



SZKOŁA SPECJALNA PROMUJĄCA ZDROWIE

Podręcznik dla szkół specjalnych kształcących
dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną
i osób wspierających ich działania
w zakresie promocji zdrowia

Magdalena Woynarowska-Sołdan Barbara Woynarowska Dorota Danielewicz



SZKOŁA SPECJALNA PROMUJĄCA ZDROWIE

Podręcznik dla szkół specjalnych kształcących
dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną
i osób wspierających ich działania
w zakresie promocji zdrowia

Magdalena Woynarowska-Sołdan Barbara Woynarowska Dorota Danielewicz

Warszawa, 2020

Autorki:

Magdalena Woynarowska-Sołdan – Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Barbara Woynarowska – Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny,
Uniwersytet Warszawski

Dorota Danielewicz – Zakład Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży, Akademia Pedagogiki Specjalnej;
Szkoła „Dać Szansę” STO w Warszawie dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną

Recenzja: dr hab. Jarosław Rola, prof. APS – Zakład Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży,
Akademia Pedagogiki Specjalnej

Redakcja językowa: Magdalena Woynarowska-Sołdan

Projekt logo szkoły promującej zdrowie: Urszula Mróz

Projekt graficzny, redakcja techniczna i skład: Barbara Jechalska

Narzędzia do autoewaluacji działań w szkole specjalnej promującej zdrowie sprawdzono w badaniach pilotażowych przeprowadzonych pod kierunkiem dyrektorów i szkolnych koordynatorów ds. promocji zdrowia. Byli wśród nich:

Paweł Drobnik, Marzena Mróz, Roksana Jędrzejczyk – Zespół Szkół Specjalnych nr 2 w Gdańsku;

Marzena Wysocka, Anna Krukowska, Hanna Kurjata – Szkoła Podstawowa Specjalna nr 37 im. Szarych Szeregów w Gdańsku;

Magdalena Bulińska, Justyna Kubiak – Zespół Szkół Specjalnych im. K.I. Gałczyńskiego w Bielsku-Białej;

Małgorzata Gondek, Anna Chrzan, Ewa Jakóbska – Szkoła Podstawowa Specjalna nr 7 w Katowicach;

Janina Opoczyńska-Jarecka, Weronika Kulikowska – Zespół Szkół Specjalnych w Pęcherach koło Piaseczna;

Tomasz Brzeski, Dorota Urban, Maria Niedoba – Zespół Placówek Szkolno-Wychowawczo-Rewalidacyjnych w Ostródzie;

Krystyna Miezio, Anna Domańska – Szkoła Podstawowa Specjalna w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym nr 2 im. J. Korczaka w Elblągu;

Jarosław Witek, Mariola Jurecka – Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Szymanowie.

W pracach nad opracowaniem narzędzi uczestniczyli:

pracownicy Zespołu ds. Promocji Zdrowia w Szkole ORE: Bożena Jodczyk, Valentina Todorovska-Sokołowska (Krajowy Koordynator w sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie);

koordynatorzy wojewódzkich i rejonowych sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie:

Teresa Burczyk – Kuratorium Oświaty w Gdańsku;

Marzena Laskus, Agnieszka Włodarczyk – Kuratorium Oświaty w Warszawie;

Monika Tanikowska – Wydział Oświaty i Wychowania Urzędu Miasta Lublin;

Tomasz Wojtasik – Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach;

Anna Zdaniukiewicz – Kuratorium Oświaty w Olsztynie.

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2020

Wydanie I

ISBN: 978-83-66047-62-4

Ośrodek Rozwoju Edukacji

00-478 Warszawa

Aleje Ujazdowskie 28

www.ore.edu.pl



S · H · E

Schools for Health in Europe

www.schoolsforhealth.org

Spis treści

Wstęp	7
--------------------	---

Część I. Koncepcja tworzenia i rozwijania szkoły specjalnej promującej zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną

1. Koncepcja promocji zdrowia	13
1.1. Co to jest promocja zdrowia?	13
1.2. Podejścia w promocji zdrowia	14
2. Koncepcja szkoły promującej zdrowie	15
3. Szkoła specjalna dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jako siedlisko dla działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia	16
3.1. Czynniki sprzyjające i utrudniające edukację zdrowotną i promocję zdrowia w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną	17
3.2. Charakterystyka społeczności szkoły specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście ochrony i promocji zdrowia	18
3.2.1. Uczniowie	18
3.2.2. Pracownicy	19
3.2.3. Rodzice uczniów	21
4. Definicja, model i standardy szkoły specjalnej promującej zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną	24
5. Co jest potrzebne do tworzenia i rozwoju szkoły specjalnej promującej zdrowie?	26
5.1. Poznanie i zrozumienie koncepcji szkoły promującej zdrowie	26
5.2. Uczestnictwo i zaangażowanie społeczności szkolnej	26
5.3. Działalność szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia i zespołu promocji zdrowia	27
5.4. Planowanie działań i ich ewaluacja	30
5.5. Dążenie do powiązania działań w zakresie promocji zdrowia z podstawowymi celami i zadaniami szkoły	30
5.6. Współpraca z innymi placówkami specjalnymi i integracyjnymi oraz społecznością lokalną	31
6. Jak tworzyć i rozwijać szkołę specjalną promującą zdrowie?	32
6.1. Okres przygotowawczy	32
6.2. Etapy tworzenia szkoły promującej zdrowie	35
6.2.1. Etap pierwszy – diagnoza	36
6.2.2. Etap drugi – planowanie działań i ich ewaluacji	37
6.2.2.1. Wstępna faza planowania	38
6.2.2.2. Budowanie planu działań i ich ewaluacji	40
6.2.3. Etap trzeci – działania – realizacja planu	44
6.2.4. Etap czwarty – ewaluacja wyników działań	45
6.2.5. Materiały pomocnicze	46
7. Wspieranie działań szkół promujących zdrowie i tworzenie wojewódzkich sieci tych szkół	56
7.1. Wspieranie działań szkół promujących zdrowie	56
7.2. Wojewódzkie sieci szkół promujących zdrowie	58

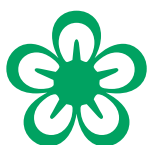
Część II. Autoewaluacja działań w szkole specjalnej promującej zdrowie. Metody i narzędzia

1. Procedura autoewaluacji	63
2. Badanie ankietowe pracowników szkoły i rodziców uczniów	66
3. Badanie uczniów: techniki do wyboru	78
3.1. Badanie uczniów za pomocą rozmowy	79
3.2. Badanie uczniów za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz”	80
3.3. Badanie uczniów za pomocą techniki „Narysuj i napisz”	83
3.4. Badanie uczniów za pomocą pracy pisemnej	85
4. Standard pierwszy – Koncepcja pracy szkoły, jej struktura, organizacja i warunki sprzyjają zdrowiu oraz uczestnictwu społeczności szkoły w realizacji działań w zakresie promocji zdrowia oraz skuteczności i długofalowości tych działań	87
5. Standard drugi – Klimat społeczny szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników oraz rodziców uczniów	93
5.1. Badanie ankietowe pracowników szkoły i rodziców uczniów	94
5.2. Badanie uczniów	97
6. Standard trzeci – Szkoła prowadzi edukację zdrowotną uczniów i umożliwia im praktykowanie w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych	100
7. Standard czwarty – Szkoła podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców uczniów w zakresie dbałości o zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów	109
8. Ocena efektów działań	115
9. Raport końcowy z autoewaluacji	120

Aneks

1. Słownik podstawowych terminów	125
2. Kluczowe wartości i filary szkoły promującej zdrowie przyjęte w sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie	131
3. Umożliwianie uczniom praktykowania w szkole wybranych zachowań prozdrowotnych: wskazówki dla nauczycieli i rodziców uczniów	132
4. Edukacja dotycząca seksualności dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną	141
5. Scenariusz zajęć dla pracowników szkoły i rodziców uczniów: „Sprawdź, jak dbasz o zdrowie!”	144

Podziękowania



Podręcznik ten powstał w odpowiedzi na potrzebę przygotowania procedury autoewaluacji dostosowanej do specyfiki szkół specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną chcących realizować program Szkoła promująca zdrowie. Zwracano uwagę na to, że szkoły te są ważnymi siedliskami dla działań w zakresie promocji zdrowia i wprowadzano w nich wiele takich działań. Doprowadziło to do podjęcia zbiorowego wysiłku mającego na celu opracowanie i sprawdzenie koncepcji szkoły promującej zdrowie w tego typu szkołach.

Wszystkim, którzy orędowni za promocją zdrowia w szkołach specjalnych, wnosili swój wkład w jej wdrażanie w tych szkołach, brali udział w pracach nad tym podręcznikiem, składamy serdeczne podziękowania.

Wstęp

Program *Szkoła promująca zdrowie* (SzPZ) to najdłużej trwające i wciąż rozwijające się w Europie i na innych kontynentach skoordynowane, systemowe, długofalowe i dobrowolne działania na rzecz zdrowia w szkole. W Polsce działania dla tworzenia SzPZ rozpoczęto w 1991 r. Polska była jednym z 4 krajów realizujących projekt pilotażowy SzPZ (1992–1995) i jednym z 7 pierwszych krajów przyjętych w 1992 r. do *Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie* funkcjonującej od 2007 r. jako sieć *Szkoły dla Zdrowia w Europie* (*Schools for Health in Europe* – SHE)¹. Do sieci tej należy obecnie 41 krajów². Upowszechnianie koncepcji SzPZ rozpoczęło się w Polsce już w 1992 r. – w woj. ciechanowskim powstała wówczas pierwsza wojewódzka sieć takich szkół. Od 2006 r. sieci SzPZ istnieją we wszystkich województwach i należy do nich obecnie ok. 3300 szkół i przedszkoli. W sieciach tych dominują szkoły ogólnodostępne, należą do nich także szkoły specjalne dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, wiele z nich otrzymało *wojewódzki certyfikat szkoła promująca zdrowie*.

Od 2008 r. szkoły ogólnodostępne mogą się ubiegać o *Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie* nadawany przez Ministra Edukacji Narodowej. Dotychczasowa procedura nadawania tego certyfikatu uniemożliwiała uzyskanie go przez szkoły specjalne dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Wynikało to z braku narzędzi do autoewaluacji dostosowanych do specyfiki tych szkół. Wiele osób pracujących i/lub związanych z tymi szkołami od wielu lat zgłaszało potrzebę przygotowania narzędzi autoewaluacyjnych dostosowanych do ich potrzeb, zwracano uwagę na nierówne traktowanie i dyskryminację tych szkół.

Osoby wspierające pracę SzPZ były świadome tej nierówności, zwłaszcza że w sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie* przyjęto, że równość i włączanie należą do pięciu kluczowych wartości SzPZ. Zadanie opracowania standardów dla szkół specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną wydawało się jednak bardzo trudne ze względu na różnorodność zaburzeń rozwoju i zdrowia ich uczniów i ograniczone możliwości ich uczestnictwa w autoewaluacji. Przełomem w myśleniu o tym zadaniu było opracowanie i sprawdzenie przydatności standardów i narzędzi do autoewaluacji ich osiągnięcia w przedszkolach, co umożliwiło im od 2018 r. ubieganie się o *Krajowy Certyfikat Przedszkole Promujące Zdrowie* (PPZ). W czasie prac nad koncepcją PPZ pojawiły się pomysły, które legły u podstaw koncepcji szkoły specjalnej promującej zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną.

Podręcznik niniejszy przeznaczony jest dla **szkół specjalnych kształcących uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi (z których jedną jest niepełnosprawność intelektualna)**, które podjęły lub zamierzają podjąć tworzenie SzPZ oraz osób wspierających ich działania. Szkoły specjalne dla uczniów z innymi rodzajami niepełnosprawności (np. niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących) mogą korzystać z tego podręcznika lub z podręcznika dla szkół ogólnodostępnych, dostosowując narzędzia ewaluacyjne

¹ Założenia SzPZ w Europie i jej ewolucję opisano w artykule: Woynarowska-Sołdan M. (2015): *Szkoła promująca zdrowie w Europie w świetle dokumentów czterech europejskich konferencji*, Kwartalnik Pedagogiczny, nr 1, s. 97–111. Zmiany, jakie dokonały się w SzPZ w okresie 25 lat, przedstawiono w artykułach: Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M. (2015): *Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce. Rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015*, Pedagogika Społeczna, nr 3, s. 163–184 oraz Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M. (2018): *25-lecie szkół promujących zdrowie w Polsce – cz. I. Rozwój koncepcji*, Remedium, nr 7–8, s. 46–48.

² Informacje na temat sieci SHE można znaleźć na stronie: <https://www.schoolsforhealth.org>

dla uczniów we własnym zakresie. Zgodnie z obowiązującymi przepisami³ szkoły specjalne mogą funkcjonować samodzielnie lub w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii i młodzieżowych ośrodkach wychowawczych (prowadzonych m.in. dla dzieci i młodzieży niedostosowanych społecznie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim).

Opracowanie podręcznika było poprzedzone:

- zebraniem danych o szkołach specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną należących do wojewódzkich sieci SzPZ,
 - wizytami w kilku takich szkołach,
 - serią spotkań i konsultacji z dyrektorami i szkolnymi koordynatorami ds. promocji zdrowia z kilkunastu szkół/ośrodków specjalnych należących do sieci SzPZ w województwie mazowieckim, pomorskim, śląskim i warmińsko-mazurskim,
 - pilotażem narzędzi i podręcznika w 8 szkołach/ośrodkach wymienionych na odwrocie strony tytułowej.
- Była to zatem praca zespołowa.

W podręczniku połączono założenia SzPZ i PPZ. Starano się w nim uwzględnić specyfikę szkoły specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną i jej społeczności. Zaproponowano rozwiązania, które włączają do udziału w autoewaluacji także uczniów tych szkół; będą oni pytani o to, co lubią, czego nie lubią w szkole. Wybór techniki badania uczniów należy do szkoły i zależy od poziomu rozwoju poznawczego uczniów, ich sprawności motorycznej, możliwości komunikowania się, problemów zdrowotnych i wieku. Niektórzy uczniowie nie będą w stanie uczestniczyć w badaniu za pomocą zaproponowanych technik i autoewaluacji dokonywać będą tylko dorośli członkowie społeczności szkoły – pracownicy pedagogiczni i niepedagogiczni oraz rodzice uczniów.

Struktura i treść podręcznika są zbliżone do tych, które przyjęto w podręczniku opracowanym dla szkół ogólnodostępnych⁴. Wykorzystano w nim wiele fragmentów zawartych w tym podręczniku, dostosowując je do specyfiki szkół specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Założono, że sposób tworzenia SzPZ w szkole ogólnodostępnej i specjalnej powinny być na tyle podobne, na ile to możliwe. Przyjęto, że poza pewnymi odrębnościami w funkcjonowaniu tych szkół, wiele je także łączy. Uznano, że zachowanie podobnej metody działania:

- ułatwi pracę:
 - szkół – niektóre szkoły specjalne dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną od lat interesowały się SzPZ, starały się ją tworzyć i ewaluować swe działania z wykorzystaniem narzędzi do autoewaluacji dla szkół ogólnodostępnych, dokonując we własnym zakresie ich rozmaitych modyfikacji,
 - koordynatorów wojewódzkich i rejonowych sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie;
- może sprzyjać współpracy i wymianie doświadczeń między szkołami.

³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2017, poz. 1578 z późn. zm.); rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie publicznych placówek oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych oraz placówek zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania (Dz.U. 2017, poz. 1606).

⁴ Woynarowska B., Woynarowska-Soldan M. (red.) (2019): *Szkoła promująca zdrowie. Podręcznik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. ORE, Warszawa.

Podręcznik składa się z dwóch części i Aneksu:

- W **części pierwszej** przedstawiono koncepcję promocji zdrowia i SzPZ, model i standardy szkoły specjalnej promującej zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną oraz cechy takiej szkoły jako siedliska do działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Omówiono w niej także etapy tworzenia szkoły specjalnej promującej zdrowie ze szczególnym uwzględnieniem planowania i ewaluacji działań oraz infrastrukturę dla wspierania działań szkół podejmujących program SzPZ.
- **Część druga** zawiera narzędzia do autoewaluacji w szkole specjalnej promującej zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Omówiono w niej zasady dokonywania tej ewaluacji oraz metody oceny działań określonych w czterech standardach i ich efektów. Zamieszczono wszystkie formularze i kwestionariusze badań oraz szczegółowe instrukcje i materiały pomocnicze.
- W **Aneksie** zamieszczono: słownik podstawowych terminów, wartości i filary SzPZ przyjęte w sieci SHE, materiały pomocnicze dla nauczycieli na temat praktykowania przez uczniów wybranych zachowań prozdrowotnych i prowadzenia edukacji dotyczącej seksualności oraz scenariusz zajęć dotyczących dbałości o zdrowie dla pracowników i rodziców uczniów.

Podręcznik przeznaczony jest przede wszystkim dla dyrekcji, szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia i członków szkolnego zespołu promocji zdrowia w szkołach specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Adresowany jest on także do osób i instytucji wspierających działania SzPZ: 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 podręczniku informacje pomogą zrozumieć istotę koncepcji SzPZ, zasady jej tworzenia, rozwoju oraz odrębności w stosunku do tradycyjnych programów edukacji zdrowotnej i programów profilaktycznych. Bez zrozumienia tych zagadnień można podejmować wiele różnorodnych działań akcyjnych o tematyce zdrowotnej, ale nie uda się stworzyć i rozwijać szkoły promującej zdrowie.

dr hab. n. społ. Magdalena Woynarowska-Sołdan
prof. dr hab. n. med. Barbara Woynarowska
dr n. hum. Dorota Danielewicz

Część I



**Koncepcja tworzenia i rozwijania
szkoły specjalnej promującej zdrowie
dla uczniów
z niepełnosprawnością intelektualną**

1. Koncepcja promocji zdrowia

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

1.1. Co to jest promocja zdrowia?

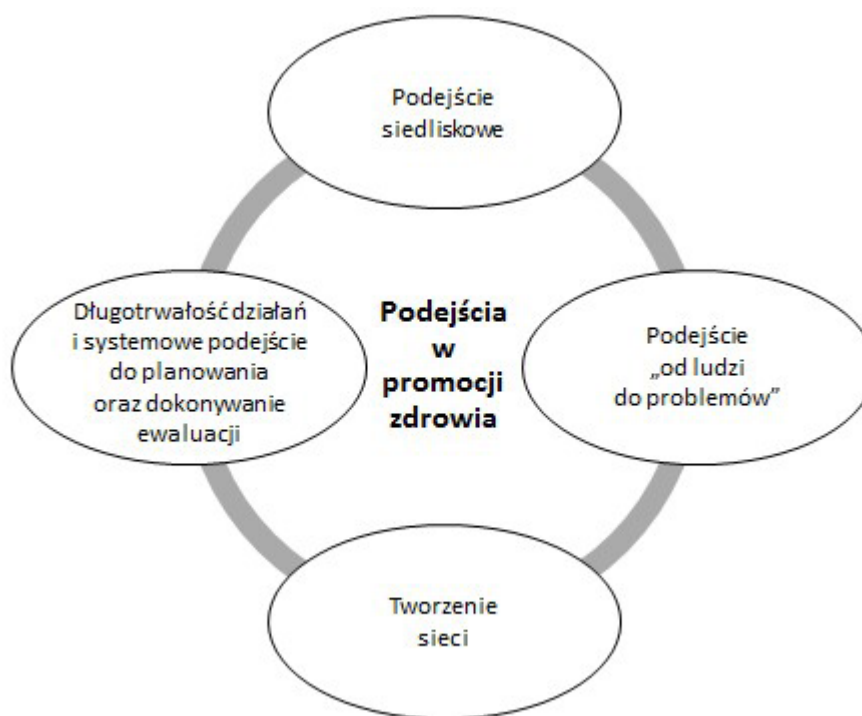
Promocja zdrowia jest nową, rozwijaną na świecie od lat 80. XX w., strategią działań dla umocnienia zdrowia ludzi – jednostek i społeczności. W 1986 r. w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia – podstawowym dokumencie w tej dziedzinie – promocję zdrowia zdefiniowano jako **proces umożliwiający ludziom zwiększenie 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, osiąganiu 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 ich 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 (ryc. 1):



Ryc. 1. Podejścia w promocji zdrowia

- **Podejście siedliskowe** – zakłada ono, że zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach⁵ 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 uwzględniane są 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.

⁵ W słownikach języka polskiego „siedlisko” określone jest jako miejsce stałego przebywania, zamieszkania, osiedlenia, mieszkanie, dom, siedziba, ognisko, gniazdo, a także jako miejsce życia określonych organizmów.

2. Koncepcja szkoły promującej zdrowie

Podstawą koncepcji SzPZ są założenia **promocji zdrowia**, zgodnie z którymi:

- zdrowie jest tworzone przez ludzi **w codziennym życiu, we wszystkich siedliskach**, w których żyją, uczą się, pracują, wypoczywają, bawią się; jednym z siedlisk jest szkoła i jej społeczność – nauczyciele i inni pracownicy pedagogiczni, pracownicy niepedagogiczni, uczniowie i ich rodzice;
- niezbędne są dwa wzajemnie powiązane rodzaje działań:
 - działania **indywidualne ludzi**, którzy starają się, aby ich styl życia był prozdrowotny,
 - działania **wspólne społeczności**, która tworzy sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne;
- warunkiem skuteczności działań jest **uczestnictwo** i zaangażowanie jak największej liczby członków danej społeczności; programy promocji zdrowia są wdrażane „z ludźmi”, a nie „dla ludzi”. W szkole niezbędne jest uczestnictwo uczniów (na tyle, na ile to jest możliwe), nauczycieli, innych pracowników i współpraca z rodzicami uczniów.

W sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie* przyjęto, że **promocja zdrowia w szkole to wszelkie działania podejmowane w celu ochrony i poprawy zdrowia wszystkich członków społeczności szkolnej**. Istotą SzPZ jest **całościowe podejście do promocji zdrowia w szkole**, które jest znacznie szersze niż realizacja programów edukacyjnych dotyczących różnych aspektów zdrowia.

Całościowe podejście do promocji zdrowia w szkole⁶

Zdrowie jest uwzględnione w polityce i koncepcji szkoły – w podstawowym dokumencie określającym koncepcję pracy lub rozwoju szkoły jednoznacznie zapisano, że podejmuje ona działania dla umacniania zdrowia i dobrego samopoczucia uczniów i pracowników.

Środowisko społeczne szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników – dobre relacje i współpraca między różnymi grupami społeczności szkolnej, szkołą i rodzicami oraz zarządzanie szkołą tworzą pozytywny jej klimat.

Środowisko fizyczne szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników – środowiskowo to obejmuje: teren szkoły i jej otoczenie, budynek, jego pomieszczenia i wyposażenie, mikroklimat, organizację zajęć, posiłków, obiekty i sprzęt do rekreacji i aktywności fizycznej.

Rozwijanie umiejętności dbałości o zdrowie i kompetencji do działania uczniów i pracowników – realizacja programu dydaktycznego i wychowawczo-profilaktycznego szkoły oraz inne działania z zakresu edukacji zdrowotnej adresowane do uczniów, pracowników i rodziców uczniów, motywowanie ich do podejmowania działań dla zdrowia.

Tworzenie związków społecznych – z rodzinami uczniów oraz ważnymi osobami/grupami w najbliższej społeczności; współpraca i konsultowanie planowanych działań; poszukiwanie sojuszników i wsparcia.

Współpraca z pracownikami medycznymi – pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną oraz innymi osobami/placówkami medycznymi sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami i pracownikami (np. w ramach medycyny pracy).

⁶ Opracowanie własne na podstawie wielu publikacji w tym: *SHE online school manual. 5 steps to a health promoting school*, Utrecht 2013 (www.schoolforhealth.eu/for-schools/).

3. Szkoła specjalna dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jako siedlisko dla działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia⁷

Szkoły specjalne, do których adresowany jest ten podręcznik, kształcą dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi (z których jedną jest niepełnosprawność intelektualna). Uczniowie ci są w wieku od 7 lat do ukończenia 24 lat, posiadają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Osoby w wieku od 3 do 25 lat z głębokim stopniem niepełnosprawności intelektualnej są objęte obowiązkiem szkolnym realizowanym podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, które mogą być organizowane w: przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, zakładach opieki zdrowotnej, domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, domach rodzinnych.

Każda szkoła (ogólnodostępna, integracyjna czy specjalna) dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (publiczna, niepubliczna) jest siedliskiem, systemem społecznym, tworzonym przez nauczycieli i innych pracowników pedagogicznych, pracowników niepedagogicznych, uczniów i ich rodziców. Pełnione przez nich role społeczne są ze sobą powiązane w sposób współzależny i podporządkowany realizacji określonych celów edukacyjnych, terapeutycznych i opiekuńczych. Dobre zdrowie i samopoczucie członków społeczności szkoły jest czynnikiem sprzyjającym ich dobremu funkcjonowaniu i realizacji przez nich ich zadań obecnie i w przyszłości.

Szkoła specjalna dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jest szczególnym siedliskiem z uwagi m.in. na:

- **Podmiot oddziaływań** – uczniowie z tym rodzajem niepełnosprawności wymagają specjalnej realizacji potrzeb edukacyjnych i rozwojowych. Ze względu na ich duże zróżnicowanie istnieje potrzeba zindywidualizowanego, elastycznego podejścia do każdego z nich. Z tego powodu dla każdego ucznia opracowywany jest indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET) uwzględniający jego możliwości, zasoby i potrzeby.
- **Oddziaływania** – oprócz wychowania i kształcenia, zadaniem takiej szkoły jest także rewalidacja i zapewnienie uczniom specjalistycznej pomocy i opieki na wszystkich etapach ich szkolnej edukacji. Specyfika uczniów z zaburzeniami sfery intelektualnej wymaga skoordynowanej współpracy zespołu nauczycieli, różnych specjalistów i pracowników pomocniczych oraz wykorzystywania różnych metod i form oddziaływania.
- **Środowisko fizyczne** – środowisko fizyczne szkoły specjalnej jest dostosowane do potrzeb uczniów (windy, podjazdy, specjalnie dostosowane pracownie edukacyjne, specjalistyczne gabinety wyposażone w pomoce dydaktyczne i rehabilitacyjne). Dla ułatwienia dostępu do szkoły uczniowie mają prawo do korzystania z bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do niej.

Ważnym zadaniem szkoły specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jest edukacja zdrowotna i promocja zdrowia. Celem tej szkoły jest przygotowanie uczniów (w miarę ich możliwości)

⁷ W opracowaniu tego rozdziału wykorzystano wiele publikacji polskich i zagranicznych. Dla ułatwienia percepcji tekstu zrezygnowano z podawania szczegółowych odwołań do piśmiennictwa. Wykaz wybranych wykorzystanych publikacji zamieszczono na końcu rozdziału.

do samodzielnego życia. Umiejętności dbania o zdrowie są fundamentalnymi umiejętnościami życiowymi, które powinny być rozwijane u uczniów w czasie ich pobytu w szkole w ramach edukacji zdrowotnej. Zdrowie jest jednym z podstawowych zasobów do życia: przygotowanie dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną do jego chronienia i wzmacniania na miarę ich możliwości ma dla nich i ich rodzin istotne znaczenie. Realizacja edukacji zdrowotnej powinna wspierać dobre samopoczucie uczniów oraz ich zdrowie we wszystkich jego wymiarach. Zdrowie jest także podstawowym zasobem dla pracowników szkoły i zasobem dla szkoły jako instytucji. Działania w zakresie promocji zdrowia pracowników powinny przyczyniać się do tworzenia w szkole środowiska sprzyjającego zdrowiu, zachęcać pracowników do bałości o zdrowie, pomagać im lepiej radzić sobie z osobistymi i zawodowymi obciążeniami.

3.1. Czynniki sprzyjające i utrudniające edukację zdrowotną i promocję zdrowia w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną

Podjęciu działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną **mogą sprzyjać** następujące czynniki:

- **Cele szkoły:** nastawienie na rozwijanie u uczniów umiejętności umożliwiających im prowadzenie samodzielnego życia. Należą do nich także umiejętności dotyczące dbałości o zdrowie.
- **Treści kształcenia:** podstawy programowe kształcenia ogólnego dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną⁸ zawierają treści dotyczące różnych aspektów edukacji zdrowotnej. Treści te powinny być dostosowane do potrzeb i możliwości uczniów oraz realizowane zgodnie z IPET opracowanym dla każdego z nich. Realizacja edukacji zdrowotnej uczniów powinna stwarzać nauczycielom okazję do refleksji nad swoimi zachowaniami zdrowotnymi i motywować ich do tworzenia dla uczniów właściwych wzorców.
- **Powiązanie działalności opiekuńczej, wychowawczej i dydaktycznej:** uczniowie zdobywają informacje i umiejętności dbania o zdrowie i bezpieczeństwo w toku codziennego życia szkoły, w powiązaniu z nauką, posiłkami, zabiegami higienicznymi itd.
- **Liczebność klas/grup uczniowskich:** jest ona mała⁹, co sprzyja tworzeniu pozytywnego klimatu społecznego („rodzinnej atmosfery”), uwzględnianiu indywidualnych potrzeb uczniów, efektywnemu rozwijaniu ich umiejętności dbałości o zdrowie.
- **Interdyscyplinarność i duża liczba pracowników szkoły:** w szkołach pracuje interdyscyplinarny zespół profesjonalistów oraz personel wspomagający, co zwiększa szanse na skuteczność oddziaływań.
- **Kontakt z rodzicami uczniów:** pracownicy szkoły mają stosunkowo częsty kontakt z rodzicami lub innymi członkami rodzin uczniów (babciami, dziadkami, rodzeństwem ucznia), mogą współpracować z nimi, zachęcać ich do kontynuowania w domu zachowań prozdrowotnych, które uczniowie praktykują w szkole, oferować im specjalne programy edukacyjne i zachęcać do wspólnych działań.
- **Obecność pielęgniarki w szkole:** realizuje ona zadania związane z ochroną i promocją zdrowia uczniów, w tym: wspiera uczniów i ich rodziny we wzmacnianiu zdrowia, korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej, sprawuje opiekę zdrowotną nad uczniami z chorobami przewlekłymi (np. cukrzycą, padaczką, otyłością), prowadzi edukację zdrowotną uczniów i ich rodziców oraz uczestniczy w reali-

⁸ Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim realizują taką samą podstawę programową jak ich pełnosprawni rówieśnicy, natomiast uczniowie z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym lub znacznym realizują odrębną podstawę programową.

⁹ Liczebność oddziału specjalnego jest uzależniona od rodzaju niepełnosprawności zgodnie z przepisami § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 marca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli (Dz.U. 2017, poz. 649).

zacji szkolnego programu wychowawczo-profilaktycznego i programów promocji zdrowia. Pracownicy szkoły mogą korzystać z jej pomocy w sprawach zdrowia uczniów oraz warunków higieniczno-sanitarnych środowiska.

- **Warunki środowiska fizycznego:** pomieszczenia większości szkół są zadbane, atrakcyjne i inspirujące. Stwarza to przyjemną, ciepłą atmosferę, stanowi dobre wzorce dla uczniów i ich rodziców. W szkołach są warunki do zajęć związanych z aktywnością fizyczną, przygotowaniem posiłków, zachowaniem higieny.

Podejmowanie działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jest **zadaniem bardzo trudnym** z uwagi na ograniczenia wynikające z tej niepełnosprawności (deficyty rozwojowe i specyfika funkcjonowania uczniów). Należy także zwrócić uwagę na to, że:

- edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną jest zaniedbanym obszarem, nie cieszy się zainteresowaniem badaczy, jest rzadko przedmiotem publikacji naukowych. Brakuje specjalistycznych periodyków, monografii, poradników, niewiele jest programów edukacyjnych;
- pracownicy szkoły specjalnej, podobnie jak pracownicy szkół ogólnodostępnych, koncentrują się na realizacji zadań związanych z uczniami. W wielu szkołach nie są podejmowane działania na rzecz lepszego samopoczucia i funkcjonowania pracowników. Szkoła jest jednak nie tylko miejscem dla uczniów, jest także miejscem pracy, które powinno sprzyjać zdrowiu pracowników. Jest to szczególnie ważne w szkołach specjalnych, których pracownicy doświadczają wielu poważnych obciążeń zawodowych.

3.2. Charakterystyka społeczności szkoły specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście ochrony i promocji zdrowia

W promocji zdrowia w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną należy brać pod uwagę **zdrowie wszystkich członków społeczności szkoły**. Każda z jej grup ma specyficzne cechy i potrzeby w zakresie ochrony i promocji zdrowia, różny status i możliwości uczestniczenia w tych działaniach.

3.2.1. Uczniowie

Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną stanowią bardzo zróżnicowaną grupę. Każdy z nich jest inny, ma określone możliwości i potrzeby psychofizyczne, mocne i słabe strony. Sytuacja zdrowotna tych uczniów może być także zróżnicowana.

U dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną mogą występować różne problemy zdrowotne, w tym m.in.:

- problemy sensoryczne (wzrokowe, słuchowe),
- nadwaga i otyłość,
- zaparcia,
- refluks żołądkowo-przełykowy,
- padaczka,
- choroby układu krążenia,
- cukrzyca,
- zaburzenia psychiczne.

W przypadku niektórych zespołów genetycznych różne choroby współwystępują ze sobą (np. w zespole Downa chorobami współwystępującymi mogą być wrodzone wady serca, niedoczynność tarczycy, problemy otolaryngologiczne, stomatologiczne, wady i zaburzenia czynności przewodu pokarmowego). Problemy te często mają charakter przewlekły i dzieci wymagają stałej opieki medycznej. Ważnym elementem profilaktyki i leczenia zaburzeń w stanie zdrowia jest uczenie się i praktykowanie przez dzieci prozdrowotnego stylu życia, a zwłaszcza racjonalnego żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej.

Niepełnosprawność intelektualna wpływa na rozwój zdolności i umiejętności potrzebnych do samostanowienia, zakres decydowania o sobie, świadome i konsekwentne podejmowanie czynności dla zdrowia i dbałości o nie. Możliwości uczenia się i praktykowania zachowań prozdrowotnych przez dzieci i młodzież z tą niepełnosprawnością zależą od jej stopnia i poziomu funkcjonowania poznawczego, współistniejących problemów zdrowotnych oraz możliwości motorycznych uczniów:

- niektórzy uczniowie są jedynie odbiorcami zabiegów pielęgnacji i opieki ze strony opiekunów,
- inni uczą się i wykonują czynności związane z dbałością o zdrowie w miarę swoich możliwości samodzielnie bądź z mniejszą lub większą pomocą, przypominaniem i nadzorem.

Zachowania zdrowotne oraz tryb (organizacja) życia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną zależą od ich opiekunów, zwłaszcza rodziców. Zadaniem tych osób jest m.in.: tworzenie pozytywnych wzorców, uczenie prawidłowych zachowań, umożliwienie ich praktykowania, korygowanie niektórych zachowań, dopilnowanie staranności w wykonywaniu czynności i zabiegów higienicznych. Działania takie zwiększają szansę na rozwijanie kompetencji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie dbałości o zdrowie.

3.2.2. Pracownicy

Głównymi twórcami SzPZ w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną są jej pracownicy. Są wśród nich:

1. Pracownicy pedagogiczni:
 - nauczyciele,
 - inni pracownicy pedagogiczni: psycholog, logopeda, fizjoterapeuta oraz inne osoby, które prowadzą zajęcia dodatkowe oferowane przez szkołę.
2. Pracownicy niepedagogiczni:
 - pomoce nauczyciela,
 - pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
 - pracownicy kuchni i stołówki,
 - pracownicy obsługi (woźne, dozorczy).

Pracownicy szkoły specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną to grupa bardzo zróżnicowana pod względem pełnionych ról, a także statusu społeczno-ekonomicznego – poziomu wykształcenia i zarobków. Nauczyciele i inni pracownicy pedagogiczni mają wykształcenie wyższe. Duży odsetek pracowników niepedagogicznych ma niższy poziom wykształcenia. Pracownicy pedagogiczni uczestniczą w różnych formach doskonalenia zawodowego, pracownikom niepedagogicznym nie oferuje się na ogół, poza szkoleniami bhp, innych form szkolenia. Zróżnicowanie statusu społeczno-ekonomicznego pracowników szkoły może powodować różnice w ich stanie zdrowia, stylu życia, dbałości o zdrowie, a także w możliwościach zrozumienia koncepcji promocji zdrowia i szkoły promującej zdrowie.

Stan zdrowia i samopoczucie pracowników szkoły specjalnej wpływają na:

- ich dyspozycję do pracy (wydajność, absencję chorobową),
- realizację zadań szkoły,
- panujący w niej klimat społeczny,
- samopoczucie uczniów i ich rodziców.

Zdrowie i dobre samopoczucie jest zasobem dla pracowników i dla szkoły.

Zasób ten należy chronić i pomnażać.

Osoby pracujące z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza nauczyciele, doświadczają wielu obciążeń zawodowych. Mogą być one związane z uczniami, wykonywanymi zadaniami, organizacją pracy, poczuciem jej sensu, relacjami ze współpracownikami, przełożonymi i rodzicami uczniów. Wiele osób ma poczucie, że ich trudna praca jest w społeczeństwie niedoceniana. Odczuwanie dużego stresu zawodowego może się przyczyniać do pogarszania się samopoczucia psychicznego i fizycznego nauczycieli, prowadzić do wypalenia zawodowego, które jest uznawane za poważny problem zdrowotny tej grupy zawodowej.

Z pracą nauczycieli i innych pracowników szkoły specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną wiążą się też inne zagrożenia dla zdrowia. Mogą nimi być np.: hałas spowodowany głośnym zachowaniem uczniów przyczyniający się do zmęczenia i niedosłuchu; przeciążenie strun głosowych spowodowane głośnym mówieniem mogące prowadzić do ich uszkodzenia; obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego podczas pracy z uczniami z niepełnosprawnościami utrudniającymi ich samodzielne poruszanie się (przenoszenie, podnoszenie, pomoc przy wstawaniu) mogące skutkować chorobami kręgosłupa i kończyn górnych.

Z uwagi na obciążenia zawodowe pracowników szkół specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną stanowiące zagrożenie dla ich zdrowia, jakości oddziaływań edukacyjnych i funkcjonowania całej placówki istnieje szczególna konieczność ich wspierania oraz podejmowania w szkole działań na rzecz ochrony i promocji ich zdrowia (badanie potrzeb, analiza obciążeń, budowanie sieci wsparcia, organizacja szkoleń ukierunkowanych na rozwijanie potrzebnych umiejętności).

Kluczowym zadaniem szkoły specjalnej promującej zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jest inwestycja w zdrowie jej pracowników, a także ich kompetencje w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów. Należy pomóc nauczycielom i pozostałym pracownikom w:

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

3.2.3. Rodzice uczniów

Rodzice dziecka z niepełnosprawnością intelektualną muszą radzić sobie z wieloma trudnymi wyzwaniami wynikającymi z jego rozwojowych oraz zdrowotnych problemów. Sytuacja psychologiczna poszczególnych rodzin jest zróżnicowana. Zależy ona od czynników związanych z:

- dzieckiem (rodzaj i nasilenie zaburzenia, stopień niepełnosprawności, współistniejące problemy zdrowotne, wiek, płeć, cechy temperamentalne i osobowościowe, trudne zachowania dziecka),
- rodzicami (płeć, wiek, poziom wykształcenia, cechy temperamentalne i osobowościowe, aktywność zawodowa, struktura rodziny, jakość związku i klimatu emocjonalnego w rodzinie, styl życia, warunki socjoekonomiczne, postawy wobec niepełnosprawności dziecka),
- środowiskiem społecznym (np. postawy społeczne, polityka państwa, wsparcie społeczne).

Rodzice, żyjąc na co dzień z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną, często doświadczają poczucia bezradności, osamotnienia, braku motywacji i braku kompetencji rodzicielskich. Często czują się przeciążeni ciągłą opieką nad dzieckiem, beznadziejnością podejmowanych wysiłków i wyłączną odpowiedzialnością za los dziecka. Z wielu badań wynika, że stan zdrowia fizycznego i psychicznego rodziców dzieci z niepełnosprawnością jest gorszy niż rodziców dzieci rozwijających się prawidłowo; znacznie częściej występuje u nich depresja, lęk, zaburzenia emocjonalne. Trudności i obciążenia związane z długotrwałą opieką i odpowiedzialnością za leczenie i wychowanie dziecka z zaburzeniami rozwoju, brak wsparcia społecznego narażają rodziców na utratę sił i mogą doprowadzić u nich do zespołu wypalenia się sił. Jego powstaniu sprzyjają niewielkie efekty rehabilitacji, niepomyślne prognozy oraz zaburzenia rozwoju i zachowania dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. W tej sytuacji rodzice potrzebują pomocy od osób z otoczenia i profesjonalistów.

Ważnym zadaniem szkoły specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jest współpraca z domem rodzinnym uczniów uwzględniająca szczególną sytuację psychologiczną ich rodziców i udzielanie im wsparcia w wychowaniu dziecka, radzeniu sobie z doświadczanymi obciążeniami, co może przyczynić się do poprawy ich samopoczucia i funkcjonowania. Zainteresowanie szkoły zdrowiem i samopoczuciem rodziców, rozwijanie ich kompetencji w zakresie dbałości o zdrowie własne ma istotne znaczenie: może pomóc w budowaniu sił do stawiania czoła trudnościom związanym z wychowywaniem dziecka z niepełnosprawnością.

Rodzice są pierwszymi i najważniejszymi edukatorami do zdrowia swoich dzieci. Znaczna ich część nie jest jednak przygotowana do pełnienia funkcji edukatorów zdrowia i praktykowania w domu tego, czego dziecko nauczyło się w szkole. Styl życia wielu rodziców odbiega od prozdrowotnego, nie są oni dobrymi modelami w tym zakresie dla swoich dzieci, nie tworzą dla nich pozytywnych wzorców. Nie wszyscy rodzice pomagają dziecku dokonywać prozdrowotnych wyborów lub dokonują za nie wybory, które mogą być niekorzystne dla zdrowia. Dziecko z niepełnosprawnością intelektualną ma mniej możliwości dokonywania wyborów, zarówno tych dotyczących ważnych spraw życiowych, jak i tych dotyczących spraw codziennych, np. pory kładzenia się spać, ubioru, higieny osobistej, sposobu spędzania czasu wolnego. Należy wspierać je w dokonywaniu prozdrowotnych wyborów, stwarzać sytuacje, w których dziecko będzie miało możliwość samodzielnego wyboru, nie wyręczać, korygować niektóre czynności, dopilnowywać staranności w ich wykonywaniu.

Szkoła specjalna promująca zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną może edukować rodziców w zakresie dbałości o zdrowie własne i zdrowie ich dzieci. Powinna ona:

- pozyskać rodziców do współpracy w tworzeniu SzPZ 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.

Szkoła 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 uczniów, pracowników i innych rodziców. Pozyskanie rodziców i wspieranie ich w rozwoju kompetencji wychowawczych oraz w zakresie dbałości o zdrowie jest podstawowym warunkiem skuteczności edukacji zdrowotnej uczniów.

W przypadku niektórych rodziców (np. o niskim statusie społeczno-ekonomicznym), którzy nie są w stanie samodzielnie korzystać z programów profilaktycznych i realizować działań z zakresu edukacji zdrowotnej wobec swoich dzieci, potrzebna jest szczególna pomoc. Rodzina może korzystać z różnych form wsparcia dostosowanych do jej potrzeb (np. wsparcie informacyjne i instrumentalne – pedagogizacja rodziców; wsparcie opiekuńcze i terapeutyczne w ramach Specjalistycznych Usług Opiekuńczych i Agencji Usług Opiekuńczych oraz instytucji asystenta osoby niepełnosprawnej¹⁰).

Ważnymi członkami społecznej sieci wsparcia rodziców mogą być:

- rodzeństwo ucznia,
- babcie i dziadkowie.

Wielu z nich jest aktywnie włączonych w życie rodzeństwa/wnuków z niepełnosprawnością, odgrywając różnorodne role i wspierając rodziców w opiece nad dzieckiem. Wsparcie to obejmuje m.in. robienie zakupów, gotowanie, opiekę nad dzieckiem, odprowadzanie i/lub przyprowadzanie do/ze szkoły, zapewnienie rodzicom dziecka chwili wytchnienia i odpoczynku, pomoc finansową. Niektóre babcie i niektórzy dziadkowie mogą być wolontariuszami w klasach wnuków, angażować się w ich terapię i aktywność szkolną oraz pomagać w korzystaniu z usług medycznych.

W szkole specjalnej promującej zdrowie warto – w miarę możliwości – pozyskać rodzeństwo oraz babcie i dziadków do współpracy w zakresie dbałości o zdrowie rodzeństwa/wnuków i realizacji edukacji zdrowotnej. Organizowanie grup wsparcia, warsztatów dostosowanych do potrzeb i doświadczeń rodzeństwa, babć i dziadków pomoże im lepiej rozumieć i efektywniej wspierać rodzeństwo/wnuka i jego rodziców, także w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej.

¹⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz.U. 2018, poz. 936 z późn. zm.).

Przydatne publikacje

1. Danielewicz D. (2017): *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, w: *Edukacja zdrowotna. Teoria, metodyka, praktyka*, Woynarowska B. (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 279–291.
2. Pisula E. (2007): *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
3. Plichta P. (2014): *Obciążenia zawodowe pedagogów specjalnych pracujących z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie*, *Medycyna Pracy*, 65(2): 239–250.
4. Plichta P. (2015): *Wypalenie zawodowe i poczucie sensu życia pedagogów specjalnych*. Wrocław, Oficyna Wydawnicza Atut.
5. Sekułowicz M. (2002): *Wypalenie zawodowe nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Przyczyny – symptomy – zapobieganie – przezwyciężanie*, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
6. Sekułowicz M. (2006): *Analiza wypalenia zawodowego nauczycieli szkolnictwa specjalnego – ocena zjawiska*, *Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo*, 1, s. 127–138.

4. Definicja, model i standardy szkoły specjalnej promującej zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną

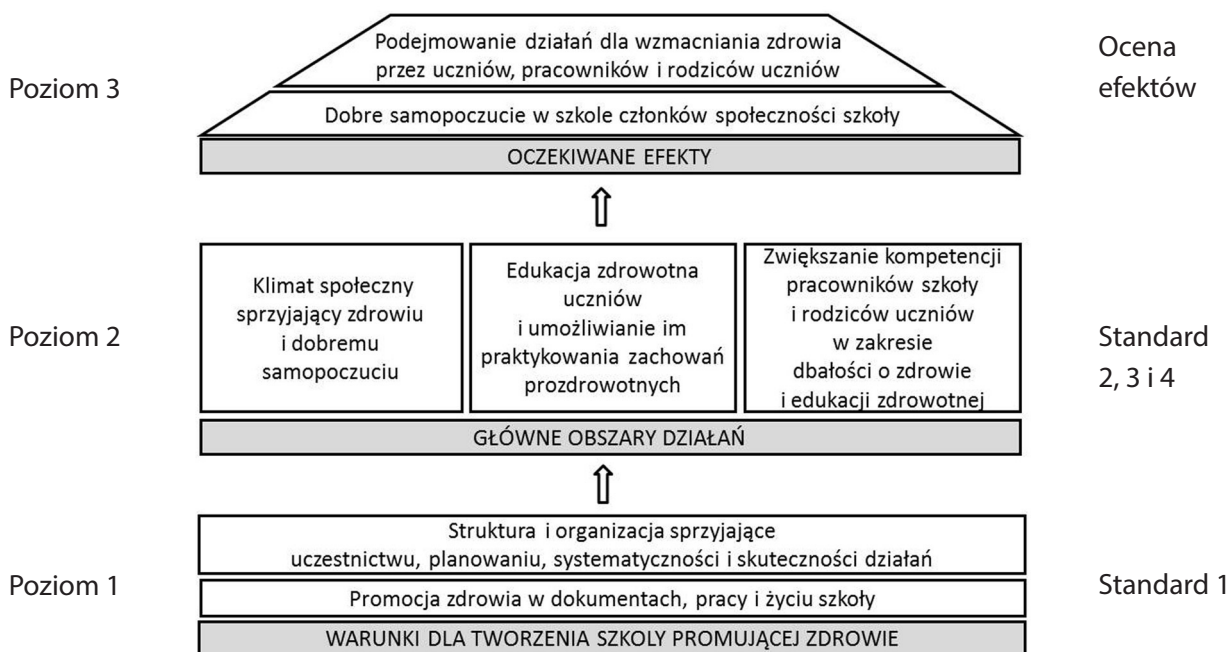
Definicja, model i standardy szkoły specjalnej promującej zdrowie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną – **zwanej dalej szkołą specjalną promującą zdrowie** – nawiązują do tych, które opracowano dla szkoły ogólnodostępnej¹¹ i przedszkola¹².

Definicja szkoły specjalnej promującej zdrowie

Szkoła specjalna promująca zdrowie to szkoła, która we współpracy z rodzicami uczniów i społecznością lokalną:

- systematycznie i planowo tworzy środowisko społeczne i fizyczne sprzyjające zdrowiu i dobremu samopoczuciu społeczności szkolnej,
- wspiera rozwój kompetencji uczniów i pracowników w zakresie dbałości o zdrowie przez całe życie.

W modelu SzPZ w szkole specjalnej (ryc. 2) uwzględniono trzy poziomy. Sformułowano cztery standardy SzPZ (ramka), które przyporządkowano do dwóch pierwszych poziomów. Przyjęto, że opisują one model SzPZ oraz jej specyfikę. Standardy tworzą też podstawy do planowania ewaluacji SzPZ, czyli sprawdzania, w jakim stopniu szkoła zbliża się do poziomu, który można by uznać za „optymalny”. Nie jest możliwe określenia standardów dla poziomu trzeciego – „Oczekiwane efekty”, wprowadzono jednak ich ocenę.



Ryc. 2. Model szkoły specjalnej promującej zdrowie

¹¹ Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M. (red.) (2019): *Szkoła promująca zdrowie. Podręcznik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. ORE, Warszawa.

¹² Woynarowska-Sołdan M., Woynarowska B. (2017): *Przedszkole promujące zdrowie. Poradnik dla przedszkoli i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. ORE, Warszawa.

Standardy szkoły specjalnej promującej zdrowie

1. Koncepcja pracy szkoły, jej struktura, organizacja i warunki sprzyjają zdrowiu oraz uczestnictwu społeczności szkoły w realizacji działań w zakresie promocji zdrowia oraz skuteczności i długofalowości tych działań.
2. Klimat społeczny szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników oraz rodziców uczniów.
3. Szkoła prowadzi edukację zdrowotną uczniów i umożliwia im praktykowanie w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych.
4. Szkoła podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców uczniów w zakresie dbałości o zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów.

Uzasadnienie wyboru standardów oraz metody i narzędzia do oceny stopnia ich osiągania omówiono szczegółowo w części drugiej podręcznika. **Zapoznanie się z jego treścią jest niezbędne dla lepszego zrozumienia istoty SzPZ i zasad jej tworzenia.**

Ważnym, wprowadzonym do koncepcji SzPZ w Polsce w 2016 r., elementem standardów i modelu SzPZ jest uwzględnienie w niej działań na rzecz **zdrowia i dobrego samopoczucia nauczycieli i innych pracowników szkoły**. Dotychczas szkoły, w tym także SzPZ, koncentrowały się na zdrowiu uczniów. Wyniki licznych badań wskazują, że zdrowie i dobre samopoczucie pracowników szkoły, a zwłaszcza nauczycieli, jest – obok ich kompetencji zawodowych, osobistych i społecznych – jednym z podstawowych czynników wpływających na realizację zadań szkoły oraz efekty uczenia się uczniów i ich samopoczucie¹³. Na potrzebę uwzględnienia w SzPZ promocji zdrowia pracowników zwrócono uwagę w wielu krajach, a także w sieci SHE. Podkreślono także efekty ekonomiczne i społeczne takich działań (np. zmniejszenie absencji chorobowej, większa wydajność, zwiększenie satysfakcji z pracy) oraz rolę pracowników w modelowaniu pozytywnych zachowań zdrowotnych uczniów. Możliwości podjęcia takich działań, sposoby ich wdrażania i efekty sprawdzono w Polsce w czasie realizacji w 21 szkołach promujących zdrowie pilotażowego projektu „Promocja zdrowia pracowników szkoły” (2012–2015)¹⁴. Włączenie promocji zdrowia pracowników do działań SzPZ jest specyficzną cechą takiej szkoły, elementem odróżniającym ją od innych szkół.

¹³ Woynarowska-Sołdan M., Juszczyk G. (2015): *Zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkoły w Polsce: dlaczego potrzebna jest jego promocja*, Ruch Pedagogiczny, nr 3, s. 71–86.

¹⁴ Założenia i efekty tego projektu omówiono w publikacjach: Woynarowska-Sołdan M. (2015): *Projekt „Promocja zdrowia pracowników szkoły. Podstawy teoretyczne i koncepcja*, Chowanna, nr 2, s. 239–259; Woynarowska-Sołdan M. (2016): *Ewaluacja wyników projektu promocji zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie*, Medycyna Pracy, t. 67, nr 2, s. 187–200.

5. Co jest potrzebne do tworzenia i rozwoju szkoły specjalnej promującej zdrowie?

Tworzenie i rozwój SzPZ to nie działania akcyjne, ale proces wielu różnorodnych zmian, które wymagają zaangażowania całej społeczności szkoły i wspierania jej działań przez różne instytucje. Wdrażanie całościowego podejścia do promocji zdrowia w szkole jest **długotrwałe**: w sieci SHE przyjmuje się, że efektów można spodziewać się po 5–7 latach. Zmianom w różnych sferach funkcjonowania szkoły mogą towarzyszyć różne zachowania (np. opór przejawiający się w różnej formie, brak zainteresowania) i emocje (pozytywne i negatywne) członków jej społeczności. Dalej podano i omówiono najważniejsze czynniki warunkujące skuteczne tworzenie SzPZ. Są one powiązane z wartościami i filarami SzPZ przyjętymi w sieci SHE (Aneks 2).

Elementy potrzebne do tworzenia szkoły specjalnej promującej zdrowie

1. Poznanie i zrozumienie koncepcji szkoły promującej zdrowie.
2. Uczestnictwo i zaangażowanie społeczności szkolnej.
3. Działalność szkolnego 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 oraz zadaniami szkoły.
6. Współpraca z innymi placówkami specjalnymi, integracyjnymi i ogólnodostępnymi oraz społecznością lokalną.

5.1. Poznanie i zrozumienie koncepcji szkoły promującej zdrowie

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

- **koncepcji promocji zdrowia** – nowej strategii działań dla umocnienia zdrowia jednostek i społeczności oraz charakterystycznych dla niej nowych pojęć i podejść (podejście siedliskowe, „od ludzi do problemu”, upodmiotowienie jednostek i społeczności),
- **koncepcji SzPZ**, etapów jej tworzenia, zadań różnych grup społeczności szkolnej.

Poznanie i zrozumienie koncepcji SzPZ wymaga organizacji szkoleń, zwłaszcza warsztatów, udostępnienia materiałów dla różnych grup społeczności szkolnej. **Działalność informacyjna i upowszechnianie koncepcji promocji zdrowia i SzPZ powinna być procesem ciągłym.** Skład społeczności szkolnej zmienia się, co roku do szkoły przychodzą nowi uczniowie i ich rodzice, zmieniają się też nauczyciele i inni pracownicy. Wszystkie nowe osoby powinny otrzymać pełną informację o działaniach podejmowanych w szkole i ich roli w tych działaniach.

5.2. Uczestnictwo i zaangażowanie społeczności szkoły

Szkołę promującą zdrowie **tworzy społeczność szkolna sama dla siebie**. W tym procesie powinni uczestniczyć wszyscy pracownicy pedagogiczni i niepedagogiczni oraz jak największa grupa rodziców uczniów. Ich udział jest niezbędny w diagnozowaniu problemów społeczności szkolnej i szkoły, wyborze priory-

tetów, planowaniu i realizacji działań oraz ocenie ich efektów. Dzięki temu będą czuli się oni autorami, „współwłaścicielami” wprowadzanych zmian. Kluczowe znaczenie ma uczestnictwo **dyrektora szkoły i jego zastępcy/zastępców**, którzy mają największy wpływ na kierunki, organizację pracy szkoły oraz jej program. Dyrektor odgrywa też kluczową rolę w motywowaniu pracowników do udziału w działaniach w zakresie promocji zdrowia i tworzeniu warunków do ich podejmowania. **Bez zaangażowania i wsparcia ze strony dyrektora szkoły nie ma szans na tworzenie SzPZ.**

5.3. Działalność szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia i zespołu promocji zdrowia

Prace nad tworzeniem SzPZ są organizowane przez szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia (zwanego dalej szkolnym koordynatorem) i szkolny zespół promocji zdrowia (zwany dalej szkolnym zespołem). Imię i nazwisko szkolnego koordynatora, dane kontaktowe oraz skład osobowy szkolnego zespołu powinny być podane na stronie internetowej szkoły. **Uwaga:** nazwiska członków zespołu, którzy nie są pracownikami szkoły, rodziców uczniów, pielęgniarki szkolnej, można zamieścić na stronie internetowej po uzyskaniu ich zgody.

Koordynator ds. promocji zdrowia

Koordynator pełni rolę przewodnika (lidera) we wprowadzaniu zmian, inicjuje i ułatwia ich dokonywanie, stwarza warunki do pracy przynoszącej sukcesy. Koordynator jest powoływany przez dyrektora szkoły w porozumieniu z członkami zespołu promocji zdrowia.

Zadania szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia

1. Upowszechnianie koncepcji SzPZ w społeczności szkolnej.
2. Pozyskiwanie uczestnictwa członków społeczności szkolnej i sojuszników wśród rodziców i 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. Współudział w kształceniu pracowników szkoły w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
5. Kierowanie pracą szkolnego zespołu promocji zdrowia.
6. Prowadzenie dokumentacji działań szkoły w zakresie promocji zdrowia.
7. Współdziałanie z koordynatorem wojewódzkiej/rejonowej sieci PPZ i SzPZ.
8. Rozwijanie własnych umiejętności osobistych i społecznych, w tym współdziałania z innymi ludźmi i kierowania wspólnie podjętymi działaniami.

Z punktu widzenia skuteczności działań korzystnie jest, gdy **koordynatorem jest dyrektor szkoły lub jego zastępca**, który z racji sprawowanej funkcji jest odpowiedzialny za jej politykę. Koordynatorem może być także nauczyciel zatrudniony w szkole w pełnym wymiarze godzin. Nie może nim być osoba spoza szkoły ani też pracownik, którego wyznaczono lub zmuszono do podjęcia tego zadania.

Osoba, która **dobrowolnie** podejmuje decyzję o pełnieniu roli koordynatora, **powinna dokładnie poznać i zrozumieć koncepcję SzPZ**. Niezbędne jest jej uczestnictwo w warsztatach i innych formach szkoleń, zapoznanie się z doświadczeniami innych szkół. Koordynator powinien posiadać i rozwijać m.in. następujące cechy i umiejętności:

- przekonanie o słuszności koncepcji SzPZ, motywacja do jej wdrażania i propagowania w szkole i poza nią (także w społeczności lokalnej),

- otwartość, elastyczność, gotowość do uczenia się oraz rozwoju umiejętności osobistych i społecznych (np. umiejętności komunikowania się i współdziałania, twórczego i strategicznego myślenia, zarządzania sobą w czasie),
- partnerski stosunek do współpracowników, umiejętność motywowania innych do podejmowania działań, wspierania ich w działaniu,
- umiejętność planowania i ewaluacji działań.

Zespół promocji zdrowia

Zespół promocji zdrowia współdziała ze szkolnym koordynatorem. W skład zespołu powinni wchodzić **dobrowolnie zgłaszający się przedstawiciele wszystkich grup społeczności szkolnej**, w tym:

- nauczyciele i inni pracownicy pedagogiczni (korzystnie jest, aby wśród członków zespołu był także członek dyrekcji); pracownicy niepedagogiczni,
- pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna, zwana dalej pielęgniarką szkolną – jest konsultantem i doradcą medycznym dla zespołu i dyrekcji oraz łącznikiem między szkołą a placówkami ochrony zdrowia na danym terenie,
- rodzice uczniów,
- osoby z samorządu lokalnego lub innej organizacji, które chcą być aktywne.

Liczba członków zespołu może być różna i zmieniać się. Ważne jest, aby w zespole były osoby aktywnie pracujące, zaangażowane, otwarte, twórcze i przyjazne sobie, obdarzające się zaufaniem, negocjujące i współdziałające w osiąganiu wspólnie ustalonego celu. Wszyscy członkowie zespołu powinni dokładnie poznać i zrozumieć koncepcję SzPZ. Jeśli przedstawiciel dyrekcji szkoły nie jest szkolnym koordynatorem ani członkiem zespołu, należy ustalić zasady współpracy koordynatora i zespołu z dyrektorem szkoły.

Zadania i organizacja pracy zespołu promocji zdrowia

1. Współpraca ze szkolnym koordynatorem, w tym 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 szkolnego 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 (praca w małych grupach, wspólne poszukiwanie rozwiązań).

Cechą dobrego **skutecznego zespołu** jest koncentracja na wspólnym celu, planowaniu działań dla jego osiągnięcia i ewaluacji wyników, pokonywaniu trudności. Zespół taki charakteryzuje:

- wzajemne zaufanie,
- wysoki poziom zgodności członków co do zadań,

- wspólne rozwiązywanie konfliktów,
- umiejętność słuchania,
- umiejętność podejmowania decyzji i negocjowania.

Dokumentacja działań szkoły

Na stronie internetowej szkoły powinna być odrębna, systematycznie aktualizowana **zakładka „Szkoła promująca zdrowie”**. Powinna być ona łatwo dostępna dla pracowników, rodziców, społeczności lokalnej, administracji szkolnej oraz dla innych szkół.

Informacje, które powinny znajdować się na stronie internetowej szkoły promującej zdrowie

- Logo SzPZ przyjęte w Polsce oraz własne logo szkoły, jeśli je posiada.
- Definicja, model i standardy szkoły promującej zdrowie (przyjęte w Polsce, zapisane w niniejszym podręczniku).
- Imię, nazwisko i dane kontaktowe szkolnego koordynatora oraz skład szkolnego zespołu promocji zdrowia. **Uwaga!** nazwiska członków zespołu, którzy nie są pracownikami szkoły – rodziców uczniów, pielęgniarki szkolnej – można zamieścić na stronie internetowej po uzyskaniu ich zgody.
- Podstawowe informacje na temat planu działań w zakresie promocji zdrowia na dany rok szkolny: problem priorytetowy, cel, kryterium sukcesu, zadania.
- Ważniejsze wyniki przeprowadzonej autoewaluacji działań, z podaniem konkretnych osiągnięć (mocnych stron) szkoły.
- Inne informacje, np. przykłady dobrej praktyki, opis ciekawego projektu, programu autorskiego, przedsięwzięcia/inicjatywy z zakresu promocji zdrowia.

Wszystkie ważniejsze działania szkoły w zakresie promocji zdrowia (w tym działania szkolnego koordynatora i zespołu) 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 szkoła podejmuje starania o nadanie *Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca 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 szkolnego zespołu, ważniejszych decyzjach itd.,
- kroniki szkolne, albumy ze zdjęciami, filmy wideo,
- plakaty ze spotkań i warsztatów,
- wycinki prasowe,
- materiały zamieszczane na stronie internetowej szkoły w zakładce „Szkoła promująca zdrowie”.

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

5.4. Planowanie działań i ich ewaluacja

Tworzenie SzPZ 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 SzPZ**, odróżniającą ją od innych szkół.

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. **Zrozumienie znaczenia planowania jest niezwykle ważne dla tworzenia SzPZ**. Zasady planowania i ewaluacji omówiono w rozdziale 6.

5.5. Dążenie do powiązania działań w zakresie promocji zdrowia z podstawowymi celami i zadaniami szkoły

Tworzenie i rozwój SzPZ – wdrażanie całościowego podejścia do promocji zdrowia w szkole – polega na wprowadzaniu wielu zmian w różnych sferach funkcjonowania jednostek, społeczności szkolnej i szkoły jako instytucji. Nie są to pojedyncze innowacje, kolejny z wielu programów realizowanych w szkole, lecz działania systemowe, długotrwałe. Proces zmiany systemowej składa się z trzech etapów (tab. 1). Przejście przez te etapy powinno doprowadzić do pożądanego efektu, czyli wbudowania promocji zdrowia do „normalnej”, rutynowej działalności szkoły.

5.6. Współpraca z innymi placówkami specjalnymi, integracyjnymi i ogólnodostępnymi oraz społecznością lokalną

Szkoły specjalne dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną tworzące SzPZ znajdujące się na danym terenie i/lub należące do sieci SzPZ powinny współpracować ze sobą: wymieniać doświadczenia, organizować wspólne spotkania i szkolenia. Warto rozważyć możliwość utworzenia w ramach sieci PPZ i SzPZ zespołu szkół specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, co mogłoby ułatwić im podejmowanie wspólnych inicjatyw i projektów. Szkoły te powinny też współpracować z innymi placówkami zajmującymi się osobami z niepełnosprawnością intelektualną (np. przedszkolami oraz szkołami specjalnymi, integracyjnymi i ogólnodostępnymi, a także placówkami dla osób dorosłych z tą niepełnosprawnością). Ważne są też kontakty i współdziałanie z organizacjami działającymi w społeczności lokalnej, w której istnieje szkoła. Może ona m.in.:

- zapraszać przedstawicieli władz lokalnych, samorządu i organizacji na organizowane w szkole spotkania, imprezy,
- uczestniczyć w podejmowanych w społeczności lokalnej działaniach na rzecz osób i grup potrzebujących wsparcia (np. osób z niepełnosprawnościami),
- korzystać z pomocy różnych specjalistów (np. pracowników ochrony zdrowia, zdrowia publicznego) w realizacji działań w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów, pracowników i rodziców uczniów.

Współpraca ta może przyczynić się do zmiany postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną w danej społeczności oraz podejmowania działań służących zabezpieczeniu ich potrzeb i poprawie jakości życia.

Tabela 1. Etapy procesu zmian (innowacji) systemowych

1. INICJACJA – decyzja o podjęciu innowacji; budowanie porozumienia dla jej wprowadzenia Główne działania: podjęcie decyzji, diagnoza stanu wyjściowego w obszarze innowacji. Czynniki warunkujące proces zmian: zainteresowanie ludzi, dostępność środków i konsultacji, warunki i organizacja szkoły. Jest szansa na sukces, gdy zmiana/innowacja: ▪ „narodziła” się w szkole lub wynika z jej potrzeb, ▪ jest przedstawiona w sposób jasny i uporządkowany, ▪ jest rozumiana i aktywnie wspierana przez osoby podejmujące decyzję (dyrekcję), ▪ jest ważna i dobrej jakości.
2. WDROŻENIE – próba wprowadzenia innowacji w życie Główne działania: uzyskanie i podtrzymywanie porozumienia między ludźmi: zbudowanie planu działań i rozpoczęcie jego realizacji. Czynniki warunkujące proces zmian: rodzaj zmiany, warunki w szkole, wsparcie z zewnątrz, umiejętności i zrozumienie istoty zmian, widoczne efekty, pierwsze sukcesy, przejęcie odpowiedzialności za wdrożenie przez nauczycieli. Jest szansa na sukces, gdy spełnione są następujące warunki: ▪ wyraźnie ustalone zadania i koordynacja (dyrektor, koordynator, konsultant z zewnątrz), ▪ wspólna kontrola przebiegu wdrożenia, dobre relacje między wykonawcami na różnych poziomach, ▪ zachęta z różnych stron, obstawanie przy dobrym wykonaniu („dobrej robocie”), wsparcie, ▪ odpowiednie i systematyczne kształcenie ludzi i wsparcie z zewnątrz (budowanie umiejętności osobistych i społecznych ludzi i sprawności szkoły jako instytucji), ▪ nagradzanie i wzmacnianie pracowników od początku (np. wspólne spotkania, pomoc w pracy, zmniejszenie obciążenia, dodatkowe pomoce i środki).
3. INSTYTUCJONALIZACJA – innowacja jest postrzegana nie jako coś nowego, lecz staje się częścią rutynowej działalności szkoły Główne działania: ▪ włączenie zmiany do struktur, organizacji i zasobów szkoły, ▪ eliminacja współzawodnictwa i przeciwstawnych działań, ▪ ścisły związek z innymi działaniami, np. w zakresie zmian programu, metod nauczania, ▪ odpowiednia liczba osób kształcących nauczycieli, doradców, służących pomocą szkole.

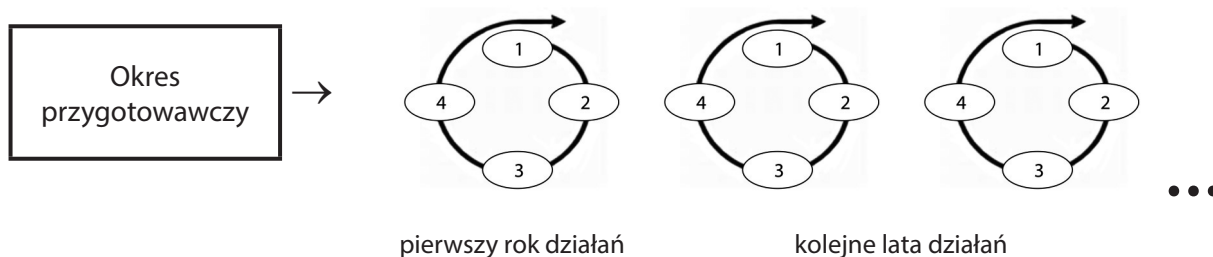
Źródło: opracowanie własne wg Hopkins D. (1995): *Healthy school, healthy student, development strategies for school effectiveness*, w: Rasmussen V. (red.), *Health promoting schools manual*, Brussels: Commission of European Communities.

6. Jak tworzyć i rozwijać szkołę specjalną promującą zdrowie?

Tworzenie i rozwój SzPZ jest – jak już podkreślono – długotrwałym, wieloletnim procesem. Rozpoczyna się od **przygotowania** do podjęcia działań, po nim w kolejnych latach szkolnych **realizowane są cykle działań składające się z czterech etapów**:

1. Diagnoza – w pierwszym roku diagnoza stanu wyjściowego, w kolejnych latach szkolnych 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 szkoła pracuje w takim rytmie. Na początku roku szkolnego społeczność szkolna mobilizuje się do rozwiązywania problemów, które uzna za priorytetowe, i rozpoczyna kolejny cykl (od diagnozy do ewaluacji wyników). Na rycinie 3 przedstawiono model tworzenia i rozwijania SzPZ. Dalej opisano przebieg okresu przygotowawczego i scharakteryzowano cztery etapy cyklu.



Ryc. 3. Model tworzenia szkoły promującej zdrowie w pierwszym i w kolejnych latach szkolnych

Oznaczenia:

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

6.1. Okres przygotowawczy

Wstępem do rozpoczęcia procesu tworzenia SzPZ jest przygotowanie członków społeczności szkolnej do wspólnych działań w zakresie promocji zdrowia. Czas trwania tego okresu może być różny w zależności od potrzeb i możliwości danej szkoły. 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 tworzenia SzPZ i refleksja nad znaczeniem zdrowia i dobrego samopoczucia w szkole.
3. Wyjaśnienie podstawowych założeń koncepcji szkoły promującej zdrowie.
4. Podjęcie decyzji o tworzeniu szkoły promującej zdrowie i jej upowszechnienie.

Krok pierwszy – wyłonienie inicjatora i powstanie grupy inicjatywnej

Na początku drogi do SzPZ znajduje się zwykle osoba, która odkryła tę koncepcję, ale nie wie jeszcze, jak ją wdrożyć, jak do niej zachęcać innych. Często obawia się przedstawienia jej w szkole, bojąc się krytyki („Co to za nowe pomysły?”, „Jeszcze tego brakowało”). Uznajemy, że jest to osoba, która będzie chciała w przyszłości koordynować działania w zakresie promocji zdrowia w szkole. Przyszły koordynator powinien:

- zacząć od siebie:
 - zapytać siebie: dlaczego chcę się zająć tworzeniem SzPZ?, jakie mam oczekiwania?, jakie będą moje osobiste korzyści i straty?,
 - zapoznać się dokładnie z treścią tego podręcznika 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 udało się znaleźć takie osoby w dyrekcji szkoły oraz pozyskać pielęgniarkę szkolną, która zwykle jest w szkole specjalnej codziennie. Dyskusja w węższym gronie, z ludźmi, którzy się rozumieją, powinna doprowadzić do powstania grupy inicjatywnej („załążka” przyszłego szkolnego zespołu promocji zdrowia). Zadaniem tej grupy będzie popularyzowanie koncepcji SzPZ (jej członkowie muszą sami dobrze ją poznać i zrozumieć) oraz pozyskanie do współpracy jak największej liczby osób. Grupie ludzi będzie znacznie łatwiej niż jednej osobie przedstawić nowe pomysły pozostałym członkom społeczności szkolnej.

Krok drugi – wstępna informacja o inicjatywie tworzenia SzPZ i refleksja nad znaczeniem zdrowia i dobrego samopoczucia w szkole

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

- czy zdrowie i dobre samopoczucie jest dla nas ważne?
- czy zdrowie i dobre samopoczucie członków społeczności szkolnej ma wpływ na naszą pracę w szkole i uczenie się uczniów?
- co wpływa na nasze samopoczucie w pracy w szkole? (można przy tym wykorzystać arkusz przedstawiony na rycinie 4¹⁵),
- czy bylibyśmy chętni podjąć w szkole działania na rzecz zdrowia?

Jeżeli w wyniku tej refleksji i dyskusji okaże się, że większość pracowników¹⁶ szkoły byłaby chętna do podjęcia w szkole działań na rzecz zdrowia, podobną dyskusję należy podjąć z **rodzicami uczniów**, jeśli nie ze wszystkimi lub większością w ramach zebrań z rodzicami, to przynajmniej z tymi, którzy tworzą radę rodziców. Należy krótko przedstawić im inicjatywę tworzenia SzPZ, zapytać ich o to, co sądzą o podjęciu w szkole działań na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia, oraz o to, co wpływa na ich samopoczucie i samopoczucie ich dziecka w szkole (arkusz do wykorzystania: ryc. 5).

Analiza odpowiedzi pracowników i rodziców uczniów na zamieszczone w arkuszach pytanie pozwoli na wstępne rozpoznanie mocnych i słabych stron szkoły oraz problemów, które należy rozwiązać w przy-

¹⁵ Uwaga do pracy z arkuszem: aby uzyskać szczere (prawdziwe) opinie i informacje, należy zapewnić osobom go wypełniającym pełną anonimowość. Gdy istnieje obawa, że rozpoznany będzie charakter pisma respondenta, można prosić o wypełnienie arkusza na komputerze i włożenie go do skrzynki lub koperty zbiorczej.

¹⁶ Nie można zakładać, że wszyscy pracownicy będą chętni do podjęcia w szkole działań na rzecz zdrowia. Zawsze będzie grupa osób niezainteresowanych, a nawet przeciwnych.

szłości w tworzeniu SzPZ. Podsumowanie analizy tych danych i wynikające z nich wnioski należy upowszechnić.

Arkusz

CO WPŁYWA NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W SZKOLE?

Chcemy dowiedzieć się, co wpływa dobrze, a co źle na Twoje samopoczucie w pracy w szkole. 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 szkole na lepsze.

NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W SZKOLE WPŁYWA:

DOBRCZE:	ŹŁE:

Osoba wypełniająca arkusz (podkreśl): *pracownik pedagogiczny, pracownik niepedagogiczny*

Ryc. 4. Wzór arkusza dla pracowników szkoły „Co wpływa na moje samopoczucie w pracy w szkole?”
Formularz arkusza zamieszczono w rozdz. 6.2.5

Arkusz

CO WPŁYWA NA SAMOPOCZUCIE MOJE I MOJEGO DZIECKA W SZKOLE?

Chcemy dowiedzieć się, co wpływa dobrze, a co źle na samopoczucie Pani/Pana i Państwa dziecka w szkole. 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 szkole na lepsze.

NA MOJE SAMOPOCZUCIE
W SZKOLE MOJEGO DZIECKA
WPŁYWA:

DOBRE:

ŹLE:

NA SAMOPOCZUCIE
MOJEGO DZIECKA W SZKOLE
WPŁYWA:

DOBRE:

ŹLE:

Ryc. 5. Wzór arkusza dla rodziców uczniów „Co wpływa na samopoczucie moje i mojego dziecka w szkole?”
Formularz arkusza zamieszczono w rozdz. 6.2.5

Krok trzeci – wyjaśnienie podstawowych założeń koncepcji SzPZ

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

- co dla ciebie (dla nas) oznacza, że szkoła jest SzPZ?
- jakie są najważniejsze cechy takiej szkoły?
- czy i w jakim stopniu nasza szkoła spełnia standardy SzPZ?

Ważne jest, aby **osoby przeprowadzające warsztaty same dobrze znały i w pełni rozumiały koncepcję promocji zdrowia i koncepcję SzPZ**. Wyjaśnienie koncepcji SzPZ ma być okazją do tego, aby pracownicy i rodzice uczniów odkryli w niej **korzyści dla siebie samych i dla szkoły**¹⁷. Należy więc zastanowić się:

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

Należy uświadomić pracownikom i rodzicom, że:

- wszystkie wspólne działania mają służyć poprawie samopoczucia wszystkich,
- udział każdej osoby jest dobrowolny (nie ma przymusu, poświęcania siebie dla innych),
- 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 SzPZ i jej upowszechnienie

Zakończeniem okresu przygotowawczego jest/może być decyzja o gotowości do tworzenia SzPZ zaakceptowana przez dyrekcję szkoły, jej pracowników i radę rodziców. Po zapadnięciu takiej decyzji należy:

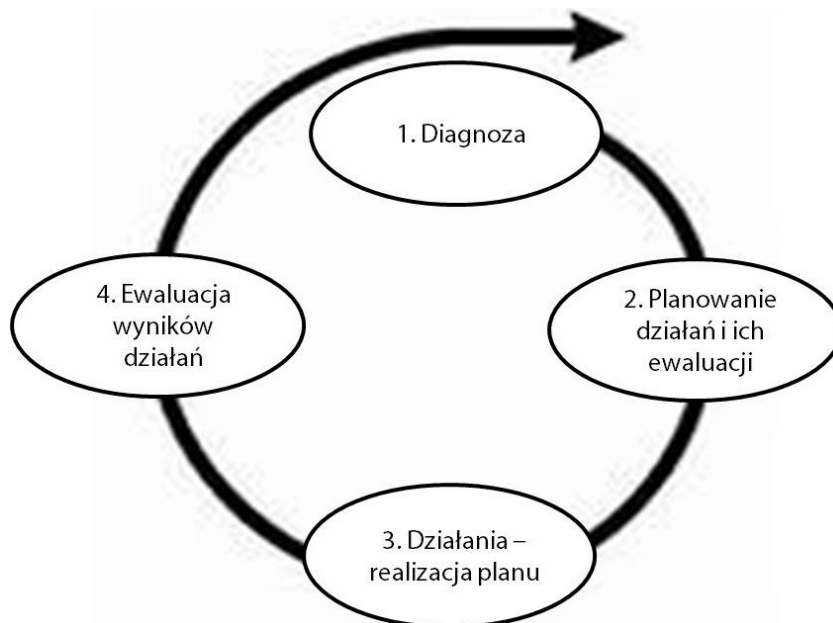
- upowszechnić tę decyzję wśród ogółu rodziców uczniów, wyjaśnić im podstawowe założenia SzPZ i zachęcić do uczestnictwa w działaniach,
- powołać szkolnego koordynatora i szkolny zespół promocji zdrowia,
- zapewnić możliwości przepływu w szkole informacji na temat SzPZ (np. tablica informacyjna, strona internetowa, skrzynka pytań i propozycji).

Inicjatywą tworzenia SzPZ warto zainteresować organ prowadzący szkołę, samorząd i organizacje w społeczności lokalnej. Można to zrobić, pokazując wspólnotę interesów. SzPZ to szkoła otwarta, współpracująca ze środowiskiem, jej „specjalnością” nie są akcje, imprezy, ale systemowa praca, dążenie do określonej idei. W okresie przygotowawczym warto zorganizować imprezę, która będzie ofertą zabawy, rekreacji dla różnych grup społeczności szkolnej i lokalnej, „wyjściem naprzeciw” ich potrzebom, i która pozwoli ludziom poznać się i zintegrować. Zachęcamy do wymyślenia jakiegoś symbolu, hasła itp., który uczestnikom imprezy utrwaliłby się w pamięci jako sygnał powstającego nowego ruchu społecznego.

6.2. Etapy tworzenia szkoły promującej zdrowie

W każdym roku szkolnym, jak wspomniano wyżej, społeczność szkolna podejmuje działania w czteroetapowym cyklu przedstawionym na rycinie 6. Niżej szczegółowo opisano kolejne jego etapy.

¹⁷ Opinie osób uczestniczących przez wiele lat w tworzeniu SzPZ przedstawiono w artykule: Woynarowska B., Sokołowska M. (2018): 25 lat istnienia szkół promujących zdrowie w Polsce. Część II Korzyści z realizacji programu, *Remedium*, 10, s. 29–31.



Ryc. 6. Cykl tworzenia szkoły promującej zdrowie w jednym roku szkolnym

6.2.1. Etap pierwszy – diagnoza

Diagnoza to odpowiedź na pytanie (zbadanie): „**Gdzie jesteśmy?**”, czyli „spojrzenie prawdzie w oczy”. Pytanie to **członkowie społeczności szkoły stawiają sobie sami** i sami też poszukują oni 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 szkolnej 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 szkolnej 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:

- **Diagnoza stanu wyjściowego** przeprowadzana na początku (w pierwszym roku) procesu tworzenia SzPZ. Powinna ona dostarczyć danych o różnych aspektach funkcjonowania szkoły w kontekście zdrowia jej społeczności. Stanowi ona rodzaj badania naukowego przeprowadzonego w szkole przez jej 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 podręcznika**. Pozwala to na zbadanie wielu obszarów funkcjonowania społeczności szkolnej i szkoły. Uzyskane dane będzie można w przyszłości

porównać z wynikami autoewaluacji, zwłaszcza gdy szkoła podejmie starania o uzyskanie *Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie*.

- **Diagnoza uaktualniona** przeprowadzana na początku drugiego i kolejnych lat szkolnych przed budowaniem planu pracy na dany rok. Potrzeba powtarzania diagnozy w kolejnych latach działań wynika ze zmieniającej się sytuacji, warunków, doświadczeń i potrzeb społeczności szkolnej. Diagnoza uaktualniona może dotyczyć nowego problemu uznanego za priorytetowy na podstawie rozmów i dyskusji w różnych grupach społeczności szkolnej, 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; można przy tym wykorzystać niektóre narzędzia zamieszczone w części drugiej podręcznika.
 Zawężenie zakresu diagnozy do jednego problemu ułatwia jej wykonanie bez nadmiernego obciążenia wielu osób w szkole.

Kto powinien przeprowadzić diagnozę?

Diagnoza jest przeprowadzana przez szkolnego 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 dane te są na pewno potrzebne?
 - jak wykorzystam te dane?
- Zaplanuj prosty i przejrzysty sposób zbierania danych.
- Staraj się dotrzeć do jak największej liczby respondentów.
- Jeśli chcesz uzyskać od ludzi informacje, zadбай, aby:
 - czuli się bezpiecznie (np. zadбай o zachowanie 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 ich.
- Przedstaw wyniki diagnozy wszystkim pracownikom i jak największej liczbie rodziców uczniów.

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

6.2.2. Etap drugi – planowanie działań i ich ewaluacji

Szkoła promująca zdrowie powinna być szkołą **skutecznego 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.

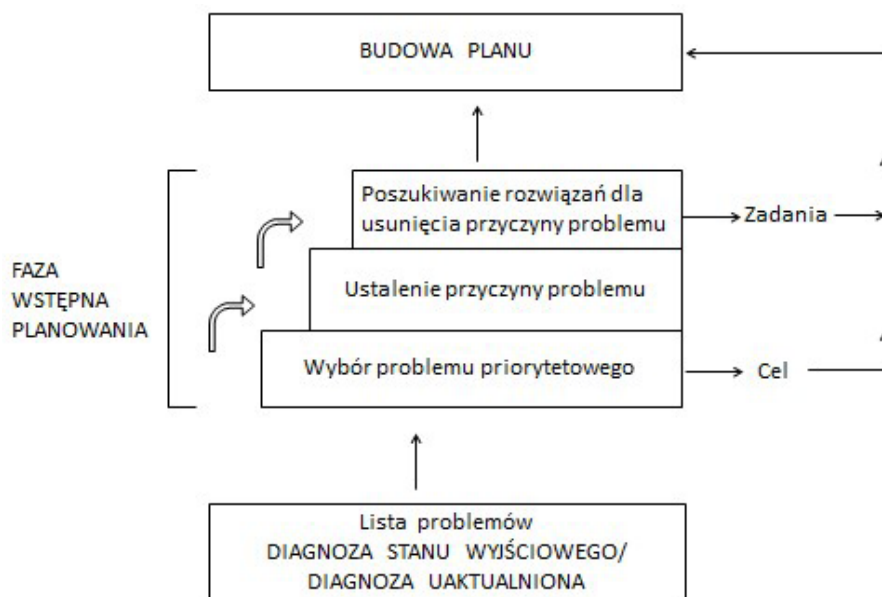
Podstawowe zasady planowania

- Stosujemy **metodę małych kroków**, tzn. wybieramy równocześnie nie więcej niż jeden lub dwa cele uznane przez społeczność szkolną za priorytetowe.
- Planowanie jest procesem składającym się z **fazy wstępnej i budowania planu działań**.
- Plan powinien:
 - być **konkretny i szczegółowy**,
 - zawierać elementy, które umożliwiają **ewaluację**, czyli sprawdzenie, 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 pracowników szkoły i rodziców uczniów.

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

6.2.2.1. 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. Wzór arkusza do wstępnej części planowania
Przykład wypełnionego arkusza i jego formularz zamieszczono w rozdz. 6.2.5.

Krok pierwszy – wybór problemu priorytetowego

Lista problemów¹⁸ wymagających rozwiązania opracowana w wyniku diagnozy stanu wyjściowego/diagnozy uaktualnionej może być długa. Nie można ich rozwiązać w tym samym czasie, gdyż możliwości ludzi i środki są zwykle ograniczone. Dlatego wybieramy **problem(-my) priorytetowy(-we)**¹⁹, który(-re) 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 jego uciążliwość lub zagrożenie dla zdrowia społeczności szkolnej,
- dostępność środków i inne okoliczności sprzyjające rozwiązaniu danego problemu.

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

Krok drugi – ustalenie przyczyn istnienia wybranego problemu priorytetowego

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

¹⁸ Wyraz „problem” oznacza trudność, kłopot, coś, co nas niepokoi, wymaga usunięcia, poprawy (np. zły stan techniczny budynku, duża częstość występowania przemocy wśród uczniów).

¹⁹ Wyraz „priorytet” oznacza to, co jest najważniejsze (podstawowe, główne, ma pierwszeństwo) do rozwiązania.

- zidentyfikować **wszystkie możliwe przyczyny** istnienia wybranego problemu priorytetowego,
- wybrać te przyczyny, które mogą być:
 - najważniejsze,
 - najbardziej prawdopodobne,
 - realne do usunięcia,
- ustalić, które z wybranych przyczyn są **głównymi przyczynami istnienia problemu**.

Efektem tego kroku jest ustalenie **głównych przyczyn istnienia problemu**. Stanowi to punkt wyjścia do kroku trzeciego – poszukiwania rozwiązań dla usunięcia tych przyczyn.

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 przyczyn problemu.

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

6.2.2.2. Budowanie planu działań i ich ewaluacji

W SzPZ planujemy równocześnie **działania i ich ewaluację**, czyli sprawdzenie:

- jak przebiegała realizacja zadań (ewaluacja procesu),
- czy osiągnięto cel (ewaluacja wyników)²⁰.

Plan działań powinien być zapisany w Arkuszu B (ryc. 9). Poszczególne elementy planu i wskazówki do ich zapisywania podano w tabeli 2.

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 pracowników szkoły i rodziców uczniów**.

²⁰ Zasady ewaluacji opisano w rozdziale 6.2.3 i 6.2.4, część I.

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/ osoba odpowiedzialna	Potrzebne środki/ zasoby	Sposób sprawdzenia wykonania zadania

* Elementy planu niezbędne dla dokonania ewaluacji.

Ryc. 9. Wzór arkusza do planu działań. Przykład wypełnionego arkusza i jego formularz zamieszczono w rozdz. 6.2.5.

Dodatkową pomocą w planowaniu mogą być:

- przykład zapisu planu działań w szkole specjalnej promującej zdrowie,
- lista kontrolna do analizy wybranych elementów planu działań. Umożliwia ona sprawdzenie, na ile sporządzony plan jest zgodny z przyjętymi zasadami. Analiza planu z wykorzystaniem tej listy może pomóc doskonalić umiejętność planowania.

Dokumenty te zamieszczono w rozdziale 6.2.5 (część I).

Tabela 2. 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), - konkretnie 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 na 9 nauczycieli uzna, że poprawiły się relacje między nauczycielami (nie wliczaj odsetek od małych liczb), - większa (21 lub więcej) – wpisz odsetek osób, np.: 20% nauczycieli uzna, że poprawiły się relacje między nauczycielami.
Sposób sprawdzenia, czy osiągnięto cel (sukces)	a) 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.
	b) 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).
	c) Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel?	Wpisz nazwisko osoby odpowiedzialnej za ewaluację oraz termin jej realizacji.

Tabela 2. 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 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 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 określ grupę osób (np. nauczyciele klas I–III), 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 koszt i 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 sprawdzicie, że zadanie zostało wykonane, np. liczba osób uczestniczących w szkoleniach, stwierdzenie, że coś zostało zrobione (obserwacja, wywiady).

6.2.3. Etap trzeci – działania – realizacja planu

Etap trzeci to etap, w którym wdrażamy (wprowadzamy w życie szkoły) zaplanowane działania. Trwa on zwykle kilka miesięcy w danym roku szkolnym. 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 uczestników? ▪ 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 się dzieje 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 i organizacjami, 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. Jest ona szczególnie ważna, gdy:

- plan dotyczy różnych aspektów zdrowia i wielu ludzi,
- działania trwają 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 w komunikowaniu się ludzi).

W SzPZ można monitorować, śledzić różne aspekty działań. Mogą być nimi np.:

- przebieg realizacji zadań, trudności i sposoby ich przezwyciężania,
- uczestnictwo w działaniach różnych grup społeczności szkolnej, 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 szkolny koordynator i zespół promocji zdrowia we współpracy z osobami odpowiedzialnymi za realizację poszczególnych zadań. Należy sporządzić notatkę zawierającą najważniejsze spostrzeżenia i wskazówki/zalecenia na przyszłość.

6.2.4. 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 zaplanowanych celów.
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 szkolny 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), który powinien być zaprezentowany pracownikom szkoły i rodzicom uczniów.

RAPORT Z EWALUACJI WYNIKÓW DZIAŁAŃ SZKOŁY 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:
- Zalecenia/wskazówki do dalszych działań:

Ryc. 10. Wzór raportu z ewaluacji wyników działań w danym roku szkolnym
Formularz raportu zamieszczono w rozdz. 6.2.5.

6.2.5. Materiały pomocnicze

Na kolejnych stronach zamieszczono formularze arkuszy i materiały pomocnicze do wykorzystania w różnych etapach tworzenia SzPZ:

1. Okres przygotowawczy:

- Arkusz dla pracowników szkoły: Co wpływa na moje samopoczucie w pracy szkole?
- Arkusz dla rodziców uczniów: Co wpływa na samopoczucie moje i mojego dziecka w szkole?

2. Etap planowania:

- Arkusz A. Część wstępna planowania
- Arkusz B. Plan działań
- Przykład zapisu planu działań w szkole promującej zdrowie
- Lista kontrolna do analizy wybranych elementów planu działań

3. Etap ewaluacji wyników działań:

- Raport z ewaluacji wyników działań szkoły

CO WPŁYWA NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W SZKOLE?

Chcemy dowiedzieć się, co i jak wpływa na Twoje samopoczucie w pracy w szkole. 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 szkole na lepsze.

NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W SZKOLE WPŁYWA:

Dobrze: 	Źle:
--	---

Osoba wypełniająca arkusz (podkreśl): *pracownik pedagogiczny, pracownik niepedagogiczny*



CO WPŁYWA NA SAMOPOCZUCIE MOJE I MOJEGO DZIECKA W SZKOLE?

Chcemy dowiedzieć się, co wpływa dobrze, a co źle na samopoczucie Pani/Pana i Państwa dziecka w szkole. 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 szkole na lepsze.

NA MOJE SAMOPOCZUCIE W SZKOLE MOJEGO DZIECKA WPŁYWA: Dobrze: Źle: 	NA SAMOPOCZUCIE MOJEGO DZIECKA W SZKOLE WPŁYWA: Dobrze: 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 SZKOLE SPECJALNEJ PROMUJĄCEJ ZDROWIE²¹

Planowanie: Arkusz A

CZĘŚĆ WSTĘPNA PLANOWANIA w roku szkolnym 2019/2020

1. Problem priorytetowy do rozwiązania:

Nadmierny hałas na przerwach i w czasie lekcji

a. Krótki opis problemu priorytetowego:

Wyniki badań w ramach autoewaluacji wykazały, że uczniowie i pracownicy zwracali uwagę na uciążliwy hałas w szkole na przerwach, a także w czasie zajęć: 22% uczniów podało w rozmowie, że nie lubią hałasu w szkole; 40% pracowników, którzy nie są nauczycielami, lecz prowadzą zajęcia w szkole, i niektórzy rodzice wymienili hałas jako przyczynę złego samopoczucia w czasie pracy/pobytu w szkole. Rada pedagogiczna uznała nadmierny hałas za problem priorytetowy wymagający rozwiązania.

b. Uzasadnienie wyboru priorytetu:

Hałas jest czynnikiem szkodliwym dla zdrowia człowieka. Szkoła jest miejscem, w którym uczniowie i pracownicy spędzają dużo czasu. Długotrwałe przebywanie w hałasie może powodować rozdrażnienie, bóle głowy, zmęczenie, zwiększa ryzyko uszkodzenia słuchu u uczniów i pracowników. Najczęstszymi skutkami hałasu u uczniów są: zmęczenie, rozdrażnienie, kłopoty z koncentracją, frustracja, nasilenie napadów padaczki.

2. Główne przyczyny problemu:

- duża liczba uczniów na małej przestrzeni, w tym wielu uczniów poruszających się na wózkach,
- nieumiejętność organizacji czasu wolnego u uczniów,
- specyficzne cechy funkcjonowania uczniów związane z ich stanem psychofizycznym i występującymi u nich zaburzeniami (np. niezrozumienie zasad współżycia społecznego, trudności w ich przestrzeganiu, zaburzenie myślenia przyczynowo-skutkowego, problemy z komunikowaniem się), echolaliczne wydawanie dźwięków o wysokiej częstotliwości, niekontrolowane, nagłe i częste wybuchy złości generujące głośne krzyki w czasie przerw i lekcji,
- chęć rozładowania energii,
- niska świadomość skutków hałasu u uczniów.

3. Rozwiązania dla usunięcia przyczyn problemu:

- systematyczne monitorowanie natężenia hałasu w szkole,
- wprowadzenie zmian w organizacji przerw międzylekcyjnych,
- zmniejszenie liczby dzwonków i ich głośności,
- organizowanie warsztatów/zajęć na temat szkodliwości hałasu i możliwości jego zmniejszania dla uczniów, ich rodziców i pracowników szkoły,
- organizowanie akcji i imprez dotyczących uświadczenia społeczności szkolnej szkodliwości hałasu oraz korzyści z poszanowania ciszy.

²¹ W opracowaniu tego przykładu wykorzystano plan sporządzony przez jedną ze szkół specjalnych, która uczestniczyła w pilotażu. Była to szkoła podstawowa dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi. Uzyskano zgodę dyrektora szkoły na wykorzystanie i modyfikację planu.

Planowanie: Arkusz B

PLAN DZIAŁAŃ w roku szkolnym 2019/2020

1. **CEL:** Zmniejszenie poziomu hałasu w czasie przerw międzylekcyjnych i zajęć w szkole

Kryterium sukcesu:

- 1) Natężenie hałasu na przerwach i wybranych zajęciach w ostatnich 3–4 miesiącach roku szkolnego będzie mniejsze o 20% w stosunku do poziomu określonego na początku roku szkolnego.
- 2) Co najmniej 20% uczniów i 30% nauczycieli i innych pracowników szkoły uzna, że zmniejszył się hałas na przerwach międzylekcyjnych

Sposób sprawdzenia czy osiągnięto cel (sukces):

- a. **Co wskaże, że osiągnięto cel?** Dane z monitoringu natężenia hałasu (wskaźniki obiektywne), opinie uczniów i pracowników szkoły o zmniejszeniu nasileniu hałasu w szkole (wskaźniki subiektywne)
- b. **Jak sprawdzimy, czy osiągnięto cel?** Analiza okresowych pomiarów natężenia hałasu, rozmowy z uczniami i ankietą dla pracowników szkoły
- c. **Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel?** Zespół promocji zdrowia, czerwiec 2020

2. ZADANIA

Nazwa zadania	Kryterium sukcesu	Sposób realizacji	Okres/termin realizacji	Wykonawcy/osoby odpowiedzialne	Potrzebne środki/zasoby	Sposób sprawdzenia wykonania zadania
1. Systematyczny monitoring natężenia hałasu i upowszechnianie jego wyników	Zapisy wyników pomiarów 2 razy w miesiącu Analiza wyników i informowanie o nich co 2–3 miesiące	Zaplanowanie sposobu dokonywania pomiarów (czas, miejsca) Dokonywanie pomiarów Analiza wyników i przekazywanie informacji pracownikom szkoły	Wrzesień 2019 – czerwiec 2020	Pracownik Beata P.	Tablet z aplikacją do mierzenia poziomu hałasu	Arkusz zapisu pomiarów i wyników ich analizy oraz informacja dla pracowników
2. Zmniejszenie liczby dzwonek i ich głośności	Mniejsza o połowę liczba dzwonek Odczuwalnie cichsze dzwonki	Rezygnacja z dzwonek na przerwy, pozostawienie dzwonek na lekcje	Od września 2019	Pracownik Maria K.		Obserwacja
3. Opracowanie „Kodeksu zachowania na przerwach”	Kodeks opracowany przy udziale 80% uczniów	Opracowanie kodeksu w każdej klasie Uzgodnienie obowiązującej w szkole wersji kodeksu Upowszechnienie kodeksu	Wrzesień 2019	Wychowawcy klas Psycholog szkolny	Artykuły papiernicze	Przedstawienie kodeksu na apelu Kodeks na piśmie na korytarzu i w klasach Informacja dla rodziców

4. Organizacja warsztatów/wykładów a) Dla uczniów: „W ciszy mózg pracuje, w hałasie eksploduje” b) Dla uczniów „Nie bądź głuchy na hałas” c) Dla pracowników „Hałas niewidzialny wróg” d) Dla rodziców „Tyle hałasu o... ciszę”	75% osób z poszczególnych grup weźmie udział w warsztatach/wykładach	Warsztaty Warsztaty Wykład Wykład	Październik 2019 Marzec 2020 Październik 2019 Październik 2019	Pielęgniarka szkolna	Sala, rzutnik prezentacja plansze edukacyjne	Zapisy w dokumentacji szkoły
5. Stworzenie stref do spędzania przerw międzylekcyjnych dostosowanych do potrzeb uczniów: a) Strefa odpoczynku, ciszy i relaksu b) Strefa aktywności fizycznej c) Strefa wspólnych posiłków	Funkcjonowanie odpowiednio wyposażonych stref i korzystanie z nich przez ok. 80% uczniów	Świetlica – oznaczenia na jej drzwiach Systematyczne wychodzenie z uczniami na boisko/plac zabaw, spacer po terenie szkoły Stoliki, ławeczki na korytarzu na parterze i na piętrze	Cały rok szkolny	Wychowawcy świetlicy, nauczyciele dyżurujący Wychowawcy klas, nauczyciele WF, gimnastyki korekcyjnej, rehabilitacji Nauczyciele dyżurujący, pracownicy niepedagogiczni (pomoc uczniom w samoobsłudze)	Dywan, materace, koce, poduszki, pufy, magnetofon Sprzęt sportowy Stoliki i ławeczki	Obserwacja dyrektora i nauczycieli dyżurujących Zapisy w dzienniku Obserwacja dyrektora i nauczycieli dyżurujących

6. Wprowadzenie ujednoliconych symboli/gestów, wykorzystywanie ich na przerwach i lekcjach	Stosowanie symboli, rozumienie ich przez uczniów i reagowanie na nie	Konkurs plastyczny na symbol/gest wśród uczniów klas starszych (V–VIII) – opracowanie regulaminu, wybór jury Wystawa prac, zatwierdzenie symbolu	Wrzesień – listopad 2019	Nauczycielki Katarzyna K., Małgorzata R.	Artykuły piśmienne	Obserwacja, wywiady z uczniami, nauczycielami, pracownikami niepedagogicznymi
7. Organizacja konkursu plastycznego – malowanie znaków zakazu dotyczących hałasu i ozdobianie nimi drzwi do klas	80% uczniów weźmie udział w konkursie	Praca z uczniami we wszystkich klasach	Listopad 2019	Nauczyciele plastyki, techniki, wychowawcy klas I–III	Materiały plastyczne	Wystawa prac
8. Wprowadzenie szepowanej przerwy obiadowej „Mów do mnie szeptem”	Odczuwalne obniżenie poziomu hałasu w czasie przerwy obiadowej	Wprowadzenie zasad porozumiewania się szeptem	Cały rok szkolny	Wychowawcy klas, nauczyciele dyżurujący		Obserwacja, zapisy w dokumentacji szkolnej
9. Organizacja Międzynarodowego Dnia Świadomości Zagrożenia Hałasem: a) Konkurs plastyczny na plakat „Pokochaj ciszę” b) Spektakl teatralny (teatr z zewnątrz)	Wystawa plakatów Prezentacja spektaklu	Przygotowanie plakatów wspólnie z wychowawcą we wszystkich klasach Organizacja spektaklu teatralnego	25 kwietnia 2020 Maj 2020	Wychowawcy klas Nauczycielka Anna S.	Materiały plastyczne Fundusze na opłacenie teatru	Obserwacja, zdjęcia plakatów Faktura za spektakl teatr

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: 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, które będą zamieszczone np. w ankiecie			
	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/osób odpowiedzialnych za wykonanie zadania			
Potrzebne środki/zasoby	Zapisano niezbędne 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). Im więcej punktów, tym lepiej!

Jakie elementy planu spełniają wymagania tylko częściowo?

Jakie elementy planu nie spełniają wymagań?

Wprowadźcie pożądane korekty.

RAPORT Z EWALUACJI WYNIKÓW DZIAŁAŃ SZKOŁY w roku szkolnym

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?

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**

- 3. Zalecenia/wskazówki do dalszych działań**

7. Wspieranie działań szkół promujących zdrowie i tworzenie wojewódzkich sieci tych szkół

7.1. Wspieranie działań szkół promujących zdrowie

Społeczności szkolnej tworzącej SzPZ potrzebne jest wsparcie – informacje, materiały, konsultacje, szkolenia dla różnych jej grup, a zwłaszcza szkolnych koordynatorów, członków zespołu promocji zdrowia i przedstawicieli dyrekcji. Aby zapewnić szkołom 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 krajowy

W Polsce podstawą do rozwoju i wspierania SzPZ jest *Porozumienie z dnia 23 listopada 2009 r. o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej a Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 zwrócono uwagę na potrzebę upowszechniania programu Szkoła Promująca Zdrowie.

Koordynacją rozwoju PPZ i SzPZ w Polsce zajmuje się Krajowy Koordynator i Zespół ds. Promocji Zdrowia w Szkole działający w Ośrodku Rozwoju Edukacji (ORE)²². Krajowego Koordynatora powołuje Minister Edukacji Narodowej. Funkcję tę od 2015 r. pełni Valentina Todorovska-Sokołowska, która reprezentuje Polskę w sieci SHE. Zadania Krajowego Koordynatora PPZ i SzPZ przedstawiono w ramce. Na stronie internetowej ORE znajduje się wiele informacji, publikacji i przydatnych materiałów, w tym także zasady ubiegania się o *Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie*.

Zadania Krajowego Koordynatora przedszkoli i szkół promujących zdrowie

- Upowszechnianie koncepcji przedszkola i 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 wojewódzkim/rejonowym sieci PPZ i SzPZ.
- Organizowanie szkoleń dla koordynatorów wojewódzkich/rejonowych sieci PPZ i SzPZ i przedstawicieli wojewódzkich zespołów wspierających.
- Opiniowanie wniosków przedszkoli i szkół o nadanie im *Krajowego Certyfikatu Przedszkole/Szkoła Promująca Zdrowie*, udział w posiedzeniach Centralnej Kapituły tych certyfikatów.
- Wspieranie innowacyjnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w przedszkolu/szkole, inicjowanie wymiany doświadczeń, upowszechnianie materiałów i przykładów dobrej praktyki.
- Inicjowanie działań w zakresie doskonalenia zawodowego nauczycieli w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

²² 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 na ogół 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 dostępne na stronie ORE).
- **Wojewódzki zespół wspierający przedszkola i szkoły promujące zdrowie**, który stanowi koalicję związaną przez przedstawicieli resortu edukacji i zdrowia oraz innych resortów i organizacji społecznych, rządowych i pozarządowych współpracujących na rzecz zdrowia w szkole 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/przedszkolami 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, nadawania im wojewódzkich certyfikatów i odnawiania ich po 5 latach; prowadzenie rejestru przedszkoli/szkół w sieci (kandydujących, przyjętych, posiadających wojewódzki certyfikat).
3. Inicjowanie, organizowanie i prowadzenie szkoleń dla koordynatorów, dyrektorów przedszkoli i szkół oraz rad pedagogicznych na temat koncepcji i zasad tworzenia PPZ i SzPZ.
4. Udzielanie koordynatorom ds. promocji zdrowia w przedszkolach i szkołach konsultacji i wsparcia w razie potrzeby.
5. Koordynowanie współpracy i wymiany doświadczeń między szkołami i przedszkolami należącymi i kandydującymi do sieci wojewódzkiej.
6. Udzielanie rekomendacji przedszkolom i szkołom ubiegającym się o nadanie *Krajowego Certyfikatu Przedszkole/Szkoła Promująca Zdrowie*.
7. Współpraca z: wojewódzkim zespołem wspierającym PPZ i SzPZ, Krajowym Koordynatorem i Zespołem ds. Promocji Zdrowia w Szkole w ORE oraz koordynatorami sieci rejonowych, jeśli takie sieci istnieją w danym województwie.

Zakres zadań koordynatora wojewódzkiej sieci PPZ i SzPZ **może być modyfikowany** w zależności od potrzeb danego terenu. Koordynator ten powinien:

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

7.2. Wojewódzkie sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie

Cechą działań w zakresie promocji zdrowia jest tworzenie sieci na różnym poziomie (np. europejskim, krajowym, wojewódzkim, rejonowym). **Jest to proces łączący jednostki, grupy, organizacje i instytucje 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 współpracy. 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** istnieją we wszystkich województwach. Od 2017 r. noszą one nazwę **wojewódzkie sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie**. Pod koniec 2018 r. należało do nich około 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 szkoły do wojewódzkiej sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie

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

Niżej zaproponowano **ogólne zasady** przyjmowania szkół do sieci wojewódzkiej PPZ i SzPZ. 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 szkół do sieci oraz nadawania i odnawiania *wojewódzkiego certyfikatu szkoły promującego zdrowie* powinny być zamieszczone na stronie internetowej instytucji, w której pracuje koordynator sieci PPZ i SzPZ w danym województwie.

Przebieg okresu kandydowania szkoły 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 szkole, która kandyduje do sieci, należy podjąć następujące działania:

1. Nawiązać **kontakt z koordynatorem wojewódzkiej/rejonowej sieci PPZ i SzPZ**, uzyskać od niego informacje i wskazówki dotyczące zasad przystąpienia do sieci.
2. **Przeszkolić** radę pedagogiczną oraz pozostałych pracowników szkoły i pielęgniarkę szkolną w zakresie koncepcji i zasad tworzenia SzPZ.
3. **Uzyskać zapewnienie dyrekcji** o gotowości do wspierania długotrwałego wdrażania założeń SzPZ jako ważnego elementu koncepcji pracy szkoły.
4. Zapytać pracowników szkoły i rodziców uczniów o ich **gotowość do uczestnictwa w działaniach w zakresie promocji zdrowia** w związku z planowanym przystąpieniem do wojewódzkiej sieci PPZ i SzPZ. Dane te można uzyskać na podstawie wywiadów lub badania ankietowego w grupie co najmniej 80% ogółu pracowników pedagogicznych i 80% ogółu pracowników niepedagogicznych oraz

ok. 40% rodziców uczniów. Za wynik pożądany należy uznać **pozytywne odpowiedzi co najmniej 60% zbadanych osób**.

5. Przeprowadzić **ocenę stopnia osiągnięcia co najmniej jednego z czterech standardów SzPZ**, wykorzystując narzędzia zamieszczone w części drugiej podręcznika. Ocenę tę można uznać za diagnozę stanu wyjściowego w danym obszarze. Doświadczenie wskazuje, że w przypadku wyboru jednego standardu SzPZ korzystnie jest przeprowadzić ocenę stopnia osiągnięcia standardu drugiego dotyczącego klimatu społecznego szkoły. Najkorzystniej byłoby jednak dokonać takiej oceny w zakresie wszystkich standardów i efektów działań. Umożliwi to zdobycie danych, które będą mogły być porównane z danymi z autoewaluacji wykonanej po upływie kilku lat, a także wykorzystane do porównań w przypadku ubiegania się o *Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie*. Wykonywanie badań w pełnym zakresie jest doskonałą okazją do lepszego poznania założeń SzPZ, jej standardów i sposobów oceny ich osiągnięcia oraz szansą na lepszą jakość dalszych działań.
6. Opracować **plan działań dla rozwiązania jednego z problemów priorytetowych** zidentyfikowanych w wyniku dokonanej oceny (diagnozy) zgodnie z zasadami opisanymi wyżej w rozdziale 6.2.2.
7. Uzyskać **zgody rady pedagogicznej** na przystąpienie szkoły do sieci PPZ i SzPZ (decyzja na piśmie).

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

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

1. Pisemna deklaracja chęci przystąpienia szkoły do sieci wojewódzkiej PPZ i SzPZ podpisana przez dyrektora szkoły i szkolnego koordynatora, zawierająca informację:
 - o odsetku pracowników szkoły i rodziców uczniów, którzy wyrazili gotowość do realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia i przystąpienia do sieci,
 - o tym, kto pełni rolę szkolnego koordynatora i jaki jest skład szkolnego zespołu promocji zdrowia (imiona i nazwiska, status w szkole, kontakt).
2. Decyzja rady pedagogicznej o gotowości szkoły do przystąpienia do sieci wojewódzkiej.
3. Raport z autoewaluacji jednego ze standardów SzPZ wraz z arkuszem zbiorczym i plan działań dla rozwiązania jednego problemu priorytetowego przygotowany zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale 6.2.2.

Decyzję o przyjęciu szkoły do sieci wojewódzkiej podejmuje jej koordynator w porozumieniu z wojewódzkim zespołem wspierającym. Szkoły przyjęte do wojewódzkiej sieci mogą ubiegać się o **wojewódzki certyfikat szkoły promującej zdrowie**. Zasady nadawania certyfikatu, okres jego ważności (zwykle 5 lat) oraz zasady jego odnawiania powinny być określone przez koordynatora wojewódzkiej sieci w porozumieniu z zespołem wspierającym.

Część II



Autoewaluacja działań w szkole specjalnej promującej zdrowie Metody i narzędzia

Używane skróty:

- Nw – nauczyciele, którzy są wychowawcami klasy
- INiP – inni nauczyciele (niebędący wychowawcami) i pracownicy, którzy prowadzą zajęcia z uczniami w szkole, np.: psycholog, logopeda, fizjoterapeuta
- Pn – pracownicy niepedagogiczni (pomoc nauczyciela/asystenci, pracownicy administracyjno-ekonomiczni, kuchni i stołówki, obsługi)
- R – rodzice uczniów/prawni opiekunowie

1. Procedura autoewaluacji

Cel autoewaluacji

Celem autoewaluacji jest sprawdzenie, w jakim stopniu szkoła osiąga cele określone w polskiej koncepcji SzPZ oraz w sieci SHE, której Polska jest członkiem. Uzyskane w wyniku autoewaluacji dane powinny stanowić podstawę do **refleksji i planowania dalszych działań dla rozwoju SzPZ**.

Przeprowadzenie autoewaluacji umożliwia szkole podjęcie starań o uzyskanie *Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie*. Proponowane narzędzia mogą być także w całości lub w części wykorzystywane przez szkoły, które zamierzają podjąć działania dla tworzenia SzPZ (diagnoza stanu wyjściowego), a także przez szkoły, które są na różnych etapach jej tworzenia.

Przedmiot autoewaluacji

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

- w jakim stopniu szkoła osiąga **cztery standardy**, czyli **pożądany stan**, do którego powinna dążyć SzPZ,
- jakie są dotychczasowe **efekty działań** szkoły w odniesieniu do dbałości o zdrowie jej pracowników oraz rodziców uczniów.

Organizacja autoewaluacji

Prace związane z autoewaluacją są inicjowane i koordynowane przez szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia i szkolny zespół promocji zdrowia, w ramach którego można utworzyć **zespół ewaluacyjny**. W skład zespołu powinny wchodzić osoby, które dłużej pracują w danej szkole, dobrze ją znają i chętnie ze sobą współpracują. Ich liczba powinna wynosić co najmniej 4–6, powinni być wśród nich przedstawiciele pracowników pedagogicznych i niepedagogicznych. Aby uniknąć nadmiernego obciążenia pracą, wskazane jest utworzenie w ramach zespołu **grup zadaniowych** do oceny poszczególnych standardów/zadań. Niezbędny jest **jasny podział zadań** oraz **stałe wspieranie zespołu przez przedstawiciela dyrekcji szkoły** (korzystnie jest, gdy jest on członkiem zespołu).

Badane osoby

- Pracownicy zatrudnieni na całym lub co najmniej na pół etatu mający co najmniej **2-letni staż pracy w danej szkole**:
 - nauczyciele,
 - inni pracownicy, którzy prowadzą zajęcia z uczniami w szkole,
 - pracownicy niepedagogiczni.
- Rodzice uczniów uczęszczających do szkoły **co najmniej 2 lata**.
- Uczniowie.

Metody i techniki badawcze

W autoewaluacji należy wykorzystać następujące metody:

- **obserwacja bezpośrednia** – np. wizja lokalna pomieszczeń, terenu szkoły, przegląd wyposażenia, obserwacja zachowań uczniów i innych osób;
- **analiza dokumentów** – np. koncepcji pracy szkoły (lub dokumentu o innej nazwie), dokumentacji zespołu promocji zdrowia (w tym planów pracy i raportów z ewaluacji), materiałów zamieszczonych na stronie internetowej szkoły i tablicy informacyjnej;

- **wywiady** z wybranymi osobami – np. dyrektorem szkoły, nauczycielami, pracownikami kuchni, intendentką, pielęgniarką szkolną;
- **badania ankietowe dorosłych** – pracowników pedagogicznych i niepedagogicznych oraz rodziców uczniów;
- **badanie uczniów z wykorzystaniem jednej z technik do wyboru:** rozmowa, technika „Narysuj i opowiedz”, technika „Narysuj i napisz” lub odpowiedź na piśmie.

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

Narzędzia badawcze

- **Ankiety dla:**
 - nauczycieli, którzy są wychowawcami klasy (Nw),
 - innych nauczycieli (niebędących wychowawcami) i pracowników prowadzących zajęcia z uczniami w szkole (INiP),
 - pracowników niepedagogicznych (Pn),
 - rodziców uczniów (R).

Dla każdej z ww. grup przygotowano odrębną ankietę. Instrukcję przeprowadzania badań ankietowych i opracowania ich wyników zamieszczono w rozdziale 2 tej części podręcznika.

- **Arkusze zbiorcze** dla każdego standardu i efektów działań. Instrukcję ich wypełniania zamieszczono przy każdym standardzie/efektach. Wyjaśniono także znaczenie i sposób oceny niektórych wskaźników.

Etapy w przebiegu autoewaluacji

1. Zapoznanie się wszystkich członków zespołu ewaluacyjnego z procedurą, narzędziami i instrukcjami do ich stosowania. Zaplanowanie pracy.
2. Poinformowanie pracowników szkoły i rodziców uczniów o przebiegu autoewaluacji i pozyskanie ich do współpracy.
3. Przeprowadzenie:
 - badań ankietowych trzech grup pracowników i rodziców uczniów,
 - badania uczniów z wykorzystaniem wybranej techniki.
4. Zakodowanie danych z ankiet pracowników szkoły i rodziców uczniów, wyliczenie rozkładu procentowego kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia osobno dla każdej grupy badanych; wpisanie wyliczonych danych w czystym egzemplarzu każdej z ankiet; przekazanie ankiet z tymi danymi osobom wypełniającym arkusze zbiorcze.
5. Przegląd danych uzyskanych w badaniu poszczególnych grup uczniów przez osoby przeprowadzające badanie, przekazanie ankiet/prac uczniów/notatek z rozmów z uczniami (zależnie od zastosowanej techniki badania) osobom wypełniającym arkusze zbiorcze.
6. Dokonanie oceny poszczególnych wskaźników wymienionych w arkuszach zbiorczych dla każdego standardu: zebranie potrzebnych danych na podstawie obserwacji, analizy dokumentów, wywiadów czy ankiet zgodnie z zapisami w nawiasach przy każdym wskaźniku.
7. Wypełnienie arkuszy zbiorczych, zespołowe ustalenie oceny i wymaganych zapisów.
8. Sporządzenie raportu końcowego z autoewaluacji.
9. Przekazanie pracownikom szkoły i rodzicom uczniów informacji o wynikach autoewaluacji.

Informacje dodatkowe

- 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.
- Autoewaluacja jest **badaniem w działaniu** powszechnie stosowanym w systemie edukacji w wielu krajach. Jest to forma badań pomagająca w zmianie dotychczasowej praktyki, w której praktycy (np. nauczyciele, dyrektor szkoły) są jednocześnie badaczami i organizatorami zmiany²³.
- Osoby przeprowadzające badanie w danym obszarze autoewaluacji powinny dokładnie zapoznać się ze wszystkimi metodami, narzędziami i formularzami, które dotyczą tego obszaru.
- Wskazane jest, aby osoby przeprowadzające badanie ankietowe wypełniły wcześniej swoją ankietę.
- Niezbędne jest, aby **dyrekcja szkoły** dokładnie zapoznała się z zasadami i narzędziami do autoewaluacji oraz udzielała wsparcia zespołowi ewaluacyjnemu.
- W razie trudności należy porozumieć się z koordynatorem wojewódzkiej/rejonowej sieci PPZ i SzPZ lub Zespołem ds. Promocji Zdrowia w Szkole w ORE.
- Należy pamiętać o tym, aby **chronić dane niejawne lub identyfikujące poszczególne osoby**, a uzyskane informacje wykorzystać **wyłącznie do użytku wewnętrznego**. Należy postępować zgodnie z przepisami RODO.

²³ Czerepaniak-Walczak A. (2010): *Badanie w działaniu*, [w]: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, S. Pałka (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 319–337.

2. Badanie ankietowe pracowników szkoły i rodziców uczniów

Instrukcja przeprowadzenia badania i opracowania jego wyników

W ankietach dla czterech badanych grup (nauczyciele wychowawcy klas, nauczyciele niebędący wychowawcami i inni pracownicy pedagogiczni, pracownicy niepedagogiczni i rodzice uczniów) uwzględniono elementy dotyczące wszystkich standardów i efektów działań. Są one podzielone na 6 części (od A do F), z tytułami sformułowanymi w sposób dostosowany do danej grupy badanych. W tabeli 1 podano numery stwierdzeń odnoszących się do poszczególnych standardów i efektów.

Tabela 1. Numery stwierdzeń dotyczących poszczególnych standardów i efektów działań w ankietach dla różnych grup pracowników szkoły i rodziców uczniów

Standard/efekty	Numery pytań w poszczególnych ankietach:			
	Nauczyciele wychowawcy (Nw)	Inni nauczyciele (niebędący wychowawcami) i pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami (INiP)	Pracownicy niepedagogiczni (Pn)	Rodzice uczniów (R)
A. Standard pierwszy	1–3	1–3	1–3	1–2
B. Standard drugi	4–17	4–14	4–14	3–14
C. Standard trzeci	18–35	15–18	15–16	15–19
D. Standard czwarty	36–39	19–20	17–18	20–25
Efekty działań:				
E. Dobre samopoczucie w szkole	40–42	21–23	19–21	26–28
F. Podejmowanie działań dla wzmocnienia zdrowia	43–51	24–32	22–30	29–31

Pracownicy szkoły:

- 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 ramach po części E.

Rodzice uczniów:

- w części 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 ramach po części E.

Badane osoby

- Pracownicy zatrudnieni na pełnym lub połowie etatu mający co najmniej 2-letni staż pracy w danej szkole. Należy starać się zbadać jak największą ich liczbę w każdej grupie (nie mniej niż 80%).

Uwaga: dyrektor i jego zastępcy/zastępcy nie wypełniają ankiety. W ankietach zamieszczono stwierdzenia dotyczące postępowania i relacji z dyrekcją szkoły. Gdyby członkowie dyrekcji wypełnili ankietę i opuścili te stwierdzenia, możliwa byłaby identyfikacja osoby wypełniającej ankietę, co jest niezgodne z zasadą zachowania anonimowości respondentów.

- Rodzice uczniów uczęszczających do szkoły co najmniej **2 lata**. Warto starać się zbadać jak największą ich liczbę, nie mniej jednak niż 40%. O doborze rodziców do uczestnictwa w badaniu ankietowym decyduje zespół ewaluacyjny.

Osoby przeprowadzające badanie

Badanie przeprowadzają członkowie zespołu ewaluacyjnego. Zadaniem osoby przeprowadzającej badanie jest dokładne zapoznanie się z treścią ankiety, przygotowanie odpowiedniej liczby ankiet oraz kopert zbiorczych (format A4) do wkładania wypełnionych ankiet, a także stworzenie atmosfery sprzyjającej udzielaniu szczerych odpowiedzi.

Sposób przeprowadzenia badania

Badanie należy przeprowadzić grupowo:

- wśród pracowników pedagogicznych i niepedagogicznych: na radzie pedagogicznej lub zebraniach,
- wśród rodziców uczniów: na zebraniach lub w czasie innych kontaktów z nimi.

Uwaga: należy unikać rozdawania ankiet do domu lub do wypełnienia w innym czasie. Doświadczenia wskazują, że w takich sytuacjach 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 szkoły koperty zbiorczej/skrzynki/pudełka w ciągu najbliższego tygodnia).

Przebieg badania

1. Wyjaśnij cel badania, powiedz, że uzyskane wyniki posłużą do wspólnej dyskusji nad tym, jak postrzegamy to, co się dzieje w naszej szkole, co jest jej mocną, a co słabą stroną jako SzPZ, i co możemy zmienić w niej 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 podaną instrukcją (tzn. należy wstawić X w jedną kratkę w każdym wierszu przy wszystkich stwierdzeniach, z wyjątkiem stwierdzeń przy których jest informacja, że nie dotyczą one niektórych osób).
4. Zachęć do odpowiedzi na dwa pytania otwarte (w ramkach). 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 (zanutuj 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). W ankietach obok kratek do zaznaczenia odpowiedzi umieszczono cyfry ułatwiające ich kodowanie.

W opracowaniu wyników ankiet należy:

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

Rozkłady procentowe 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 tych standardów (Załącznik I, IIa, III, IV) powinna otrzymać kopię formularzy ankiet z wpisanym w niej pełnym rozkładem odpowiedzi.

Sposób interpretacji i analizy wyników ankiety

- W interpretacji wyników ankiet: w **części A–E** brana będzie pod uwagę **suma odsetków odpowiedzi *tak* + *raczej tak***. Przyjęto 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** będą uwzględnione tylko **odpowiedzi *tak***. Przyjęto, że wynik pozytywny (pożądany) to odsetek tych odpowiedzi na poziomie co najmniej 60%. Decyzja w sprawie przyjęcia innej wartości tego odsetka zależy od zespołu ewaluacyjnego w kontekście warunków i działań podejmowanych w danej szkole.

Uzyskane wyniki powinny być poddane wnikliwej analizie w kontekście funkcjonowania danej szkoły.

Informacje 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 w części A–E 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 odpowiedzi może wskazywać na to, że współpraca z rodzicami nie jest zadowalająca i wymaga poprawy.
5. W standardzie drugim (część B ankiet) nie wyróżniono w ankiecie nazw poszczególnych wymiarów. Nazwy te podano w tabeli 2 (cz. II, rozdz. 5), w ankiecie wymiary oddzielono tylko grubszymi kreskami. Można zatem przeanalizować odsetki kategorii odpowiedzi dla poszczególnych stwierdzeń, wymiarów i dla całego standardu.
6. Sposób analizy odpowiedzi na pytania otwarte zamieszczone po części E ankiet dla wszystkich grup podano w rozdziale 8 w części II.



Ankieta dla nauczycieli, którzy są wychowawcami klas

Chcemy poznać Twoje zdanie na temat wybranych spraw dotyczących naszej szkoły. Dzięki temu możemy odkryć jej mocne i słabe strony i spróbować zmienić coś w niej na lepsze. Ankieta jest **anonimowa**. Bardzo prosimy o szczere odpowiedzi.

Niżej znajduje się lista zdań. Przeczytaj uważnie każde z nich i zastanów się, w jakim stopniu się z nim zgadzasz. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
A. Warunki dla tworzenia szkoły promującej zdrowie				
1. W szkole, w której pracuję, uważa się, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. W szkole podejmowane są działania na rzecz promocji zdrowia pracowników (np. organizowane są szkolenia/warsztaty na temat zdrowia i dbałości o nie, jesteśmy zachęcani do dbałości o zdrowie, organizowane są zajęcia ruchowe dla pracowników szkoły).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Zapoznano mnie z koncepcją szkoły promującej zdrowie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B. Klimat społeczny w szkole				
4. Dyrekcja pyta mnie o zdanie w sprawach dotyczących życia i pracy szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Moje zdanie na temat życia i pracy szkoły jest brane pod uwagę.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Moje relacje z dyrekcją szkoły są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Czuję się doceniana(-ny) przez dyrekcję szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Dyrekcja udziela mi konstruktywnych informacji zwrotnych dotyczących mojej pracy.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Dyrekcja udziela mi pomocy, gdy jej potrzebuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Moje relacje z innymi nauczycielami szkoły są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Inni nauczyciele chętnie ze mną współpracują.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Mogę otrzymać pomoc od innych nauczycieli, gdy jej potrzebuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13. Moje relacje z innymi niż nauczyciele pracownikami prowadzącymi zajęcia z uczniami w szkole (np. psychologiem, logopedą, fizjoterapeutą) są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
14. Moje relacje z pracownikami niepedagogicznymi są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
15. Moje relacje z rodzicami uczniów są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
16. Większość rodziców uczniów współpracuje ze mną w sprawach swoich dzieci.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
17. Mogę liczyć na pomoc rodziców uczniów, gdy jej potrzebuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
C. Edukacja zdrowotna uczniów i umożliwianie im praktykowania zachowań prozdrowotnych				
18. Edukacja zdrowotna jest ważnym zadaniem w szkole, w której pracuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
19. W czasie swoich zajęć z uczniami realizuję wymagania/treści związane z edukacją zdrowotną zapisane w podstawie programowej.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
20. Systematycznie informuję rodziców uczniów mojej klasy o realizacji zajęć dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
21. Zachęcam rodziców, aby praktykowali w domu zachowania prozdrowotne, o których ich dzieci uczą się w szkole.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
22. Uczniowie klasy, której jestem wychowawcą, codziennie spożywają wspólnie drugie śniadanie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
23. Zwracam uwagę na to, czy produkty żywnościowe przynoszone przez uczniów z domu są korzystne dla zdrowia, i rozmawiam na ten temat z rodzicami uczniów.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
24. Zwracam uwagę na ilość produktów zjadanych w szkole, zwłaszcza przez uczniów z nadwagą i otyłością (np. zmniejszenie porcji, ograniczanie dodatków i pojadania przez uczniów).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
25. Dokładam starań, aby atmosfera w czasie spożywania posiłków była miła, nie towarzyszył im pośpiech, hałas czy przekazywanie uczniom przykrych uwag.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
26. Unikam nagradzania uczniów słodyczami.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
27. Uczniowie myją ręce przed każdym posiłkiem, po wyjściu z toalety, po przyjeździe z zajęć ruchowych, z zajęć poza szkołą, systematycznie instruuję ich, jak należy myć ręce.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
28. Uczniowie codziennie czyszczą zęby z użyciem pasty do zębów po jednym z posiłków spożywanych w szkole, często są instruowani, jak należy czyścić zęby.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
29. Zwracam uwagę na przyjmowanie przez uczniów prawidłowej pozycji siedzącej i uczę ich tego.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
30. W dni słoneczne chronię uczniów przed nadmiernym nasłonecznieniem i uczę ich właściwych zachowań w tym zakresie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
31. W czasie zajęć w pozycji siedzącej wprowadzam często elementy ruchu angażujące różne grupy mięśni i części ciała.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
32. Zwracam uwagę na utrzymywanie przez uczniów porządku w najbliższym otoczeniu w celu zmniejszenia ryzyka urazów.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
33. Na początku wykonywania niektórych czynności (np. na drodze, na placu zabaw, w czasie zajęć ruchowych, plastycznych, jedzenia) proszę uczniów o przypomnienie zasad bezpiecznego zachowania w danej sytuacji.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
34. Rozmawiam z uczniami na tematy dotyczące ich seksualności w sposób dostosowany do ich potrzeb i poziomu rozwoju.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
35. Rozmawiam z rodzicami uczniów o sprawach związanych z seksualnością ich dzieci.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D. Rozwijanie kompetencji nauczycieli do dbałości o zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów				
36. Uczestniczyłam(-łem) w ostatnich 2 latach w zajęciach/szkoleniach dotyczących dbałości o zdrowie pracowników szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
37. Uczestniczyłam(-łem) w ostatnich 2 latach w szkoleniach dotyczących realizacji edukacji zdrowotnej uczniów.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
38. Jestem dobrze przygotowana(-ny) do realizacji edukacji zdrowotnej dzieci i współpracy w tym zakresie z rodzicami.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
39. Praca w szkole promującej zdrowie, w tym realizacja edukacji zdrowotnej uczniów, jest dla mnie okazją do refleksji nad moją dbałością o zdrowie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
E. Samopoczucie w szkole				
40. Zwykle dobrze czuję się w pracy w szkole.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
41. Lubię pracować w tej szkole.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
42. Polecił(a)bym tę szkołę jako przyjazne miejsce pracy.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Co powoduje, że **DOBRE** czujesz się w pracy w tej szkole? – wpisz

Co powoduje, że **ŹLE** czujesz się w pracy w tej szkole? – wpisz

F. Co zrobiłaś(-eś) dla swojego zdrowia w ostatnim roku?

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

	Tak	Nie
43. Staram się być aktywna(-ny) fizycznie (np. więcej chodzić, biegać, jeździć na rowerze, ćwiczyć, tańczyć, uprawiać sport, pracować w ogrodzie).	1 ☐	2 ☐
44. Zwracam uwagę na to, jak się odżywiam (np. jem codziennie śniadanie, jem więcej warzyw i owoców, piję więcej mleka lub kefiru/jogurtu, ograniczam słodczy, tłuszcz, sól).	1 ☐	2 ☐
45. Zwracam uwagę na systematyczne wykonywanie samobadania (np. masy ciała, ciśnienia tętniczego, kobiety – piersi; mężczyźni – jąder).	1 ☐	2 ☐
46. Zwracam uwagę na utrzymywanie dobrych relacji z bliskimi osobami (np. rodziną, znajomymi).	1 ☐	2 ☐
47. Zwracam się do innych ludzi o pomoc, gdy mam jakiś trudny problem do rozwiązania.	1 ☐	2 ☐
48. Znajduję czas na odpoczynek (np. relaksuję się, robię to, co lubię).	1 ☐	2 ☐
49. Staram się szukać pozytywów zarówno w sobie, jak i w innych ludziach (np. w uczniach, współpracownikach, rodzinie, znajomych).	1 ☐	2 ☐
50. Rozwijam swoje umiejętności radzenia sobie ze stresem, napięciami.	1 ☐	2 ☐
51. Wyeliminowałam(-łam) jakieś zachowanie ryzykowne dla zdrowia, np. rzuciłam(-łam) palenie, nie nadużywam alkoholu, lub podjęłam(-jłam) próby w tym kierunku (<i>jeżeli nie podejmowałaś(-eś) takich zachowań, opuść ten punkt</i>).	1 ☐	2 ☐

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!



Ankieta dla nauczycieli niebędących wychowawcami i pracowników prowadzących zajęcia z uczniami w szkole

Chcemy poznać Twoje zdanie na temat wybranych spraw dotyczących naszej szkoły. Dzięki temu możemy odkryć jej mocne i słabe strony i spróbować zmienić coś w niej na lepsze. Ankieta jest **anonimowa**. Bardzo prosimy o szczere odpowiedzi.

Niżej znajduje się lista zdań. Przeczytaj uważnie każde z nich i zastanów się, w jakim stopniu się z nim zgadzasz. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
A. Warunki dla tworzenia szkoły promującej zdrowie				
1. W szkole, w której pracuję, uważa się, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. W szkole podejmowane są działania na rzecz promocji zdrowia pracowników (np. organizowane są szkolenia/warsztaty na temat zdrowia i dbałości o nie, jesteśmy zachęcani do dbałości o zdrowie, organizowane są zajęcia ruchowe dla pracowników szkoły).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Zapoznano mnie z koncepcją szkoły promującej zdrowie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B. Klimat społeczny w szkole				
4. Dyrekcja pyta mnie o zdanie w sprawach dotyczących życia i pracy szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Moje zdanie na temat życia i pracy szkoły jest brane pod uwagę.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Moje relacje z dyrektorem szkoły są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Czuję się doceniana(-ny) przez dyrektora szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Dyrekcja udziela mi konstruktywnych informacji zwrotnych dotyczących mojej pracy.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Dyrekcja udziela mi pomocy, gdy jej potrzebuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Moje relacje z nauczycielami szkoły są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Moje relacje z innymi niż nauczyciele pracownikami prowadzącymi zajęcia z uczniami w szkole są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Moje relacje z pracownikami niepedagogicznymi są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13. Moje relacje z rodzicami uczniów są dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
14. Większość rodziców uczniów współpracuje ze mną w sprawach swoich dzieci.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
C. Edukacja zdrowotna uczniów i umożliwianie im praktykowania zachowań prozdrowotnych				
15. Edukacja zdrowotna jest ważnym zadaniem w szkole, w której pracuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
16. Zostałam(-łem) zapoznana(-ny) z zasadami edukacji zdrowotnej uczniów i praktykowania w szkole zachowań prozdrowotnych.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
17. W czasie pracy z uczniami zwracam uwagę na ich zachowania związane ze zdrowiem i bezpieczeństwem.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
18. W czasie zajęć z uczniami realizuję wymagania/treści związane z edukacją zdrowotną zapisane w podstawie programowej mojego przedmiotu (dotyczy tylko nauczycieli, jeżeli nie jesteś nauczycielem, opuść ten punkt).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D. Rozwijanie kompetencji do dbałości o zdrowie				
19. Uczestniczyłam(-łem) w ostatnich 2 latach w zajęciach/szkoleniach dotyczących dbałości o zdrowie pracowników.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
20. Praca w szkole promującej zdrowie jest dla mnie okazją do refleksji nad moją dbałością o zdrowie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
E.Samopoczucie w szkole				
21. Zwykle dobrze czuję się w pracy w szkole.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
22. Lubię pracować w tej szkole.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
23. Polecił(a)bym tę szkołę jako przyjazne miejsce pracy.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Co powoduje, że DOBRZE czujesz się w pracy w tej szkole? – wpisz

Co powoduje, że ŻLE czujesz się w pracy w tej szkole? – wpisz

F. Co zrobiłaś(-eś) dla swojego zdrowia w ostatnim roku?

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

	Tak	Nie
24. Staram się być aktywna(-ny) fizycznie (np. więcej chodzić, biegać, jeździć na rowerze, ćwiczyć, tańczyć, uprawiać sport, pracować w ogrodzie).	1 ☐	2 ☐
25. Zwracam uwagę na to, jak się odżywiam (np. jem codziennie śniadanie, jem więcej warzyw i owoców, piję więcej mleka lub kefiru/jogurtu, ograniczam słodczy, tłuszcz, sól).	1 ☐	2 ☐
26. Zwracam uwagę na systematyczne wykonywanie samobadania (np. masy ciała, ciśnienia tętniczego, kobiety – piersi; mężczyźni – jąder).	1 ☐	2 ☐
27. Zwracam uwagę na utrzymywanie dobrych relacji z bliskimi osobami (np. rodziną, znajomymi).	1 ☐	2 ☐
28. Zwracam się do innych ludzi o pomoc, gdy mam jakiś trudny problem do rozwiązania.	1 ☐	2 ☐
29. Znajduję czas na odpoczynek (np. relaksuję się, robię to, co lubię).	1 ☐	2 ☐
30. Staram się szukać pozytywów zarówno w sobie, jak i w innych ludziach (np. w uczniach, współpracownikach, rodzinie, znajomych).	1 ☐	2 ☐
31. Rozwijam swoje umiejętności radzenia sobie ze stresem, napięciami.	1 ☐	2 ☐
32. Wyeliminowałam(-łem) jakieś zachowanie ryzykowne dla zdrowia, np. rzuciłam(-łem) palenie, nie nadużywam alkoholu, lub podjęłam(-jąłem) próby w tym kierunku (<i>jeżeli nie podejmowałaś(-eś) takich zachowań, opuść ten punkt</i>).	1 ☐	2 ☐

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!



Ankieta dla pracowników niepedagogicznych

Chcemy poznać Pani/Pana zdanie na temat wybranych spraw dotyczących naszej szkoły. Dzięki temu możemy odkryć jej mocne i słabe strony i spróbować zmienić coś w niej na lepsze. Ankieta jest **anonimowa**. Bardzo prosimy o szczerze odpowiedzi.

Niżej znajduje się lista zdań. Proszę uważnie przeczytać każde z nich i zastanowić się, w jakim stopniu Pani/Pan się z nim zgadza. Proszę wstawić X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
A. Warunki dla tworzenia szkoły promującej zdrowie				
1. W szkole, w której pracuję, uważa się, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. W szkole 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, organizowane są zajęcia ruchowe dla pracowników szkoły).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Wyjaśniono mi, co to znaczy, że szkoła, w której pracuję, jest szkołą promującą zdrowie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
B. Atmosfera w szkole				
4. Jestem pytana(-ny) o zdanie w sprawach dotyczących życia i pracy szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Moje zdanie na temat życia i pracy szkoły jest brane pod uwagę.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Dyrekcja jest dla mnie życzliwa.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Czuję się doceniana(-ny) przez dyrekcję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Dyrekcja szkoły udziela mi pomocy, gdy jej potrzebuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Nauczyciele i inni pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami w szkole (np. psycholog, logopeda, fizjoterapeuta) są dla mnie życzliwi.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Nauczyciele i inni pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami w szkole szanują moją pracę.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Nauczyciele i inni pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami w szkole pomagają mi, gdy tego potrzebuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Inni pracownicy niepedagogiczni szkoły są dla mnie życzliwi.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13. Inni pracownicy niepedagogiczni szkoły chętnie ze mną współpracują.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
14. Mogę otrzymać pomoc od innych pracowników niepedagogicznych szkoły, gdy jej potrzebuję.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
C. Edukacja zdrowotna uczniów i umożliwianie im praktykowania zachowań prozdrowotnych				
15. Zostałem(-łam) zapoznany(-ny) z zasadami edukacji zdrowotnej uczniów i praktykowania w szkole zachowań prozdrowotnych.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
16. W czasie kontaktów z uczniami zwracam uwagę na ich zachowania związane ze zdrowiem i bezpieczeństwem.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
D. Rozwijanie kompetencji pracowników niepedagogicznych do dbałości o zdrowie				
17. Uczestniczyłam(-łem) w ostatnich 2 latach w zajęciach/szkoleniach dotyczących dbałości o zdrowie pracowników.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
18. Praca w szkole promującej zdrowie jest dla mnie okazją do refleksji nad moją dbałością o zdrowie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
E. Samopoczucie w pracy w szkole				
19. Zwykle dobrze czuję się w pracy w szkole.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
20. Lubię pracować w tej szkole	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
21. Polecił(a)bym innym osobom tę szkołę jako przyjazne miejsce pracy.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

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

Co powoduje, że ŻŁE czuje się Pani/Pan w pracy w tej szkole? – proszę wpisać

F. Co Pani/Pan zrobił(-ła) dla swojego zdrowia w ostatnim roku?

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

	Tak	Nie
22. Staram się być aktywna(-ny) fizycznie (np. więcej chodzić, biegać, jeździć na rowerze, ćwiczyć, tańczyć, uprawiać sport, pracować w ogrodzie).	1 ☐	2 ☐
23. Zwracam uwagę na to, jak się odżywiam (np. jem codziennie śniadanie, jem więcej warzyw i owoców, piję więcej mleka lub kefiru/jogurtu, ograniczam słodczy, tłuszcz, sól).	1 ☐	2 ☐
24. Zwracam uwagę na systematyczne wykonywanie samobadania (np. masy ciała, ciśnienia tętniczego, kobiety – piersi; mężczyźni – jąder).	1 ☐	2 ☐
25. Zwracam uwagę na utrzymywanie dobrych relacji z bliskimi osobami (np. rodziną, znajomymi).	1 ☐	2 ☐
26. Zwracam się do innych ludzi o pomoc, gdy mam jakiś trudny problem do rozwiązania.	1 ☐	2 ☐
27. Znajduję czas na odpoczynek (np. relaksuję się, robię to, co lubię).	1 ☐	2 ☐
28. Staram się szukać pozytywów zarówno w sobie, jak i w innych ludziach (np. w uczniach, współpracownikach, rodzinie, znajomych).	1 ☐	2 ☐
29. Rozwijam swoje umiejętności radzenia sobie ze stresem, napięciami	1 ☐	2 ☐
30. 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).	1 ☐	2 ☐

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!



Ankieta dla rodziców uczniów

Chcemy poznać Pani/Pana zdanie na temat wybranych spraw dotyczących naszej szkoły. Dzięki temu możemy odkryć jej mocne i słabe strony i spróbować zmienić coś w niej na lepsze. Ankieta jest **anonimowa**. Bardzo prosimy o szczere odpowiedzi.

Niżej znajduje się lista zdań. Proszę przeczytać każde z nich i zastanowić się, w jakim stopniu Pani/Pan się z nim zgadza. Proszę wstawić X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie wiem
A. Warunki dla tworzenia szkoły promującej zdrowie					
1. W szkole mojego dziecka uważa się, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Wyjaśniono mi, co to znaczy, że szkoła mojego dziecka jest szkołą promującą zdrowie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
B. Atmosfera w szkole mojego dziecka					
3. W szkole mojego dziecka są jasno określone zasady współpracy z rodzicami.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Jestem pytana(-ny) o zdanie w sprawach dotyczących życia i pracy klasy lub szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Moje zdanie na temat życia i pracy klasy lub szkoły jest brane pod uwagę.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Jestem zachęcana(-ny) do udziału w życiu i pracy klasy lub szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Nauczyciele są dla mnie życzliwi.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Nauczyciele udzielają mi wyczerpujących informacji o postępach i zachowaniu mojego dziecka w szkole.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Inni pracownicy prowadzący zajęcia z moim dzieckiem w szkole (np. psycholog, logopeda, fizjoterapeuta) są dla mnie życzliwi.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Pracownicy administracji, obsługi, kuchni są dla mnie życzliwi.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Nauczyciele są dla mojego dziecka życzliwi.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
12. Nauczyciele dostrzegają to, w czym moje dziecko jest dobre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13. Moje dziecko lubi jechać/iść do szkoły.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. Moje dziecko czuje się w szkole dobrze.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
C. Edukacja zdrowotna uczniów i umożliwianie im praktykowania zachowań prozdrowotnych					
15. Jestem systematycznie informowana(-ny) o realizacji szkolnych zajęć dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa mojego dziecka.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16. Jestem zachęcana(-ny) do kontynuowania w domu praktykowania zachowań prozdrowotnych, których dziecko uczy się w szkole.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. Wychowawca klasy mojego dziecka zwraca uwagę na to, aby produkty żywnościowe przynieszone przez uczniów z domu były korzystne dla zdrowia.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. W szkole mojego dziecka unika się nagradzania uczniów słodyczami.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19. Wychowawca klasy mojego dziecka rozmawia z rodzicami o sprawach związanych z seksualnością dzieci.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
D. Pomoc rodzicom uczniów w rozwijaniu kompetencji do dbałości o własne zdrowie, prowadzenia edukacji zdrowotnej dziecka i radzenia sobie z trudnościami w jego wychowaniu					
20. Szkoła oferuje mi zajęcia dotyczące dbałości o moje zdrowie i pyta o moje potrzeby w tym zakresie.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie	Nie wiem
21. Jestem informowana(-ny) o zasadach prawidłowego żywienia dzieci i zachęcany do uczestnictwa w planowaniu i realizacji szkolnych programów i akcji dotyczących żywienia.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
22. Jestem zachęcana(-ny) do zapewnienia swojemu dziecku regularnych wizyt u dentysty.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
23. Jestem informowana(-ny) o potrzebie zwiększenia aktywności fizycznej dziecka (na miarę jego możliwości) i zachęcana(-ny) do uczestnictwa w planowaniu i realizacji szkolnych imprez związanych z aktywnością fizyczną.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
24. Szkoła oferuje mi zajęcia (np. warsztaty) dotyczące umiejętności radzenia sobie z trudnościami w wychowaniu mojego dziecka.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
25. Nauczyciele i inni pracownicy prowadzący zajęcia z moim dzieckiem udzielają mi pomocy/konsultacji w zakresie radzenia sobie z trudnościami wychowawczymi.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
E. Moje samopoczucie w szkole dziecka					
26. Zwykle dobrze czuję się w szkole mojego dziecka.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
27. Lubię przychodzić do szkoły mojego dziecka.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
28. Polecił(a)bym tę szkołę jako przyjazne miejsce dla dziecka i jego rodziców.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

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

Co powoduje, że ŹLE czuje się Pani/Pan, przebywając w szkole swojego dziecka? – proszę wpisać

F. Podejmowanie w ostatnim roku działań dla wzmacniania własnego zdrowia

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

	Tak	Nie
29. Staram się być aktywna(-ny) fizycznie (np. więcej chodzić, biegać, jeździć na rowerze, ćwiczyć, tańczyć, uprawiać sport, pracować w ogrodzie).	1 ☐	2 ☐
30. Zwracam uwagę na to, jak się odżywiam ja sama/sam (np. jem codziennie śniadanie, jem więcej warzyw i owoców, piję więcej mleka lub kefiru/jogurtu, ograniczam spożycie słodczy, tłuszczu, soli).	1 ☐	2 ☐
31. Rozwijam swoje umiejętności radzenia sobie z trudnościami w wychowaniu dziecka.	1 ☐	2 ☐

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

3. Badanie uczniów: techniki do wyboru

Przyjęto, że elementem autoewaluacji działań w szkole specjalnej promującej zdrowie powinno być badanie opinii uczniów na temat tego, **co lubią, a czego nie lubią w swojej szkole**. Uznano, że opinie te mogą w pewnej mierze informować o postrzeganiu przez uczniów klimatu społecznego szkoły (Standard II). Badanie należy przeprowadzić metodą jakościową, wybierając spośród następujących technik:

1. **Rozmowa** z uczniem: *Powiedz (pokaż), co lubisz, czego nie lubisz w szkole?*
2. **Technika „Narysuj i opowiedz”**: *Co lubisz, czego nie lubisz w szkole?*
3. **Technika „Narysuj i napisz”**: *Co lubisz, czego nie lubisz w szkole?*
4. **Odpowiedź pisemna**: *Napisz, co lubisz, czego nie lubisz w szkole.*

Temat badania jest zawsze ten sam, inny jest tylko sposób zebrania danych. Można wybrać **jedną lub kilka technik** badania. Wszystkie wyniki badania uczniów należy podsumować **w jednym arkuszu zbiorczym**.

O wyborze techniki badania i liczbie uczniów w nim uczestniczących decyduje zespół ewaluacyjny w porozumieniu z wychowawcami klas:

- Wybierając technikę badania, należy wziąć pod uwagę: poziom rozwoju poznawczego i motorycznego uczniów, ich możliwości komunikacyjne, wiek, chęć udziału w badaniu i inne cechy, które mogą wpłynąć na wynik badania i jego wiarygodność.
Uwaga! W jednej klasie można zastosować jedną technikę dla wszystkich uczniów lub kilka technik zależnie od możliwości poszczególnych uczniów. Uczeń uczestniczący w badaniu powinien być zbadany za pomocą tylko jednej techniki.
- W badaniu powinni uczestniczyć uczniowie, którzy będą w stanie udzielić odpowiedzi na zadane w wybrany sposób pytania. Warto zapytać możliwie największą liczbę uczniów (nie mniej jednak niż 15–20).

Chociaż badanie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w szkole specjalnej w ramach autoewaluacji ma ograniczenia i jego wyniki mają charakter orientacyjny, uznano, że **należy** – na tyle, na ile jest to możliwe – **pytać uczniów i brać pod uwagę ich odpowiedzi**. Jest to wyrazem **szacunku i podmiotowego ich traktowania oraz przekonania o ich możliwościach**. Analiza wyników badania uczniów wykonanego różnymi technikami w ramach pilotażu narzędzi do autoewaluacji w szkole specjalnej promującej zdrowie wykazała, że **w ich wypowiedziach jest wiele elementów**, na podstawie których można zidentyfikować korzystne i niekorzystne zjawiska w szkole z ich perspektywy i poszukiwać sposobów rozwiązania problemów.

Informacje dodatkowe

1. Badanie danej klasy powinien prowadzić jej wychowawca. Jego zadaniem jest wybór terminu badania, przygotowanie pomocy do badania oraz stworzenie atmosfery sprzyjającej udzielaniu odpowiedzi.
2. Niezależnie od wybranej techniki, badanie powinno odbywać się w „typowym” dniu zajęć szkolnych, w którym nie poprzedzały go emocjonujące, nowe lub trudne dla uczniów zajęcia/zdarzenia. Należy unikać badania uczniów, u których w danym dniu wyczuwamy zły nastrój, niechęć do wykonania zadania. Badanie może się odbyć rano lub po południu, zależnie od decyzji nauczyciela.
3. Należy przewidzieć odpowiedni czas na przeprowadzenie badania. Badanie powinno trwać tyle czasu, ile uczniowie potrzebują (każdy pracuje w innym tempie).

4. Przed badaniem nie należy sugerować uczniom odpowiedzi (tego, co mogą powiedzieć/narysować/napisać). W razie potrzeby należy pomóc uczniom zrozumieć pytanie (zadawanie pytań pomocniczych według uznania nauczyciela).
5. Jeśli w czasie badania, uczniowie będą dzielić się jakimiś uwagami, komentarzami mającymi związek z tematem, warto to zapisać.
6. Wyniki badania powinny być uzupełnione informacjami pochodzącymi z obserwacji wychowawcy, rozmów z innymi pracownikami szkoły i rodzicami.
7. Szczególną uwagę należy zwrócić na te informacje uczniów, które dotyczą tego, czego nie lubią oni w szkole.
8. Notatki z rozmów z uczniami należy przekazać osobie opracowującej zbiorcze wyniki badania uczniów w całej szkole. Wyniki te będą wpisane do wspólnego *Arkusza zbiorczego*.

3.1. Badanie uczniów za pomocą rozmowy

Instrukcja przeprowadzenia badania oraz opracowania jego wyników

Cel	Zbadanie, co uczniowie lubią w szkole, a czego w niej nie lubią
Temat	<i>Co lubię w mojej szkole?, Czego nie lubię w mojej szkole?</i>
Pomoce do wykonania badania	▪ Dla uczniów niekomunikujących się werbalnie: właściwy dla ucznia system komunikacji alternatywnej/wspomagającej ▪ Dla osoby przeprowadzającej badanie: ołówek/długopis i kartka do notowania, koperta zbiorcza
Zalecana organizacja badania	▪ Badanie składa się z dwóch części: 1. Co lubisz w szkole? 2. Czego nie lubisz w szkole? Zdecyduj, czy wykonasz je za jednym razem, czy rozłożysz w czasie (np. część pierwsza jednego dnia, część druga – następnego dnia) ▪ Badanie jest przeprowadzane indywidualnie, w kontakcie 1 na 1. Sposób rozmowy musi być dostosowany do możliwości komunikacyjnych ucznia (wykorzystanie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji)

Sugerowany przebieg badania

1. Powiedz uczniowi, że chcesz porozmawiać z nim o szkole, o tym, co w niej lubi, a czego nie lubi (zagajenie).
2. Najpierw zapytaj ucznia o to, co lubi w szkole. Jeśli trzeba, zadawaj pytania pomocnicze dotyczące osób, zajęć, miejsc szkolnych, zdarzeń itp. Zanotuj dokładnie to, co mówi uczeń (bez własnej interpretacji i uzupełnień). Przykład zapisu odpowiedzi ucznia zamieszczono na rycinie 1.

Uwaga!

- Jeśli zdarzy się, że uczeń powie, że nie ma niczego, co lubi w szkole, zachęć go do zastanowienia się, ale gdy nie zareaguje, nie podpowiadaj i nie naciskaj, zaakceptuj to. Spróbuj zorientować się w tym, jaka jest przyczyna odmowy.
- Jeśli uczeń chciałby porozmawiać innego dnia, pozwól mu na to.
- Jeśli uznasz, że istnieje potrzeba kontynuowania rozmowy, wróć do niej w innym sprzyjającym dla ciebie i ucznia czasie. Może się zdarzyć, że uczeń będzie chciał coś uzupełnić w swojej wypowiedzi. Pozwól mu na to i dopisz to, co powiedział.

3. Zapytaj ucznia o to, czego nie lubi w szkole: postępuj tak jak w pierwszej części badania (pkt. 2).
4. Podziękuj uczniowi za rozmowę. Pod notatką z odpowiedziami ucznia, zapisz ewentualnie dodatkowe uwagi, jeśli uznasz, że jest taka potrzeba.

Co lubisz w szkole?	Czego nie lubisz w szkole?
Lubię: ▪ <i>nauczycieli</i> ▪ <i>kolegów ze szkoły</i> ▪ <i>przerwy, bo bawię się samochodami</i> ▪ <i>WF</i> ▪ <i>chodzić na świetlicę, świetelka, na salę WF</i> ▪ <i>kakao i bułki</i>	Nie lubię: ▪ <i>gdy nauczycielki krzyczą</i> ▪ <i>hałasu</i> ▪ <i>jak każą mi wchodzić na górę, a ja chcę być na dole (w piwnicy)</i> ▪ <i>rzodkiewki</i>

Ryc. 1. Przykład odpowiedzi ucznia szkoły specjalnej (10 lat, niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym) na pytanie: *Co lubisz, a czego nie lubisz w szkole?*

Sposób opracowania wyników badania

1. Zbierz wszystkie notatki z rozmów z uczniami z danej klasy. Przejrzyj je, żeby zapoznać się z udzielonymi informacjami. Mogą być one przydatne do dalszej pracy wychowawczej z uczniami tej klasy. Jeśli masz jakieś spostrzeżenia, które mogą uzupełnić informacje od uczniów z tej klasy, zanotuj je.
2. Włóż notatki z rozmów z uczniami do koperty i przekaz ją osobie opracowującej zbiorcze wyniki badania uczniów w całej szkole.

3.2. Badanie uczniów za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz”

Instrukcja przeprowadzenia badania oraz opracowania jego wyników

Technika „Narysuj i opowiedz” polega na tym, że uczeń wykonuje rysunek na zadany temat, a następnie opowiada nauczycielowi, co narysował (opisuje rysunki, nazywa ich poszczególne elementy). **Istotą tej techniki jest rozmowa z uczniem, a jego rysunek jest pretekstem do tej rozmowy. Stanowi on niezbędny element całego badania i nie należy z niego rezygnować.** Uczeń może narysować to, co chce, ile chce i tak, jak umie. Technika ta jest zalecana dla dzieci w wieku 5–6 lat w badaniu klimatu społecznego w ramach autoewaluacji w przedszkolach promujących zdrowie.

Cel	Zbadanie, co uczniowie lubią w szkole, a czego w niej nie lubią
Temat	<i>Co lubię w mojej szkole?, Czego nie lubię w mojej szkole?</i>
Pomoce do wykonania badania	▪ Dla uczniów: kredki, białe kartki A4 ▪ Dla osoby przeprowadzającej badanie: kartki/długopis/ołówki do notowania wypowiedzi uczniów i własnych spostrzeżeń, spinacz lub zszywacz, koperta zbiorcza

Zalecana organizacja badania	▪ Badanie składa się z dwóch części: 1. Co uczniowie lubią w szkole? 2. Czego uczniowie nie lubią w szkole? Rozłóż je w czasie według własnego uznania (np. w kolejnych dniach). Zdecyduj, czy zrealizujesz je za jednym razem, czy rozłożysz w czasie (np. część pierwsza jednego dnia, część druga – następnego dnia) ▪ Badanie powinno być przeprowadzone w kilkusobowych podgrupach uczniów lub indywidualnie
-------------------------------------	--

Sugerowany przebieg badania (wariant grupowy)

Wprowadzenie do badania

Powiedz uczniom, że chcesz dowiedzieć się, co lubią, a czego nie lubią w szkole (zagajenie).

Pierwsza część badania: *Co lubię w mojej szkole?*

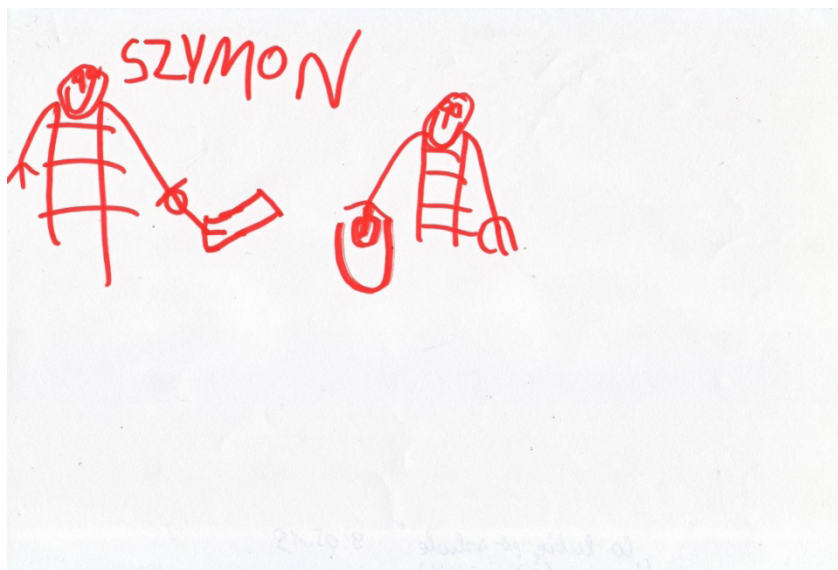
1. Poproś uczniów, aby zajęli swoje miejsca przy stole. Daj każdemu z nich kredki i białą kartkę.
2. Poproś, aby każdy uczeń narysował na kartce to, **co lubi** w szkole. Wyjaśnij, że uczniowie mogą narysować: osoby, rzeczy, zajęcia, miejsca, zdarzenia, to, co lubią robić, to, z kim lubią przebywać, robić coś. Zachęć uczniów do rysowania.

Uwaga!

- Poproś, aby uczniowie pracowali samodzielnie, w ciszy, nie porozumiewali się z innymi i nie zaglądali do ich rysunków.
 - Jeśli zdarzyłoby się, że uczeń powie, że nie ma niczego, co lubi w szkole, zachęć go do zastanowienia się i narysowania, ale gdy nie podejmie pracy, nie podpowiadaj i nie naciskaj, zaakceptuj to. Spróbuj porozmawiać z uczniem, zorientować się co do przyczyny jego odmowy. Jeśli uczeń chciałby wykonać rysunek innego dnia, pozwól mu na to.
3. Poproś uczniów, którzy skończyli swój rysunek, aby **opowiedzieli ci**, co na nim narysowali. W czasie opowiadania przez ucznia treści rysunku postaraj się – na tyle, na ile pozwoli na to uczeń i czas – pogłębić poruszany przez niego 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 lub nie jest powiązany z tym, o czym uczeń opowiada, ale w rozmowie (opowiadaniu) może on podać wiele informacji. **Zanotuj dokładnie to, co mówi uczeń** (bez własnej interpretacji i uzupełnień), na osobnej kartce. Kartkę tę zepnij z rysunkiem. **Nie notuj na rysunku**, aby go nie „psuć”! Jeśli uznasz, że istnieje potrzeba kontynuowania rozmowy, wróć do niej w innym sprzyjającym dla ciebie i ucznia czasie. Może się zdarzyć, że uczeń wróci do swojej pracy następnego dnia i zechce coś uzupełnić w rysunku lub coś jeszcze dopowiedzieć. Pozwól mu na to i dopisz to, co powiedział. Przykłady rysunków ucznia szkoły specjalnej i zapisów jego opowiadania przedstawiono na rycinie 2.
 4. Podziękuj każdemu uczniowi za pracę. Pod notatką przedstawiającą treść opowiadania ucznia zapisz ewentualnie dodatkowe uwagi, 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 mojej szkole?*

1. Poproś uczniów, aby usiedli przy stole. Daj każdemu z nich kredki i białą kartkę.
2. Poproś, aby każdy uczeń narysował na kartce to, **czego nie lubi** w szkole. Postępuj **tak samo** jak w pierwszej części badania.



Co lubisz w szkole?

*Jestem wesoły w szkole,
lubię pisanie, lubię WF,
muzykę, rytmikę, lubię jeść,
lubię Maję i Tomka*



Czego nie lubisz w szkole?

*Nie lubię hałasu w szkole.
Iga robi hałas, Madzia płakała.*

Ryc. 2. Przykład pracy ucznia szkoły specjalnej (18 lat, niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym) wykonanej techniką „Narysuj i opowiedz” (rysunek i opis). Temat pracy: *Co lubię, a czego nie lubię w mojej szkole?*

Sposób opracowania wyników badania

Analizie należy poddać treści notatek z rozmowy z uczniem, a nie jego rysunek (zdarza się, że może go nie być, rysunek może być trudny do rozszyfrowania).

1. Zbierz wszystkie rysunki uczniów danej klasy i notatki z rozmów z nimi. Przejrzyj je, żeby zapoznać się z informacjami udzielonymi przez uczniów. Te informacje mogą być przydatne w dalszej pracy wychowawczej z tymi uczniami. Jeśli masz jakieś spostrzeżenia, które mogą uzupełnić informacje od uczniów z tego zespołu, zanotuj je.
2. Włóż spięte rysunki i notatki z rozmów z uczniami do koperty i przekaz je osobie opracowującej zbiorcze wyniki badania uczniów w całej szkole.

3.3. Badanie uczniów za pomocą techniki „Narysuj i napisz”

Instrukcja przeprowadzenia badania oraz opracowania jego wyników

Technika „Narysuj i napisz” polega na tym, że uczeń wykonuje rysunki odnoszące się do danego tematu, a następnie je podpisuje (nazywa). W podpisie rysunku uczniom może pomóc nauczyciel. Technika ta jest zalecana dla uczniów klas III szkół podstawowych w badaniu klimatu społecznego klasy w ramach auto-ewaluacji w ogólnodostępnych szkołach promujących zdrowie.

Cel	Zbadanie, co uczniowie lubią w szkole, a czego w niej nie lubią
Temat	<i>Co lubię w mojej szkole?, Czego nie lubię w mojej szkole?</i>
Pomoce do wykonania badania	▪ Dla uczniów: kredki/flamastry, białe kartki A4 z tytułami poszczególnych części badania ▪ Dla osoby przeprowadzającej badanie: ołówek/długopis i kartka do notowania spostrzeżeń z przebiegu badania, koperta zbiorcza
Zalecana organizacja badania	▪ Badanie składa się z dwóch części: 1. Co uczniowie lubią w szkole? 2. Czego uczniowie nie lubią w szkole? Zdecyduj, czy zrealizujesz je za jednym razem, czy rozłożysz w czasie (np. część pierwsza jednego dnia, część druga – następnego dnia) ▪ Badanie może być przeprowadzone: w całej klasie, w kilkusobowych podgrupach lub indywidualnie

Sugerowany przebieg badania (wariant grupowy)

Wprowadzenie do badania

Powiedz uczniom, że chcesz dowiedzieć się, co lubią, a czego nie lubią w szkole (zagajenie).

Pierwsza część badania: *Co lubię w mojej szkole?*

1. Poproś uczniów o zajęcie miejsc przy stole i przygotowanie kredek/flamastrów.
2. Rozdaj im kartki z zapisanym tytułem pierwszej części pracy „Co lubię w mojej szkole”? i poproś, aby każdy narysował wszystko to, co lubi w szkole, a następnie podpisał (nazwał) każdy narysowany element (napis może być obok lub w „chmurce”) tak, aby można było łatwo zrozumieć, co kto lubi w swojej szkole. Wyjaśnij, że uczniowie mogą narysować: osoby, rzeczy, zajęcia, miejsca, zdarzenia, to, co lubią robić, to, z kim lubią przebywać, robić coś. Przykłady prac uczniów szkoły specjalnej przedstawiono na rycinie 3 i 4.

Uwaga!

- Poproś, aby uczniowie pracowali samodzielnie, nie dzielili się z kolegami swoimi pomysłami. Powiedz, że jeśli ktoś prosi o pomoc w pisaniu, powinien podnieść rękę, a wtedy podejdiesz i pomożesz zapisać wszystko to, co wyraził w swym rysunku. W czasie pracy zwracaj uwagę na zamieszczanie przez uczniów podpisów obok rysunków. Poproś uczniów, aby kolorowanie rysunków, jeśli im na tym zależy, zostawili na koniec, tzn. po narysowaniu i podpisaniu.
- Jeśli zdarzyłoby się, że uczeń powie, że nie ma niczego, co lubi w szkole, zachęć go do zastanowienia się i podjęcia pracy, ale gdy tego nie robi, nie podpowiadaj i nie naciskaj, zaakceptuj to. Spróbuj porozmawiać z uczniem, zorientować się co do przyczyny jego odmowy. Jeśli uczeń chciałby wykonać pracę innego dnia, pozwól mu na to.
- Zbierz prace uczniów. Podziękuj im za wykonanie tej części zadania. Zapisz swoje spostrzeżenia z przebiegu badania.

Druga część badania: Czego nie lubię w mojej szkole?

1. Poproś uczniów o zajęcie miejsc przy stole i przygotowanie kredek/flamastrów.
2. Rozdaj uczniom kartki z zapisanym tytułem drugiej części pracy „Czego nie lubię w mojej szkole”? Pokieruj ich pracą tak samo jak w pierwszej części badania.



Informacje ustne uzupełniające rysunek:
 lubię sport, grać na perkusji, rozmawiać z nauczycielami, bawić się na zajęciach ruchowych, lubię moich kolegów i koleżanki.

Na pytanie „Czego nie lubisz w szkole?” uczennica odpowiedziała „Niczego” i nie wykonała rysunku.

Ryc. 3. Przykład pracy uczennicy szkoły specjalnej (17 lat, niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym) wykonanej techniką „Narysuj i napisz”. Temat pracy: Co lubię w mojej szkole?



Ryc. 4. Przykład pracy ucznia szkoły specjalnej (10 lat, niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim oraz afazja ruchowa) wykonanej techniką „Narysuj i napisz”. Temat pracy: Co lubię, a czego nie lubię w mojej szkole?

Sposób opracowania wyników badania

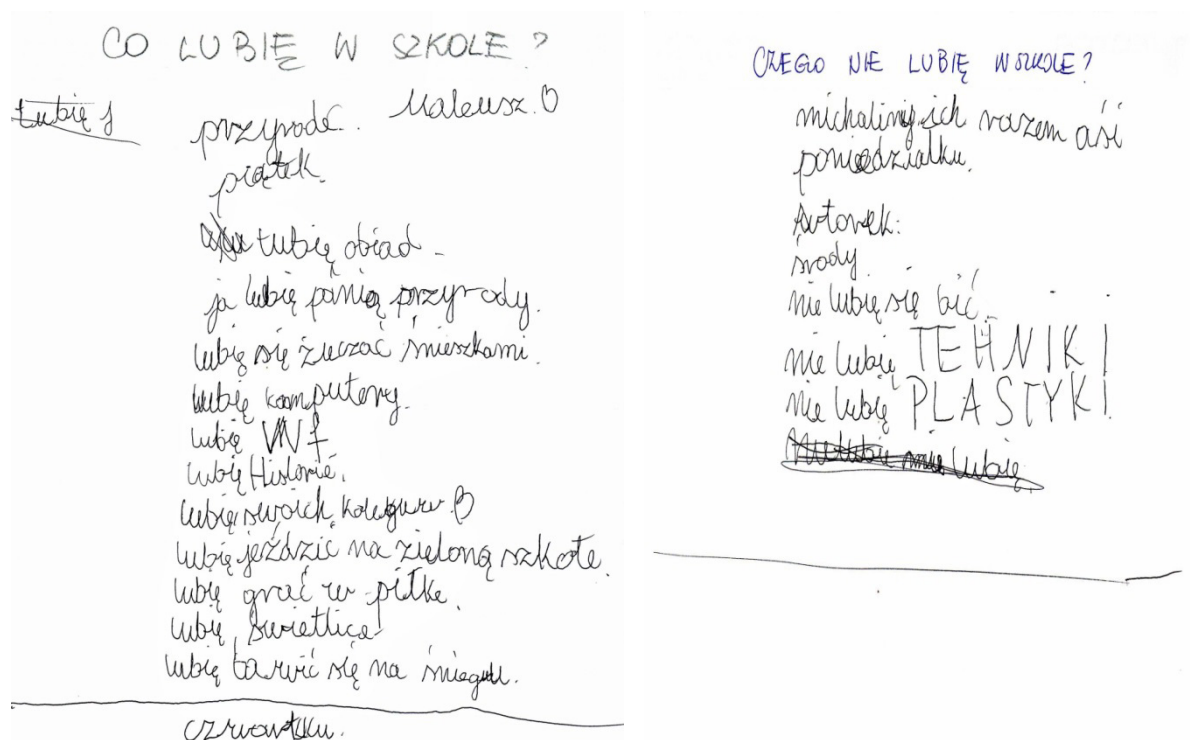
1. Zbierz wszystkie prace uczniów danej klasy. Przejrzyj je, żeby zapoznać się z udzielonymi przez nich informacjami. Mogą być one przydatne w dalszej pracy wychowawczej z nimi. Jeśli masz jakieś spostrzeżenia, które mogą uzupełnić informacje uzyskane od uczniów, zanotuj je.
2. Włóż prace do koperty i przekaz je osobie opracowującej zbiorcze wyniki badania uczniów w całej szkole.

3.4. Badanie uczniów za pomocą odpowiedzi pisemnej**Instrukcja przeprowadzenia badania oraz opracowania jego wyników**

Cel	Zbadanie, co uczniowie lubią w szkole, a czego w niej nie lubią
Temat	<i>Co lubię w mojej szkole?, Czego nie lubię w mojej szkole?</i>
Pomoce do wykonania badania	▪ Dla uczniów długopisy i kartki z pytaniami ▪ Dla osoby przeprowadzającej badanie: koperta zbiorcza
Zalecana organizacja badania	▪ Badanie składa się z dwóch części: 1. Co lubisz w szkole? 2. Czego nie lubisz w szkole? Warto wykonać je za jednym razem ▪ Badanie może być przeprowadzone: w całej klasie, w kilkusobowych podgrupach lub indywidualnie

Sugerowany przebieg badania (wariant grupowy)

1. Powiedz uczniom, że chcesz dowiedzieć się, co lubią, a czego nie lubią w szkole (zagajenie).
2. Rozdaj uczniom kartkę z pytaniami i poproś o udzielenie na nie odpowiedzi. Przykład pracy pisemnej zamieszczono na rycinie 5.
3. Zbierz prace uczniów. Podziękuj im za wykonanie zadania. Zapisz swoje spostrzeżenia z przebiegu badania.



Ryc. 5. Przykład pracy pisemnej ucznia szkoły specjalnej (12 lat, niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim). Temat pracy: Co lubię, a czego nie lubię w mojej szkole?

Sposób opracowania wyników badania

1. Zbierz wszystkie prace uczniów. Przeczytaj je, żeby zapoznać się z ich odpowiedziami. Udzielone przez nich informacje mogą być przydatne w dalszej pracy wychowawczej z tymi uczniami. Jeśli masz jakieś spostrzeżenia, które mogą uzupełnić informacje od uczniów, zanotuj je.
2. Włóż prace uczniów do koperty i przekaz ją osobie opracowującej zbiorcze wyniki badania uczniów w całej szkole.

4. Standard pierwszy

Koncepcja pracy szkoły, jej struktura, organizacja i warunki sprzyjają zdrowiu oraz uczestnictwu społeczności szkoły w realizacji działań w zakresie promocji zdrowia oraz skuteczności i długofalowości tych działań

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, i jak już wspomniano, wymiernych efektów można oczekiwać dopiero po 5–7 latach. Podstawowym warunkiem skuteczności tych działań jest **poznanie i zrozumienie koncepcji SzPZ** przez wszystkich pracowników szkoły, a także rodziców uczniów.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

W standardzie pierwszym wyodrębniono cztery wymiary:

1. Uwzględnienie promocji zdrowia w dokumentach oraz w pracy i życiu szkoły.
2. Struktura dla realizacji programu szkoły promującej zdrowie.
3. Szkolenia, informowanie oraz dostępność informacji na temat koncepcji szkoły promującej 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 pracowników szkoły i rodziców uczniów (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 przy nim metody.
2. *Arkusz zbiorczy dla standardu pierwszego*: Załącznik I (instrukcja niżej).

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 ze szkolnym koordynatorem ds. promocji zdrowia.

Sposób wypełniania arkusza

1. Zgromadź wszystkie dane niezbędne do oceny wskaźników, w tym także ankiety dla czterech grup badanych z procentowym rozkładem kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia w części A ankiety.
2. 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.

3. 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 szkoły;
- 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 szkoły.

Wskazówki dotyczące sposobu oceniania

- 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 odsetki 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 badanych. W takim przypadku wynik należy uśrednić i zaokrąglić do pełnej liczby punktów.

4. Jeżeli aktualny stan odbiega od pożadanego, tzn. oceny 5 pkt, w kolumnie 3 wpisz to, co wymaga poprawy.
5. 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 waszej szkoły. 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 ewaluacyjny i szkolny koordynator ds. promocji zdrowia.

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 one zawyżone**,
- czy dane zostały **właściwie zinterpretowane** (zwłaszcza w przypadku odsetków przy małej liczbie badanych osób),
- czy coś nie zostało **pominięte**,
- co można by jeszcze zrobić, aby **poprawić** funkcjonowanie szkoły w zakresie tego standardu.

Dodatkowe informacje dotyczące niektórych wymiarów i wskaźników

Dokonanie oceny stopnia osiągania standardu pierwszego wymaga od zespołu ewaluacyjnego **dobrej znajomości koncepcji SzPZ**. Autoewaluacja jest okazją do przypomnienia sobie zasad tworzenia takiej szkoły. Niżej wyjaśniono niektóre wskaźniki.

Ad. Wymiar 2. Struktura dla realizacji programu szkoły promującej zdrowie

c) **Pielęgniarka szkolna uczestniczy w planowaniu, realizacji i ewaluacji projektów promocji zdrowia w szkole.** Pielęgniarka/higienistka szkolna jest łącznikiem między szkołą a systemem ochrony zdrowia. Powinna być **rzecznikiem spraw zdrowia w szkole, doradcą medycznym dyrektora szkoły i nauczycieli**. Jej zaangażowanie w działalność szkoły wynika z obowiązujących standardów jej postępowania²⁴, w których wymieniono m.in.:

- prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia,
- współdziałanie z dyrektorem i pracownikami szkoły oraz terenową stacją sanitarno-epidemiologiczną w zakresie tworzenia w szkole środowiska nauki i pracy sprzyjającego zdrowiu uczniów i pracowników.

Pielęgniarka szkolna w SzPZ powinna:

- być członkiem zespołu promocji zdrowia, wspierać szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia,
- aktywnie uczestniczyć w planowaniu, realizacji i ewaluacji działań w zakresie promocji zdrowia,
- prowadzić działania w zakresie edukacji zdrowotnej powiązane z realizacją tej edukacji w klasach/grupach; nauczyciele powinni móc korzystać z jej pomocy w realizacji niektórych tematów.

d) **Dyrekcja wspiera działania w zakresie promocji zdrowia.** Jednym z podstawowych warunków tworzenia SzPZ jest dobra znajomość jej koncepcji przez dyrektora szkoły i jego zastępców, ich przekonanie o korzyściach płynących z takiego podejścia oraz rzeczywiste zaangażowanie w te działania. Dokonując oceny tego wskaźnika, należy zastanowić się nad odpowiedziami na następujące pytania:

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

Najkorzystniejsza jest sytuacja, gdy dyrektor lub jego zastępca pełni rolę szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia.

Ad. Wymiar 3. Szkolenia, informowanie i dostępność informacji na temat koncepcji szkoły promującej zdrowie

Warunkiem uczestnictwa pracowników szkoły i rodziców uczniów w tworzeniu SzPZ i skuteczności działań jest umożliwienie im poznania i zrozumienia jej koncepcji. Konieczne jest prowadzenie szkoleń dla różnych grup pracowników, zwłaszcza nowozatrudnionych, i rodziców nowych uczniów. Niezbędne jest dostarczanie im bieżących informacji w różnych formach.

²⁴ Ostrega W. Oblacińska A. (red.) (2017): *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa (<http://www.imid.med.pl/files/imid/Do%20pobrania/por%C4%99cznik%20piel%C4%99gniarek%20szkolnych%20M.pdf>).

- d) **Strona internetowa szkoły** jest dostępna dla pracowników, rodziców, społeczności lokalnej, administracji szkolnej i jest wizytówką SzPZ. Powinna to być łatwo dostępna zakładka „Szkoła promująca zdrowie” zawierająca informacje podane w rozdziale 5.3 w części I.

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

Podstawowym elementem działań w SzPZ, obowiązującym od początku istnienia tego oddolnego ruchu, tj. od 1992 r., jest planowanie i ewaluacja działań. Jest to warunek ich skuteczności. Z tego powodu szkoły ubiegające się o nadanie *Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie* są proszone o dołączenie do wniosku prawidłowo skonstruowanego planu działań dla rozwiązania wybranego przez nie problemu priorytetowego. Doświadczenia wskazują, że wiele szkół ma trudności z prawidłowym konstruowaniem planów.

Zasady konstruowania planów działań i ich ewaluacji opisano w części I, w rozdziale 6.2.2. 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 SzPZ w Polsce.**

Analizując plany działań z ostatnich 3 lat, należy sprawdzić:

- czy planowanie było poprzedzone diagnozą,
- czy uwzględniono dwie części planu: wstępną i plan działań,
- czy problem priorytetowy był sformułowany prawidłowo i czy wynikał z diagnozy,
- czy była 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 cz. I, rozdz. 6.2.5).

- c) **W ostatnich 3 latach sporządzono raporty z ewaluacji procesu i wyników działań w zakresie promocji zdrowia zgodne z zasadami przyjętymi w SzPZ w Polsce.** W SzPZ w Polsce i w Europie zwraca się szczególną uwagę na ewaluację, **czyli sprawdzanie, czy osiągnięto ustalony cel, czy zrealizowano zaplanowane zadania**. Szkoły 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 szkolnego zespołu promocji zdrowia:

- czy są raporty z ewaluacji działań podejmowanych w szkole w ostatnich 3 latach,
- czy raporty z autoewaluacji zostały zaprezentowane społeczności szkolnej i czy stanowiły podstawę do planowania dalszych działań.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU PIERWSZEGO

Załącznik I

Koncepcja pracy szkoły, jej struktura, organizacja i warunki sprzyjają zdrowiu oraz uczestnictwu społeczności szkoły w realizacji działań w zakresie promocji zdrowia oraz skuteczności i długofalowości tych działań

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 pracy i życiu szkoły		
a. W koncepcji pracy szkoły (lub w dokumencie o innej nazwie) zapisano, że: szkoła realizuje program SzPZ; program należy do priorytetów; promocja zdrowia dotyczy uczniów i pracowników; zapis jest zgodny z przyjętą w Polsce koncepcją SzPZ (<i>Analiza dokumentu</i>).	5 4 3 2	
b. Pracownicy szkoły i rodzice uczniów mają poczucie, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą w szkole (<i>Ankieta Nw, INiP, Pn, R – pyt. 1</i>).	5 4 3 2	
c. Pracownicy szkoły uważają, że podejmowane są w niej działania na rzecz promocji ich zdrowia (<i>Ankieta Nw, INiP, Pn – pyt. 2</i>).	5 4 3 2	
2. Struktura dla realizacji programu szkoły promującej zdrowie		
a. W zespole promocji zdrowia są przedstawiciele: dyrekcji, Nw, INiP, Pn, R, pielęgniarka szkolna; zadania zespołu sformułowane na piśmie (<i>Analiza dokumentu, wywiady</i>).	5 4 3 2	
b. Szkolny koordynator ds. promocji zdrowia został powołany przez dyrektora na wniosek zespołu promocji zdrowia; zadania koordynatora sformułowane na piśmie (<i>Wywiad z koordynatorem, analiza dokumentu</i>).	5 4 3 2	
c. Pielęgniarka szkolna uczestniczy w planowaniu, realizacji i ewaluacji projektów promocji zdrowia w placówce (<i>Wywiad z pielęgniarką i dyrektorem</i>).	5 4 3 2	
d. Dyrekcja wspiera działania w zakresie promocji zdrowia (<i>Wywiady, obserwacje</i>).	5 4 3 2	
3. Szkolenia, informowanie i dostępność informacji na temat koncepcji szkoły promującej zdrowie		
a. Członkowie dyrekcji szkoły i szkolnego zespołu promocji zdrowia uczestniczyli w szkoleniu(-ach) dotyczącym(-ych) SzPZ w ostatnich 3 latach (<i>Wywiad, analiza dokumentów</i>).	5 4 3 2	
b. Zorganizowano wewnętrzne szkolenia (doskonalenie) na temat SzPZ dla rady pedagogicznej i pracowników niepedagogicznych w ostatnich 3 latach (<i>Analiza dokumentów, Ankieta Nw, INiP, Pn – pyt. 3</i>).	5 4 3 2	
c. Rodzicom uczniów wyjaśnia się, co to znaczy, że szkoła ich dziecka jest SzPZ (<i>Ankieta R – pyt. 2, analiza dokumentów</i>).	5 4 3 2	

1	2	3
d. Na stronie internetowej szkoły jest zakładka poświęcona SzPZ, zawierająca aktualne i wyczerpujące informacje na ten temat (<i>Analiza strony internetowej</i>).	5 4 3 2	
e. Tablica informująca o programie SzPZ jest umieszczona na widocznym i powszechnie dostępnym miejscu szkoły 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 uczniów, nauczycieli i pracowników niepedagogicznych (<i>Analiza planów</i>).	5 4 3 2	
b. Zapisy planów działań i ich ewaluacji są zgodne z zasadami przyjętymi w SzPZ 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 SzPZ 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 pracy i życiu szkoły.		
2. Struktura dla realizacji programu szkoły promującej zdrowie.		
3. Szkolenia, informowanie i dostępność informacji na temat koncepcji szkoły promującej 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 szkolnego koordynatora:

5. Standard drugi

Klimat społeczny szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników oraz rodziców uczniów

Kluczową cechą SzPZ jest tworzenie klimatu społecznego sprzyjającego zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, pracowników i rodziców uczniów. Dobry klimat społeczny w szkole decyduje w znacznym stopniu o jakości jej pracy i życia oraz jest zasobem dla zdrowia jej społeczności. Tworzenie tego klimatu zależy przede wszystkim od nauczycieli i wszystkich pozostałych pracowników szkoły.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

Klimat społeczny jest pojęciem subiektywnym i wielowymiarowym, trudnym do zdefiniowania i zmierzenia. Dla potrzeb autoewaluacji w szkole specjalnej wybrano tylko niektóre jego elementy. Wymiary klimatu społecznego szkoły uwzględnione w badaniu pracowników i rodziców uczniów przedstawiono w tabeli 2. Wskaźniki do ich oceny znajdują się w części B ankiet dla poszczególnych grup badanych.

Tabela 2. Wymiary klimatu społecznego szkoły uwzględnione w badaniu pracowników szkoły i rodziców uczniów oraz numery stwierdzeń (wskaźniki) w części B ankiet

Badana grupa	Wymiary	Numery stwierdzeń w części B ankiety (wskaźniki)
Nauczyciele wychowawcy klas	Stwarzanie możliwości uczestnictwa w życiu szkoły	4–5
	Relacje i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły	6–9
	Relacje z nauczycielami	10–12
	Relacje z innymi pracownikami szkoły	13–14
	Relacje z rodzicami uczniów	15–17
Inni nauczyciele (niebędący wychowawcami) i pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami	Stwarzanie możliwości uczestnictwa w życiu szkoły	4–5
	Relacje i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły	6–9
	Relacje z innymi pracownikami szkoły	10–12
	Relacje z rodzicami uczniów	13–14
Pracownicy niepedagogiczni	Stwarzanie możliwości uczestnictwa w życiu szkoły	4–5
	Relacje i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły	6–8
	Relacje z nauczycielami i innymi pracownikami prowadzącymi zajęcia z uczniami	9–11
	Relacje z innymi niepedagogicznymi pracownikami szkoły	12–14
Rodzice	Stwarzanie możliwości uczestnictwa w życiu szkoły	3–6
	Relacje z pracownikami szkoły	7–10
	Postrzeganie przez rodziców sposobu, w jaki nauczyciele traktują ich dziecko	11–12
	Postrzeganie przez rodziców stosunku ich dziecka do szkoły	13–14

W badaniu tego, co uczniowie szkoły specjalnej lubią/nie lubią w swojej szkole, można uwzględnić następujące wymiary:

1. Nauczyciele i inni pracownicy szkoły i relacje z nimi.
2. Uczniowie i relacje między nimi.
3. Rzeczy (przedmioty).
4. Aktywności.
5. Jedzenie i picie.
6. Pomieszczenia, wyposażenie i teren szkoły.
7. Inne.

Metody badania i narzędzia

W badaniu klimatu społecznego szkoły specjalnej są wykorzystywane dwie metody:

1. Badanie ankietowe pracowników szkoły i rodziców uczniów (część B ankiety). Instrukcję przeprowadzenia tego badania i opracowania jego wyników przedstawiono w rozdziale 2 (cz. II). Wyniki części B ankiety należy podsumować, wypełniając *Arkusz zbiorczy dla standardu drugiego: badanie klimatu społecznego szkoły z perspektywy pracowników i rodziców uczniów* (Załącznik IIa, instrukcja poniżej w rozdziale 5.1).
2. Badanie uczniów jedną z wybranych technik: rozmowa, technika „Narysuj i opowiedz”, technika „Narysuj i napisz”, odpowiedź pisemna. Instrukcję przeprowadzenia badania tymi technikami i opracowania jego wyników przedstawiono w rozdziale 3 (cz. II). Wyniki badania uczniów należy podsumować w *Arkuszu zbiorczym dla standardu drugiego: badanie tego, co uczniowie lubią/nie lubią w szkole* (Załącznik IIb, instrukcja poniżej w rozdziale 5.2).

5.1. Badanie ankietowe pracowników szkoły i rodziców uczniów

Instrukcja wypełniania *Arkusza zbiorczego dla standardu drugiego:* *badanie klimatu społecznego z perspektywy pracowników szkoły i rodziców uczniów* (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 czterech 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 pkt

Zapisz 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:

Załącznik IIa

badanie klimatu społecznego szkoły z perspektywy pracowników szkoły i rodziców uczniów*Klimat społeczny szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników oraz rodziców uczniów*

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 wychowawcy klas liczba:	Stwarzanie możliwości uczestnictwa w życiu szkoły (4–5)			
	Relacje i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły (6–9)			
	Relacje z nauczycielami (10–12)			
	Relacje z innymi pracownikami szkoły (13–14)			
	Relacje z rodzicami uczniów (15–17)			
Inni nauczyciele (niebędący wychowawcami) i pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami liczba:	Stwarzanie możliwości uczestnictwa w życiu szkoły (4–5)			
	Relacje i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły (6–9)			
	Relacje z innymi pracownikami szkoły (10–12)			
	Relacje z rodzicami uczniów (13–14)			
Pracownicy niepedagogiczni liczba:	Stwarzanie możliwości uczestnictwa w życiu szkoły (4–5)			
	Relacje i wsparcie ze strony dyrekcji szkoły (6–8)			
	Relacje z nauczycielami i innymi pracownikami prowadzącymi zajęcia z uczniami (9–11)			
	Relacje z innymi niepedagogicznymi pracownikami szkoły (12–14)			
Rodzice uczniów liczba:	Stwarzanie możliwości uczestnictwa w życiu szkoły (3–6)			
	Relacje z pracownikami szkoły (7–10)			
	Postrzeganie przez rodziców sposobu, w jaki nauczyciele traktują ich dziecko (11–12)			
	Postrzeganie przez rodziców stosunku ich dziecka do szkoły (13–14)			

PODSUMOWANIE WYNIKÓW W STANDARDZIE DRUGIM: badanie klimatu społecznego szkoły z perspektywy pracowników szkoły i rodziców**Średnia liczba punktów dla standardu drugiego dla czterech badanych grup: ...****Problem priorytetowy** (wybrany na podstawie zapisów w kolumnie 5): ...

Data:

Podpis szkolnego koordynatora:

5.2. Badanie uczniów

Instrukcja wypełniania *Arkusza zbiorczego dla standardu drugiego:* *badanie tego, co uczniowie lubią/nie lubią w szkole* (Załącznik IIb)

Wyniki badania uczniów – niezależnie od zastosowanej techniki – są zapisywane w **jednym arkuszu zbiorczym**.

Osoby wypełniające arkusz

Arkusz wypełniają osoby opracowujące wszystkie wyniki badania uczniów.

Sposób wypełniania arkusza

1. Zgromadź koperty z badań wykonanych poszczególnymi technikami. Mogą one zawierać notatki z rozmów z uczniami, rysunki i ich opisy, odpowiedzi uczniów na pytania pisemne. Te różne rodzaje dokumentów dalej nazywane są wypowiedziami uczniów.
2. Przygotuj *Arkusz zbiorczy dla standardu drugiego: badanie tego, co uczniowie lubią/nie lubią w szkole* (Załącznik IIb).
3. Zaznacz znakiem X nazwę/nazwy techniki/technik, które wykorzystano, i wpisz liczbę zbadanych nimi uczniów.
4. W tabeli *Arkusza* wpisz treści (wskaźniki) zawarte w pracach uczniów:
 - Przeglądaj kolejno każdą wypowiedź ucznia dotyczącą tego, co lubi w szkole. Określ zawarte w niej treści i zastanów się, do jakich wymiarów je zakwalifikować (wymiar i przykłady treści (wskaźników) zawartych w pracach uczniów przedstawiono w tabeli 3). Wpisz je w odpowiednim wierszu w części A tabeli. Przy powtarzających się treściach zaznaczaj kreskami każdą kolejną treść. Treści niepasujące do podanych 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 odpowiedziach uczniów). **Uwaga!** Niektóre treści z wypowiedzi uczniów mogą dotyczyć kilku wymiarów. To ty decydujesz, do którego wymiaru/których wymiarów je zakwalifikujesz.
 - Postępuj podobnie z wypowiedziami dotyczącymi tego, czego uczniowie nie lubią w szkole. Określ zawarte w nich treści i zastanów się, do jakich wymiarów je zakwalifikować. Wpisz je w odpowiednim wierszu w części B tabeli.
5. Przeanalizuj całą tabelę z *Arkusza*:
 - zapisz, to, co uczniowie lubią najbardziej – mocne strony,
 - zapisz to, czego uczniowie najbardziej nie lubią – słabe strony, problemy do rozwiązania.
6. Zastanów się nad ujawnionymi problemami. Wybierz i zapisz problem priorytetowy do rozwiązania. Przedyskutuj go z zespołem ewaluacyjnym.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU DRUGIEGO: badanie tego, co uczniowie lubią/nie lubią w szkole Załącznik IIb

Wykorzystana technika

☐ Rozmowa

☐ Narysuj i opowiedz

☐ Narysuj i napisz

☐ Odpowiedź pisemna

Liczba zbadanych uczniów: ...

Liczba zbadanych uczniów:

Liczba zbadanych uczniów:

Liczba zbadanych uczniów:

Wymiary	A. Co uczniowie lubią w szkole?		B. Czego uczniowie nie lubią w szkole?	
	Treści (wskaźniki) zawarte w wypowiedziach uczniów	Liczba wskazań	Treści (wskaźniki) zawarte w wypowiedziach uczniów	Liczba wskazań
Nauczyciele i inni pracownicy szkoły i relacje z nimi				
Uczniowie i relacje między nimi				
Rzeczy (przedmioty)				
Aktywności (zajęcia, zabawy, imprezy)				
Jedzenie i picie				
Pomieszczenia, wyposażenie i teren szkoły				
Inne				

PODSUMOWANIE WYNIKÓW W STANDARDZIE DRUGIM: badanie tego, co uczniowie lubią/nie lubią w szkole

To, co uczniowie lubią w szkole najbardziej – mocne strony: ...

To, czego uczniowie najbardziej nie lubią w szkole – słabe strony: ...

Problem priorytetowy do rozwiązania: ...

Data:

Podpis osoby pracującej w wyniku badania uczniów:

Tabela 3. Wymiary i przykłady treści (wskaźników) zawartych w pracach uczniów wykonanych za pomocą różnych technik

Wykorzystana technika☒ Rozmowa☐ Narysuj i opowiedz☒ Narysuj i napisz☐ Odpowiedź pisemna

Liczba zbadanych uczniów: 26

Liczba zbadanych uczniów:....

Liczba zbadanych uczniów: 6

Liczba zbadanych uczniów:....

Wymiary	A. Co uczniowie lubią w szkole?		B. Czego uczniowie nie lubią w szkole?	
	Treści (wskaźniki) zawarte w wypowiedziach uczniów	Liczba wskazań	Treści (wskaźniki) zawarte w wypowiedziach uczniów	Liczba wskazań
Nauczyciele i inni pracownicy szkoły i relacje z nimi	Pana dyrektora i panią dyrektora, panią od angielskiego, gdy nauczyciele mi pomagają, wszystkich nauczycieli i mam fajną szkołę. Kierowcę busa, pielęgniarkę. Logopedię z Panią Kasią.	8	Pedagoga, nauczycieli	3
Uczniowie i relacje między nimi	Kolegów i koleżanki, przyjaciół. Rozmawiać z kolegami i koleżankami. Bawić się z Dominikiem, grać z Norbertem w warcaby Jak nikt nie ocenia innych, jak wyglądają.	7	Jak dzieci się biją, przezywają, przeklinają, jak mi dokuczają, plują Bić się, być bity, jak bije Patryk Kłótni, krzyków Kolegów, łobuzów Bawić się z Agatą	10
Rzeczy (przedmioty)	Rowery, rolki, gokarty, klocki Lego, piłkę, kulki, książki, komputery	8		
Aktywności (zajęcia, zabawy, imprezy)	Zajęcia sportowe, konie, grać w piłkę, jeździć busami Religia, bawić się, uczyć, pracować, lekcje z czytania, pisać, liczyć, rysować, malować, kółko teatralne, wodę (hydroterapia)	19	Uczyć się, uczyć się literek i cyferek, historii, muzyki, angielskiego, czytać Fluoryzacji, rehabilitacji Jeździć późno do domu, dzwonków, sprawdzianów, braku przerw	14
Jedzenie i picie	Obiady, zupy, kanapki, kotlety	6	Jeść Makaronu z truskawkami, zup, bananów	4
Pomieszczenia, wyposażenie i teren szkoły	Sklepik, sala gimnastyczna, plac zabaw, świetlica, podwórko	6		
Inne	Wszystko	4	Hałas, krzyku Nie lubię chodzić do szkoły, nie lubię jeździć do szkoły bo boli mnie brzuch i tęskno mi za domem Siedzenia do 15:15	8

Uwaga! W tabeli uwzględniono wymiary, które mogą pojawić się w wypowiedziach uczniów. Może się zdarzyć, że w jakiejś grupie/klasie nie będzie treści (wskaźników), które można zakwalifikować do danego wymiaru, a pojawią się inne, które składać się będą na odrębny nienazwany tu wymiar. Pojedyncze niezwiązane tematycznie treści można zakwalifikować do wymiaru „Inne”. Można też stworzyć i nazwać odrębny wymiar. Czasami treści zgłaszane przez uczniów pasują do kilku wymiarów. To nauczyciel decyduje, do jakiego wymiaru je zaliczy.

6. Standard trzeci

Szkoła prowadzi edukację zdrowotną uczniów i umożliwia im praktykowanie w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych

Edukacja zdrowotna jest podstawowym prawem każdego dziecka i do jej prowadzenia zobowiązane są wszystkie szkoły, a szczególnie szkoły specjalne. Uczniowie tych szkół mają te same potrzeby fizyczne, psychiczne i społeczne co ich rówieśnicy ze szkół ogólnodostępnych, ale w porównaniu z nimi charakteryzują się gorszym zdrowiem we wszystkich jego sferach. Występuje u nich wiele różnych problemów zdrowotnych, większe jest ryzyko pojawienia się nowych zaburzeń (związane z genetycznymi, biologicznymi i środowiskowymi przyczynami niepełnosprawności). Większe jest zagrożenie niekorzystnymi dla zdrowia czynnikami społeczno-ekonomicznymi (np. ubóstwo, złe warunki mieszkaniowe, bezrobocie). Cechuje ich mniejsza świadomość zdrowotna i trudności w komunikacji. Zdrowie jest jednym z podstawowych zasobów do życia i przygotowanie dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami do jego chronienia i wzmacniania na miarę ich możliwości ma dla nich, ich rodzin, a także społeczeństwa istotne znaczenie.

Edukacja zdrowotna jest procesem, w którym dzieci i młodzież uczą się dbać o zdrowie własne i innych ludzi w swoim otoczeniu. Obejmuje ona wiele obszarów tematycznych (ryc. 6). Jej cele zmieniają się w różnych okresach życia w zależności od potrzeb danej osoby.



Ryc. 6. Obszary tematyczne edukacji zdrowotnej

Źródło: Woynarowska B. (red.) (2017): *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

Realizacja edukacji zdrowotnej jest jednym z trzech głównych obszarów działań SzPZ. Szkoły specjalne, które podejmują realizację tego programu, powinny poszukiwać różnorodnych skutecznych form tej edukacji dostosowanych do potrzeb i możliwości swoich podopiecznych oraz tworzyć w tym zakresie wzorce

dobrej praktyki dla innych szkół specjalnych. Niezbędnym warunkiem skuteczności działań w zakresie edukacji zdrowotnej jest włączenie do jej realizacji **rodziców** i/lub **opiekunów** w internatach i innych placówkach opiekuńczo-wychowawczych, jeśli uczniowie w nich przebywają. Wszyscy oni powinni kontynuować praktykowanie zachowań prozdrowotnych, których ich dzieci/wychowankowie uczą się w szkole. W prowadzeniu różnych form edukacji zdrowotnej powinni brać udział wszyscy pracownicy szkoły oraz pielęgniarka szkolna. Realizacja edukacji zdrowotnej może dostarczać pracownikom, zwłaszcza nauczycielom, **osobistych korzyści** – może być dla nich okazją do refleksji nad dbałością o własne zdrowie.

Zakres i treści edukacji zdrowotnej w szkole określa podstawa programowa kształcenia ogólnego²⁵:

- Uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim dotyczy podstawa programowa dla szkoły podstawowej ogólnodostępnej wskazująca na potrzebę dostosowania nauczania do ich możliwości psychofizycznych oraz tempa uczenia się. W podstawie tej użyto terminu „edukacja zdrowotna” i w jej preambule zapisano, że: *„Ważną rolę w kształceniu i wychowaniu uczniów w szkole podstawowej odgrywa edukacja zdrowotna. Zadaniem szkoły jest kształtowanie postaw prozdrowotnych uczniów, w tym wdrożenie ich do zachowań higienicznych, bezpiecznych dla zdrowia własnego i innych osób, a ponadto ugruntowanie wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania się, korzyści płynących z aktywności fizycznej, a także stosowania profilaktyki.”* Wyodrębniono też obszar „edukacja zdrowotna” w przedmiocie wychowanie fizyczne (od klasy IV) i edukacja do bezpieczeństwa (klasa VIII i klasy I szkół ponadpodstawowych).
- Dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym opracowano odrębną podstawę programową. W podstawie tej nie użyto terminu „edukacja zdrowotna”, ale znajduje się w niej wiele treści dotyczących wszystkich wymiarów zdrowia (fizycznego, psychicznego, społecznego, seksualnego) i bezpieczeństwa, które należy uwzględnić w programie dydaktycznym i wychowawczo-profilaktycznym oraz w indywidualnych programach edukacyjno-terapeutycznych.

Z uwagi na ograniczone możliwości poznawcze i inne trudności związane z uczeniem się w edukacji zdrowotnej uczniów z niepełnosprawnością intelektualną należy koncentrować się przede wszystkim na stwarzaniu im możliwości **praktykowania**²⁶ **w codziennym życiu podstawowych zachowań prozdrowotnych**. Dla uczniów tych, podobnie jak dla małych dzieci, **ważniejsze jest to, co robią, a nie to, co wiedzą**. Praktykowanie oznacza próbowanie wykonywania różnych czynności, powtarzanie ich, doskonalenie, pokonywanie przeszkód. Sprzyja to kształtowaniu i utrwalaniu **nawyków**, zautomatyzowaniu pewnych czynności w wyniku ich wielokrotnego powtarzania według ustalonych reguł.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

W standardzie trzecim wyodrębniono sześć wymiarów:

1. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole.
2. Zapewnienie uczniom prawidłowego żywienia w szkole i umożliwianie praktykowania zachowań prozdrowotnych związanych z żywieniem i jedzeniem.
3. Umożliwianie uczniom praktykowania zachowań związanych z dbałością o ciało.

²⁵ 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.).

²⁶ Wyraz „praktykowanie” ma wiele znaczeń, np. stosowanie czegoś w życiu, w praktyce; ćwiczenie, nabywanie wprawy, przysposabianie.

4. Działania dla zwiększenia aktywności fizycznej uczniów.
5. Umożliwianie uczniom praktykowania zachowań zwiększających ich bezpieczeństwo.
6. Wprowadzanie elementów dotyczących seksualności uczniów.

W ramach każdego z wymiarów wyróżniono 2–9 wskaźników. Wskaźniki te – wyrażone 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 pracowników szkoły i rodziców uczniów (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 przy nim metody.
2. *Arkusz zbiorczy dla standardu trzeciego*: Załącznik III (instrukcja niżej).

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.

Sposób wypełniania arkusza

Zgromadź wszystkie dane niezbędne do oceny wskaźników, w tym także ankiety dla pracowników szkoły i rodziców uczniów z procentowym rozkładem kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia w części C ankiety. 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 one zawyżone**,
- czy dane zostały **właściwie zinterpretowane** (zwłaszcza w przypadku odsetków przy małej liczbie badanych osób),
- czy coś nie zostało **pominięte**,
- co można by jeszcze zrobić, aby **poprawić** funkcjonowanie szkoły w zakresie tego standardu.

Dodatkowe informacje dotyczące niektórych wymiarów i wskaźników

Ad. Wymiar 1. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole

Zakres i treści edukacji zdrowotnej określa podstawa programowa kształcenia ogólnego właściwa dla uczniów z danym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Ze względu na współwystępowanie u uczniów wielu innych zaburzeń wpływających na ich potrzeby i możliwości oraz funkcjonowanie treści szczegółowe/wymagania muszą być dostosowane do konkretnych uczniów w danej klasie, co jest

zadaniem ich nauczycieli. Wszyscy pracownicy pedagogiczni prowadzący zajęcia z uczniami i pracownicy niepedagogiczni w czasie pracy z uczniami powinni zwracać uwagę na ich zachowania związane ze zdrowiem i bezpieczeństwem.

- f) **Realizacja programów oferowanych przez różne organizacje i instytucje.** Wiele organizacji i instytucji publicznych, firm prywatnych i komercyjnych oferuje szkołom różne programy dotyczące zdrowia (najczęściej żywienia), często w celach marketingowych z lokowaniem produktów. Są to programy opracowane dla szkół ogólnodostępnych i niedostosowane do potrzeb i możliwości uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. W większości z nich nie oceniano ich skuteczności i nie dokonywano ewaluacji wyników. Mimo to wiele szkół specjalnych podejmuje realizację pewnych elementów tych programów, w szkołach są rozwieszone plakaty informujące o programie. Podjęcie decyzji o realizacji danego programu może wynikać z chęci uatrakcyjnienia zajęć, uzyskania produktów/gadżetów przekazywanych szkołom przez autorów tych programów. Należy być jednak świadomym, że ich skuteczność jest niewielka i nie mogą one zastąpić systematycznej edukacji zdrowotnej.

Ad. Wymiar 2. Zapewnienie uczniom prawidłowego żywienia w szkole i umożliwienie im praktykowania zachowań prozdrowotnych związanych z żywieniem i jedzeniem.

Termin „prawidłowe (racjonalne) żywienie” oznacza sposób żywienia:

- pokrywający pełne zapotrzebowanie organizmu na energię i składniki odżywcze (białka, węglowodany, tłuszcze, witaminy, sole mineralne i wodę) zgodnie z zaleceniami nauki o żywieniu,
- sprzyjające optymalnemu rozwojowi somatycznemu, motorycznemu i psychicznemu oraz dobremu samopoczuciu,
- obniżeniu ryzyka wystąpienia wielu chorób, w tym otyłości i innych chorób dietozależnych (np. cukrzyca, choroby układu ruchu i krążenia).

Termin „jedzenie” oznacza wszystkie czynności spożywania (konsumpcji) żywności.

Wymiar ten w odniesieniu do szkół specjalnych został znacznie rozbudowany w porównaniu ze SzPZ ogólnodostępnymi m.in. ze względu na dużą częstość występowania u uczniów tych szkół nadwagi i otyłości utrzymującej się w dalszych latach życia, z którą wiążą się inne problemy zdrowotne i konsekwencje psychologiczne. Wybrane wskaźniki w tym wymiarze omówiono w Aneksie 3.

Ad. Wymiary 3–5. Praktykowanie przez uczniów wybranych zachowań prozdrowotnych

W wymiarach tych wymieniono wskaźniki dotyczące oceny praktykowania przez uczniów wybranych zachowań prozdrowotnych (sprzyjających zdrowiu) dotyczących dbałości o ciało, zwiększania aktywności fizycznej, zachowania bezpieczeństwa. W Aneksie 3 podano wskazówki dotyczące praktykowania tych zachowań. W zależności od potrzeb i możliwości można dołączyć do nich inne zachowania.

Ad. Wymiar 6. Wprowadzanie elementów dotyczących seksualności uczniów

Edukacja dotycząca seksualności (seksualna, do zdrowia seksualnego) jest częścią wychowania ogólnego i edukacji zdrowotnej oraz prawem każdego dziecka²⁷. Jej celem jest przygotowanie dziecka do życia jako dorosłej kobiety lub mężczyzny, ukształtowanie osoby, która akceptuje swoją płeć, przyjmuje role z nią

²⁷ Kwestie edukacji seksualnej w szkołach reguluje rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartościach rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. 2014, poz. 395).

związane, wyraża swoją seksualność w sensie fizycznym i psychicznym w sposób społecznie akceptowany oraz umie chronić swoją intymność. U dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną edukacja ta jest podstawowym elementem zapobiegania różnym formom przemocy seksualnej, na którą ta grupa jest szczególnie narażona.

Realizacja edukacji seksualnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną jest zadaniem i obowiązkiem rodziców, a także nauczycieli oraz innych osób sprawujących nad nimi opiekę. Podstawy programowe kształcenia ogólnego dla uczniów ze wszystkimi stopniami niepełnosprawności intelektualnej zobowiązują nauczycieli do realizacji treści dotyczących seksualności człowieka dostosowanych do potrzeb i możliwości uczniów oraz współpracy w tym zakresie z rodzicami uczniów. Jest to ważne zadanie dla szkół specjalnych promujących zdrowie. Z tego powodu w standardzie trzecim wyodrębniono dwa wskaźniki dotyczące wprowadzania edukacji dotyczącej seksualności uczniów. W Aneksie 4. zagadnienie to omówiono szerzej.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU TRZECIEGO

Załącznik III

Szkoła prowadzi edukację zdrowotną uczniów i umożliwia im praktykowanie w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych

Wymiary i wskaźniki (stan pożądaný, „optymalny”)	Ocena (punkty)	Elementy wymagające poprawy (jeśli aktualny stan odbiega od pożądanego, czyli oceny 5)
1	2	3
1. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole		
a. Edukacja zdrowotna uznana jest przez dyrektora i pracowników pedagogicznych za ważne zadanie szkoły (Wywiad z dyrektorem, Ankieta Nw – pyt. 18, INiP – pyt. 15).	5 4 3 2	
b. Realizacja edukacji zdrowotnej jest omawiana w czasie posiedzenia rady pedagogicznej w każdym semestrze (Analiza dokumentacji).	5 4 3 2	
c. Nauczyciele w czasie swoich zajęć z uczniami realizują wymagania/treści związane z edukacją zdrowotną zapisane w podstawie programowej (Ankieta Nw – pyt. 19, INiP – pyt. 18).	5 4 3 2	
d. Nauczyciele niebędący wychowawcami, inni pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami i pracownicy niepedagogiczni zostali zapoznani z zasadami edukacji zdrowotnej uczniów i praktykowania w szkole zachowań prozdrowotnych (Ankieta INiP – pyt. 16, Pn – pyt. 15).	5 4 3 2	
e. Nauczyciele niebędący wychowawcami, inni pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami i pracownicy niepedagogiczni w czasie pracy z uczniami zwracają uwagę na ich zachowania związane ze zdrowiem i bezpieczeństwem (Ankieta – INiP – pyt. 17, Pn – pyt. 16).	5 4 3 2	
f. Jeśli w szkole realizowane są programy dotyczące zdrowia oferowane przez różne organizacje, to są to programy dostosowane do możliwości uczniów, o sprawdzonej skuteczności, a wybór ich był uzasadniony (powiązany z programem dydaktycznym/wychowawczo-profilaktycznym dla danej klasy/klas) (Analiza dokumentów, wywiad z dyrektorem).	5 4 3 2	
g. Rodzice uczniów każdej klasy są systematycznie informowani o realizacji zajęć dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa z wykorzystaniem różnych kanałów informacyjnych (Obserwacja, Ankieta Nw – pyt. 20; R – pyt. 15).	5 4 3 2	
h. Rodziców uczniów, a w przypadku uczniów zamieszkujących w placówkach opiekuńczo-wychowawczych ich opiekunów/wychowawców, zachęca się, aby kontynuowali w domu praktykowanie zachowań prozdrowotnych, których ich dziecko/wychowanek uczy się w szkole (Ankieta Nw – pyt. 21, R – pyt. 16, wywiad z dyrektorem).	5 4 3 2	

1	2	3
2. Zapewnienie uczniom prawidłowego żywienia w szkole i umożliwianie praktykowania prozdrowotnych zachowań związanych z żywieniem i jedzeniem		
a. W posiłkach dla uczniów wydawanych w szkole ogranicza się podawanie produktów wysokoenergetycznych, o dużej zawartości tłuszczów nasyconych i soli kuchennej (np. słodczy, słodkich napojów, tłustych mięs i wędlin), <i>(Analiza jadłospisu miesięcznego, wywiad z kierownikiem kuchni)</i> .	5 4 3 2	
b. Uczniom zapewnia się w szkole łatwy i stały dostęp do wody pitnej <i>(Obserwacja)</i> .	5 4 3 2	
c. Uczniowie wszystkich klas spożywają codziennie wspólne drugie śniadanie z wychowawcą klasy lub innym nauczycielem <i>(Ankieta Nw – pyt. 22, wywiad z dyrektorem)</i> .	5 4 3 2	
d. Nauczyciele zwracają uwagę na to, czy produkty żywnościowe przynieszone przez uczniów z domu są korzystne dla zdrowia, i rozmawiają na ten temat z rodzicami uczniów <i>(Ankieta Nw – pyt. 23, R – pyt. 17)</i> .	5 4 3 2	
e. Nauczyciele zwracają uwagę na ilość produktów zjadanych przez uczniów w szkole, zwłaszcza przez uczniów z nadwagą i otyłością (np. zmniejszenie porcji, ograniczanie dodatków, pojadania) <i>(Ankieta Nw – pyt. 24)</i> .	5 4 3 2	
f. Dokłada się starań, aby atmosfera w czasie spożywania posiłków była miła, nie towarzyszył im pośpiech, hałas czy przekazywanie uczniom przykrych uwag <i>(Ankieta Nw – pyt. 25)</i> .	5 4 3 2	
g. W szkole unika się nagradzania uczniów słodyczami <i>(Ankieta Nw – pyt. 26, R – pyt. 18)</i> .	5 4 3 2	
h. Ogranicza się podawanie niekorzystnych dla zdrowia produktów (np. słodczy, słodkich napojów, chipsów) w czasie imprez w szkole <i>(Wywiad z dyrektorem)</i> .	5 4 3 2	
i. Uczniowie uczą się przygotowywania korzystnych dla zdrowia podstawowych posiłków i wybranych potraw w zależności od ich możliwości <i>(Obserwacja, wywiad z dyrektorem)</i> .	5 4 3 2	
3. Umożliwianie uczniom praktykowania zachowań związanych z dbałością o ciało		
a. Uczniowie myją ręce przed każdym posiłkiem, po wyjściu z toalety i po przyjeździe z zajęć ruchowych i poza szkołą, często instruuje się ich, jak należy myć ręce <i>(Ankieta Nw – pyt. 27)</i> .	5 4 3 2	
b. Uczniowie codziennie czyszczą zęby z użyciem pasty do zębów po jednym z posiłków spożywanych w szkole, często instruuje się ich, jak należy czyścić zęby <i>(Ankieta Nw – pyt. 28)</i> .	5 4 3 2	
c. Zwraca się uwagę na przyjmowanie przez uczniów prawidłowej pozycji siedzącej i uczy się ich tego <i>(Ankieta Nw – pyt. 29)</i> .	5 4 3 2	
d. W dni słoneczne chroni się uczniów przed nadmiernym nasłonecznieniem i uczy się ich właściwych zachowań w tym zakresie <i>(Ankieta N – pyt. 30)</i> .	5 4 3 2	

1		2	3
4. Działania dla zwiększenia aktywności fizycznej uczniów			
a.	W czasie zajęć w pozycji siedzącej wprowadza się częste elementy ruchu angażujące różne grupy mięśni i części ciała (<i>Ankieta Nw – pyt. 31</i>).	5 4 3 2	
b.	W szkole organizuje się dodatkowe zajęcia ruchowe dla uczniów (np. w świetlicy) (<i>Wywiad z dyrektorem</i>).	5 4 3 2	
5. Umożliwianie uczniom praktykowania zachowań zwiększających ich bezpieczeństwo			
a.	Uczniowie 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 innych osób) (<i>Wywiad z dyrektorem</i>).	5 4 3 2	
b.	Zwraca się uwagę na utrzymywanie przez uczniów porządku w najbliższym otoczeniu w celu zmniejszenia ryzyka urazów (<i>Ankieta Nw – pyt. 32</i>).	5 4 3 2	
c.	W czasie zajęć związanych z ryzykiem upadku uczniowie uczą się używania sprzętu ochronnego, np. zakładają kask, ochraniacze na kolana i łokcie (<i>Wywiad z dyrektorem</i>).	5 4 3 2	
d.	Na początku wykonywania niektórych czynności (np. na drodze, na placu zabaw, w czasie zajęć ruchowych, plastycznych, jedzenia) uczniowie są proszeni o przypomnienie zasad bezpiecznego zachowania w danej sytuacji (<i>Ankieta N – pyt. 33</i>).	5 4 3 2	
6. Wprowadzanie elementów edukacji dotyczącej seksualności uczniów			
a.	Wychowawcy klas rozmawiają z uczniami o sprawach dotyczących ich seksualności w sposób dostosowany do ich potrzeb i poziomu rozwoju (<i>Ankieta Nw – pyt. 34</i>).	5 4 3 2	
b.	Wychowawcy klas rozmawiają z rodzicami uczniów o sprawach dotyczących seksualności ich dzieci (<i>Ankieta Nw – pyt. 35, R – pyt. 19</i>).	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. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole.		
2. Zapewnienie uczniom prawidłowego żywienia w szkole i umożliwianie praktykowania prozdrowotnych zachowań związanych z żywieniem i jedzeniem.		
3. Umożliwianie uczniom praktykowania zachowań związanych z dbałością o ciało.		
4. Działania dla zwiększenia aktywności fizycznej uczniów.		
5. Umożliwianie uczniom praktykowania zachowań zwiększających ich bezpieczeństwo.		
6. Wprowadzanie elementów edukacji dotyczącej seksualności uczniów.		

Średnia liczba punktów dla standardu trzeciego (dla 6 wymiarów): ...

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

Data: Podpis szkolnego koordynatora:

7. Standard czwarty

Szkoła podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców uczniów w zakresie dbałości o zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów

W szkole specjalnej **głównymi „aktorami” w tworzeniu SzPZ są jej pracownicy**. Ich stan zdrowia i samopoczucie ma wpływ na ich dyspozycję do pracy (wydajność, absencję chorobową), realizację zadań szkoły (w tym edukację zdrowotną uczniów), jej klimat społeczny, a także na samopoczucie uczniów i ich rodziców. Jednym z kluczowych działań w SzPZ powinna być pomoc pracownikom w:

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

Tworzenie SzPZ i prowadzenie skutecznej edukacji zdrowotnej uczniów wymaga **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 ich dziecko uczy się w szkole. Styl życia wielu rodziców odbiega od prozdrowotnego, nie są oni dobrymi modelami w tym zakresie dla swoich dzieci, nie tworzą dla nich pozytywnych wzorców. Wiele rodziców z trudem radzi sobie z wychowaniem dzieci z niepełnosprawnością, ma różne problemy zdrowotne i społeczne. Sytuacja ekonomiczna niektórych rodzin jest trudna. W SzPZ można i należy pomóc rodzicom uczniów w zwiększeniu ich kompetencji w zakresie dbałości o zdrowie własne, swych dzieci i innych członków rodziny, praktykowaniu w codziennym życiu rodziny zachowań korzystnych dla zdrowia. Partnerami szkoły może być także rodzeństwo uczniów oraz ich **babcie i dziadkowie**, którzy często wspierają rodziców w opiece nad dzieckiem i bywają pośrednikami w komunikacji nauczycieli – rodzice. W SzPZ 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,
- zrozumieniu istoty dbałości o zdrowie własne i dzieci oraz rozwijaniu kompetencji w tym zakresie,
- doskonaleniu umiejętności prowadzenia edukacji zdrowotnej swoich dzieci,
- rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z trudnościami w wychowywaniu dzieci z niepełnosprawnościami.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

W standardzie czwartym wyodrębniono dwa wymiary:

1. Rozwijanie kompetencji pracowników szkoły do dbałości o własne zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów.
2. Pomoc rodzicom uczniów w rozwijaniu kompetencji do dbałości o własne zdrowie, prowadzenia edukacji zdrowotnej dziecka i radzenia sobie z trudnościami w jego wychowaniu.

W ramach każdego z wymiarów wyróżniono 6–9 wskaźników. Wskaźniki te – wyrażone w postaci stwierdzeń – określają cechy będące 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 przy nim metody.
2. *Arkusz zbiorczy dla standardu czwartego*: Załącznik IV (instrukcja niżej).

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.

Sposób wypełniania arkusza

Zgromadź wszystkie dane niezbędne do oceny wskaźników, w tym także ankiety dla czterech grup badanych z procentowym rozkładem kategorii odpowiedzi na poszczególne stwierdzenia w części D ankiety. 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 one zawyżone**,
- czy dane zostały **właściwie zinterpretowane** (zwłaszcza w przypadku odsetków przy małej liczbie badanych osób),
- czy coś nie zostało **pominięte**,
- co można by jeszcze zrobić, aby **poprawić** funkcjonowanie szkoły w zakresie tego standardu.

Dodatkowe informacje dotyczące niektórych wymiarów i wskaźników

Ad. Wymiar 1. Rozwijanie kompetencji pracowników szkoły do dbałości o własne zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów

W szkole specjalnej głównymi twórcami SzPZ są jej pracownicy, zwłaszcza pedagogiczni. W SzPZ ważne jest zdrowie wszystkich członków społeczności szkolnej i promocja zdrowia pracowników jest jednym z zadań takiej szkoły. Stan zdrowia i samopoczucie pracowników wpływają na funkcjonowanie szkoły, osiągnęte efekty, a także na samopoczucie uczniów i ich rodziców. Aby zajmować się zdrowiem w szkole, pracownikom potrzebna jest refleksja nad własnym zdrowiem, stylem życia i dbałością o zdrowie (wyjaśnienie terminu „dbałość o zdrowie” znajduje się w Aneksie 1 i 5), a w jej wyniku podjęcie działań ukierun-

kowanych na wprowadzanie zmian korzystnych dla zdrowia. Nie ma ludzi, których styl życia byłby w pełni prozdrowotny, każdy może i powinien wprowadzić w nim jakieś korzystne zmiany. Wielu ludziom wydaje się, że jeśli nie palą papierosów i nie nadużywają alkoholu, ich styl życia jest „zdrowy”. Należy podkreślić, że na prozdrowotny styl życia składa się podejmowanie wielu zachowań sprzyjających zdrowiu oraz eliminowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia. Działania ukierunkowane na poprawę zachowań zdrowotnych pracowników sprzyjają modelowaniu przez nich pożądaných zachowań u uczniów i ich rodziców oraz wprowadzaniu korzystnych dla zdrowia zmian w środowisku fizycznym i społecznym szkoły, a także w swoich rodzinach.

- a) **Organizacja zajęć/szkoleń dla pracowników szkoły dotyczących dbałości o zdrowie.** Zajęcia mogą być prowadzone przez:
 - pracownika szkoły (np. szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia, psychologa, fizjoterapeutę) i/lub pielęgniarkę szkolną,
 - zaproszonych specjalistów (np. lekarza, dietetyka).
 Organizację tych zajęć (ustalenie tematyki, rodzaju i czasu zajęć) powinna poprzedzać diagnoza potrzeb i oczekiwań pracowników (np. krótka ankieta lub rozmowy). W Aneksie 5 zamieszczono scenariusz zajęć, który może być wykorzystany w pracy z pracownikami szkoły i rodzicami uczniów.
- c) **Uczestnictwo nauczycieli w szkoleniach dotyczących realizacji edukacji zdrowotnej uczniów.** Realizacja edukacji zdrowotnej wymaga odpowiednich kompetencji nauczycieli. Szkoła powinna poszukiwać sposobu organizacji szkoleń w zakresie tej edukacji (np. w porozumieniu z placówką doskonalenia nauczycieli). Ważne jest także, aby nauczyciele mieli świadomość tego, jakie są ich kompetencje w tym zakresie (wskaźnik d), co będzie punktem wyjścia do planowania szkoleń.
- e) **Praca w szkole promującej zdrowie jako okazja do refleksji nad dbałością o własne zdrowie.** Tworzenie SzPZ jest okazją do zastanowienia się nad własnym zdrowiem i dbałością o nie, co może być punktem wyjścia do wprowadzenia prozdrowotnych zmian w stylu życia. Jest to **ogromna szansa dla pracowników i należy im ją uświadamiać.**

Ad. Wymiar 2. Pomoc rodzicom uczniów w rozwijaniu kompetencji do dbałości o własne zdrowie, prowadzenia edukacji zdrowotnej dziecka i radzenia sobie z trudnościami w jego wychowaniu

Rodzice uczniów z niepełnosprawnością są w trudnej sytuacji życiowej i mają mało czasu, możliwości i siły, aby zadbać o swoje zdrowie. Wielu rodziców nie uświadamia sobie takiej potrzeby, a także nie ma odpowiedniej wiedzy i umiejętności w tym zakresie. Warto uświadomić rodzicom, że poprawa ich zdrowia może im ułatwić:

- sprawowanie opieki nad ich dzieckiem,
- modelowanie prawidłowych zachowań ich dziecka.

Jedną z form pomocy rodzicom jest organizowanie dla nich zajęć na temat wybranych interesujących ich zagadnień dotyczących dbałości o zdrowie (po ustaleniu ich potrzeb). Okazją do zwiększenia kompetencji rodziców w zakresie dbałości o własne zdrowie oraz prowadzenia edukacji zdrowotnej ich dzieci jest także:

- informowanie o tym, czego ich dziecko uczy się w szkole o zdrowiu i bezpieczeństwie i zachęcanie do praktykowania w domu zachowań prozdrowotnych (standard trzeci: wymiar 1, wskaźnik g oraz h),

- informowanie o zasadach prawidłowego żywienia, potrzebie zwiększenia aktywności fizycznej dzieci oraz kontrolnych wizyt u dentysty, a także zachęcanie do uczestnictwa w szkolnych programach/akcjach/imprezach związanych ze zdrowiem.

Zagadnienia te mogą być omawiane np. w czasie zebrań z rodzicami.

Ważnym zadaniem dla poprawy zdrowia psychicznego rodziców jest udzielanie im stałej pomocy w radzeniu sobie z trudnościami w wychowywaniu ich dzieci i opiece nad nimi. Formami tej pomocy mogą być:

- indywidualne konsultacje dla rodziców w zakresie rozwiązywania problemów wychowawczych ich dzieci,
- warsztaty dotyczące umiejętności radzenia sobie z trudnościami w wychowaniu ich dzieci.

Rodzice powinni też mieć dostęp do „kącika” z publikacjami dotyczącymi dbałości o zdrowie i radzenia sobie z trudnościami wychowawczymi.

ARKUSZ ZBIORCZY DLA STANDARDU CZWARTEGO

Załącznik IV

Szkola podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców uczniów w zakresie dbałości o zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów

Wymiary i wskaźniki (stan pożądany, „optymalny”)		Ocena (punkty)		Elementy wymagające poprawy (jeśli aktualny stan odbiega od pożądanego, czyli oceny 5)
1		2		3
1. Rozwijanie kompetencji pracowników szkoły do dbałości o własne zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów				
a.	W szkole zorganizowano w ostatnich 2 latach zajęcia/szkolenia dla pracowników dotyczące dbałości o zdrowie (Ankieta Nw – pyt. 36, INiP – pyt. 19, Pn – pyt. 17).	5	4 3 2	
b.	W szkole w bibliotece są publikacje i materiały dla pracowników dotyczące różnych aspektów dbałości o zdrowie, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (Obserwacja).	5	4 3 2	
c.	Nauczyciele wychowawcy uczestniczyli w ostatnich 2 latach w szkoleniach dotyczących realizacji edukacji zdrowotnej uczniów (Ankieta Nw – pyt. 37).	5	4 3 2	
d.	Nauczyciele wychowawcy czują się przygotowani do realizacji edukacji zdrowotnej uczniów i współpracy w tym zakresie z rodzicami (Ankieta Nw – pyt. 38).	5	4 3 2	
e.	Praca w szkole promującej zdrowie jest dla pracowników okazją do refleksji nad ich dbałością o własne zdrowie (Ankieta Nw – pyt. 39, INiP – pyt. 20, Pn – pyt. 18).	5	4 3 2	
f.	W szkole istnieje oferta udziału w zorganizowanych zajęciach ruchowych/sportowych (np. oferta zajęć w szkole, wykorzystanie środków z funduszu społecznego na dofinansowanie zajęć poza szkołą) dla pracowników szkoły (Analiza dokumentacji, wywiad z dyrektorem).	5	4 3 2	
2. Pomoc rodzicom uczniów w rozwijaniu kompetencji do dbałości o własne zdrowie, prowadzenia edukacji zdrowotnej dziecka i radzenia sobie z trudnościami w jego wychowaniu				
a.	Rodzicom oferuje się w szkole zajęcia dotyczące dbałości o ich zdrowie i pyta się o ich potrzeby w tym zakresie (Analiza dokumentów, Ankieta R – pyt. 20).	5	4 3 2	
b.	Rodzice są informowani o zasadach prawidłowego żywienia swych dzieci i zachęceni do uczestnictwa w planowaniu i realizacji szkolnych programów i akcji dotyczących żywienia (Ankieta R – pyt. 21, wywiad z dyrektorem i/lub pielęgniarką).	5	4 3 2	
c.	Rodzice są zachęceni do zapewnienia swojemu dziecku regularnych wizyt u dentysty (Ankieta R – pyt. 22, wywiad z dyrektorem i/lub pielęgniarką).	5	4 3 2	
d.	Rodzice są informowani o potrzebie zwiększenia aktywności fizycznej ich dzieci na miarę ich możliwości i zachęceni do uczestnictwa w planowaniu i realizacji szkolnych imprez związanych z aktywnością fizyczną (Ankieta R – pyt. 23, wywiad z dyrektorem i/lub pielęgniarką).	5	4 3 2	

1	2	3
e. Rodzicom oferuje się w szkole zajęcia (np. warsztaty) dotyczące umiejętności radzenia sobie z trudnościami w wychowaniu ich dzieci (<i>Analiza dokumentów, Ankieta R – pyt. 24</i>).	5 4 3 2	
f. Nauczyciele i inni pracownicy szkoły udzielają pomocy/konsultacji rodzicom w zakresie rozwiązywania problemów wychowawczych dzieci (<i>Ankieta R – pyt. 25, wywiad z dyrektorem</i>).	5 4 3 2	
g. W szkole jest „kącik” dla rodziców, w którym znajdują się publikacje i inne materiały dotyczące dbałości o zdrowie i wychowywania dzieci (<i>Obserwacja</i>).	5 4 3 2	
h. Organizuje się spotkania pracowników, uczniów i ich rodziców połączone z różnymi formami aktywności fizycznej, degustacją produktów korzystnych dla zdrowia i możliwością uzyskania porady w tym zakresie (<i>Wywiad z dyrektorem</i>).	5 4 3 2	
i. Na zajęcia dla rodziców dotyczące dbałości o zdrowie i radzenia sobie z trudnościami wychowawczymi zapraszani są inni członkowie rodziny uczniów (np. babcie, dziadkowie, rodzeństwo uczniów) (<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 szkoły do dbałości o własne zdrowie i prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów.		
2. Pomoc rodzicom uczniów w rozwijaniu kompetencji do dbałości o własne zdrowie, prowadzenia edukacji zdrowotnej dziecka i radzenia sobie z trudnościami w jego wychowaniu.		

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

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

Data: Podpis szkolnego koordynatora:

8. Ocena efektów działań

Uzasadnienie wyboru efektów

Zgodnie z definicją SzPZ działania podejmowane przez społeczność szkolną powinny sprzyjać zdrowiu i dobremu samopoczuciu jej członków oraz zwiększeniu (dzięki nabywaniu nowych kompetencji) motywacji i umiejętności dbałości o zdrowie w okresie nauki/pracy w szkole oraz dalszych latach życia.

Zdrowie i samopoczucie ludzi zależy od bardzo wielu czynników i tylko część z nich związana jest z nauką/pracą w szkole. Dokonanie pozytywnych zmian w stanie zdrowia wymaga od każdego człowieka długotrwałych działań ukierunkowanych na wiele sfer życia. Potrzebne im są przy tym m.in.: motywacja, umiejętności i wsparcie. Ze względu na specyfikę społeczności szkoły specjalnej badanie efektów może dotyczyć tylko pracowników szkoły i w pewnej mierze rodziców uczniów. W ocenie efektów działań SzPZ ograniczono się do sprawdzenia:

- jakie jest samopoczucie pracowników w czasie pracy w szkole i rodziców w czasie pobytu/kontaktów ze szkołą,
- czy pracownicy szkoły i rodzice uczniów dokonują korzystnych zmian w swoim stylu życia w kierunku prozdrowotnym.

Wymiary i wskaźniki do ich oceny

W ocenie efektów wyróżniono dwa wymiary (tab. 4), 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 ankietach dla poszczególnych grup społeczności szkoły (część E i F).

Tabela 4. Wymiary efektów uwzględnione w badaniu poszczególnych grup pracowników szkoły i rodziców uczniów i numery stwierdzeń w ankiecie (wskaźniki)

Wymiary	Badana grupa	Numery stwierdzeń w ankiecie (wskaźniki)
Dobre samopoczucie w szkole: część E ankiety	Nauczyciele wychowawcy klas	40–42
	Inni nauczyciele (niebędący wychowawcami) i pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami	21–23
	Pracownicy niepedagogiczni	19–21
	Rodzice	26–28
Podejmowanie działań dla umacniania zdrowia: część F ankiety	Nauczyciele wychowawcy klas	43–51
	Inni nauczyciele (niebędący wychowawcami) i pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami	24–32
	Pracownicy niepedagogiczni	22–30
	Rodzice	29–31

Metody badania i narzędzia

1. Badanie ankietowe pracowników szkoły i rodziców uczniów: część E ankiety wraz z analizą odpowiedzi na pytania otwarte dotyczące czynników wpływających dobrze i źle na samopoczucie badanych zamieszczone w ramach oraz część F ankiety.

Uwaga! Analiza odpowiedzi na te pytania może dostarczyć dodatkowych informacji i być podstawą 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: w szkołach powszechny jest brak wzajemnego zaufania. SzPZ powinny starać się temu przeciwdziałać.

Należy zachęcać do udzielania odpowiedzi na pytania otwarte i stworzyć odpowiednią, „bezpieczną” atmosferę. 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.

2. Wypełnienie *Arkusza oceny efektów działań* (Załącznik V) 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 ze szkolnym koordynatorem ds. promocji zdrowia.

Przygotowanie danych

1. Przygotuj ankiety dla czterech 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.
3. W części F uwzględnij tylko **odsetki odpowiedzi tak**. Oblicz średni odsetek tych odpowiedzi dla wszystkich stwierdzeń dla poszczególnych grup badanych i wszystkich grup łącznie. Przyjęto, że wynik pozytywny (pożądany) to odsetek tych odpowiedzi na poziomie co najmniej 60%. Decyzja w sprawie przyjęcia innej wartości tego odsetka zależy od zespołu ewaluacyjnego w kontekście warunków i działań podejmowanych w danej szkole.

Sposób wypełniania arkusza

1. Dobre samopoczucie w szkole – część E ankiety:

- Wpisz liczbę zbadanych osób w każdej grupie w kolumnie 1.
- Wpisz średnią liczbę punktów dla każdej grupy oraz dla wszystkich grup łącznie w kolumnie 2.
- 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 szkole 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 kolumny 3 i 4 niewypełnione. Zastanówcie się wspólnie, jakie są 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 umacniania zdrowia – część F ankiety:

- W kolumnie 1 wpisz liczbę zbadanych osób w czterech grupach (Nw, INiP, Pn i R).
- W kolumnie 2 wpisz średni odsetek odpowiedzi *tak* dla każdej grupy oraz dla wszystkich grup łącznie.
- Zapisz działania dla umacniania zdrowia podejmowane najczęściej (kolumna 3) i najrzadziej (kolumna 4), biorąc pod uwagę odsetki odpowiedzi *tak*.
- Przeanalizujcie te wyniki i zastanówcie się wspólnie, jakie wynikają z nich wnioski dla dalszych działań; wpisz je pod tabelą. Przyjmujemy, że wynik pożądanym jest co najmniej 60% odpowiedzi *tak*. Zwróćcie szczególną uwagę na te stwierdzenia, dla których odsetek tych odpowiedzi był najmniejszy.

ARKUSZ OCENY EFEKTÓW DZIAŁAŃ

Załącznik V

Dobre samopoczucie w szkole (część E ankiety)

Badana grupa liczba zbadanych osób	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 wychowawcy klas liczba: ...				
Inni nauczyciele (niebędący wychowawcami) i inni pracownicy prowadzący zajęcia z uczniami liczba: ...				
Pracownicy niepedagogiczni liczba: ...				
Rodzice uczniów liczba: ...				
Średnia liczba punktów dla czterech grup				

Elementy wymagające poprawy: ...

Problem priorytetowy: ...

Podjęmowanie działań dla umacniania zdrowia (część F ankiety)

Badana grupa liczba zbadanych osób	Średni odsetek odpo- wiedzi <i>tak</i>	Działania dla umacniania zdrowia podejmowane	
		NAJCZĘŚCIEJ	NAJRZADZIEJ
1	2	3	4
Nauczyciele wychowawcy klas liczba: ...			
Inni nauczyciele (niebędący wychowawcami) i inni pracownicy prowa- dzący zajęcia z uczniami liczba: ...			
Pracownicy niepedagogiczni liczba: ...			
Rodzice uczniów liczba: ...			
Średni odsetek odpowie- dzi <i>tak</i> dla czterech grup			

Wnioski do dalszych działań: ...

Data: Podpis szkolnego koordynatora:

9. Raport końcowy z autoewaluacji

Instrukcja wypełniania *Raportu końcowego z autoewaluacji* (Załącznik VI)

W *Raporcie końcowym z autoewaluacji* (Załącznik VI);

- W części 1 (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).
- W części 2 (Ocena efektów działań i wybór problemów priorytetowych) wpisz odpowiednie dane z *Arkusza oceny efektów działań* (Załącznik V).
- W części 3 (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 SzPZ.

RAPORT KOŃCOWY Z AUTOEWALUACJI**Załącznik VI****1. Ocena standardów i wybór problemów priorytetowych**

Standard	Średnia liczba punktów	Problem priorytetowy
1	2	3
Koncepcja pracy szkoły, jej struktura, organizacja i warunki sprzyjają zdrowiu oraz uczestnictwu społeczności szkoły w realizacji działań w zakresie promocji zdrowia oraz skuteczności i długofalowości tych działań		
Klimat społeczny szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników oraz rodziców uczniów		
Szkoła prowadzi edukację zdrowotną uczniów i umożliwia im praktykowanie w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych		
Szkoła podejmuje działania w celu zwiększenia kompetencji pracowników i rodziców uczniów w zakresie dbałości o zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów		

2. Ocena efektów działań i wybór problemów priorytetowych**Dobre samopoczucie w szkole**

Średnia liczba punktów dla 4 grup: ...

Problem priorytetowy: ...

Podejmowanie działań dla umacniania zdrowia

Średni odsetek odpowiedzi tak dla 4 grup: ...

Wnioski do dalszych działań: ...

3. Podsumowanie

- Jakie są korzyści z przeprowadzenia autoewaluacji?
- Jakie były trudności związane z przeprowadzeniem autoewaluacji?
- Zalecenia/wskazówki do dalszych działań

Data:

Podpis szkolnego koordynatora:

Aneks



1. Słownik podstawowych terminów
2. Kluczowe wartości i filary szkoły promującej zdrowie przyjęte w sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie
3. Umożliwianie uczniom praktykowania w szkole wybranych zachowań prozdrowotnych: wskazówki dla nauczycieli i rodziców uczniów
4. Edukacja dotycząca seksualności dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną
5. Scenariusz zajęć dla pracowników szkoły i rodziców uczniów: *Sprawdź, jak dbasz o zdrowie!*

1. Słownik podstawowych pojęć

W słowniku wyjaśniono podstawowe pojęcia używane w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, które mogą być przydatne dla osób tworzących szkołę promującą zdrowie. W opracowaniu haseł 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.

Dbałość o zdrowie – element troski o siebie. W kontekście promocji zdrowia przyjmuje się, że dbałość o zdrowie własne i innych ludzi powinna obejmować:

1. Praktykowanie w codziennym życiu prozdrowotnego stylu życia (podejmowanie zachowań sprzyjających zdrowiu i niepodjęcie/eliminowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia).
2. 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, umiejętności dbania o zdrowie fizyczne i psychospołeczne, prozdrowotnego stylu życia.

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 niemające 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 umie-

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

3. **Autoedukacja/samowychowanie** (okres adolescencji, 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 nastolatki 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).

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): ciągła obserwacja (monitorowanie) przebiegu realizacji programu/projektu i w razie potrzeby dokonywanie bieżącej korekty jego planu; 2) ewaluację wyników (sumującą): ocena 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 prowadzi nie tylko do naśladowania konkretnych zachowań, 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 instruktaz, 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 uwzględniane są 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, zapobieganie) – 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 działania mające na celu:

- wprowadzanie prozdrowotnych zmian w swoim stylu życia,
- wspólne 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 (wzmocnianiu). 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 krajach należących do *Europejskiej Sieci Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy* (*The European Network for Workplace Health Promotion*). Polska należy do tej sieci od 2001 r. 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. 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. Naczelną 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 miejsca pracy dla pracowników pedagogicznych oraz niepedagogicznych i działania w zakresie promocji zdrowia powinny ich dotyczyć.

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, określanych jako prozdrowotne. Do zachowań prozdrowotnych należą:

- zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym (dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, odpowiedni czas trwania i jakość snu),
- zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym (korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, radzenie sobie z problemami i stresem),
- 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,
- niepodejmowanie 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 41 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 (więcej informacji na stronie: www.schoolsforhealth.org).

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:

- upodmiotowienie jednostek (odnosi się do indywidualnej zdolności podejmowania decyzji i kontroli nad własnym życiem i zdrowiem),
- 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 wyzwaniem codziennego życia (WHO, 1997). Termin ten odnosi się do różnych umiejętności osobistych i społecznych (psychospołecznych). Istnieją różne kryteria ich podziału i klasyfikacje. Na przykład można wyróżnić:

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, radzenie sobie ze stresem).
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), subiektywnym (poczucie zdrowia), ma kilka wymiarów (fizyczny, psychiczny i społeczny). Zdrowie nie jest celem życia, lecz jest zasobem dla codziennego życia, który pozwala ludziom prowadzić produktywnie 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 z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2019, poz. 2365 z późn. zm.) 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.

2. Kluczowe wartości i filary szkoły promującej zdrowie przyjęte w sieci Szkół dla Zdrowia w Europie, zapisane w rezolucji trzeciej Europejskiej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie, Wilno, 2009²⁸

Kluczowe wartości szkoły promującej zdrowie
1. Równość. SzPZ dąży do zapewnienia wszystkim równego dostępu do edukacji i zdrowia, co może w dłuższej perspektywie wpłynąć na zmniejszenie nierówności w zdrowiu oraz na jakość i możliwość uczenia się przez całe życie. 2. Ciągłość i kontynuacja działań. W SzPZ efekty edukacyjne i zdrowotne można osiągnąć dopiero po co najmniej 5–7 latach. 3. Włączanie. SzPZ jest społecznością uczącą się, w której każdy czuje się obdarzany zaufaniem i szanowany, dobre są relacje między uczniami, uczniami i nauczycielami oraz szkołą, rodzicami i społecznością lokalną. 4. Upodmiotowienie i rozwijanie kompetencji do działania. SzPZ umożliwia uczniom i pracownikom aktywny udział w ustalaniu celów i działaniach dla ich osiągnięcia. 5. Demokracja. Działania SzPZ są oparte na wartościach demokratycznych, przestrzegane są w praktyce zasady respektowania praw i brania odpowiedzialności.
Filary szkoły promującej zdrowie
1. Całościowe podejście do zdrowia w szkole, które zakłada istnienie spójności między polityką szkoły a jej codzienną praktyką i uwzględnia: - ukierunkowanie edukacji zdrowotnej w szkole na uczestnictwo i rozwijanie kompetencji do działania, - branie pod uwagę tego, jak uczniowie rozumieją zdrowie i dobre samopoczucie, - tworzenie w szkole polityki na rzecz zdrowia, - tworzenie środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu, - kształtowanie kompetencji życiowych, - budowanie skutecznych związków między szkołą i społecznością lokalną, - efektywne korzystanie ze świadczeń pracowników medycznych. 2. Uczestnictwo. Podstawowym warunkiem skuteczności działań w SzPZ jest uczestnictwo i zaangażowanie uczniów, pracowników i rodziców, dzięki czemu rozwija się ich poczucie współtworzenia (współwłasności). 3. Jakość szkoły. Tworzenie SzPZ wspiera osiąganie przez szkoły podstawowych celów edukacyjnych i społecznych oraz jak najlepszych wyników. Zdrowi uczniowie lepiej się uczą, zdrowi pracownicy lepiej pracują i mają większą satysfakcję z pracy. 4. Dowody. SzPZ wykorzystuje informacje na temat wyników badań wskazujących na skuteczne podejścia i praktykę promocji zdrowia w szkole w odniesieniu do zagadnień związanych ze zdrowiem (np. zdrowie psychiczne, żywienie, używanie substancji psychoaktywnych) i całościowego podejścia do zdrowia w szkole. 5. Szkoła a społeczność lokalna. SzPZ angażuje się w życie społeczności lokalnej, działa na rzecz wzmocnienia kapitału społecznego i świadomości zdrowotnej jej członków.

²⁸ *Better schools through health* (2009), The Third European Conference on Health Promoting Schools. Vilnius resolution: 17 June 2009: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/Vilnius_resolution.pdf

3. Umożliwianie uczniom praktykowania w szkole wybranych zachowań prozdrowotnych: wskazówki dla nauczycieli i rodziców uczniów

Praktykowanie przez uczniów w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych jest podstawowym elementem edukacji zdrowotnej i warunkiem jej skuteczności. W szkole specjalnej, wobec wielu ograniczeń poznawczych i motorycznych uczniów, edukacja zdrowotna powinna koncentrować się na **praktykowaniu podstawowych zachowań prozdrowotnych**.

Praktykowanie oznacza próby podejmowania danego zachowania, wielokrotne powtarzanie, korygowanie i doskonalenie pewnych czynności pod nadzorem osoby dorosłej. Celem takiego postępowania jest wytworzenie nawyków, pewnych automatyzmów, które staną się w codziennym życiu rutyną.

Zadaniem pracowników szkoły, zwłaszcza nauczycieli, jest tworzenie warunków i możliwości praktykowania przez uczniów podstawowych zachowań prozdrowotnych, instruowanie uczniów oraz dopilnowywanie prawidłowości i staranności wykonywania przez nich różnych czynności. Praktykowaniu tych zachowań sprzyja m.in. wielogodzinny i wieloletni okres uczęszczania uczniów do szkoły, indywidualne podejście, małe grupy. Formy pracy z uczniami w tym zakresie zależą od ich możliwości i funkcjonowania. Dominującą formą jest praca z jednym uczniem lub w małych grupach.

W niniejszym rozdziale omówiono zasady praktykowania zachowań wymienionych w *Arkuszu zbiorczym dla standardu trzeciego*. Zdajemy sobie sprawę, że ich wykorzystanie w praktyce może dotyczyć tylko części uczniów. Przy każdym z omawianych zachowań podano uzasadnienie do podejmowania proponowanych działań. Materiały te można wykorzystać także do pracy z rodzicami dzieci.

3.1. Zachowania związane z żywieniem i jedzeniem²⁹

Zasady prawidłowego (racjonalnego) żywienia³⁰, ustalone na podstawie wyników badań naukowych, u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną są takie same jak u ich rówieśników bez niepełnosprawności, ale znacznie trudniej ich przestrzegać. U niektórych uczniów ze względu na współistniejące zaburzenia może istnieć potrzeba modyfikacji ich sposobu żywienia, decyzje o tym podejmuje lekarz. Potrzeba zwrócenia szczególnej uwagi na zachowania związane z żywieniem wynika m.in. z dużej częstości występowania nadwagi i otyłości wśród uczniów szkół specjalnych. Otyłość często rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie, stopniowo zwiększa się i utrzymuje przez całe życie. Przyczyny jej są bardzo złożone, należą do nich m.in.: czynniki genetyczne, współistniejące różne zaburzenia, nieprawidłowy sposób żywienia, mała aktywność fizyczna, przyjmowanie niektórych leków, zaburzenia w jedzeniu (np. ograniczona zdolność do samoregulacji jedzenia, żarłoczność), brak kontroli nad jedzeniem. Zapobieganie otyłości i jej leczenie jest u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną bardzo trudne.

²⁹ W opracowaniu tego podrozdziału skorzystano z pracy: B. Woynarowska, H. Weker (2017): *Edukacja żywieniowa*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa, s. 359–379.

³⁰ Informacje na temat zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej 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).

Ograniczanie ilości spożywanej żywności

Można to osiągnąć m.in. przez:

- modyfikowanie sposobu podawania potraw:
 - używanie mniejszych talerzy,
 - układanie produktów w sposób wypełniający talerz, np. krojenie ziemniaków, mięsa, kanapek na kilka części i odpowiednie ich układanie,
 - nakładanie mniejszych porcji produktów wysokoenergetycznych i większych porcji produktów niskokalorycznych, np. warzyw,
- ograniczanie dokładek i pojadania między posiłkami,
- zachęcanie do powolnego jedzenia, dłuższego żucia pokarmu,
- przeciwdziałanie „bezmyślnemu jedzeniu” przez eliminowanie wykonywania innych czynności w czasie jedzenia (np. przeglądanie obrazków, rozmowa z uczniami), co powoduje „pochłanianie” jedzenia bez kontroli.

Próby uczenia samokontroli jedzenia

Każde dziecko ma pewne wrodzone zdolności do samoregulacji jedzenia, tzn. samo ustala przerwy między jedzeniem i ilość spożywanego pożywienia. Jest to 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 je 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. Gdy rodzice/opiekunowie zaczynają sami regulować ilość i czas podawania dziecku jedzenia, często je przekarmiając, nie rozwija ono zdolności do samoregulacji (samokontroli) jedzenia. Rozpoczyna jedzenie, mimo że nie odczuwa głodu, i nie kończy go mimo poczucia sytości, co powoduje zjadanie nadmiernej ilości pokarmów. Można przypuszczać, że u wielu dzieci z niepełnosprawnością intelektualną zdolność do samoregulacji jedzenia nigdy się nie rozwinęła. W pracy z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną warto:

- stwarzać uczniom okazje/sytuacje, w których mogą rozpoznawać swoje odczucia i mówić o nich, gdy są głodni i gdy są syty, najedzeni (np. przed i po posiłku),
- umożliwiać uczniom samodzielne nakładanie potraw i rozpoznawanie wielkości porcji; można pokazywać im, co znaczy właściwa dla nich porcja różnych produktów, np. porcja to tyle, ile produktów (np. bułka, jabłko różnej wielkości, gotowana fasola) odpowiada zamkniętej dłoni danej osoby.

Stwarzanie uczniom okazji do rozwijania preferencji smakowych i próbowania nowych potraw

Preferencje smakowe rozwijają się u dzieci w pierwszych latach życia. Najwcześniej preferowany jest smak słodki, potem akceptowany jest smak słony i kwaśny, najmniejsza jest akceptacja smaku gorzkiego. Dzieci wykazują zdolność do uczenia się nowych smaków. U dzieci z niepełnosprawnością intelektualną rozwój tej zdolności może być opóźniony i często mają one niechęć do spożywania nowych potraw (taka niechęć nazywana jest neofobią). Mogą też fiksować się na pewnych produktach, np. jedzą tylko mięso, pokarmy w niektórych kolorach, nie jedzą żadnego warzywa. Skutkiem tego jest jednostronny, nieurozmaicony sposób żywienia. Zdarza się też uzależnienie od pewnych pokarmów, ich odstawienie może wpływać na zachowanie dziecka (np. jest rozdrażnione, złości się, wpada w furję).

Aby dzieci zaczęły akceptować i zjadać produkty, na które na początku reagowały niechęcią strachem i unikaniem, potrzebna jest wielokrotna (co najmniej 8–10-krotna) ekspozycja tych produktów (prezentowanie

im tych produktów). Dodawanie do jadłospisu coraz większej liczby nowych produktów/potraw sprawia, że zyskują one akceptację dzieci po coraz mniejszej liczbie ekspozycji. Zwiększeniu chęci zjedzenia nowych produktów przez uczniów może sprzyjać: stwarzanie przyjaznej atmosfery; kosztowanie połączone z zabawą (np. „tajemnicze pudełka” 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). Uczniowie nie powinni być karani za odmowę zjedzenia danego pożywienia. Należy też unikać wykorzystywania żywności jako nagrody (np. deser za zjedzenie warzyw).

Atmosfera w czasie posiłków

Tworzenie przyjaznej i przyjemnej atmosfery w czasie spożywania posiłków jest ważnym elementem **kultury jedzenia** i sprzyja dobremu samopoczuciu. Ważne jest, aby unikać pośpiechu i hałasu. Zaleca się, aby w czasie posiłku³¹ nie mówić uczniom przykrych rzeczy, nie korygować ich nieustannie, nie krytykować. Nie należy ich zmuszać do jedzenia. Należy zachęcać rodziców do praktykowania tych zasad w domu i towarzyszenia ich dziecku w czasie każdego posiłku. Jest to ważne także z uwagi na bezpieczeństwo (zapobieganie lub pomoc przy zachłyśnięciu/zadławieniu się w czasie jedzenia).

Eliminowanie nagradzania i pocieszania uczniów słodyczami

Powszechnym zjawiskiem jest dawanie dzieciom słodyczy w prezencie lub nagradzanie ich słodyczami. Takie postępowanie zwiększa ryzyko otyłości i próchnicy zębów i należy je stopniowo eliminować lub co najmniej ograniczać w szkole i w rodzinie uczniów. Nie należy dawać uczniom słodyczy i innych produktów do jedzenia:

- w nagrodę za wykonanie zadania,
- aby ich pocieszyć, gdy są smutni, przeżywają silne emocje – takie postępowanie uczy 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 babcie i dziadków dzieci.

Ograniczanie niekorzystnych dla zdrowia produktów w czasie imprez w szkole

Dotyczy to imprez z udziałem uczniów i ich rodziców, w czasie których przewidziane są przekąski. Warto zachęcić pracowników i rodziców uczniów oraz ich samych do:

- przygotowania korzystnych dla zdrowia 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 uczniów z okazji imienin lub urodzin albo zastępowania ich przysmakami o mniejszej zawartości cukru.

³¹ 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 uczniów i pracowników szkoły, w tym dotyczących przezwyciężania trudności wynikających z zachowań dzieci związanych z żywieniem i jedzeniem.

3.2. Zachowania związane z dbałością o ciało³²

Częste i dokładne mycie rąk

Częste i dokładne mycie rąk jest podstawowym elementem profilaktyki takich chorób jak: infekcje układu oddechowego, 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 zapobiega 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. Uczniowie często wkładają ręce i różne przedmioty do ust i są bardzo podatni na zakażenia przenoszone tą drogą. Należy zwrócić uwagę na to, aby uczniowie myli ręce:

- przed każdym posiłkiem, po wyjściu z toalety, 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 uczniów, udzielanie im wskazówek. Należy także zwracać uwagę na oszczędne korzystanie z wody (np. zakręcanie kranu w czasie namydłania rąk). Należy zachęcać rodziców, aby zwracali uwagę na sposób, w jaki ich dzieci myją ręce w domu.

Czyszczenie zębów

Praktykowanie w szkole czyszczenia zębów ma na celu zapobieganie próchnicy, która w różnym nasileniu występuje prawie u wszystkich uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Leczenie zębów często podejmowane jest zbyt późno (objawy bólu i inne problemy nie zawsze są zauważane), trwa długo, musi być prowadzone przez dentystów odpowiednio do tego przygotowanych, często konieczne jest znieczulenie ogólne³³.

Próchnica jest chorobą przewlekłą, która może się rozpocząć już w 1 r. ż. Jej częstość i intensywność zwiększa się z wiekiem. Jest wywołana przez bakterie kwasotwórcze, które dostają się do jamy ustnej już w pierwszych miesiącach życia 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 szkliwo ulega demineralizacji, co zapoczątkowuje powstawanie ubytku próchnicowego. Próchnicy można zapobiegać przez:

1. Regularne i odpowiednie czyszczenie zębów.
2. Prawidłowe żywienie (m.in. ograniczenie słodczy, słodkich napojów, pojadania między posiłkami).
3. Badanie profilaktyczne u dentysty co 6 miesięcy lub częściej, zwłaszcza u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.
4. Lakierowanie powierzchni koron zębów oraz lakowanie bruzd i zagłębień na powierzchniach żujących zębów.

Codienne praktykowanie w szkole czyszczenia (szczotkowania) zębów przez uczniów ma na celu niedopuszczenie do tworzenia się płytki nazębnej i/lub szybkie i dokładne jej usuwanie. Jest ważnym elementem uczenia uczniów regularnego i prawidłowego wykonywania tej podstawowej czynności higienicznej.

³² W opracowaniu tego podrozdziału wykorzystano publikację: Woynarowska B. (2017): *Edukacja do dbałości o ciało*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa, s. 293–309.

³³ UNPEI (2012): *Jak dbać o zęby. Profilaktyka chorób zębów i leczenie stomatologiczne osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Warszawa.

Podstawowe zasady czyszczenia zębów u uczniów z niepełnosprawnością intelektualną są podobne jak zasady dotyczące ich rówieśników bez niepełnosprawności. Niektóre z nich muszą być zmodyfikowane w zależności od tego, czy uczeń potrafi samodzielnie szczotkować zęby, wypluwać płyny i czy akceptuje szczotkę do zębów. Zasady te podano w ramce.

Zasady czyszczenia zębów u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną

1. Zęby należy czyścić dwa razy dziennie po posiłku. W czasie pobytu w szkole należy to wykonać co najmniej 1 raz. O czasie czyszczenia zębów decyduje nauczyciel.
2. Czyszczenie zębów przez uczniów odbywa się zawsze pod nadzorem i z pomocą osoby dorosłej.
3. Szczotka do zębów powinna być dobrej jakości, najczęściej używane są szczotki z włóknami średnio twardymi (medium), z krótką główką (łatwość ruchów w jamie ustnej). Czasem trzeba używać szczotki z włóknami miękkimi (soft), np. w czasie uczenia się czyszczenia zębów, po zabiegach. Szczotkę należy zmieniać co 3 miesiące lub częściej, gdy jej włókna są zniszczone, wygięte.
4. Pasta do zębów – jej rodzaj i ilość używana jednorazowo zależy od umiejętności wypluwania płynów:
 - osoby, które nie potrafią wypluwać płynów, powinny używać niewielkiej (śladowej) ilości pasty do zębów bez fluoru lub z mniejszą jego zawartością,
 - osoby, które potrafią wypluwać płyny, powinny używać pasty do zębów dla dzieci o zawartości fluoru 1000 ppm³⁴ lub pasty dla dorosłych z większą zawartością fluoru. Należy zwrócić uwagę na to, aby uczniowie nie połykali pasty do zębów; jeśli nie ma co do tego pewności, należy nałożyć na szczotkę mniejszą ilość pasty (tylko cienko posmarować jej główkę). Należy unikać past smakowych. Każdy uczeń powinien mieć swoją pastę do zębów.

Uwaga! Każdy uczeń powinien otrzymać od dentysty, który sprawuje nad nim opiekę stomatologiczną, zalecenia dotyczące doboru szczotki i pasty do zębów oraz zasad czyszczenia zębów (np. używania nici dentystycznej).

5. Przebieg szczotkowania zębów:
 - przed rozpoczęciem czyszczenia zębów należy kilkakrotnie wypłukać jamę ustną ciepłą wodą z indywidualnego kubka, aby usunąć resztki pokarmów,
 - szczotkować należy trzy powierzchnie zębów (zewnętrzne, wewnętrzne i żujące) małymi, okrężnymi, powtarzanymi ruchami, koncentrując się na wykonywaniu tej czynności,
 - czas czyszczenia zębów: 2–3 minuty (można wykorzystać dźwiękowy minutnik odliczający czas lub klepsydrę),
 - po oczyszczeniu zębów należy wypłuć dokładnie pastę i nie płukać jamy ustnej, aby wydłużyć ochronne działanie fluoru na zęby. Kubek i szczotkę należy dokładnie wypłukać pod bieżącą wodą, szczotkę ustawić w kubku „główką” do góry (w celu wyschnięcia).

Dla sprawdzenia skuteczności czyszczenia zębów można wykorzystać tabletki lub płyn do wybarwiania płytki nazębnej (dostępne w aptece bez recepty).

³⁴ Fluor chroni szkliwo zębów przed działaniem kwasu. Zalecenie dotyczące jego ilości w paście dla dzieci zawarto w publikacji: Olczak-Kowalczyk D., Borysewicz-Lewicka M., Adamowicz-Klepalska B., Jackowska T., Kaczmarek U. (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 osoba może ją połykać, powoduje zaburzenie budowy szkliwa, zwane fluorozą.

6. Postępowanie w przypadku, gdy samodzielne szczotkowanie zębów nie jest możliwe:
 - gdy uczeń nie potrafi wypluwać płynów i/lub nie akceptuje szczotki do zębów, inna osoba powinna masować jego dziąsła i myć jego zęby gazikiem owiniętym wokół własnego palca wskazującego (bezpiecznie jest użyć ochraniacza na palec) i umocznym w rozwodnionym roztworze antyseptycznym zaleconym przez dentystę; głowa ucznia powinna być lekko odchylona do tyłu, na zakończenie należy wyczyścić gazikiem język,
 - gdy uczeń nie potrafi wypluwać płynów, ale akceptuje szczotkę do zębów, inna osoba powinna szczotkować jego zęby z użyciem niewielkiej (śladowej) ilości pasty do zębów bez fluoru lub z mniejszą jego zawartością i uczyć go wypluwania.

Nauczyciele powinni dokładnie poznać zasady czyszczenia zębów i sposób instruowania uczniów. Można skorzystać z pomocy pielęgniarki szkolnej, lekarza dentysty lub higienistki stomatologicznej (np. można zaprosić do szkoły osoby pracujące w pobliskim gabinecie stomatologicznym lub rodzica ucznia, który wykonuje ten zawód). Należy ustalić z rodzicami zasady przynoszenia do szkoły przyborów do czyszczenia zębów (kubki, szczotki i pasta do zębów). Warto zaoferować rodzicom dzieci spotkanie ze specjalistą i odpowiedni instruktaż oraz zachęcić ich do uczenia i nadzorowania czyszczenia zębów przez dzieci w domu.

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. 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 i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną mogą nie przestrzegać zasad ochrony przed nadmierną ekspozycją na słońce i tego powodu w okresie letnim, w dni słoneczne należy im o tym przypominać i przestrzegać następujących zasad:

- w godzinach 10–14 ograniczać pobyt uczniów na terenie nasłonecznionym (bez drzew lub innego zacienienia),
- w porze dnia o największej intensywności promieniowania słonecznego uczniowie powinni być przed nim chronieni, tzn.:
 - powinni nosić 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 powinny być posmarowane kremami ochronnymi z filtrami określanymi 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 uczniów

Aktywność fizyczna jest jedną z podstawowych potrzeb dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Jest niezbędna dla utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom przewlekłym, w tym otyłości. Na aktywność fizyczną składają się różne rodzaje **wysiłków fizycznych** wykonywanych w czasie: zabaw ruchowych, przemieszczania się w różne miejsca, ćwiczeń fizycznych, korekcyjnych, zajęć tanecznych, sportowych, pomocy w różnych czynnościach w domu i w szkole itd. Zalecenia ekspertów dotyczące aktywności fizycznej dzieci, które powinny być brane pod uwagę w szkole, podano w ramce.

Zalecenia ekspertów dotyczące aktywności fizycznej dzieci i młodzieży

- **Dzieci w wieku 3–4 lat** powinny być aktywne fizycznie codziennie łącznie przez co najmniej 3 godziny³⁵.
- **Dzieci i młodzież w wieku 5–17 lat** powinna³⁶:
 - 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 przyśpiesza się oddech, „brak jest tchu”, pojawia się odczucie gorąca, trudności rozmowy w czasie wysiłku), wzmacniające kości, siłę mięśni i gibkość.

Przykłady rodzajów aktywności fizycznej w zależności od intensywności wysiłku przedstawiono na rycinie 1.



Ryc. 1. Przykłady rodzajów aktywności fizycznej zależnie od rodzaju wysiłku

Źródło: Nałęcz H. (2017): *Edukacja do zwiększenia aktywności fizycznej*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Warszawa, Wyd. Nauk. PWN, s. 281–393.

Dla wielu uczniów z niepełnosprawnością intelektualną osiągnięcie zalecanego poziomu aktywności fizycznej nie jest możliwe. Mimo wielu ograniczeń, należy jednak starać się zwiększać w czasie pobytu w szkole i w domu aktywność fizyczną każdego ucznia na tyle, na ile jest to możliwe.

Wprowadzenie elementów ruchu w czasie zajęć w pozycji siedzącej

Warto opracować zestaw prostych i atrakcyjnych dla uczniów form ruchu/ćwiczeń, ze zmianą pozycji ciała, zaangażowaniem różnych grup mięśni, wykorzystaniem prostych przyborów. Należy wyjaśnić

³⁵ 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/>

³⁶ 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

uczniom powody, dla których wykonuje się te ćwiczenia, i zachęcić ich do wymyślania takich ćwiczeń oraz wykonywania podobnych ćwiczeń/ruchów w domu, np. podczas siedzenia przed telewizorem.

3.4. Umożliwianie uczniom praktykowania zachowań zwiększających ich bezpieczeństwo³⁷

U dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną istnieje duże ryzyko wypadków powodujących różne urazy. Jest to związane m.in. z:

- niskim poziomem funkcjonowania intelektualnego,
- brakiem umiejętności oceny stopnia ryzyka związanego z różnymi zachowaniami i zagrożeń zewnętrжных,
- małą sprawnością fizyczną.

Skutki urazów mogą być różne: najczęściej są to lekkie uszkodzenia ciała wymagające pomocy medycznej ambulatoryjnej, ale zdarzają się także urazy wymagające leczenia szpitalnego, a nawet powodujące zgon. Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną wymagają stałego nadzoru, a także pomocy ze strony osób dorosłych. Podstawa programowa zawiera wiele treści dotyczących edukacji uczniów do bezpieczeństwa. Edukacja do bezpieczeństwa jest ważnym elementem edukacji zdrowotnej. W standardzie trzecim zaproponowano cztery wskaźniki dotyczące stwarzania uczniom możliwości praktykowania zachowań bezpiecznych. Uzupełniają one lub wspierają wymagania zapisane w obowiązującej podstawie programowej, ale nauczyciele mogą tworzyć jeszcze wiele innych możliwości ich praktykowania, w zależności od potrzeb danego ucznia/grupy. W ramce wymieniono inne praktyczne wskazówki, które mogą być przydatne dla pracowników szkoły i rodziców uczniów w zapobieganiu wypadkom i urazom u ich podopiecznych.

Sposoby postępowania w zapobieganiu wypadkom i urazom u dzieci Wskazówki dla pracowników szkoły i rodziców uczniów

Wypadki i urazy	Sposób postępowania
Upadki	▪ zakładanie blokad okiennych, barierek na tarasach i balkonach; ▪ instalowanie barierek przy schodach; ▪ zapewnienie dzieciom antypoślizgowego obuwia, wycieranie mokrych plam; ▪ założenie miękkiego podłoża na placu zabaw;
Zadławienia i uduszenia	▪ wyeliminowanie z otoczenia dzieci toreb foliowych, balonów, gumowych rękawic; ▪ niedawanie dzieciom 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;

³⁷ W opracowaniu tego podrozdziału skorzystano z publikacji: Malinowska-Cieślak M., Woynarowska B. (2017): *Edukacja do bezpieczeństwa*, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa, s. 395–411.

Wypadki i urazy	Sposób postępowania
Oparzenia na skutek działania promieniowania, ognia, gorących płynów; porażenia prądem elektrycznym	▪ ochrona przed promieniowaniem słonecznym; ▪ 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;
Wypadki drogowe	▪ blokowanie drzwi samochodu, uczenie wsiadania i wysiadania; ▪ niezostawianie dzieci samych w samochodzie; ▪ zakładanie kasku i ochraniaczy w czasie jazdy na rowerze, wrotkach, hulajnodze, nartach, łyżwach; ▪ zapewnienie miejsca zabaw z dala od ulicy, szosy; ▪ uczenie przechodzenia przez jezdnię; ▪ wyposażanie dzieci w odblaski;
Utonięcia, przytopienia	▪ stały nadzór nad dzieckiem w czasie kąpieli w wannie; ▪ stały nadzór w czasie przebywania nad wodą; ▪ zabezpieczenie 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 wahadłowych; ▪ nadzór i opieka przy kontaktach ze zwierzętami.

4. Edukacja dotycząca seksualności dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną³⁸

Edukacja dotycząca seksualności (do zdrowia seksualnego, seksualna) jest częścią wychowania ogólnego i edukacji zdrowotnej każdego dziecka i jest jego prawem. Wynika to ze współczesnego holistycznego (całościowego) podejścia do zdrowia, w którym zdrowie seksualne jest jednym z jego komponentów. Podstawą tej edukacji jest **koncentracja na seksualności rozumianej jako pozytywny ludzki potencjał, źródło satysfakcji i przyjemności**. Celem jej powinno być przygotowanie dziecka do życia jako kobiety lub mężczyzny, ukształtowanie osoby, która akceptuje swoją płęć, przyjmuje role z nią związane, wyraża swoją seksualność w sensie fizycznym i psychicznym w sposób społecznie akceptowany oraz umie chronić swoją intymność.

Potrzeba prowadzenia edukacji dotyczącej seksualności u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną wynika z następujących przesłanek;

- w procesie ich rozwoju, podobnie jak u ich rówieśników bez niepełnosprawności, pojawia się zainteresowanie zmianami dokonującymi się w ich ciele, układzie rozrodczym, ujawniają się potrzeby związane z seksualnością,
- są one znacznie częściej narażone na przemoc seksualną, molestowanie i gwałt; edukacja seksualna nie można jednak ograniczać się do profilaktyki nadużyć seksualnych i innych zagrożeń dla zdrowia związanych ze sferą seksualności,
- wyniki badań wskazują, że poziom wiedzy o seksualności człowieka młodych kobiet i mężczyzn z niepełnosprawnością intelektualną jest bardzo niski.

Cele edukacji seksualnej są zależne od wieku dziecka i przebiegu jego rozwoju psychoseksualnego (tab. 1).

Tabela 1. Cele edukacji dotyczącej seksualności w poszczególnych okresach życia dziecka z niepełnosprawnością intelektualną

Wiek dziecka	Cele edukacji dotyczącej seksualności
Od narodzin do 2 r.ż.	▪ wprowadzanie poprawnych nazw części ciała oraz jeśli dziecko jest tym zainteresowane – nazw narządów płciowych, dostarczanie bardzo prostych informacji na temat funkcji własnego ciała; ▪ pozwolenie dziecku na poznawanie wszystkich części swojego ciała; ▪ kształtowanie tożsamości psychoseksualnej dziecka przez uczenie, co oznacza bycie dziewczynką, a co chłopcem (dobór ubrań, zabawek, preferencji czynności i zachowań); ▪ uczenie dziecka chronienia własnej osoby przed wykorzystaniem seksualnym przez przekazywanie podstawowych informacji na temat funkcji jego ciała i pełną kontrolę aktywności dziecka;

³⁸ W opracowaniu tego rozdziału wykorzystano wiele pozycji piśmiennictwa; niektóre z nich wymieniono na końcu tekstu.

Wiek dziecka	Cele edukacji dotyczącej seksualności
Od 3 do 5 r.ż.	- dalsze uczenie posługiwania się adekwatnymi nazwami części ciała i wprowadzanie pierwszych rozmów o życiu seksualnym człowieka; - dalsze kształtowanie tożsamości psychoseksualnej dziecka, podkreślanie różnic między dziewczynkami i chłopcami; - uwrażliwianie dziecka na ochronę prywatności własnego ciała w kontakcie z innymi osobami (przyjaciele, krewni, obcy); - zachęcanie dzieci do komunikowania wszelkich negatywnych przeżyć; - wykorzystanie podejmowanych przez dzieci zabaw w role związane z płcią, uznanie ich za ważne momenty edukacyjne i czas na wyjaśnianie dziecku wszelkich nurtujących je pytań;
Od 6 do 12 r.ż.	- rozmowy o zmianach w budowie ciała w związku z dojrzewaniem biologicznym (rozszerzanie rozumienia funkcji poszczególnych części ciała); - wzmacnianie zainteresowań dziecka, jego talentów w czasie wolniejszego w tym okresie rozwoju tożsamości psychoseksualnej; - uczenie dzieci rozpoznawania sytuacji, które mogą prowadzić do wykorzystania seksualnego; - kształtowanie asertywności i umiejętności zachowania się w sytuacjach trudnych; - rozmowy o podejmowaniu właściwych decyzji w kontaktach z płcią przeciwną, o ich znaczeniu w życiu każdego człowieka;
Od 13 do 18 r.ż.	- rozmowy o zdrowiu i higienie, ze szczególnym akcentem na przeżywanie własnej płci w wymiarze biologicznym, zapobieganiu chorobom przenoszonym drogą płciową, antykoncepcji; - zwrócenie szczególnej uwagi na kształtowanie się tożsamości psychoseksualnej w sytuacji często zranionego „ja” fizycznego wpływającego na proces tworzenia się koncepcji własnej osoby oraz tożsamości indywidualnej i społecznej dziecka; - przekonywanie o konieczności unikania sytuacji niebezpiecznych, informowanie o wpływie alkoholu i narkotyków na zachowania seksualne; - rozmowy o uczuciach, wartościach i postawach występujących w relacjach w związkach partnerskich, w życiu seksualnym oraz potrzebie zachowania harmonii w wymiarze biologicznym, uczuciowym i aksjologicznym.

Źródło: Gordon, Schroeder, 1995, za: Pilecka, 2004.

Realizacja edukacji seksualnej dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest przede wszystkim **zadaniem i obowiązkiem rodziców, nauczycieli** oraz innych osób sprawujących nad nimi opiekę. Przez wiele lat nie było akceptacji dla potrzeb seksualnych osób niepełnosprawnych. Zdaniem Małgorzaty Kościelskiej „seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie jest społecznie niechciana”, ale pozbawienie ich możliwości przeżywania seksualności jest odebraniem im przeżywania swojego człowieczeństwa. Jest to bardzo trudny i zaniedbany obszar edukacji dzieci i młodzieży, uwikłany w spory ideologiczne i stanowiący „tabu”. **Szkoły specjalne promujące zdrowie powinny prowadzić edukację uczniów dotyczącą seksualności i zachęcać do tego ich rodziców.** W edukacji seksualnej dzieci z niepełnosprawnością intelektualną treści, metody, formy i środki przekazu powinny być dostosowane do:

- wieku i płci dziecka,
- stopnia niepełnosprawności intelektualnej i możliwości poznawczych dziecka,
- poziomu umiejętności komunikacyjnych (uwzględniając komunikację alternatywną i wspomagającą),
- stopnia samodzielności dziecka,
- etapu rozwoju psychoseksualnego, poziomu rozwoju emocjonalnego,
- indywidualnych potrzeb i oczekiwań.

Treści dotyczące różnych zagadnień związanych z seksualnością człowieka znajdują się w podstawach programowych kształcenia ogólnego dla uczniów ze wszystkimi stopniami niepełnosprawności intelektualnej, choć ten obszar edukacji nie został wyodrębniony i nazwany. W przypadku:

- uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim treści te są zawarte w edukacji wczesnoszkolnej oraz wielu przedmiotach, w tym zwłaszcza w wychowaniu do życia w rodzinie, przyrodzie, biologii; stały kontakt nauczyciela z uczniami, obserwacja ich zachowań i wzajemnych relacji umożliwia podjęcie zagadnień związanych z seksualnością w różnych sytuacjach,
- uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym w szkołach podstawowych oraz w szkołach przysposabiających do pracy wśród zadań szkoły wymieniono:
 - przygotowanie uczniów do roli dorosłej kobiety i mężczyzny; wprowadzenie elementów wiedzy o rozwoju i zmianach własnego ciała oraz elementów wiedzy o seksualności człowieka,
 - uczenie umiejętności ochrony siebie, swojej intymności oraz poszanowaniu intymności innych osób.

Prowadzenie edukacji seksualnej uczniów z niepełnosprawnością intelektualną wymaga od nauczycieli zrozumienia jej konieczności i odpowiedniego przygotowania do tego niełatwego zadania. Obecnie dostępne są publikacje, które dostarczają nauczycielom i rodzicom uczniów wiedzy i konkretnych porad na temat sposobów reagowania na przejawy seksualności dzieci, wspierania ich rozwoju seksualnego od pierwszych lat życia, kształtowania ich tożsamości płciowej oraz wskazówek dotyczących skutecznej profilaktyki wykorzystywania seksualnego osób z niepełnosprawnością intelektualną. Niektóre z tych publikacji podano niżej. Korzystne byłoby organizowanie warsztatów dla nauczycieli szkół specjalnych dotyczących prowadzenia edukacji seksualnej uczniów oraz wymiana doświadczeń w tym zakresie między szkołami należącymi do sieci SzPZ.

Przydatne dla nauczycieli i rodziców uczniów publikacje na temat edukacji dotyczącej seksualności dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną

1. Danielewicz D. (2017): *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, w: B. Woynarowska (red.) *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Warszawa, Wyd. Nauk. PWN, s. 279–291.
2. Długołęcka A. (2017): *Edukacja do zdrowia seksualnego*, w: B. Woynarowska (red.) *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Warszawa, Wyd. Nauk. PWN, s. 413–435.
3. Fornalik J. (2010): *Dojrzewanie. Miłość. Seks. Poradnik dla rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa, Stow. Rodzin i Opiekunów z Chorobą Downa „Bardziej Kochani”.
4. Fornalik I. (2012): *Jak edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla specjalistów* (wyd. 2). Warszawa, Stow. Rodzin i Opiekunów z Chorobą Downa „Bardziej Kochani”.
5. Fornalik I. (2017): *Pewny start. O dojrzewaniu. Dziewczęta, Pewny start. O dojrzewaniu. Chłopcy*, Warszawa, Wyd. Szkolne PWN
6. Huszcz M. (1999): *Wychowanie seksualne dzieci specjalnej troski w młodszym wieku szkolnym*. Warszawa, WSPS.
7. Kijak R. (2014): *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina*. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL.
8. Kościelska M. (2004): *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa, Wyd. Jacek Santorski & Co.
9. Pilecka W. (2004): *Wychowanie seksualne w systemowej rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego*, w: M. Kościelska, B. Aouil (red.) *Człowiek niepełnosprawny – rodzina – praca*. Bydgoszcz, Wyd. Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, s. 110–121.

5. Scenariusz zajęć na temat dbałości o zdrowie dla pracowników szkoły i rodziców uczniów

Uzasadnienie potrzeby zajęć

Działania w promocji zdrowia pracowników szkoły i rodziców uczniów 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 częstości 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, inny pracownik pedagogiczny i/lub pielęgniarka szkolna, którzy przygotowują się do prowadzenia takich zajęć. Można też rozważyć zaproszenie rodzica ucznia lub innej osoby z zewnątrz, która posiada odpowiednie kompetencje.

Uczestnicy

- pracownicy pedagogiczni i niepedagogiczni szkoły,
- rodzice uczniów.

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!*³⁹ dla każdego uczestnika,
- duży arkusz ze schematem do sporządzenia grupowego profilu dbałości o zdrowie,
- pakiety złożone z 7 małych kartek (3x3 cm) spiętych zszywką,
- długopisy/ołówki, flamastry, tablica, karty typu *flipchart*, magnesy,
- kartki formatu A4 przecięte na pół w poziomie,
- materiał pomocniczy dla osoby prowadzącej zajęcia *Pojęcie „dbałość o zdrowie” i zasady zmiany zachowań zdrowotnych*.

Oczekiwane efekty

Po zajęciach ich uczestnicy:

- uświadamiają sobie, co to znaczy „dbać o zdrowie”,

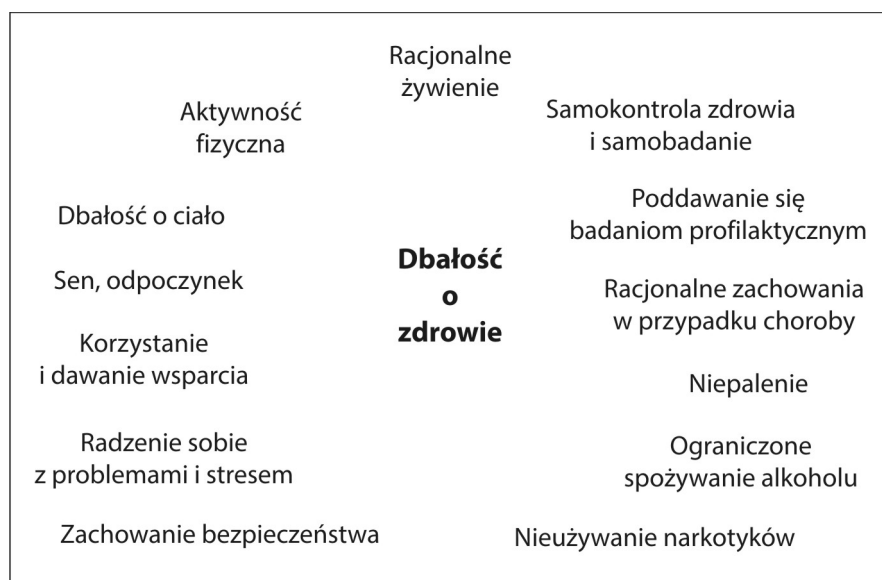
³⁹ Kwestionariusz ten jest zmodyfikowaną wersją kwestionariusza użytego do diagnozy stanu wyjściowego w projekcie „Promocja zdrowia pracowników szkoły”. Opublikowano go w artykule: M. Woynarowska-Sołdan (2013): *Sprawdź, jak dbasz o swoje zdrowie*, Dyrektor Szkoły, nr 8, s. 36–38.

- 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.

Przebieg zajęć

A. Rozumienie pojęcia „dbałość o zdrowie”

1. Poproś uczestników, aby w parach zastanowili się nad tym, co to znaczy „dbać o zdrowie”. Po chwili poproś ich o podanie pomysłów i zapisz je na tablicy w postaci mapy mentalnej (przykład: ryc. 1).
2. Podsumuj pracę uczestników, uporządkuj i uzupełnij informacje zależnie od potrzeb grupy.



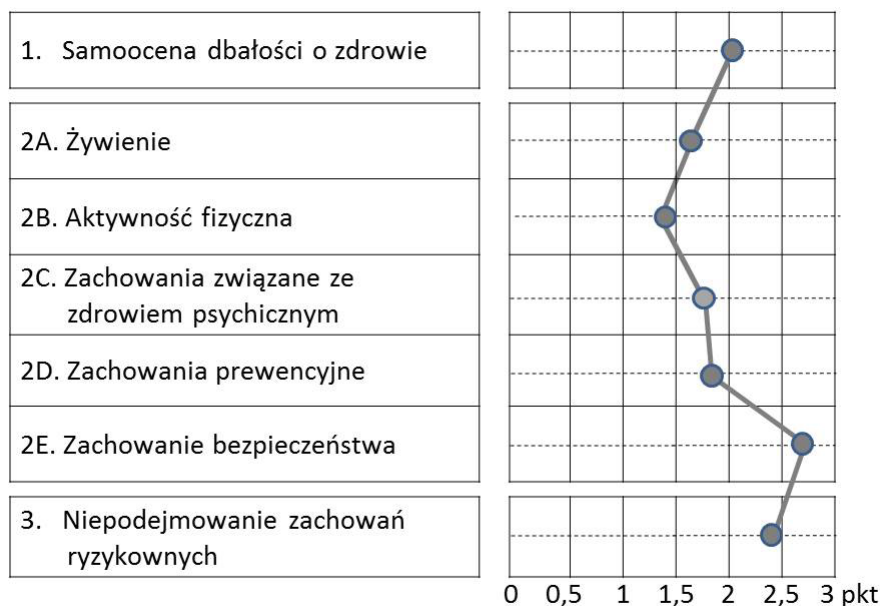
Dbać o zdrowie to znaczy:

- robić coś pozytywnego dla swego zdrowia
- nie robić czegoś zagrażającego zdrowiu

Ryc. 1. Przykład mapy mentalnej

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: ryc. 2).
 - 1.2. Zapytaj chętnych o refleksje wynikające z samooceny ich zachowań prozdrowotnych (czy łatwo im było ocenić swoje zachowanie, czy coś ich zdziwiło, zaintrygowało?). Nie proś o upublicznianie swojego profilu.



Ryc. 2. Przykład profilu dbałości o zdrowie

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 liczbę punktów, 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 2A). Tak jak poprzednio, poproś o oderwanie kartki i przekazanie jej wskazanej osobie/parze. To samo powtórz dla kolejnych obszarów z pytania nr 2 (B,C,D,E) 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 obliczeniu.

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 jakim obszarze 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. Zachęć uczestników do pomyślenia o tym, co mogliby zrobić, aby lepiej dbać o swoje zdrowie (część III ankiety). Podziel ich na grupy, rozdaj im kartki i poproś, aby każda grupa zapisała kilka swoich 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 psychicznym oraz zachowań prewencyjnych. Zapytaj, czy zostały jeszcze jakieś propozycje, których nie zakwalifikowano do ww. grup. Jeśli tak, poproś o nie. 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 co z nich wnoszą dla siebie.

Uwaga! Jeśli w czasie zajęć ujawni się potrzeba pogłębienia wiedzy lub umiejętności w zakresie jakiejś grupy zachowań zdrowotnych, rozważcie zorganizowanie na ten temat odrębnych warsztatów lub spotkań z odpowiednimi specjalistami. Warto też zgromadzić odpowiednie publikacje do użytku pracowników i rodziców uczniów, podać adresy miejsc, w których mogą oni 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 wprowadził(-ła) prozdrowotne zmiany w Twoim stylu życia.

CZĘŚĆ I.

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

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

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
2A. 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. Spożywam co najmniej 400 g warzyw i owoców dziennie.	☐	☐	☐	☐
4. Piję codziennie co najmniej 2 szklanki mleka, kefiru lub jogurtu.	☐	☐	☐	☐
5. Piję co najmniej 1,5 l wody dziennie.	☐	☐	☐	☐
6. Ograniczam spożycie tłuszczów zwierzęcych.	☐	☐	☐	☐
7. Ograniczam spożycie soli.	☐	☐	☐	☐
8. Ograniczam jedzenie słodczy.	☐	☐	☐	☐
9. Ograniczam spożycie produktów typu fast food.	☐	☐	☐	☐
10. Unikam pojadania między posiłkami.	☐	☐	☐	☐
2B. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA				
11. 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).	☐	☐	☐	☐
12. Co najmniej 2 razy w tygodniu wykonuję ćwiczenia zwiększające siłę głównych grup mięśni (np. noszenie zakupów (ciężki plecak), wchodzenie po schodach, ćwiczenia mięśni brzucha).	☐	☐	☐	☐
13. 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).	☐	☐	☐	☐
14. Ograniczam czas oglądania telewizji.	☐	☐	☐	☐
15. Ograniczam czas spędzany dla rekreacji przy komputerze, laptopie, telefonie komórkowym itp.	☐	☐	☐	☐
2C. ZACHOWANIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM				
16. Śpię w nocy około 6–7 godzin.	☐	☐	☐	☐
17. Kładę się spać o tej samej porze.	☐	☐	☐	☐
18. Poświęcam co najmniej 20–30 minut dziennie na odpoczynek (np. relaksuję się, robię to, co lubię).	☐	☐	☐	☐

Zachowania	Zawsze lub prawie zawsze 3 pkt	Często 2 pkt	Czasem 1 pkt	Nigdy lub prawie nigdy 0 pkt
19. Dobrze gospodaruję swoim czasem.	☐	☐	☐	☐
20. Dobrze radzę sobie z stresem (napięciami).	☐	☐	☐	☐
21. Pozytywnie myślę o sobie i świecie.	☐	☐	☐	☐
22. Zwracam się do innych osób o pomoc w trudnych dla mnie sytuacjach (np. do rodziny, przyjaciół).	☐	☐	☐	☐
23. Spędzam czas ze znajomymi/przyjaciółmi co najmniej 1 raz w miesiącu.	☐	☐	☐	☐
2D. ZACHOWANIA PREWENCYJNE				
24. Unikam nadmiernego opalania się (np. używam kremów ochronnych, nakrywam głowę, unikam opalania się między godz. 10 a 14).	☐	☐	☐	☐
25. Czyszczę zęby co najmniej 2 razy dziennie.	☐	☐	☐	☐
26. Chodzę do dentysty na badania kontrolne co 6 miesięcy.	☐	☐	☐	☐
27. Wykonuję pomiar ciśnienia krwi co najmniej 1 raz w roku.	☐	☐	☐	☐
28. W okresie od września do kwietnia przyjmuję codziennie witaminę D.	☐	☐	☐	☐
29. Szczepię się corocznie przeciw grypie.	☐	☐	☐	☐
30. Tylko dla kobiet: Wykonuję samobadanie piersi 1 raz w miesiącu.	☐	☐	☐	☐
31. Tylko dla kobiet: Zgłaszam się na badanie cytologiczne 1 raz w roku lub zgodnie z zaleceniami lekarza.	☐	☐	☐	☐
32. Tylko dla mężczyzn: Wykonuję samobadanie jąder 1 raz w miesiącu.	☐	☐	☐	☐
2E. ZACHOWANIE BEZPIECZEŃSTWA				
33. Zapinam pasy bezpieczeństwa w czasie jazdy samochodem osobowym.	☐	☐	☐	☐
34. Używam kasku, jeżdżąc na rowerze – <i>jeśli nie jeździsz, opuść ten punkt.</i>	☐	☐	☐	☐
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 pływam łódką, kajakiem).	☐	☐	☐	☐
37. Przestrzegam zasad bezpieczeństwa, posługując się urządzeniami elektrycznymi, maszynami oraz używając substancji chemicznych, fajerwerków.	☐	☐	☐	☐

3. **Podane niżej stwierdzenia dotyczą niepodejmowania 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 za każdy X
1. Piję alkohol sporadycznie lub nie piję go wcale.	☐
2. Nie wypijam dużej ilości alkoholu na jeden raz (nie upijam się).	☐
3. Nie palę papierosów.	☐
4. Unikam przebywania wśród osób palących papierosy.	☐
5. 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 2ABCDE 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
2A. Żywnienie	10	30		
2B. Aktywność fizyczna	5	15		
2C. Zachowania związane ze zdrowiem psychicznym	8	24		
2D. Zachowania prewencyjne	7 lub 8*	21 lub 24		
2E. Zachowanie bezpieczeństwa	4 lub 5**	12 lub 15		
3. Niepodejmowanie zachowań ryzykownych	5	15		

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

2. Profil Twojej dbałości o zdrowie

Zaznacz na wykresie liczbę punktów z pytania nr 1 oraz średnie arytmetyczne uzyskane w poszczególnych obszarach (pyt. nr 2ABCDE i 3): zaznacz kropkami odpowiednie wartości i połącz kropki linią.

1. Samoocena dbałości o zdrowie									
2A. Żywnienie									
2B. Aktywność fizyczna									
2C. Zachowania związane ze zdrowiem psychicznym									
2D. Zachowania prewencyjne									
2E. Zachowanie bezpieczeństwa									
3. Niepodejmowanie zachowań ryzykownych									
	punkty	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	

Im wyższa średnia liczba punktów, tym lepszy wynik!

3. Zastanów się:

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

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

Co zrobię? Sformułuj to konkretnie, precyzyjnie	
W jakim czasie?	
Jakie mogę mieć z tego korzyści?	
Co mi pomoże to zrobić?	
Co mi utrudni zrobienie tego? Jak mogę to przezwyciężyć?	

Powodzenia!!!

Pojęcie **dbałość o zdrowie i zasady zmiany zachowań zdrowotnych**⁴⁰

Materiał pomocniczy dla osoby prowadzącej zajęcia

Co to znaczy „dbać o zdrowie”?

Pojęcie „dbać o zdrowie” jest wieloznaczne i może być przez ludzi różnie rozumiane. Można uznać, że „dbać o zdrowie” znaczy **robić coś pozytywnego na rzecz swego zdrowia** (podejmować z pożądaną częstością zachowania sprzyjające zdrowiu) **i nie robić czegoś, co mu szkodzi** (nie podejmować zachowań ryzykownych dla zdrowia).

Zachowania zdrowotne⁴¹

Niemal wszystkie zachowania i działania jednostki mają skutki dla jej zdrowia. Te skutki mogą być pozytywne lub negatywne, stąd wyróżnienie dwóch rodzajów zachowań:

- sprzyjających zdrowiu, mających na celu wzmocnienie zdrowia, jego ochronę, utrzymanie lub przywrócenie,
- ryzykownych, które mogą być szkodliwe dla zdrowia, zwiększać ryzyko chorób.

Te zachowania są często ze sobą związane, tworzą zespół zachowań zwany stylem życia. Jest on czynnikiem istotnie determinującym zdrowie jednostki.

Na prozdrowotny styl życia składa się:

1. **Podejmowanie zachowań sprzyjających zdrowiu.** Należą do nich:

- zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym: dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, racjonalne żywienie, odpowiednia aktywność fizyczna, sen (odpowiedni czas jego trwania i jakość) i odpoczynek,
- zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym: korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, radzenie sobie z problemami i stresem,
- zachowania prewencyjne: samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym (zwłaszcza w ruchu drogowym, w pracy), bezpieczne zachowania w życiu seksualnym,
- racjonalne zachowania w przypadku choroby (np. zgłaszanie się do lekarza, przestrzeganie jego zaleceń).

2. **Niepodejmowanie/eliminowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia:** niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków, których nie zalecił lekarz, nieużywanie innych substancji psychoaktywnych.

W kontekście promocji zdrowia ważnym elementem dbałości o zdrowie jest także **tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu w środowisku życia, pracy, nauki, odpoczynku**. Uczestniczyć w tym powinni wszyscy członkowie danej społeczności, np. szkoły. Ułatwi to im podejmowanie zachowań prozdrowotnych i eliminowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia.

⁴⁰ Opracowano na podstawie: Woynarowska B. (2007): *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

⁴¹ WHO (1998), *Health promotion glossary*: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf

Dlaczego warto dbać o zdrowie?

Zdrowie uważane jest za wartość oraz zasób (bogactwo) dla jednostki i społeczeństwa:

- Zdrowie to wartość, czyli coś, co jest ważne i cenne dla jednostki i społeczeństwa, co jest ze wszech miar godne pożądanego, co łączy się z pozytywnymi przeżyciami. Z badań pt. *Diagnoza społeczna* wykonywanych wielokrotnie w latach 1992–2015 wynika, że zdrowie zajmuje pierwszą pozycję w hierarchii wartości dorosłych Polaków (tab. 1).

Tabela 1. Odsetki respondentów wskazujących w kolejnych latach poszczególne wartości jako najważniejsze warunki udanego szczęśliwego życia

Wartość	1992 N=3402	2000 N=6632	2013 N=26248	2015 N=21950
Pieniądze	37,2	39,2	29,0	28,3
Dzieci	52,3	43,4	46,1	48,7
Udane małżeństwo	56,3	58,0	50,3	50,3
Praca	26,6	30,8	32,1	30,0
Przyjaciele	4,7	4,6	10,6	11,6
Opatrzność, Bóg	16,7	16,0	12,9	13,1
Pogoda ducha, optymizm	8,5	7,8	9,2	9,5
Uczciwość	12,3	8,8	9,4	9,9
Życzliwość i szacunek otoczenia	9,0	7,8	6,7	7,2
Wolność, swoboda	3,6	3,0	4,9	6,0
Zdrowie	59,6	62,9	65,3	67,0
Wykształcenie	1,9	4,6	5,8	5,2
Silny charakter	4,0	3,4	5,8	6,3
Inne	0,5	0,6	0,9	0,8

Źródło: *Diagnoza społeczna 2015*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Vizja Press&IT, Warszawa

- Dobre zdrowie umożliwia ludziom dobre funkcjonowanie i rozwój osobisty, zawodowy i społeczny, pozwala im efektywniej wykorzystywać swoje możliwości, zaspokajać swoje potrzeby, realizować cele, osiągać dobrą jakość życia.
- Dobre zdrowie jest czynnikiem rozwoju społeczeństwa, czyni je zdolnym do tworzenia dóbr materialnych i kulturalnych, umożliwia osiągnięcie dobrobytu, zmniejsza obciążenia społeczne i ekonomiczne wynikające z chorób, niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Dlaczego ludzie nie dbają o zdrowie?

W społeczeństwie polskim istnieje znaczna rozbieżność między wysoką deklarowaną wartością zdrowia a ogólnie niskim poziomem dbałości o nie. Do przyczyn takiej sytuacji zalicza się m.in.:

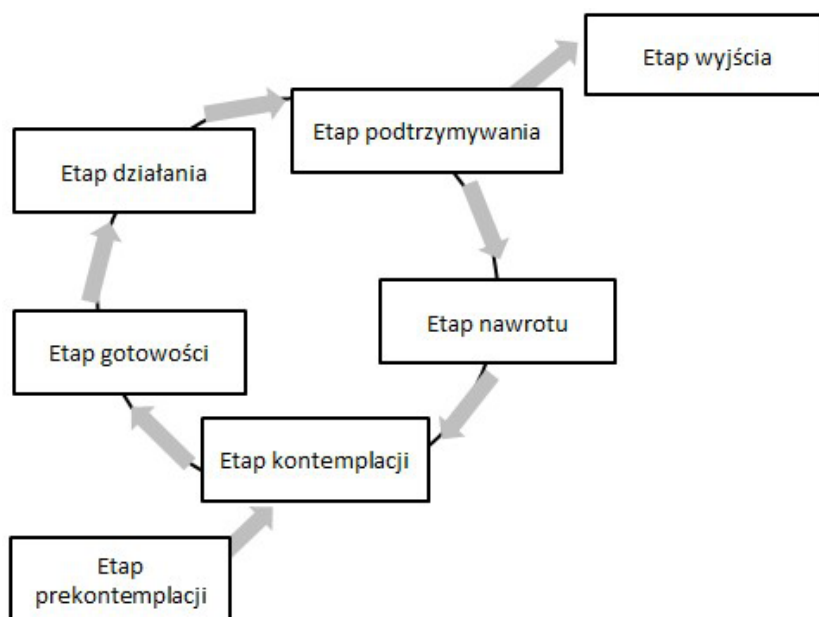
- Niedostatek wiedzy – istnieje jednak wiele wyników badań wskazujących na brak związku między poziomem wiedzy a zachowaniami zdrowotnymi oraz troską o własne zdrowie; często też odpowiedniej wiedzy nie towarzyszy chęć jej wykorzystania w praktyce (przykładem są lekarze i pielęgniarki, którzy palą papierosy).
- Gotowość ludzi do poświęcenia zdrowia, aby osiągnąć inne cele (np. karierę zawodową), mimo deklarowanej wysokiej jego wartości.
- Podejmowanie działań na rzecz zdrowia dopiero po jego utracie.

- Zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli – niektórzy ludzie uważają, że wyniki ich działań nie zależą od nich, ale od czegoś wobec nich zewnętrznego, na co nie mają wpływu lub jest on bardzo mały. Z tego powodu twierdzą, że ich zdrowie nie zależy od tego, co sami dla niego zrobią.
- Niskie poczucie własnej skuteczności – niektórzy ludzie nie wierzą w skuteczność swoich działań, w to, że mogą osiągnąć cel (z sukcesem zrealizować jakieś zadanie, nauczyć się czegoś, sprostać wyzwaniu, dokonać zmiany). Może to im przeszkadzać w angażowaniu się w działania, doprowadzaniu ich do końca, radzeniu sobie z trudnościami.

Jak przebiega proces zmian zachowań ludzi?

Zmiana zachowań (np. rzucenie palenia, podjęcie regularnych zajęć ruchowych, unikanie słodczy) jest trudna. Wymaga ona m.in. motywacji, umiejętności, wsparcia.

Przedstawiciele różnych nauk opracowali teorie i modele, które tłumaczą zmianę zachowań zdrowotnych⁴². Modelem, który wydaje się użyteczny z punktu widzenia edukacji zdrowotnej, jest transteoretyczny model zmiany zachowania J.O. Prochaski i C.C. DiClemente. Ich zdaniem, osoba dokonująca zmiany przechodzi przez cykl kolejno po sobie następujących etapów (ryc. 1). Kluczowym założeniem tego cyklu są tzw. „obrotowe drzwi” – osoba może przechodzić przez ten cykl więcej niż 1 raz, zanim nastąpi trwała zmiana w jej zachowaniach. Zdarza się też, że osoba przejdzie przez te „drzwi”, ale nie posunie się dalej. Etapy opisane przez J.O. Prochaskę i C.C. DiClemente są następujące:



Ryc. 1. Etapy zmiany zachowań zdrowotnych wg J.O. Prochaski i C.C. DiClemente

Źródło: na podstawie: Prochaska J.O., DiClemente C.C (1982), *Transtheoretical therapy: towards a more integrate model of change*, „Psychotherapy: Theory, Research and Practice”, 3, s. 276-288.

⁴² Więcej na ten temat: Contento I. (2018); *Edukacja żywieniowa*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa; Łuszczynska A. (2004): *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą?*, GWP, Gdańsk.

- **Etap prekontemplacji** – poprzedza on wejście w cykl zmiany, osoba nie myśli o zmianie, nie odczuwa jej potrzeby albo jej nie akceptuje i nie ma motywacji do jej wprowadzenia.
- **Etap kontemplacji** – wejście przez „obrotowe drzwi” w cykl zmian, osoba myśli o zmianie i rozważa możliwość jej wprowadzenia.
- **Etap gotowości** – osoba podejmuje poważną decyzję dokonania zmiany danego zachowania.
- **Etap działania** – wprowadzanie zmiany do codziennego życia i praktykowanie.
- **Etap podtrzymania** – osoba podejmuje wysiłki dla utrzymania zmiany i eksperymentuje z wykorzystaniem różnych strategii.
- **Etap nawrotu** – wielu osobom nie udaje się dokonać trwałej zmiany danego zachowania za pierwszym razem i mimo wysiłków wracają do punktu wyjścia, rozpoczynają cykl zmian od nowa.
- **Etap wyjścia** – osoba dokonała trwałej zmiany zachowania.

Obecnie uważa się, że zmiany etapów nie zawsze są linearne. Model transteoretyczny bierze pod uwagę fakt, że droga do zmiany częściej przypomina spiralę niż linię prostą, bo ludzie wielokrotnie przeskakują tam i z powrotem między etapami⁴³.

Towarzyszenie osobie zmieniającej zachowanie wymaga wiedzy, na jakim etapie zmiany zachowania się ona znajduje. Umożliwia to dobór odpowiedniej metody wspierania jej wysiłków. Edukacja zdrowotna ukierunkowana na zwiększenie świadomości i rozbudzanie potrzeby dokonania zmiany może być skuteczna w etapie prekontemplacji. W kolejnych etapach celowe są oddziaływania ukierunkowane na zwiększanie motywacji, wzmacnianie przez uświadamianie postępu, zwiększanie poczucia własnej wartości, samoskuteczności, pomoc w klaryfikacji wartości, kształtowaniu umiejętności działania.

Ogólne zasady zmiany zachowań związanych ze zdrowiem⁴⁴

1. Kształtowanie i zmiana zachowań w odniesieniu do zdrowia powinny być rezultatem swobodnego wyboru.
2. Zachowania zdrowotne powinny być powiązane z systemem wartości oraz zadaniami rozwojowymi jednostki i pozytywnie przez nią oceniane.
3. W realizowaniu swobodnych decyzji zdrowotnych powinna obowiązywać zasada stawiania sobie i innym realistycznych celów gwarantujących aktywizację poczucia własnej skuteczności.
4. Propozycje prozdrowotne i popularyzacja wiedzy o zdrowiu powinny być dostosowane do odbiorców (osób, grup) i kontekstu naturalnego, materialnego i społeczno-kulturowego.
5. Rodzaj zachowań zdrowotnych, w tym także sposoby zmiany zachowań, powinny być wynikiem wyboru lub elastycznie dostosowane do odbiorców.
6. W kształtowaniu zachowań zdrowotnych istotną rolę odgrywa wspomagające działanie grup odniesienia, społeczności lokalnej i wsparcie ze strony profesjonalistów.
7. Warto wiedzieć i umieć ocenić w praktyce, jak działają predyktory⁴⁵ zmiany zachowań, w jakiej fazie znajduje się osoba, której zachowania zdrowotne planuje się kształtować i zmieniać, oraz jaka jest jej motywacja i cele zdrowotne.

⁴³ Contento I. (2018): *Edukacja żywieniowa*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa; Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. (2008): *Zmiana na dobre*, Instytut Amity, Warszawa.

⁴⁴ Heszen I., Sęk H. (2008): *Psychologia zdrowia*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa, s. 139.

⁴⁵ Predyktor: czynnik pozwalający na przewidywanie/prognozowanie.

