dziecku „przeciwpoślizgowego” obuwia, wycieranie mokrych plam - miękkie podłoże na placu zabaw
Zadławienia i uduszenia	- wyeliminowanie z otoczenia dziecka toreb foliowych, balonów, gumowych rękawic - niedawanie dziecku drobnych przedmiotów (np. monet, pierścionków), zabawek zawierających drobne części, baterie - niełączenie jedzenia z zabawą - towarzyszenie dziecku przy jedzeniu - przechowywanie leków, tabletek w miejscach niedostępnych dla dzieci - nieużywanie ubrań ze sznurkami - niezakładanie pionowych rolet ze sznurkami w pomieszczeniach, w których przebywają dzieci

⁴¹ W opracowaniu tego podrozdziału skorzystano z: M. Malinowska-Cieślak, B. Woynarowska (2017): *Edukacja do bezpieczeństwa*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy...*, s. 395–411.

Oparzenia na skutek działania promieniowania, ognia, gorących płynów; porażenia prądem elektrycznym	• instalowanie zabezpieczeń na kuchenkach, piekarnikach • regulowanie temperatury ciepłej wody (maks. 50°C) • izolowanie dzieci od kominków, grillów, ognisk • unikanie ubrań z materiałów łatwopalnych, używanie bielizny tylko bawełnianej • zabezpieczenie kontaktów elektrycznych, sprzętu elektrycznego • ochrona dziecka przed promieniowaniem słonecznym
Wypadki drogowe	• przewożenie dzieci w foteliku samochodowym dostosowanym do rozmiarów i wieku dziecka, na tylnym siedzeniu • blokowanie drzwi samochodu, uczenie dziecka wsiadania i wysiadania • niezostawianie dzieci samych w samochodzie • przewożenie dziecka na rowerze w odpowiednim foteliku, w kasku na głowie • zakładanie dziecku kasku rowerowego i zapewnienie roweru dostosowanego do wzrostu • zakładanie dziecku kasku i ochraniaczy w czasie jazdy na wrotkach, hulajnodze, nartach, łyżwach • zapewnienie miejsca zabaw z dala od ulicy, szosy • uczenie dziecka przechodzenia przez jezdnię • noszenie przez dzieci odblasków
Utonięcia, przytopienia	• stały nadzór nad dzieckiem w czasie kąpieli w wannie • stały nadzór nad dzieckiem w czasie przebywania nad wodą • zabezpieczenia studni, ogrodzenie basenów, oczek wodnych • stosowanie kamizelek ratunkowych na sprzęcie wodnym
Zatrucia przypadkowe	• przechowywanie środków chemicznych i leków w oryginalnych opakowaniach w miejscach niedostępnych dla dziecka • niekojarzenie leków ze słodyczami i zabawą • przechowywanie środków ochrony roślin, substancji toksycznych w miejscach niedostępnych dla dziecka
Zranienia, stłuczenia	• zabezpieczenie kantów mebli, ostrych przedmiotów, narzędzi • zakładanie barierki na drzwiach szklanych i wahadłowych • nadzór i opieka przy kontaktach dziecka ze zwierzętami

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mazur (2008); Malinowska-Cieślak, Woynarowska (2017).

Wiek przedszkolny jest dobrym okresem do rozpoczęcia u dzieci systematycznej edukacji do bezpieczeństwa. Większość dzieci jest na pośrednim etapie edukacji zdrowotnej, tzn. stopniowo zwiększa się ich udział w trosce o własne zdrowie i bezpieczeństwo, opanowują podstawowe umiejętności w tym zakresie. Wymagają one jednak przypominania, nadzoru i zapewnienia bezpiecznych warunków przez dorosłych oraz tworzenia przez nich wzorców zachowań prewencyjnych. Ważne jest także pozwolenie dziecku na bezpieczne eksperymentowanie (pod dyskretnym nadzorem). Edukacja do bezpieczeństwa jest ważnym elementem edukacji zdrowotnej i powinna stanowić element programu dla wszystkich grup. Oprócz przekazywania dzieciom informacji o bezpiecznych zachowaniach w różnych sytuacjach, niezbędne jest ich częste praktykowanie. W standardzie trzecim PPZ zaproponowano trzy wskaźniki dotyczące stwarzania możliwości praktykowania zachowań bezpiecznych, ale nauczyciele mogą tworzyć jeszcze wiele innych możliwości ich praktykowania, w zależności od potrzeb danej grupy.

Uczestnictwo dzieci w zajęciach dotyczących postępowania w sytuacjach różnych zagrożeń

W zajęciach tych powinny uczestniczyć dzieci od 4 r.ż., rodzaj tych zajęć należy dostosować do ich wieku i potrzeb. Mogą one dotyczyć np. korzystania z europejskiego numeru alarmowego 112, poszukiwania pomocy w sytuacjach różnych zagrożeń, w tym w sytuacji krzywdzenia przez dorosłych

i starsze dzieci. Dzieci w wieku przedszkolnym należą do grupy zwiększonego ryzyka wykorzystania seksualnego. Niezbędne jest uczenie ich norm dotyczących granic intymności i odpowiednie modelowanie zachowań służących ochronie przed ich naruszeniem, rozróżniania „dobrego” i „złego” dotyku.

Uczenie dzieci używania sprzętu ochronnego w czasie jazdy na rowerze, wrotkach itd.

Formy uczenia używania sprzętu ochronnego mogą być różne, np. przymierzanie przez dzieci kasków, ochraniaczy na kolana i łokcie zakupionych w tym celu przez przedszkole lub przyniesionych (w porozumieniu z rodzicami) przez dzieci, które z nich korzystają; zaproszenie sprzedawców takiego sprzętu do zademonstrowania go i wypróbowania przez dzieci; wycieczka do sklepu ze sprzętem sportowym.

Uczenie się przez dzieci zasad bezpiecznego zachowania w różnych sytuacjach

Ważne jest, aby dzieci same przypominały, informowały rówieśników i demonstrowały bezpieczne zachowania w różnych sytuacjach. Dzieci powinny systematycznie nosić odblaski (np. taśmy, opaski, breloczki, kamizelki ochronne i inne gadżety) i samodzielnie/wzajemnie kontrolować ich używanie.

4. Scenariusz zajęć na temat dbałości o zdrowie dla pracowników przedszkola i rodziców dzieci

Uzasadnienie potrzeby zajęć:

Działania w promocji zdrowia pracowników przedszkola i rodziców dzieci przedszkolnych powinny być ukierunkowane m.in. na zmiany, jakich mogą oni dokonywać w swoim stylu życia, aby był on prozdrowotny. W procesie kształtowania prozdrowotnego stylu życia ważne jest umożliwienie ludziom dokonania samooceny dbałości o zdrowie i częstotści podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Stwarza to im możliwość samopoznania, może stać się punktem wyjścia do refleksji na temat własnej dbałości o zdrowie oraz poprawy zachowań w kierunku prozdrowotnym.

Osoba prowadząca zajęcia:

Nauczyciel lub inny pracownik pedagogiczny przedszkola, który przygotuje się do prowadzenia takich zajęć. Można też rozważyć zaproszenie rodzica dziecka lub innej osoby z zewnątrz, która posiada odpowiednie kompetencje.

Uczestnicy:

- pracownicy pedagogiczni i niepedagogiczni przedszkola,
- rodzice dzieci przedszkolnych.

Czas trwania zajęć: 60 minut

Zadania:

- zastanowienie się nad tym, co to znaczy „dbać o zdrowie”,
- umożliwienie dokonania indywidualnej i grupowej samooceny dbałości o zdrowie,
- zachęcenie do zaplanowania zmian zachowań w kierunku prozdrowotnym.

Pomoce:

- ankieta „Sprawdź, jak dbasz o zdrowie!”⁴² dla każdego uczestnika,
- duży arkusz ze schematem do sporządzenia grupowego profilu dbałości o zdrowie,
- pakiety złożone z 7 małych kartek (4x4 cm) spiętych zszywką,
- małe kartki papieru, długopisy/ołówki, flamastry, tablica, karty typu flipchart, klej.

Oczekiwane efekty:

Po zajęciach ich uczestnicy:

- uświadamiają sobie, co to znaczy „dbać o zdrowie”,
- uświadamiają sobie, jak często w swoim życiu codziennym podejmują zachowania sprzyjające zdrowiu oraz czy nie podejmują zachowań ryzykownych,
- zastanawiają się, co mogą zrobić, aby lepiej dbać o swoje zdrowie.

⁴² Kwestionariusz ten jest zmodyfikowaną wersją kwestionariusza użytego do diagnozy stanu wyjściowego w projekcie „Promocja zdrowia pracowników szkoły”; opublikowano go w artykule: M. Woynarowska-Sołdan (2013): *Sprawdź, jak dbasz o swoje zdrowie*, Dyrektor Szkoły, nr 8, s. 36–38 (artykuł dostępny jest na: <http://www.oswiata.abc.com.pl/dyrektor-szkoly/czytaj/-/artykul/zdrowie-pracownikow-podstawa-sprawnego-funkcjonowania-placowki>). Autorkami pierwotnej wersji kwestionariusza są: M. Woynarowska-Sołdan i K. Hildt-Ciupińska.

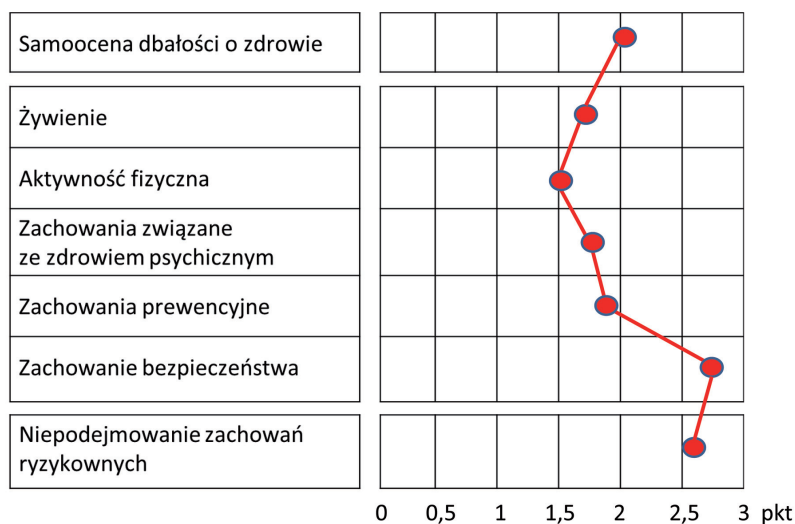
Przebieg zajęć:

A. Rozumienie pojęcia „dbałość o zdrowie”

1. Poproś uczestników, aby zastanowili się nad tym, co ludzie robią, aby dbać o zdrowie:
 - praca indywidualna: każdy zapisuje 5 tego rodzaju zachowań na osobnych karteczkach,
 - praca w małych grupach: uczestnicy łączą się w grupy 4–5-osobowe i tworzą wspólną listę tych zachowań,
 - praca w całej grupie: uczestnicy podają zachowania, które wypisali, prowadzący zapisuje je na tablicy w postaci mapy mentalnej.
2. Podsumowanie: prowadzący podsumowuje pracę uczestników, porządkuje i uzupełnia informacje zależnie od potrzeb grupy.

B. Samoocena zachowań prozdrowotnych

1. Samoocena indywidualna
 - 1.1. Daj każdemu uczestnikowi ankietę „Sprawdź, jak dbasz o zdrowie!”. Wyjaśnij jej cel oraz sposób wypełniania jej części I i obliczenia wyników (część II). Poproś o indywidualną pracę i zapewnij uczestników, że wypełniają ankietę dla siebie, nie podpisują jej, nie oddają. Pomóż uczestnikom sporządzić profil ich dbałości o zdrowie (przykład niżej).



Przykład profilu dbałości o zdrowie

- 1.2. Zapytaj chętnych o refleksje wynikające z samooceny ich zachowań prozdrowotnych (czy łatwo im było ocenić swoje zachowanie, czy coś ich zdziwiło, zaniepokoiło?). Nie prosz o upublicznianie swojego profilu.
2. Ocena grupowa:
 - 2.1. Daj każdemu uczestnikowi pakiet 7 małych kartek spiętych zszywką. Powiedz, że obliczycie wynik dla całej grupy i sporządzicie grupowy profil dbałości o zdrowie. Kieruj pracą:
 - poproś, by każdy uczestnik na pierwszej kartce zapisał cyfrę, która znajduje się przy jego odpowiedzi na pytanie nr 1 (*Jak dbasz o swoje zdrowie?*). Poproś o oderwanie tej kartki i przekazanie jej wskazanej przez ciebie osobie/parze,
 - poproś, by każdy uczestnik na drugiej kartce zapisał średnią liczbę punktów uzyskanych w obszarze Żywnienie (pyt. nr 2). Tak jak poprzednio, poproś o oderwanie kartki i przekazanie jej wskazanej osobie/parze. To samo powtórz dla kolejnych obszarów z pytania nr 2 i dla niepodejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia (pyt. nr 3).
 - poproś osoby/pary, które otrzymały kolejne zbiory kartek, by przystąpiły do obliczenia średniej grupowej w poszczególnych obszarach. Poproś osoby sąsiadujące z nimi o pomoc w liczeniu.

- 2.2. Powieś na tablicy arkusz ze schematem do sporządzenia grupowego profilu dbałości o zdrowie. Poproś o podanie wyników (średniej grupowej) dla poszczególnych obszarów i zaznacz je na schemacie (proponujemy zapisać schemat na arkuszu, a nie na tablicy, być może arkusz ten przyda się w przyszłości).
- 2.3. Zachęć uczestników do dyskusji nad uzyskanymi wynikami grupowymi (w jakiej grupie zachowań wynik jest najwyższy, w jakiej najniższy?, dlaczego?, jak ma się samoocena dbałości o zdrowie do wyników uzyskanych w poszczególnych obszarach?).

C. Chęci/możliwości zmiany zachowań w kierunku prozdrowotnym

1. Zapytaj uczestników, co mogliby zrobić, aby lepiej dbać o swoje zdrowie (część III ankiety). Podziel ich na grupy i poproś, aby każda grupa zapisała kilka propozycji (każda na osobnej kartce).
2. Zapytaj, czy wśród propozycji grup są takie, które odnoszą się do żywienia. Jeśli tak, poproś o nie. Następnie poproś o wszystkie propozycje odnoszące się po kolei do aktywności fizycznej, zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym oraz zachowań prewencyjnych. Zapytaj, czy zostały jeszcze jakieś propozycje, których nie zakwalifikowano do ww. grup. Jeśli tak, poproś o nie i określcie, do jakiej kategorii należą.
3. Przyklejcie pogrupowane kartki do arkusza i przeanalizujcie je.
4. Zachęć wszystkich uczestników do rozważenia możliwości dokonania poprawy ich dbałości o zdrowie i zaplanowania działań w tym kierunku (indywidualne wypełnienie tabeli z części III).

D. Podsumowanie i zakończenie zajęć

Zapytaj uczestników, na ile zajęcia były im przydatne i jak oceniają ich przebieg (co im się podobało, co by zmienili?).

Uwaga! Jeśli w czasie zajęć ujawni się potrzeba pogłębienia wiedzy lub umiejętności w zakresie jakiegś grupy zachowań zdrowotnych, rozważcie zorganizowanie na ten temat odrębnych warsztatów lub spotkania z odpowiednimi specjalistami. Warto też zgromadzić odpowiednie publikacje do użytku pracowników i rodziców dzieci, podać adresy miejsc, w których mogą uzyskać dodatkową pomoc itd.

SPRAWDŹ, JAK DBASZ O ZDROWIE!

Ankieta ta pozwoli Ci zastanowić się nad tym, jak dbasz o swoje zdrowie. Wypełniając ją, zdasz sobie sprawę z tego, jak często w swoim codziennym życiu podejmujesz zachowania sprzyjające zdrowiu. Dokonanie takiej samooceny może stać się punktem wyjścia do tego, byś zmienił(a) swój styl życia w kierunku prozdrowotnym.

CZĘŚĆ I.

1. **Jak dbasz o swoje zdrowie?** Wstaw X w jednej kratce.

- 3 ☐ bardzo dbam o swoje zdrowie
 2 ☐ raczej dbam o swoje zdrowie
 1 ☐ raczej nie dbam o swoje zdrowie
 0 ☐ wcale nie dbam o swoje zdrowie

2. **Podane w tabeli stwierdzenia dotyczą zachowań sprzyjających zdrowiu.** Przeczytaj uważnie każde z nich i zastanów się, jak często tak postępujesz. Wstaw X w jednej kratce w każdym poziomym wierszu.

Zachowania	Zawsze lub prawie zawsze 3 pkt	Często 2 pkt	Czasem 1 pkt	Nigdy lub prawie nigdy 0 pkt
ŻYWIENIE				
1. Jem co najmniej 3 posiłki dziennie o podobnych porach dnia	☐	☐	☐	☐
2. Jem śniadanie w domu codziennie rano (tzn. coś więcej niż szklankę mleka, herbaty, kawy lub innego napoju)	☐	☐	☐	☐
3. Jem codziennie owoce co najmniej 1 raz lub częściej	☐	☐	☐	☐
4. Jem codziennie warzywa co najmniej 1 raz lub częściej (poza ziemniakami)	☐	☐	☐	☐
5. Piję codziennie co najmniej 2 szklanki mleka, kefiru lub jogurtu	☐	☐	☐	☐
6. Ograniczam spożycie tłuszczów zwierzęcych	☐	☐	☐	☐
7. Ograniczam spożycie soli	☐	☐	☐	☐
8. Ograniczam jedzenie słodczy	☐	☐	☐	☐
9. Unikam podjadania między posiłkami	☐	☐	☐	☐
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA				
10. Codziennie przeznaczam łącznie co najmniej 30 minut na zajęcia związane z umiarkowanym lub dużym wysiłkiem fizycznym (np. szybki marsz, jogging, uprawianie sportu, praca w ogrodzie)	☐	☐	☐	☐
11. Co najmniej 2 razy w tygodniu wykonuję ćwiczenia zwiększające siłę głównych grup mięśni (np. grabienie liści, noszenie zakupów (ciężki plecak), wchodzenie po schodach, ćwiczenia mięśni brzucha)	☐	☐	☐	☐
12. Zwiększam ilość ruchu i wysiłków fizycznych w codziennym życiu (np. gdy jest to możliwe, chodzę pieszo, zamiast jeździć samochodem, autobusem, chodzę po schodach, zamiast jeździć windą)	☐	☐	☐	☐
13. Ograniczam czas oglądania telewizji	☐	☐	☐	☐
14. Ograniczam czas spędzany dla rekreacji przy komputerze, laptopie, telefonie komórkowym itp.	☐	☐	☐	☐
ZACHOWANIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM				
15. Śpię w nocy około 6–7 godzin	☐	☐	☐	☐
16. Kładę się spać o tej samej porze	☐	☐	☐	☐
17. Poświęcam co najmniej 20–30 minut dziennie na relaks/odpoczynek (np. „wyluzowuję się”, wykonuję ćwiczenia relaksacyjne, robię to, co lubię)	☐	☐	☐	☐
18. Dobrze gospodaruję swoim czasem	☐	☐	☐	☐

Zachowania	Zawsze lub prawie zawsze 3 pkt	Często 2 pkt	Czasem 1 pkt	Nigdy lub prawie nigdy 0 pkt
19. Dobrze radzę sobie z stresem (napięciami)	☐	☐	☐	☐
20. Pozytywnie myślę o sobie i świecie	☐	☐	☐	☐
21. Zwracam się do innych osób o pomoc w trudnych dla mnie sytuacjach (np. do rodziny, przyjaciół)	☐	☐	☐	☐
22. Spędzam czas ze znajomymi/przyjaciółmi co najmniej 1 raz w miesiącu	☐	☐	☐	☐
ZACHOWANIA PREWENCYJNE				
23. Unikam nadmiernego opalania się (np. używam kremów ochronnych, nakrywam głowę, unikam opalania się między godz. 10 a 14)	☐	☐	☐	☐
24. Czyszczę zęby co najmniej 2 razy dziennie	☐	☐	☐	☐
25. Chodzę do dentysty na badania kontrolne co 6 miesięcy	☐	☐	☐	☐
26. Wykonuję pomiar ciśnienia krwi co najmniej 1 raz w roku	☐	☐	☐	☐
27. W okresie od września do kwietnia przyjmuję codzienne witaminę D	☐	☐	☐	☐
28. Szczepię się corocznie przeciw grypie	☐	☐	☐	☐
29. Tylko dla kobiet: Wykonuję samobadanie piersi 1 raz w miesiącu	☐	☐	☐	☐
30. Tylko dla kobiet: Wykonuję badanie cytologiczne co najmniej 1 raz na 3 lata lub częściej zgodnie z zaleceniami lekarza	☐	☐	☐	☐
31. Tylko dla mężczyzn: Wykonuję samobadanie jąder 1 raz w miesiącu	☐	☐	☐	☐
32. W przypadku zachorowania i wizyty u lekarza przestrzegam lekarskich zaleceń	☐	☐	☐	☐
ZACHOWANIE BEZPIECZEŃSTWA				
33. Zapinam pasy bezpieczeństwa w czasie jazdy samochodem osobowym	☐	☐	☐	☐
34. Używam kasku, jeżdżąc na rowerze – jeśli nie jeździsz, opuść ten punkt	☐	☐	☐	☐
35. Przestrzegam przepisów ruchu drogowego, gdy poruszam się pieszo, gdy jadę rowerem lub prowadzę samochód	☐	☐	☐	☐
36. Zachowuję się bezpiecznie nad wodą (np. kąpię się tylko w miejscach strzeżonych, nie skaczę „na główkę”, zakładam kapok, gdy płyvam łódką, kajakiem)	☐	☐	☐	☐
37. Przestrzegam zasad bezpieczeństwa, posługując się urządzeniami elektrycznymi, maszynami oraz używając substancji chemicznych, fajerwerków	☐	☐	☐	☐

3. Podane niżej stwierdzenia dotyczą niepodjęcia zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Jeśli zachowujesz się **tak, jak zapisano w stwierdzeniu**, wstaw X w kratce obok tego stwierdzenia.

Jeśli nie zachowujesz się w sposób opisany w stwierdzeniu, zostaw kratkę pustą.

NIEPODEJMOWANIE ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH DLA ZDROWIA	TAK się zachowuję 3 pkt
38. Nie wypijam dużej ilości alkoholu na jeden raz (nie upijam się)	☐
39. Nie palę papierosów	☐
40. Unikam przebywania wśród osób palących papierosy	☐
41. Nie nadużywam leków nieprzepisanych przez lekarza (przeciwbólowych, uspokajających, nasennych)	☐

CZĘŚĆ II.

1. Wykonaj obliczenia:

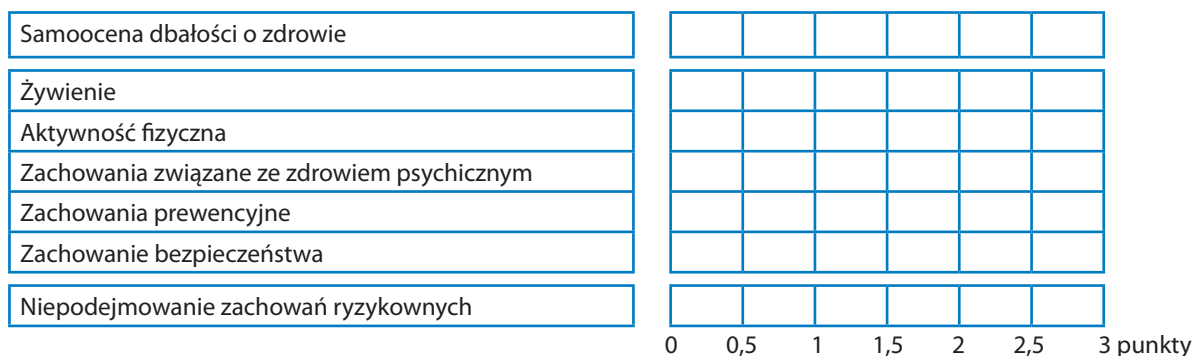
- Zsumuj punkty uzyskane przez Ciebie w każdym badanym obszarze (pyt. nr 2 i 3). Sumy wpisz w kolumnie 4.
- Oblicz średnią arytmetyczną punktów uzyskanych w każdym obszarze. W tym celu podziel sumę punktów uzyskanych w danym obszarze (kolumna 4) przez liczbę stwierdzeń w tym obszarze (kolumna 2). Wynik wpisz w kolumnie 5.

1	2	3	4	5
Obszar	Liczba stwierdzeń	Maksymalna liczba punktów	Suma uzyskanych przez Ciebie punktów	Średnia arytmetyczna
Żywienie	9	27		
Aktywność fizyczna	5	15		
Zachowania związane ze zdrowiem psychicznym	8	24		
Zachowania prewencyjne	8 lub 9*	24 lub 27		
Zachowanie bezpieczeństwa	4 lub 5**	12 lub 15		
Niepodejmowanie zachowań ryzykownych	4	12		

* 8 dla mężczyzn, 9 dla kobiet, ** zależnie od tego, czy odpowiedziano, czy opuszczono punkt 34

2. Profil Twojej dbałości o zdrowie

Zaznacz na wykresie liczbę punktów z pytania 1 oraz średnie arytmetyczne uzyskane w poszczególnych obszarach: zaznacz kropkami odpowiednie wartości i połącz kropki linią.



Im wyższa średnia liczba punktów, tym lepszy wynik!

3. Zastanów się:

- Jak się ma Twoja samoocena dbałości o zdrowie do wyników w poszczególnych obszarach?
- W którym obszarze uzyskałaś(-eś) najlepszy wynik?
- W którym obszarze uzyskałaś(-eś) najgorszy wynik?
- Przeanalizuj zachowania w poszczególnych obszarach:
 - co myślisz o podejmowaniu przez siebie zachowań prozdrowotnych zawartych w pyt. nr 2? Ile spośród tych zachowań podejmujesz z pożądaną częstością, tzn. zawsze lub prawie zawsze?
 - co myślisz o swoich zachowaniach w kontekście niepodejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia zawartych w pyt. nr 3?

CZĘŚĆ III.

**Zastanów się, co możesz zrobić, aby lepiej dbać o swoje zdrowie.
Zaplanuj to SAMA/SAM DLA SIEBIE:**

Co zrobię?	W jakim czasie?	Co mi w tym pomoże?	Co mi to utrudni?

Powodzenia!!!

