

ZESZYT 10-11

Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia *w szkole*

Wydanie specjalne



Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej
Warszawa 2006

Rada Redakcyjna:
Elżbieta Nerwińska – dyrektor CMPPP
Maria Sokołowska – wicedyrektor CMPPP
Grażyna Skoczek – Pracownia Promocji Zdrowia CMPPP

Redakcja naukowa:
prof. dr hab. Barbara Woynarowska

Projekt okładki: Zespół redakcyjny

Na okładce zamieszczono rysunki autorstwa dzieci uczestniczących w pilotażu badań ewaluacyjnych

© Copyright by Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006

Wydawca: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej

Adres Redakcji: 00-644 Warszawa, ul. Polna 46a, tel. (022) 825 44 51 (do 53) w. 130, 131
tel./fax (0 22) 825 23 67
e-mail: gskoczek@cmppp.edu.pl
<http://www.cmppp.edu.pl>

Materiały edukacyjne dla nauczycieli

Publikacja finansowana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej

ISSN 1642-0659

Druk: Wydawnictwo „TRIADA” Wojciech Wicher, 42-501 Będzin, ul. Siedlecka 63
tel. (032) 267 71 73, (032) 368 84 60, fax (032) 368 84 51
e-mail: triadaww@wp.pl

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
PODZIĘKOWANIA	6

ZESZYT 10

KONCEPCJA I ZASADY TWORZENIA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE

Barbara Woynarowska, Maria Sokołowska

I. WPROWADZENIE	9
1. Związki między edukacją a zdrowiem	9
2. Podstawowe pojęcia	10
II. HISTORIA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE	13
III. KONCEPCJA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE	14
1. Ewolucja koncepcji szkoły promującej zdrowie w Polsce	15
2. Nowy model	16
3. Standardy	17
IV. STRATEGIA TWORZENIA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE	17
1. Podejście siedliskowe	17
2. Podejście „od ludzi do problemu”	18
3. Uczestnictwo społeczności szkolnej	19
4. Strategia dokonywania zmian	21
5. Demokratyzacja życia w szkole	24
V. STRUKTURA	24
1. Szkoła	24
1.1. Szkolny koordynator ds. promocji zdrowia	24
1.2. Szkolny zespół promocji zdrowia	26
2. Wspieranie pracy szkół	28
2.1. Wojewódzka sieć szkół promujących zdrowie	29
2.2. Kryteria przynależności do sieci szkół promujących zdrowie	29
2.3. Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie	30
VI. ZASADY TWORZENIA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE	30
1. Etapy pracy	31
1.1. Przygotowanie	32
1.2. Diagnoza stanu wyjściowego	35
1.3. Planowanie działań i ich ewaluacji	37
2. Ewaluacja	41
2.1. Definicje	41
2.2. Rodzaje ewaluacji	42
2.3. Odbiorcy i wykonawcy	43
2.4. Przygotowanie do ewaluacji	44
2.5. Etapy badań ewaluacyjnych	44

ZESZYT 11

NARZĘDZIA DO AUTOEWALUACJI W SZKOLE PROMUJĄCEJ ZDROWIE

WPROWADZENIE – <i>Barbara Woynarowska</i>	49
1. Zasady wyboru wskaźników i konstrukcji narzędzi	49
2. Zasady przeprowadzania autoewaluacji	50

STANDARD PIERWSZY – <i>Barbara Woynarowska, Maria Sokołowska, Izabella Lutze</i>	
WPROWADZENIE	52
1. Uzasadnienie wyboru standardu	52
2. Omówienie podstawowych pojęć zawartych w sformułowaniu standardu ..	52
3. Wymiary i wskaźniki	53
4. Metody i narzędzia	53
STANDARD DRUGI – <i>Barbara Woynarowska, Maria Sokołowska, Izabella Lutze</i>	
WPROWADZENIE	54
1. Uzasadnienie wyboru standardu	54
2. Omówienie podstawowych pojęć zawartych w sformułowaniu standardu ..	54
3. Wymiary i wskaźniki	55
4. Metody i narzędzia	56
INSTRUKCJE	57
KWESTIONARIUSZE ANKIET	63
ARKUSZE ZBIORCZE	70
RAPORT Z EWALUACJI	80
STANDARD TRZECI – <i>Maria Sokołowska, Izabella Lutze</i>	
WPROWADZENIE	83
1. Uzasadnienie wyboru standardu	83
2. Omówienie podstawowych pojęć zawartych w sformułowaniu standardu ..	83
3. Wymiary i wskaźniki	84
4. Metody i narzędzia	86
INSTRUKCJE	87
KWESTIONARIUSZE ANKIET	92
ARKUSZE ZBIORCZE	97
RAPORT Z EWALUACJI	101
STANDARD CZWARTY – <i>Magdalena Woynarowska-Sołdan</i>	
WPROWADZENIE	102
1. Uzasadnienie wyboru standardu	102
2. Omówienie podstawowych pojęć zawartych w sformułowaniu standardu ..	102
3. Wymiary i wskaźniki	103
4. Metody badania klimatu społecznego szkoły	105
INSTRUKCJE	106
KWESTIONARIUSZE ANKIET	120
RAPORT Z EWALUACJI	127
STANDARD PIĄTY – <i>Barbara Woynarowska</i>	
WPROWADZENIE	133
1. Uzasadnienie wyboru standardu	133
2. Omówienie podstawowych pojęć zawartych w sformułowaniu standardu ..	133
3. Wymiary środowiska fizycznego szkoły i wskaźniki do ich oceny	135
4. Metody oceny środowiska fizycznego szkoły	137
INSTRUKCJA DO OCENY ŚRODOWISKA FIZYCZNEGO SZKOŁY	138
ARKUSZE ZBIORCZE	140
RAPORT Z EWALUACJI	149
MATERIAŁY POMOCNICZE DO OCENY ŚRODOWISKA FIZYCZNEGO SZKOŁY – <i>Barbara Woynarowska</i>	150

WSTĘP

Mają Państwo przed sobą podwójne, specjalne wydanie zeszytów „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, przygotowane z myślą zarówno o społecznościach szkolnych, które są zainteresowane tworzeniem modelu szkoły promującej zdrowie w swoim środowisku, jak i o szkołach, które takie działania podjęły już dawno, a teraz chcą sprawdzić, w jakim stopniu udało się ten model wprowadzić w życie. Szkoły z dużym stażem chciałyby potwierdzenia i uznania ich dotychczasowych osiągnięć, dlatego w gronie koordynatorów sieci wojewódzkich uzgodnione zostały zasady awansowania szkół poprzez przyjmowanie ich do sieci krajowej na podstawie wyników autoewaluacji.

Opracowanie składa się z dwóch części. Część pierwsza pt. *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie* zawiera podstawowe informacje o historii, koncepcji, strategii, strukturze oraz etapach działań w SzPZ. Szczególnie wiele miejsca poświęcono tu zasadom ewaluacji. Zamieszczenie tej części uznaliśmy za celowe, gdyż wyczerpał się już nakład wydanej w 2000 r. książki *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*, a niektóre jej fragmenty wymagały aktualizacji. Informacje zawarte w tej części będą przydatne w interpretacji niektórych wyników badań ewaluacyjnych. W części drugiej pt. *Zasady i narzędzia do autoewaluacji w szkole promującej zdrowie* zamieszczono informacje o zasadach przeprowadzania badań ewaluacyjnych oraz materiały do ich przeprowadzenia: instrukcje, kwestionariusze ankiet, arkusze, wzory raportów z ewaluacji dla wszystkich pięciu standardów SzPZ.

Potrzeba dokonywania ewaluacji towarzyszy nam od początku rozwoju ruchu szkół promujących zdrowie (SzPZ). Według Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) promocja zdrowia jest inwestycją i ewaluacja jest niezbędną dla mierzenia jej kosztów i korzyści. Dokonywanie ewaluacji jest zadaniem trudnym ze względu na różnorodność i szeroki zakres działań oraz różne kryteria wartości podejmowanych działań. W podejściu **biomedycznym** za wartościowe uznaje się zmiany w zachowaniach ludzi, które służą poprawie ich zdrowia. W podejściu **eko-holistycznym** wartościowa jest zmiana społeczna, która sprzyja zdrowiu i ocenia się współpracę między ludźmi oraz efekty wspólnych działań.

Od kilkunastu lat poszukuje się dobrych modeli ewaluacji w promocji zdrowia. Prace takie trwają również w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ). W Polsce, w SzPZ, przyjmowano dotychczas dwa podejścia do ewaluacji *wyników*:

- ewaluacja wyników działań **krótkoterminowych**, dotyczących zwykle jednego roku szkolnego, na podstawie równocześnie budowanego planu działań i ich ewaluacji;
- ewaluacja wyników działań **długoterminowych** np. po 3 latach pracy – sprawdzenie zmian, jakie dokonały się w tym okresie w stosunku do diagnozy stanu wyjściowego.

Prezentowane opracowanie jest próbą nowego podejścia do ewaluacji w szkole promującej zdrowie. Punktem wyjścia było opracowanie nowego modelu i standardów SzPZ. W każdym standardzie wyróżniono najważniejsze wymiary (komponenty), a w ramach każdego wymiaru wskaźniki do ich pomiaru. Dla dokonania tego pomiaru opracowano odpowiednie narzędzia.

Opracowanie niniejsze jest w Polsce pierwszą próbą tak szeroko zakrojonej autoewaluacji i jedną z nielicznych w Europie. Przekazując je do użytku szkół mamy świadomość, że nie ustrzegłyśmy się błędów i niedociągnięć, oraz że dokonanie pełnej autoewaluacji jest zadaniem skomplikowanym i czasochłonnym. Zachęcamy jednak szkoły do podjęcia tego zadania. Wszelkie doświadczenia, uwagi i propozycje posłużą do zmodyfikowania i poprawienia obecnej wersji materiałów. Będziemy w tej sprawie zasięgać opinii szkół, które dokonały autoewaluacji.

PODZIĘKOWANIA

Opracowanie niniejsze jest efektem zbiorowego wysiłku – prac i dyskusji prowadzonych, w ostatnich 3 latach, w różnych grupach osób na poziomie krajowym, wojewódzkim i szkolnym. Kolejne wersje narzędzi były sprawdzane łącznie w 34. szkołach, w badaniach ankietowych i dyskusjach nad przydatnością narzędzi uczestniczyło ponad 1500 osób – nauczycieli, innych pracowników szkoły, uczniów i rodziców. Zadziwiająco i podnoszące na duchu było ogromne zaangażowanie dyrekcji szkół, szkolnych koordynatorów ds. promocji zdrowia oraz wielu nauczycieli, a także staranne, terminowe przeprowadzenie badań i wnikliwość uwag. W wielu szkołach dodatkowe obciążenie pracą (konieczność wypełniania protokołów z badań, dodatkowej dokumentacji) przyjmowane było jako wyróżnienie. Te doświadczenia na nowo uświadomiły nam jak wspaniali są LUDZIE w szkołach promujących zdrowie i jak wielkim zasobem dla systemu edukacji są te szkoły. Wszystkim Osobom uczestniczącym w pracy nad opracowaniem modelu, standardów SzPZ oraz prezentowanych niżej narzędzi serdecznie dziękujemy.

Szczególne podziękowania kierujemy do Osób, które bezpośrednio uczestniczyły w opracowaniu koncepcji badań ewaluacyjnych, metod i narzędzi oraz koordynacji i organizacji badań w szkołach. Listę tych osób podano na trzeciej stronie okładki.

Wykonanie tej pracy było także możliwe dzięki środkom uzyskanym z Sekretariatu Technicznego Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ) w Kopenhadze oraz z Ministerstwa Edukacji Narodowej. Za pomoc w uzyskaniu tych środków i wsparcie bardzo dziękujemy Panu Davidowi Rivettowi oraz Pani Halinie Różańskiej.

Autorzy

ZESZYT 10

**KONCEPCJA I ZASADY TWORZENIA SZKOŁY
PROMUJĄCEJ ZDROWIE**

Barbara Woynarowska, Maria Sokołowska

I. WPROWADZENIE

1. Związki między edukacją a zdrowiem

Istnieje wiele nagromadzonych w ostatnim stuleciu dowodów na to, że zdrowie i edukacja są ze sobą nierozłącznie związane. Prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz dobre samopoczucie psychiczne i społeczne dziecka sprzyja:

- dobrej dyspozycji do nauki – procesom koncentracji uwagi, myślenia, pamięci, przyswajaniu wiedzy, opanowaniu podstawowych umiejętności,
- motywacji do nauki i satysfakcji ze szkoły,
- rozwijaniu uzdolnień i zainteresowań oraz kreatywności,
- dobrym relacjom między członkami społeczności szkolnej.

Uczeń głodny, chory, z obniżonym nastrojem, poczuciem lęku itd. nie może dobrze funkcjonować w szkole. Różnorodne stany oraz zaburzenia zdrowia i rozwoju uczniów mogą być przyczyną lub zwiększyć ryzyko trudności w uczeniu się, niepowodzeń szkolnych, odsiewu szkolnego. Decyduje to w znacznym stopniu o dalszej karierze życiowej człowieka.

Związki między edukacją a zdrowiem można rozpatrywać z różnych punktów widzenia:

- szkoła jest siedliskiem, w którym uczniowie i pracownicy spędzają dużą część swojego życia i w którym „tworzone jest zdrowie”. Warunki środowiska fizycznego i społecznego szkoły, panujący w niej klimat społeczny i sposób zarządzania, program i metody nauczania wpływają na poczucie własnej wartości, osiągnięcia i zadowolenie z życia, a tym samym zdrowie uczniów i pracowników. Szkoła może być środowiskiem wspierającym i promującym zdrowie tylko wówczas, gdy jest zdrową organizacją;
- szkoła jako powszechna i masowa organizacja, umożliwia systematyczną edukację zdrowotną młodego pokolenia i pośrednio rodziców. Uważa się, że szkolna edukacja zdrowotna jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją w zdrowie społeczeństwa;
- edukacja, w tym zwłaszcza uczęszczanie do szkoły i kontakt z rówieśnikami, jest podstawowym elementem terapii, rehabilitacji i rewalidacji dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Pomaga im przystosować się do choroby, znaleźć swoje miejsce w życiu, zdobyć zawód, niezależność, chroni przed wtórnym kalectwem psychospołecznym;
- edukacja zdrowotna w opinii europejskich ekspertów pomaga w osiągnięciu głównego celu edukacji młodego pokolenia, ponieważ daje uczniom możliwość nabycia kompetencji (umiejętności, wiedzy i postaw), które są niezbędne do rozwoju własnej tożsamości oraz odpowiedzialnego uczestniczenia w życiu społecznym.¹
- wykształcenie człowieka wpływa w istotny sposób na jego zdrowie. Im wyższy poziom wykształcenia, tym większe zasoby dla zdrowia – szanse na dobrą pracę, zarobki, zdolność kierowania własnym życiem, radzenia sobie z trudnościami itd. Wyniki wielu badań wskazują na to, że im wyższy poziom wykształcenia, tym niższe wskaźniki umieralności i zapadalności na wiele chorób, mniej czynników ich ryzyka (np. mniejsze rozpowszechnienie palenia tytoniu, nieprawidłowości sposobu żywienia itd.).

Przedstawione wyżej argumenty uzasadniają fakt, że szkoła stała się jednym z siedlisk, w których rozpoczęto wdrażanie programów promocji zdrowia.

¹ Conference Report (2002), *Education & Health in Partnership*, International Planning Committee.

2. Podstawowe pojęcia

Zdrowie i czynniki je warunkujące

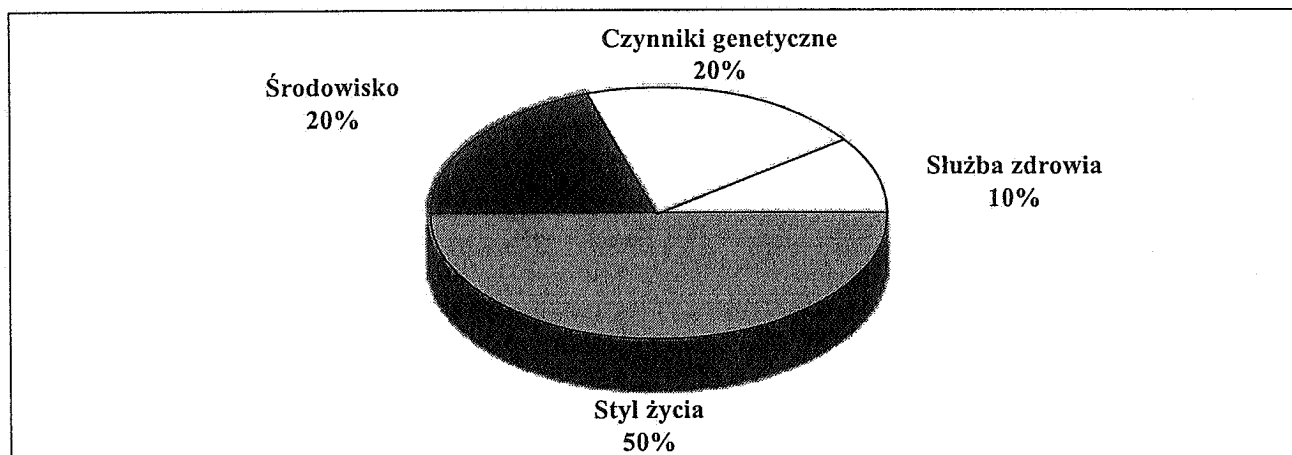
Każdy człowiek rozumie zdrowie inaczej. Mimo wielu prób, nie opracowano zadowalającej wszystkich jego definicji. Według ŚOZ „zdrowie to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”. Inne definicje ujmują zdrowie jako ogólny potencjał człowieka lub zdolność do dobrego przystosowywania się do środowiska, radzenia sobie ze zmianami i trudnościami. Zdrowie i choroba nie są to wyłącznie stany obiektywne, lecz w dużej mierze konstrukcje społeczne. Dlatego też nie jest możliwe sformułowanie jednej „ostatecznej” definicji zdrowia¹.

Nowe podejście do zdrowia i choroby zaproponował wybitny socjolog medycyny A. Antonovsky². Jego koncepcja, nazwana salutogenezą (*salus* – zdrowie) zakłada, że zdrowie i choroba są krańcami kontinuum. Każdy człowiek zajmuje pewną pozycję między biegunami „absolutnego zdrowia” i „całkowitej choroby”. Gdy buduje własne zasoby dla zdrowia i potrafi skutecznie radzić sobie ze stresorami przesuwają się w kierunku bieguna zdrowia. Koncepcja ta jest obecnie wykorzystywana w promocji zdrowia.

We współczesnym podejściu do zdrowia uwzględnia się holistyczną, czyli całościową koncepcję, która traktuje człowieka jako „całość” i „część całości”. Na tę całość składają się cztery wymiary (aspekty) zdrowia, wzajemnie ze sobą powiązane, które w uproszczeniu można opisać w następujący sposób:

- **zdrowie fizyczne** – prawidłowe funkcjonowanie organizmu, wszystkich jego układów i narządów;
- **zdrowie psychiczne**, a w jego obrębie zdrowie:
 - umysłowe – zdolność do jasnego, logicznego myślenia,
 - emocjonalne – zdolność do rozpoznawania uczuć i wyrażania ich w odpowiedni sposób; umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami, depresją, lękiem;
- **zdrowie społeczne** – zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi oraz pełnienia ról społecznych;
- **zdrowie duchowe** – u niektórych ludzi jest związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, u innych dotyczy ich osobistego „credo”, zasad, zachowań i sposobów utrzymywania wewnętrznego spokoju.

Zdrowie zależy od wielu różnorodnych czynników. Można je podzielić na 4 grupy: styl życia (ok. 50 % „udziału”), środowisko fizyczne i społeczne życia, pracy; nauki (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%), służba zdrowia (ok. 10%) – ryc. 1.



Ryc. 1. Koło czynników zdrowia wg Lalonde (1974)

¹ Melosik Z. (red.) (1999), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Wydaw. Edytor, Toruń–Poznań.

² Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Wydaw. Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Obecnie uważa się, że głównymi determinantami zdrowia są czynniki społeczno-ekonomiczne (dochody, status społeczny, poziom wykształcenia). Największym zagrożeniem dla zdrowia jest ubóstwo, niski poziom wykształcenia oraz brak wsparcia społecznego (w rodzinie, miejscu pracy, społeczności). Czynniki te znacznie zmniejszają możliwość prozdrowotnego stylu życia, ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia.

Zachowania zdrowotne i styl życia

Zachowania zdrowotne można określić jako postępowanie, działania (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Można wyróżnić:

- **Zachowania sprzyjające zdrowiu** (prozdrowotne, pozytywne): aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymywanie czystości ciała i otoczenia, zachowanie bezpieczeństwa, utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi, korzystanie i udzielanie wsparcia społecznego, twórcze rozwiązywanie problemów, radzenie sobie ze stresem, odpoczywanie i relaks, poddawanie się profilaktycznym badaniom medycznym i inne.
- **Zachowania zagrażające zdrowiu** (antyzdrowotne, negatywne): palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne.

Styl życia (sposób życia) jest pojęciem szerszym. Można go określić jako zakres i formy codziennych zachowań, specyficznych dla danego człowieka lub określonej grupy. **Prozdrowotny styl życia** to świadome wybieranie zachowań sprzyjających poprawie, utrzymaniu i ochronie zdrowia. Wybór takich czy innych zachowań uzależniony jest zarówno od wpływu środowiska, doświadczeń danej osoby, jak i nabytych przez nią w ciągu życia umiejętności, wśród których szczególne znaczenie mają umiejętności życiowe (psychospołeczne).

Profilaktyka

Pojęcie „profilaktyka” (prewencja, zapobieganie) obejmuje wszelkie działania podejmowane w celu zapobiegania czemuś, obronę przed niepożądanymi skutkami czegoś. W odniesieniu do zdrowia są to działania dla eliminowania czynników ryzyka i przyczyn chorób lub innych zaburzeń. Dzięki tym działaniom można chronić zdrowie, czyli utrzymać je na tym samym poziomie (*status quo*). Wyróżnia się trzy poziomy profilaktyki:

- **pierwotna** (pierwszorzędowa) – dotyczy całej populacji lub dużej jej części; są to działania najwcześniejsze, których celem jest uprzedzenie ewentualnego wystąpienia zagrożeń lub zaburzeń zdrowia;
- **wtórna** (drugorzędowa) – dotyczy osób ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzenia lub choroby (lub z wczesnymi, odwracalnymi jeszcze objawami); celem jej jest wczesne wykrycie objawów zaburzeń i rozpoczęcie ich leczenia lub korekcji;
- **trzeciorzędowa** – dotyczy ludzi chorych i niepełnosprawnych; jest to zapobieganie dalszym, niepomyślnym skutkom fizycznym i psychospołecznym choroby.

Edukacja zdrowotna

Istnieje wiele definicji edukacji zdrowotnej. Według T. Williamsa (1989), jednego z twórców koncepcji szkoły promującej zdrowie, *edukacja zdrowotna jest to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją*. Edukacja do zdrowia dotyczy jednostek i obejmuje przekazywanie i nabywanie (zwiększanie) lub korektę:

- świadomości i rozumienia zdrowia,
- wiedzy o zdrowiu, zasobach dla zdrowia (czyli czynnikach zwiększających jego potencjał) i czynnikach ryzyka dla zdrowia,
- postaw wobec zdrowia własnego i innych,
- umiejętności niezbędnych dla kształtowania zachowań sprzyjających zdrowiu i radzeniu sobie z nowymi sytuacjami, podejmowania właściwych decyzji i wyborów.

Edukacja zdrowotna jest nieodłącznym, komplementarnym elementem promocji zdrowia i szkoły promującej zdrowie. Aby działać na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi trzeba mieć odpowiednie kompetencje.

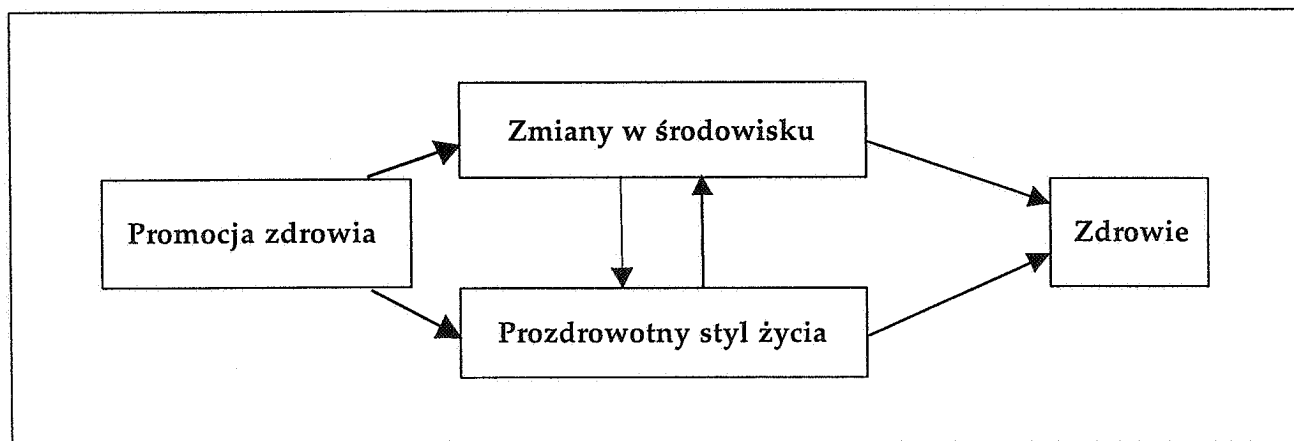
Promocja zdrowia¹

Promocja zdrowia jest nową koncepcją i strategią działań dla zdrowia. Narodziła się ona w latach 70. XX wieku. Podstawowe jej założenia sformułowano w 1986 r. w Karcie Ottawskiej w czasie I Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie (Kanada). Według tej Karty **promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem w celu jego poprawy.**

Aby lepiej zrozumieć tę definicję, zastanówmy się nad znaczeniem określeń:

- **proces** – jest to seria działań i zmian, zwykle długotrwałych, pozostających ze sobą w związku przyczynowym, które mogą podejmować ludzie dla poprawy swego samopoczucia i zdrowia;
- **ludzie** – w procesie tym uczestniczą jednostki, grupy, społeczności lokalne i całe społeczeństwo uznając, że sami ponoszą odpowiedzialność za zdrowie własne i innych;
- **kontrola** – wgląd we własne zdrowie i troska o nie, tzn.:
 - uświadomienie sobie i określenie własnych problemów zdrowotnych,
 - rozbudzenie potrzeby ich rozwiązania,
 - odkrycie własnych możliwości ich rozwiązania,
 - podjęcie decyzji,
 - działania dla poprawy zdrowia.

Działania w promocji zdrowia ukierunkowane są na kształtowanie u ludzi zachowań prozdrowotnych oraz dokonywanie zmian w środowisku życia.



Promocję zdrowia określa się także, jako sztukę interwencji w systemy społeczne i zachęcanie ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk. Nie ma bowiem, odrębnego systemu dla zdrowia (służba zdrowia koncentruje się na chorobie). Zdrowie należy „wbudować” w różne systemy społeczne i istniejące w nich organizacje, przez połączenie działań na rzecz zdrowia z ich podstawowymi celami.

Edukacja jest jednym z systemów ważnych dla zdrowia społeczeństwa. Zdrowie powinno znaleźć miejsce w całym systemie edukacji. Dotychczas promocja zdrowia znalazła możliwość wejścia do tego systemu na poziomie szkoły, dzięki rozwojowi ruchu szkół promujących zdrowie.

¹ Określenie „promocja zdrowia” jest polskim odpowiednikiem angielskiego terminu „health promotion”. Bliskie mu są określenia „tworzenie”, „krzewienie”, „doskonalenie” zdrowia, lecz nie oddają one w pełni istoty tej koncepcji. W Polsce używamy terminu promocja lub promowanie zdrowia.

Ważne dla praktyki aspekty koncepcji promocji zdrowia

- Koncentracja na zdrowiu (nie na chorobie) i jego potęgowaniu; większy potencjał zdrowia to środek do poprawy jakości życia, czyli:
 - sprawnego funkcjonowania do późnej starości,
 - większej wydajności pracy i zarobków,
 - satysfakcji z życia.
- Nadrzędny cel: kształtowanie stylu życia i środowiska (fizycznego i społecznego) sprzyjającego zdrowiu.
- Niezbędne jest uświadomienie ludziom, że oni sami:
 - podejmują decyzje i wybory w sprawie swego zdrowia (także stylu życia),
 - ponoszą odpowiedzialność za zdrowie własne, a także innych ludzi w swoim otoczeniu.
- Politycy oraz zarządzający na różnych poziomach i we wszystkich organizacjach (także w szkole) powinni zdawać sobie sprawę, że ich obowiązkiem jest tworzenie warunków, w których „zdrowe wybory będą dla ludzi łatwiejszymi wyborami”.

II. HISTORIA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE

Koncepcja szkoły promującej zdrowie ma 20 lat. Narodziła się w Europie w połowie lat 80., jako drugi po „Zdrowych miastach” projekt promocji zdrowia.

Kronika ważnych wydarzeń

Europa

- 1986 – Konferencja międzynarodowa „Szkoła promująca zdrowie” w Peebles (Szkocja), poprzedzona konferencjami w Burley (1984, Anglia) i Liege (1985, Belgia) – dojrzwienie koncepcji; wiodąca rola Anglików i T. Williamsa.
- 1989 – Raport „Zdrowa szkoła” (ang. *Healthy school*), autorzy – I. Young i T. Williams, wydany przez ŚOZ, pierwszy oficjalny dokument programowy (w nazwie analogia do „Zdrowych miast”).
- 1991 – Zainicjowanie przez Biuro Regionalne dla Europy ŚOZ projektu „Szkoła promująca zdrowie” w czterech krajach dokonujących transformacji ustrojowej: Czechy, Polska, Słowacja, Węgry.
- 1992 – Utworzenie przez trzy organizacje międzynarodowe – Komisję Europejską, Radę Europy i ŚOZ – Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ).
- 1997 – I Konferencja Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie – Saloniki–Halkidiki (Grecja). W rezolucji z tej konferencji zapisano m.in., że:
- szkoła promująca zdrowie jest inwestycją dla edukacji, zdrowia i demokracji;
 - każde dziecko i młody człowiek w Europie ma prawo i powinien mieć możliwość uczyć się w szkole promującej zdrowie.
- 2006 – Do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie należą 43 kraje.

Polska

- 1989 – Pierwsza publikacja w polskim piśmiennictwie autorstwa T. Williamsa – współtwórcy koncepcji SzPZ¹.
- 1990 – Raport ŚOZ „Zdrowa szkoła” – wersja polska.
- 1991 – Porozumienie między Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej: utworzenie Polskiego Zespołu ds. Szkół Promujących Zdrowie, rozpoczęcie projektu w 14 szkołach podstawowych, wybranych w demokratyczny sposób, spośród ok. 400 szkół, które zgłosiły chęć udziału.

¹ Williams T. (1989), *Szkoła promująca zdrowie – rzeczywistość czy mit*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 7–8, s. 193–194.

- 1992 – Przyjęcie Polski do ESSzPZ w grupie pierwszych siedmiu krajów: utworzenie pierwszej Wojewódzkiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie w woj. ciechanowskim.
- 1995 – Zakończenie i ewaluacja projektu „Szkoła Promująca Zdrowie”: wojewódzkie sieci utworzono w 23 województwach, należało do nich ok. 350 szkół, przedszkoli i innych placówek oświatowo-wychowawczych.
- 1996 – I Konferencja Szkół Promujących Zdrowie w Lesznie.
- 1998 – II Krajowa Konferencja Szkół Promujących Zdrowie w Gdańsku: do 31 wojewódzkich sieci należy ponad 600 szkół i innych placówek, a ponad 300 „niezrzeszonych” podejmuje działania we własnym zakresie.
- 1999 – Nowy podział administracyjny kraju – reorganizacja wojewódzkich sieci, utworzenie pierwszej, nowej sieci w woj. podkarpackim; utworzenie Pracowni Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Krajowym Ośrodku Wspierania Edukacji Zawodowej – początek budowania infrastruktury dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w systemie edukacji (w 2003 r. pracownia ta została przeniesiona do Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej).
- 2000 – Porozumienie między Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia z dnia 1 września 2000 r. w sprawie wspierania edukacji zdrowotnej w szkole oraz rozwoju sieci szkół promujących zdrowie (na lata 2000–2002).
- 2006 – Sieci wojewódzkie istnieją we wszystkich 16 województwach, należy do nich ponad 1200 szkół; istnieją także sieci powiatowe i miejskie. Opracowano nowy model i standardy SzPZ oraz wskaźniki i narzędzia do ich pomiaru.

W 1996 r. koncepcja SzPZ została upowszechniona na całym świecie. Kwatera Główna ŚOZ w Genewie zainicjowała tworzenie sieci szkół promujących zdrowie na innych kontynentach. Jest to tzw. „Inicjatywa promocji zdrowia przez szkołę”. Uczestniczymy zatem w ogólnoświatowym ruchu na rzecz tworzenia zdrowszego społeczeństwa.

III. KONCEPCJA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE

Koncepcja szkoły promującej zdrowie jest bezpośrednio powiązana z założeniami promocji zdrowia. Ze względu na bardzo szeroki zakres działań, różnorodność potrzeb i priorytetów różnych szkół funkcjonujących w różnych kulturach i warunkach, trudno ustalić definicję SzPZ.

W okresie minionych 15 lat rozwoju w Europie ruchu szkół promujących zdrowie trwała dyskusja nad tym, czym jest szkoła promująca zdrowie, jakie są jej główne cele, cechy i model. Kierunki działań ustalono w czasie dwóch międzynarodowych konferencji (1997 r. Saloniki–Halkidiki, Grecja 2002 r.; Egmond, Holandia). Obecnie w ESSzPZ przyjmuje się **eko-holistyczny model szkoły promującej zdrowie**¹. Zakłada on istnienie powiązanych wzajemnie ze sobą pięciu kluczowych elementów „wewnątrz” szkoły oraz oddziaływanie czynników zewnętrznych, związanych z legislacją, polityką i inicjatywami w resorcie zdrowia i edukacji na poziomie międzynarodowym, krajowym, regionalnym i lokalnym. Wskazuje to, że działania dla tworzenia SzPZ nie mogą ograniczać się do samej szkoły, lecz muszą być powiązane i wspierane przez resorty edukacji i zdrowia na różnych poziomach.

Aktualnie w krajach należących do ESSzPZ istnieje zróżnicowane podejście i różnorodne modele SzPZ². Międzynarodowe organizacje, które zainicjowały i wspierają tę sieć zaakceptowały ten pluralizm, wynikający ze specyficznej sytuacji kulturowej, politycznej

¹ Woynarowska B., Stępnia K. (2002), *Ewolucja koncepcji i modelu szkoły promującej zdrowie w Europie*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 49, 12, s. 3–6.

² Woynarowska B., Stępnia K. (2002), *Cele i modele szkoły promującej zdrowie w różnych krajach Europy*, Edukacja, 4, s. 76–83.

i ekonomicznej w różnych krajach. Uważa się, że nie jest możliwe, a nawet nie jest wskazane, tworzenie jednego modelu SzPZ. Każdy model jest wynikiem **dialogu** i konsensusu między jego „konstruktorami”, zależy od uznawanych wartości i specyficznego kontekstu, w jakim jest tworzony. Szkoła promująca zdrowie jest raczej **procesem** dokonującym się w określonym kontekście, a nie efektem wdrażania ogólnie ustalonych zasad.

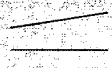
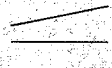
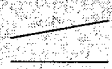
1. Ewolucja koncepcji szkoły promującej zdrowie w Polsce

Rozpoczynając w 1992 r. projekt „Szkoła promująca zdrowie” przyjęto, że SzPZ ma trzy główne cechy¹:

1. Edukacja zdrowotna jako nieodłączny element programu nauczania.
2. Etos zdrowia w szkole (czyli jej „ukryty” program) – środowisko fizyczne i społeczne, atmosfera oraz polityka i organizacja, wspierające edukację zdrowotną i sprzyjające zdrowemu stylowi życia oraz dobremu samopoczuciu członków społeczności szkolnej.
3. Współdziałanie z rodzicami i społecznością lokalną – „wyjście” działań na rzecz zdrowia poza mury szkoły.

W trakcie realizacji tego projektu przyjęliśmy wspólnie, że:

Szkoła promująca zdrowie to **siedlisko** (czyli miejsce, w którym żyje, pracuje, uczy i bawi się wielu ludzi, obowiązują w nim specyficzne normy i prawa, każdemu przypisane są pewne obowiązki), w którym **społeczność szkolna – pracownicy i uczniowie**:

- | | | | |
|---|-------|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • podejmują wspólne działania dla poprawy swego zdrowia i samopoczucia | przez |  | <ul style="list-style-type: none"> zmianę zachowań zdrowotnych, tworzenie zdrowego środowiska fizycznego i społecznego; |
| <ul style="list-style-type: none"> • uczą się jak zdrowiej i lepiej żyć | przez |  | <ul style="list-style-type: none"> edukację zdrowotną, rozwój osobisty, społeczny i zawodowy; |
| <ul style="list-style-type: none"> • zachęcają innych w swym otoczeniu, zwłaszcza rodziców, do podobnych działań | przez |  | <ul style="list-style-type: none"> otwartość i dialog, partnerstwo, współdziałanie. |

Po upływie 10 lat zaistniała potrzeba „rekonceptualizacji” przyjętych wcześniej zasad. Potrzeba ta wynika ze zmian, które dokonały się w tym czasie:

- W Europie: rozwój ESSzPZ (należą do niej 43 kraje), wytyczanie nowych kierunków działań (eko-holistyczny model, rezolucje ww. konferencji międzynarodowych, podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych), poszukiwanie metod ewaluacji i dowodów (ang. *evidence*) skuteczności działań;
- W Polsce:
 - zmiany związane z reformą systemu edukacji: wprowadzenie ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna”, upowszechnienie w nauczaniu metod aktywizujących i interaktywnych (w tym metody projektu), mierzenie jakości pracy szkoły;
 - upowszechnienie ruchu SzPZ na terenie całego kraju;
 - mnogość projektów o zasięgu ogólnokrajowym (np. „Szkoła z klasą”, „Szkoła ucząca się”);
 - dostępność certyfikatów dla szkół (np. „Zielony Certyfikat”, „European Label”).

Dyskusję nad potrzebą nowego podejścia i opracowaniem standardów SzPZ podjęto w 2002 r. Rozmowy w tej sprawie były prowadzone w czasie kolejnych „szkół letnich”, spotkań wojewódzkich koordynatorów ds. szkół promujących zdrowie, spotkań wizyta-

¹ Raport „Zdrowa Szkoła” – Szkocka Grupa Edukacji Zdrowotnej i ŚOZ (1989), Wydanie w jęz. polskim 1990 r., Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

torów kuratoriów oświaty oraz w trakcie uczestnictwa w kolejnych spotkaniach organizowanych przez ESSzPZ. W wyniku tych dyskusji opracowano przedstawiony niżej nowy model oraz standardy SzPZ w Polsce.

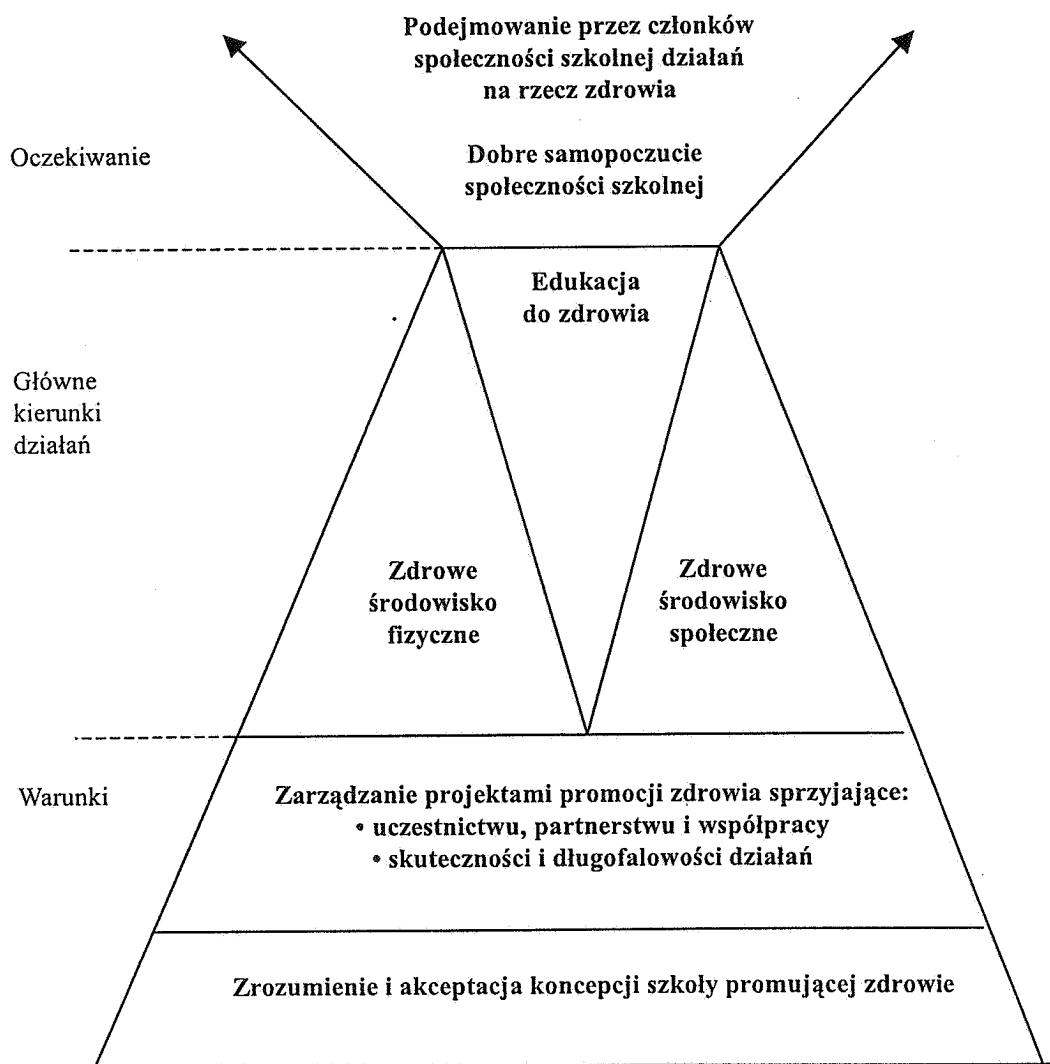
2. Nowy model

Przyjęto następującą „definicję” SzPZ:

Szkoła promująca zdrowie tworzy warunki i podejmuje działania, które sprzyjają:

- dobremu samopoczuciu członków społeczności szkolnej,
- podejmowaniu przez członków społeczności szkolnej działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi oraz tworzenia zdrowego środowiska.

W konstrukcji modelu SzPZ wykorzystano koncepcję „trójkąta” hierarchii potrzeb A. D. Maslowa¹. U podstawy tego trójkąta znajdują się dwa poziomy odpowiadające warunkom, jakie powinny być stworzone, aby działania podejmowane w SzPZ były skuteczne. W środkowej części modelu określono trzy główne kierunki działań. Górna część trójkąta, odpowiadająca oczekiwanym efektom, zamiast wierzchołka, jest otwarta, oznacza dalszy rozwój ludzi.



Ryc. 2. Polski model szkoły promującej zdrowie

¹ Maslow A. D. (1990), *Motywacja a osobowość*, Instytut Wydawniczy „Pax”, Warszawa.

3. Standardy

Przyjęty model SzPZ stanowił punkt wyjścia do opracowania pięciu standardów.

Standardy szkoły promującej zdrowie

Szkoła promująca zdrowie dąży do osiągania celów i realizuje zadania określone w podstawach programowych kształcenia ogólnego i innych obowiązujących aktach prawnych i ponadto:

1. Pomaga członkom społeczności szkolnej (w tym rodzicom) zrozumieć i zaakceptować koncepcję szkoły promującej zdrowie.
2. Zarządza projektami promocji zdrowia w sposób sprzyjający:
 - uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu społeczności szkolnej (w tym rodziców) i społeczności lokalnej,
 - skuteczności i długofalowości działań.
3. Prowadzi edukację zdrowotną uczniów i pracowników oraz dąży do zwiększenia jej jakości i skuteczności.
4. Tworzy klimat społeczny sprzyjający:
 - osiągnięciu satysfakcji z nauki i pracy w szkole, osiągnięciu sukcesów oraz wzmacnianiu poczucia własnej wartości u uczniów i pracowników,
 - zdrowiu i rozwojowi uczniów i pracowników,
 - uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu członków społeczności szkolnej, rodziców i osób ze społeczności lokalnej.
5. Tworzy środowisko fizyczne sprzyjające zdrowiu, bezpieczeństwu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników.

Są to standardy jakości pracy szkoły w zakresie promocji zdrowia. Można nazwać je także standardami „sposobności”. Dwa pierwsze standardy odnoszą się do dwóch dolnych poziomów modelu. Standard 3, 4, 5 dotyczy głównych kierunków działań (środek modelu). Standardy te spełniają dwie funkcje:

- wyznaczają główne kierunki pracy (cechy) SzPZ. Opisują one jej model oraz specyfikę wyróżniającą te szkoły od innych, które nie podjęły się tworzenia SzPZ. Przy tym szerszym pojęciu niektóre standardy „zazębiają się”;
- stanowią punkt wyjścia do programowania ewaluacji SzPZ, czyli sprawdzania, w jakim stopniu szkoła zbliża się do poziomu, który można by uznać za „idealny”.

IV. STRATEGIA TWORZENIA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE

Tworzenie SzPZ, ze względu na szeroką jej koncepcję, wymaga zastosowania wielu strategii¹ wynikających z zasad promocji zdrowia i skutecznego rozwiązywania problemów.

1. Podejście siedliskowe

Podejście siedliskowe jest w promocji zdrowia kwestią kluczową. Siedlisko (ang. *setting*) jest określane m.in. jako:

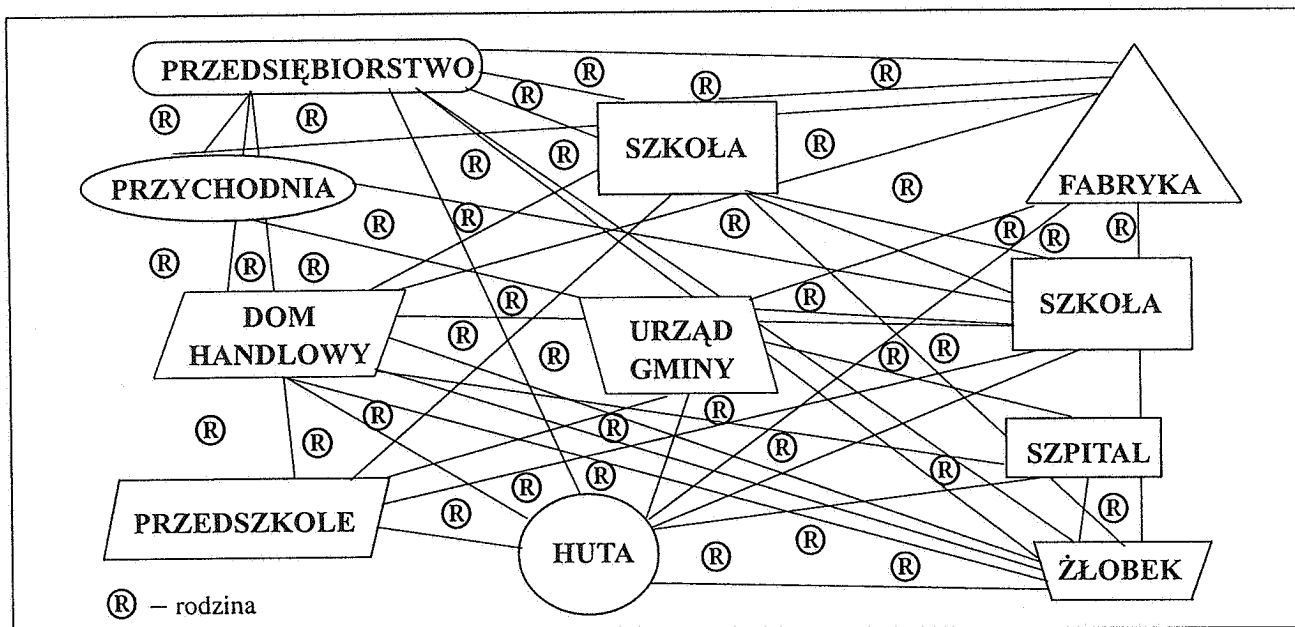
- miejsce, gdzie ludzie żyją, pracują, bawią się i korzystają z różnych świadczeń,
- organizacja mająca specyficzną strukturę, zasoby, funkcje,
- system społeczny (całość), który zmienia się, aby promować zdrowie (a nie miejsce, w którym podejmowane są działania związane z promocją zdrowia)².

¹ Strategia – teoria i praktyka (sposób) przeprowadzania jakichś działań, zwykle na większą skalę – Dunaj B. (red.) (1996), *Słownik współczesnego języka polskiego*, Wilga, Warszawa, s. 1067.

² Grossmann R., Scala K. (1997), *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

Podejście siedliskowe oznacza, że obiektem działań w promocji zdrowia są *systemy społeczne* a nie jednostki. Jest to podejście uczestniczące („Co ludzie mogą sami zrobić dla swego zdrowia i w czym możemy im pomóc?”), a nie paternalistyczne („Co my możemy zrobić dla zdrowia ludzi?”).

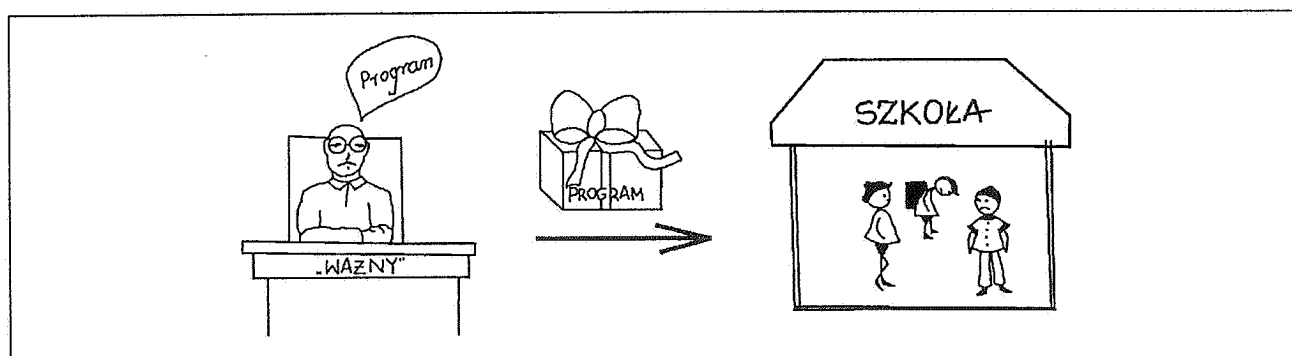
W odniesieniu do SzPZ przyjęto, że szkoła jest siedliskiem powiązanim z innymi siedliskami w danej społeczności lokalnej (ryc. 3). Działania w zakresie promocji zdrowia, które podejmuje szkoła, powinny być wspierane przez równoczesne działania w innych siedliskach, zwłaszcza przez rodziny.



Ryc. 3. Schemat powiązań między siedliskami w społeczności lokalnej

2. Podejście „od ludzi do problemu”

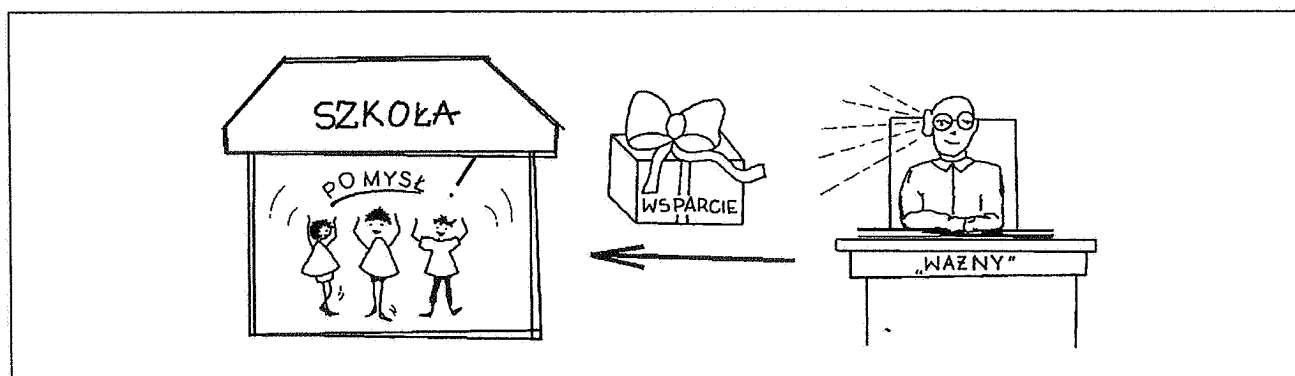
W tradycyjnym podejściu „od problemu do ludzi” (ryc. 4) problemy priorytetowe są ustalane poza szkołą (np. na szczeblu centralnym, wojewódzkim). Tam też przez specjalistów opracowywane są programy rozwiązywania problemów („ważny”). Szkoły otrzymują propozycję (często zlecenie lub nakaz) ich realizacji. Ludzie zwykle są mało zainteresowani rozwiązywaniem problemów zaleconych (narzuconych) przez innych. Aby więc uniknąć negatywnej oceny ze strony osób nadzorujących, uruchamiają mechanizmy obronne lub podejmują działania pozorne (dla kontroli, statystyki).



Ryc. 4. Podejście tradycyjne – „od problemu do ludzi”

Podejście „od ludzi do problemu” zakłada, że ludzie (społeczność szkolna oraz osoby spoza szkoły wspierające i współpracujące) sami identyfikują własne problemy, wybierają te, które są dla nich ważne (priorytetowe) i podejmują działania prowadzące do ich

rozwiązania. Mają własne pomysły. Osoby z zewnątrz („ważny”) wspierają te działania, lecz nie narzucają szkole swoich programów i pomysłów (ryc. 5).



Ryc. 5. Podejście nowe „od ludzi do problemu”

3. Uczestnictwo społeczności szkolnej

Szkołę promującą zdrowie tworzą przedstawiciele społeczności szkolnej sami dla siebie. Ważnym wsparciem może być dla nich zainteresowanie i zaangażowanie w ten proces przedstawiciele społeczności lokalnej. Najważniejsze jest jednak, aby to uczniowie, pracownicy szkoły i rodzice czuli się autorami i realizatorami, czyli „właścicielami” wprowadzanych zmian. „Uczestniczyć” wg słownika języka polskiego oznacza: „współdziałać w jakiejś akcji”, „mieć swój udział, swoją część”. Realizacja w praktyce podejścia „od ludzi do problemu” wymaga, aby możliwie jak najwięcej osób aktywnie uczestniczyło w diagnozowaniu problemów szkoły, miało wpływ na wybór tych, które będą rozwiązywane w pierwszej kolejności, było zaangażowanych w planowanie i realizację działań służących poprawie sytuacji w szkole oraz w ocenę efektów podjętych działań. Ci, którzy nie chcą aktywnie włączyć się w te przedsięwzięcia powinni być przynajmniej informowani o ich przebiegu. Szczególne znaczenie ma zapewnienie uczestnictwa uczniów w tych działaniach. Warto przypomnieć, że w Rezolucji z Egmond, która jest dokumentem programowym szkół promujących zdrowie, znajduje się następujące określenie: *Szkoła promująca zdrowie zwiększa możliwości młodych ludzi do podejmowania działań i dokonywania zmian. Jest miejscem, w którym młodzi ludzie pracując razem z nauczycielami i innymi osobami, mogą osiągnąć sukces. Wzmacnianie młodych ludzi, wspieranie ich wizji i idei, umożliwia im wpływ na ich życie i warunki życia.* (WHO, 1997)

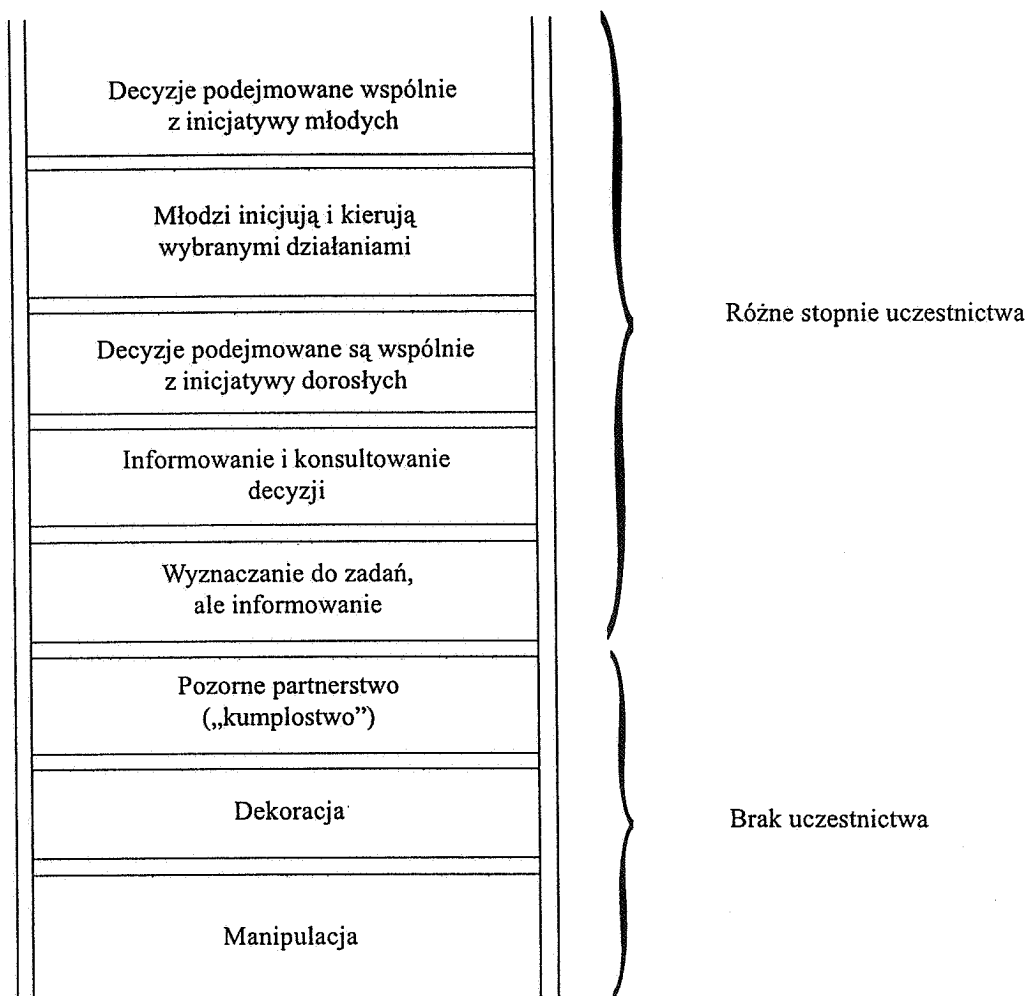
W różnych koncepcjach psychologicznych można znaleźć argumenty potwierdzające słuszność przyjętego założenia. Wg Rogera Harta *Uczestnictwo umożliwia dzieciom rozwijanie autonomii i odpowiedzialności nie prowadząc do zależności, ale pomagając im zrozumieć niezależność. To z kolei pomoże im stać się odpowiedzialnymi obywatelami*¹ w tym odpowiedzialnymi za zdrowie własne i innych ludzi. Argumentów dostarcza również teoria rozwoju moralnego J. Piageta i L. Kohlberga: *Współdziałanie zmusza (...) jednostkę do zajmowania cudzego punktu widzenia, aby porównać go z własnym, a tym samym uczy (...) podejmowania ról. Jedynie wtedy możliwe jest wykształcenie się moralności autonomii*². Dlatego w pełni uzasadnione jest traktowanie aktywnego uczestnictwa uczniów w działaniach szkoły promującej zdrowie za sprawę kluczową, fundamentalną.

Rzeczywiste i pozorne uczestnictwo uczniów w działaniach z dorosłymi

Udział uczniów w jakimś przedsięwzięciu nie zawsze jest równoznaczny z ich rzeczywistym uczestnictwem. Dobrą ilustracją w tym zakresie jest „drabina uczestnictwa” – model zaprezentowany przez Rogera Harta z City University of New York na konferencji w Egmond (ryc. 6).

¹ Hart R. (2002), *Conference Report „Education & Health in Partnership”*. International Planning Committee.

² Jakubowska-Branicka I. (2003), *Stosunek do prawa w rozwoju myślenia moralnego i prawnego dzieci i młodzieży a stosunek do prawa dorosłych*, w: *O prawie i obyczajach w społeczeństwie*, Uniwersytet Warszawski, Prace ISNS nr 5, Warszawa.



Ryc. 6. „Drabina uczestnictwa” wg Rogera Harta

Model ten w dolnej części zawiera takie formy kontaktu dorosły–młody, które bywają mylone z uczestnictwem młodych, a w rzeczywistości nim nie są. Pierwszy szczebel to **manipulacja**, tak częsta w kontaktach dorosły–młody, kiedy ten drugi wykorzystywany jest do realizacji celów pierwszego. Młodzież zauważa to chociażby na przykładzie wielu źle działających samorządów szkolnych: osoby teoretycznie reprezentujące interesy młodych tak naprawdę wykonują zadania, z którymi dorośli mają problem, często zupełnie nieświadomie są ich „prawą ręką”.

Kolejny szczebel to młodzi wykorzystywani jako **dekoracja** w czasie imprez czy uroczystości: śpiewają, deklamują chociaż nie wynika to z ich osobistych potrzeb czy ochoty. Kolejny szczebel pokazuje szczególnie niebezpieczny rodzaj kontaktu **pozorne partnerstwo** – „kumpłostwo” – dorosły jest nieautentyczny, odgrywa rolę pobłażliwego, „patrzącego przez palce”, zachowuje się „jak młody”, idzie na drobne ustępstwa „dla świętego spokoju” lekceważąc prawdziwe, istotne potrzeby młodego człowieka.

Kolejne szczeble drabiny ukazują rzeczywiste uczestnictwo młodych w kontaktach z dorosłymi, w których mamy do czynienia z **otwartą komunikacją oraz różnymi stopniami dopuszczenia młodych do współdecydowania**. Są to kolejno:

- wyznaczanie młodym osobom zadań, ale informowanie o ich celu, znaczeniu, przydatności;
- informowanie wzbogacone jest o konsultowanie z młodymi osobami wyboru zadań;
- decyzje podejmowane są wspólnie, jednak z inicjatywy dorosłych;
- młodzi ludzie inicjują i kierują realizacją wybranych działań;
- decyzje podejmowane są wspólnie z inicjatywy młodych ludzi.

Warto podkreślić, że na każdym szczeblu drabiny obecność nauczyciela jest niezbędna, nigdy nie zostawia on uczniów samym sobie, zawsze ma do odegrania ważną rolę. Na-

uczyciele ze szkół promujących zdrowie uczestniczący w warsztatach na ten temat¹ zwrócili uwagę na możliwość wystąpienia następujących nieprawidłowości w próbach partnerskiego traktowania uczniów:

- deprecjonowanie roli dorosłych, zaburzenia dyscypliny pracy, wymknięcie się procesu dydaktyczno-wychowawczego spod kontroli dorosłych;
- „oddanie pola” młodym wraz z przerzuceniem na nich odpowiedzialności;
- kształtowanie zawyżonej samooceny aktywnych młodych ludzi (nieodpowiedniej do rzeczywistych możliwości, umiejętności, dokonań), zmanierowanie, minoderia.

Pomimo tych zastrzeżeń uczestniczący w warsztatach nauczyciele byli rzecznikami partnerstwa w szkole, zauważając w tym następujące korzyści nie tylko dla uczniów ale i dla siebie:

- lepsze poznanie potrzeb, oczekiwań i aspiracji uczniów oraz lepsze dostosowanie do nich procesu edukacyjnego;
- zdobycie przez młodych wielu umiejętności życiowych;
- wykorzystanie energii młodych ich zapału i twórczych możliwości;
- zmniejszanie „przepaści” międzypokoleniowej, uczenie się od młodzieży, która stanowi ważne źródło wiedzy o zmieniającym się świecie, może być łącznikiem pomiędzy teraźniejszością i przyszłością.

Zabezpieczeniem przed ewentualnymi nieprawidłowościami mogą być wszelkie formy kontraktów zawieranych pomiędzy nauczycielem i uczniami. Równocześnie godne polecenia są te formy pracy, które pozostawiają uczniom pole do samodzielnego działania, a mając określoną strukturę pozwalają na kontrolowanie przebiegu działań przez obie strony. Nie ma wtedy obaw o zakłócenie procesu dydaktyczno-wychowawczego. Przykład stanowić może stosowanie metod aktywizujących oraz praca metodą projektów.

W Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie w projekcie Young Minds sprawdzono przydatność w pracy z młodzieżą podejścia IVAC (ang. *Investigations, Visions, Actions and Changes*), w ramach którego uczniowie szukają samodzielnie odpowiedzi na stawiane sobie kolejno pytania, przechodząc następujące etapy:

- badanie zagadnienia/problemu (*Dlaczego to zagadnienie jest dla nas ważne? Jak wpływa na nasze zdrowie – teraz/w przyszłości?*),
- rozwój wizji (*Jak powinno być – jaka jest nasza wizja, marzenie?*),
- działanie i zmiana (*Jakie zmiany w nas samych, w klasie, w społeczności doprowadzą do realizacji naszych wizji? Jakie działania zainicjujemy?*).

Zastosowanie tej procedury może również nie przynieść oczekiwanych rezultatów jeżeli taki projekt potraktowany zostanie jak „sztuka dla sztuki” i dorośli nie będą zainteresowani efektami pracy i nie będą chcieli pomóc uczniom we wprowadzaniu w życie pozytywnych zmian, które zaplanowali oni w projekcie.²

4. Strategia dokonywania zmian

Tworzenie szkoły promującej zdrowie polega na wprowadzaniu wielu zmian. Nie jest ona sumą kilku pojedynczych innowacji (np. programów autorskich). Wprowadzane zmiany mają charakter systemowy, tzn. dotyczą wszystkich sfer funkcjonowania szkoły. Zmianą można kierować tak jak każdym innym przedsięwzięciem.

Wdrażanie zmiany jest procesem twórczym, ale towarzyszą mu różnorodne zachowania (np. opór wobec zmiany przejawiający się w różnej formie) i emocje ludzi. Emocje te mogą być negatywne i pozytywne. Ważne jest, aby ludzie rozumieli istotę procesu zmian. Nabycie przez pracowników SzPZ umiejętności radzenia sobie ze zmianami, kierowania

¹ Warsztaty zorganizowane w 2002 r. przez UNICEF, UNDP, Fundację „Maraton” oraz Pracownię Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia KOWEZ, pn.: Tworzenie warunków aktywnego uczestnictwa młodych w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki.

² W projekcie Young Minds realizowanym w Danii uczniowie zaproponowali konkretne rozwiązania dotyczące organizacji transportu w mieście, które zostały przedstawione do publicznej dyskusji i uwzględnione w planie rozwoju miasta.

nimi, ułatwi im przystosowanie się do zmian, jakie niesie okres transformacji ustrojowej i reforma systemu edukacji. Umiejętności te są istotnym zasobem dla zdrowia.

Etapy procesu zmian

W procesie zmian można wyróżnić trzy powiązane ze sobą etapy: inicjacja, wdrożenie, instytucjonalizacja (tab.1). Aby zmiana była naprawdę skuteczna, niezbędne są wszystkie trzy etapy. Często zdarza się w praktyce, że wysiłki kończą się na wdrożeniu, bez dalszej konsekwentnej realizacji, wprowadzenia zmiany do codziennego życia danej instytucji. Aby osiągnąć sukces, w każdym etapie niezbędne są odmienne strategie działań.

Tabela 1. Etapy procesu zmian (wprowadzania systemowych innowacji) wg Hopkinsa 1995¹

I. 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, presja w szkole i poza nią, dostępność środków i konsultacji, warunki i organizacja szkoły.
Szansa sukcesu, gdy innowacja:	<ul style="list-style-type: none"> – „narodziła” się w szkole („na dole”) lub wynika z jej potrzeb, – jest przedstawiona w sposób jasny i uporządkowany, – jest rozumiana i aktywnie wspierana przez osoby znaczące, – jest ważna i dobrej jakości.
II. 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, presja z zewnątrz, umiejętności i zrozumienie istoty zmian, widoczne efekty, pierwsze sukcesy, przejęcie od odpowiedzialności za wdrożenie przez nauczycieli.
Szansa sukcesu, gdy:	<ul style="list-style-type: none"> – wyraźnie ustalone zadania i koordynacja (dyrektor, koordynator, konsultant z zewnątrz), – wspólna kontrola przebiegu wdrożenia, dobre relacje między wykawcami na różnych poziomach, – presja z różnych stron, obstawanie przy dobrym wykonaniu („dobrej robocie”), wsparcie, – odpowiednie i systematyczne kształcenie ludzi i wsparcie z zewnątrz (budowanie umiejętności osobistych ludzi i sprawności szkoły jako instytucji), – nagradzanie i wzmacnianie nauczycieli od samego początku (np. wspólne spotkania, pomoc w pracy, zmniejszenie obciążenia, dodatkowe pomoce i środki).
III. INSTYTUCJONALIZACJA – innowacja jest postrzegana nie jako coś nowego, lecz staje się częścią rutynowej działalności szkoły.	
Główne działania:	<ul style="list-style-type: none"> – włączenie zmiany do struktur, organizacji i zasobów (środków) szkoły, – eliminacja współzawodnictwa i przeciwstawnych działań, – ścisły związek z innymi wysiłkami, np. w zakresie zmian programu, metod uczenia, – odpowiednia liczba osób kształcących nauczycieli, doradców, służących pomocą szkole.

Praktyczne zasady strategii dokonywania zmian i kierowania nimi

Podane niżej zasady zostały ustalone w czasie realizacji projektu „Szkoła promująca zdrowie”.

¹ Hopkins D. (1995), *Healthy school, healthy student, development strategies for school effectiveness.*

- **Bądź realistą z pozytywnym nastawieniem do samego siebie.** Zapytaj: Jakie są moje mocne i słabe strony? Kim jestem? Nie porywaj się na sprawy, którym nie możesz podolać. Bądź przyjacielem samego siebie i pozytywnie myśl o swoich możliwościach. Jeśli uwierzysz w siebie, inni zrobią to samo.
- **Poszukaj ludzi, którzy są chętni i będą pracować z tobą.** „Samotny bohater” nie może zrobić zbyt wiele. Twórz lobby wśród ludzi, którzy mają większe niż ty doświadczenie. Zachęć tych, którzy są w hierarchii zawodowej na niższym poziomie, aby cię poparli. Współpracuj z ludźmi, a nie rywalizuj z nimi.
- **Pytaj innych o zdanie i naucz się ich słuchać.** Osoba, która jest słuchana, czuje się rozumiana, interesująca i ważna. Pamiętaj, że pracujecie razem. Nie upieraj się przy własnych pomysłach.
- **Pracuj rozsądniej a nie ciężiej.** Przy nadmiarze pracy możesz się „wypalić”. Starannie wybieraj priorytety i planuj pracę.
- **Miej jasną wizję tego, co chcesz osiągnąć.** Wizja ta pomoże ci przetrwać trudne chwile, nie rozpraszać się i dojść tam, gdzie zamierzałeś dojść.
- **Oceń aktualną sytuację, z której „startujesz”,** czyli, dokonaj diagnozy stanu wyjściowego.
- **Określ konkretne i osiągalne w danej sytuacji cele.** Staraj się, aby były one serią „małych kroków”, które stopniowo, jeden po drugim, doprowadzą cię do celu. Każdy pojedynczy krok może nie wydawać ci się imponujący, ale stopniowo może powstać wielka rzecz.
- **Do celu możesz dojść różnymi drogami i we własnym tempie.**
- **Bądź elastyczny.** Obserwuj, co się dzieje wokół ciebie i w razie potrzeby modyfikuj zaplanowane wcześniej działania.
- **Przyznaj sobie prawo do błędów.** Nikt nie jest nieomylny. Nie popełnia błędów tylko ten, kto nic nie robi. Analizuj przyczyny błędów, aby ich w przyszłości uniknąć.
- **Bądź wiarygodny dla siebie i innych.**
- **W każdym działaniu są „wzloty” i „upadki”.** Każdy przeżywa chwile zwątpienia, odczuwa zniechęcenie, demobilizację. Nie można wtedy zrezygnować.
- **Znajdź czas na świętowanie osiągnięć.** Nie pędź nieustannie do przodu. Od czasu do czasu zatrzymajcie się, aby cieszyć się z tego, co osiągnęliście. Zaplanuj, jak będziecie uroczyście obchodzić wykonanie zadań. Radość i odpoczynek zachęcą ciebie i zespół do dalszej pracy.

O czym jeszcze warto pamiętać przy dokonywaniu zmian? (wg M. Fullana 1991)¹

1. Nie zakładaj, że tylko twoja wersja zmian jest właściwa. Przyjmij, że w procesie wprowadzania zmian jest niezbędna wymiana poglądów i współdziałanie z innymi.
2. Przyjmij, że każda znacząca innowacja może doprowadzić do zmian, jeśli ludzie zrozumieją, co one dla nich oznaczają. Każda ważna zmiana może budzić wątpliwości, sprzeczne uczucia i niepewność.
3. Przyjmij, że konflikty oraz nieporozumienia są nieuchronnym i równocześnie fundamentalnym warunkiem skuteczności zmian. W każdej grupie oczekiwania jej członków są zróżnicowane. Zespołowym próbom dokonywania zmian zwykle towarzyszą konflikty.
4. Przyjmij, że ludzie potrzebują zachęty a nawet pewnej presji, aby dokonać zmiany (nawet gdy jest ona pożądana). Zmiany są jednak możliwe tylko w warunkach, gdy ludzie mogą reagować, kształtować swoją nową pozycję, współpracować z innymi otrzymywać wsparcie.
5. Przyjmij, że dokonanie skutecznych zmian wymaga czasu. Nierealistyczne i nieokreślone w czasie zmiany nie udają się. Podstawowym atrybutem skuteczności zmian jest wytrwałość.
6. Nie zakładaj, że jedyną przyczyną trudności we wprowadzaniu zmian jest odrzucenie ich sensu (wartości) lub zatwardziały opór innych ludzi wobec zmian. Przyczyny te są zwykle złożone.

¹ Fullan M. (1991), *The new meaning of educational change*, Cassel Educational, Ltd., Londyn.

7. Nie spodziewaj się, że wszyscy lub większość ludzi włączy się do zmian. Kompleksowość zmian sprawia, że pełne wprowadzenie szerokich reform w systemie społecznym jest niemożliwe. O postępie możesz już mówić, gdy zwiększy się liczba osób, które podejmują pewne wysiłki.
8. Przyjmij, że będzie ci potrzebny plan działań, uwzględniający ww. założenia i czynniki, wpływające na przebieg zmian. Ważne jest planowanie i ewaluacja oraz znajomość procesu zmian i sposobów radzenia sobie z trudnościami.
9. Przyjmij, że wiedza, którą posiadasz, nie wystarczy, aby wyjaśnić wszystkim, co zamierzasz zrobić. Pomocna może być znajomość procesu zmian, ale i ona nie może być nigdy jedyną podstawą do podejmowania decyzji.
10. Przyjmij, że rzeczywistym celem nie jest wprowadzanie pojedynczych innowacji, lecz głębsze zmiany „natury” całej instytucji. Kiedy wprowadzasz mniejsze innowacje, zwracaj uwagę czy instytucja je akceptuje, czy nie.

5. Demokratyzacja życia w szkole

W rezolucji I Konferencji Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie, która odbyła się w 1997 r. w Grecji¹ zapisano, że „SzPZ jest inwestycją dla edukacji, zdrowia i demokracji”, a podstawowym założeniem ESSzPZ jest *budowanie szkoły promującej zdrowie na zasadach demokracji, które wspierają uczenie się, rozwój osobisty i społeczny ludzi*. Demokratyzacja życia w szkole ma podstawowe znaczenie dla promocji zdrowia. Zdaniem L. Kulmatyckiego² pierwszym krokiem w SzPZ powinno być uruchamianie procesów demokracji życia w szkole („zewnątrznej” – stwarzającej atmosferę dla powstawania demokracji, „wewnętrznej”, tj. wypracowywania mechanizmów, które umożliwiają odnajdywanie własnej drogi życiowej), w tym szczególnie:

- **rozwój samorządności** – danie uczniom możliwości współdecydowania o swojej szkole, klasie oraz o sobie swoim zdrowiu, ustalenie praw uczniów, warunków i zasad współpracy, tworzenie struktur demokratycznych w szkole, w tym poszukiwanie nowych form pracy samorządu uczniowskiego, współpracy z rodzicami;
- **wprowadzanie nowych zasad komunikowania się ludzi** – demokratyczny styl zarządzania, rola liderów, dialog – uczniowie, pracownicy szkół, rodzice, przedstawiciele społeczności lokalnej.

V. STRUKTURA

Tworzenie SzPZ jest procesem wymagającym zaangażowania wielu ludzi i szerokich, różnorodnych działań. Niezbędna jest zatem odpowiednia struktura na różnych poziomach, umożliwiająca i wspierająca te działania.

1. Szkoła

Prace nad tworzeniem SzPZ organizowane są przez szkolnego koordynatora i zespół ds. promocji zdrowia.

1.1. Szkolny koordynator ds. promocji zdrowia

Koordynator jest kluczową osobą w tworzeniu SzPZ. Pełni on rolę lidera (przewodnika, przywódcy) oraz „agenta” (promotora, rzecznika) zmian, który inicjuje i ułatwia ich dokonywanie oraz stwarza warunki do pracy przynoszącej sukcesy.

¹ Rezolucję tę opublikowano w czasopiśmie Lider (1997), nr 10, s. 25–26.

² Kulmatycki L. (1997), *Promocja zdrowia w szkole bez demokracji życia szkolnego jest fikcją*, Lider, nr 5–6, s. 26–29.

Zadania

1. Pozyskiwanie uczestnictwa członków społeczności szkolnej i sojuszników wśród rodziców i w społeczności lokalnej oraz podjęcie wzajemnych zobowiązań, niezbędnych dla skutecznych działań.
2. Inicjowanie, organizacja i koordynowanie prac związanych z promocją zdrowia w szkole (planowanie i ewaluacja działań).
3. Kierowanie pracą szkolnego zespołu ds. promocji zdrowia.
4. Współdziałanie w kształceniu pracowników szkoły w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
5. Współdziałanie z zespołem (wojewódzkim lub terenowym) wspierającym pracę szkół.
6. Rozwijanie własnych umiejętności z zakresu promocji zdrowia, współdziałania z innymi ludźmi i kierowania ich pracą.

Można połączyć funkcje koordynatora ds. edukacji prozdrowotnej w szkole i funkcję koordynatora ds. promocji zdrowia.

Status i cechy koordynatora

Z punktu widzenia skuteczności działań najkorzystniej jest, gdy koordynatorem jest członek dyrekcji (większa możliwość wpływania na politykę szkoły, szersze widzenie różnych spraw). Może nim być także inny nauczyciel. Ze względu na znaczne obciążenie licznymi obowiązkami powinien on otrzymywać dodatkowe wynagrodzenie lub inną formę gratyfikacji. Koordynatorem nie może być osoba spoza szkoły ani też pracownik, którego „wyznaczono” lub zmuszono do podjęcia się tego zadania. Co powinno cechować szkolnego koordynatora?

Aspekt	Koordynator
Propagowanie idei SzPZ	<ul style="list-style-type: none">• Stwarza nadzieję na lepszą przyszłość dla wszystkich współtworzących szkołę.• Zdecydowanie wierzy w słuszność propagowanej idei.• Odważnie występuje na zewnątrz (propaguje ideę także w społeczności lokalnej).
Stosunek do ludzi (współpracowników)	<ul style="list-style-type: none">• Jest partnerski: tak organizuje pracę, że wszyscy mogą uczestniczyć w podejmowaniu decyzji i w realizacji zadań.• Wspiera innych w działaniu.• Stwarza poczucie bezpieczeństwa.• Używa zrozumiałego języka (jest komunikatywny).
Cechy osobiste	<ul style="list-style-type: none">• Ma umiejętność twórczego i strategicznego myślenia.• Jest elastyczny i otwarty.• Jest konsekwentny i spójny wewnętrznie (wie, co umie; wie, o co walczy).

Praktyczne rady dla szkolnych koordynatorów ds. promocji zdrowia (wg L. Kulmatyckiego)¹

- Najpierw bądź doradcą dla samego siebie. Aby doradzać innym lub koordynować prace innych, w pierwszej kolejności uporządkuj swoje własne sprawy, łączy się to przynajmniej z próbą podjęcia takiego wysiłku.
- Pytaj siebie, dlaczego chcesz doradzać innym. Co jest podstawowym motywem twojej decyzji, czy jesteś przygotowany do odpowiedzi na pytanie o kompetencje w sensie wiedzy, umiejętności, czasu, którym dysponujesz, umiejętności pracy z innymi itp.?
- Chronić to, co dla ciebie najważniejsze. Chodź po ziemi. Nie może być tak, że twoje osobiste dobro czy własna rodzina jest ci dalsza niż szkoła, w której pracujesz czy program, który koordynujesz. Jeśli tak jest, wiedz dlaczego – jest to wówczas twój świadomy wybór.

¹ Kulmatycki L. (1999), *Co to jest szkoła promująca zdrowie?*, Lider, nr 12, s. 7–13.

- **Staraj się być niezależny.** Odwołuj się do swego doświadczenia, swej wiedzy, swych mocnych stron, nie kopiuj i nie naśladuj innych tylko dlatego, że inni to robią, nie ulegaj naciskom ze strony innych osób, ale też bądź gotów na zmianę swego zdania, jeśli uznasz, że jest to twoja decyzja.
- **Nie komplikuj.** Promocja zdrowia jest dziedziną wielosektorową, o rozległej teorii, dziedziną korzystającą z wielu nauk, dlatego też staraj się przekazywać wiedzę w sposób jasny i możliwie poparty praktycznymi przykładami. Nie gmatwaj się w zbyt wielu odgałęzieniach programu, pilnuj granic, nad którymi możesz mieć kontrolę.
- **Rozróżniaj rzeczy istotne od błahych.** Wykorzystuj swą wiedzę i intuicję w odróżnianiu spraw ważnych od spraw błahych czy bezwartościowych, nie osądzaj i nie oceniaj, ale wypowiadaj swoje zdanie tak, aby było jasne, za czym się opowiadasz.
- **Dostrzegaj to, co łączy a nie to, co dzieli.** Różne zadania, różne poglądy są dowodem tego, że jest to ważne i jest o co się spierać, pod warunkiem, że nie miesza się w to porachunków osobistych; polaryzuj i sprowadzaj rozmowę na meritum sprawy; emocje są ważne, ale nie powinny decydować o podejmowanych decyzjach.
- **Bądź blisko tego, na czym ci zależy.** W zależności od czasu i możliwości bądź blisko tego, co się dzieje. Ma to również istotne, mobilizujące znaczenie dla pracy i energii ludzi, z którymi współpracujesz.

Przeszkody (pułapki) w pracy szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia

- **Słomiany zapal** – sporo krzyku i hałasu na początku, aby dość szybko zapomnieć o deklaracjach, szczytnych zamiarach i solennych zapewnieniach.
- **Chciejstwo** – chcieć coś zrobić jest ważnym, ale jedynie wyjściowym warunkiem, następnie trzeba wiedzieć, co i jak zrobić, aby rozpocząć realizację programu.
- **Bycie guru** – chęć bycia doradcą, liderem czy koordynatorem jest bardziej związana z rozwiązywaniem własnego problemu (pouczanie innych, dominacja, wykazanie wyższości) niż ze służeniem sprawie.
- **Narzekactwo** – nic się nie może udać, za mało pieniędzy, niekompetentne władze, głupia młodzież itp. Postawa eksponująca niemożności jest zaprzeczeniem idei i filozofii promocji zdrowia.
- **Teoretyzowanie** – mówienie wszystkiego, co się wie, bez względu na fakt, czy jest to potrzebne, czy nie, wskazywanie złotych reguł, błyskotliwe rady. Jest to niezmiernie ważne, tylko w odpowiedniej proporcji do praktycznych działań.
- **Perfekcyjność** – chęć zrobienia albo zbyt wiele, albo zbyt perfekcyjnie. Jedno i drugie po pewnym czasie zniechęca i demobilizuje pracowników.
- **Amatorstwo** – nowa dziedzina, toteż nikt naprawdę nie wie, na czym polega promocja zdrowia, można więc wszystko i o wszystkim byle pod właściwym szyldem.
- **Pozorniactwo** – stare, dobre metody sprawozdań, wyliczeń, danych statystycznych mają sprawić wrażenie zapracowania, użyteczności i ważności. Fasadowość obliczona na efekt u wyżej usadowionych pozorantów.

1.2. Szkolny zespół promocji zdrowia

Skład zespołu

Liczba członków zespołu może być różna i często zmienia się. Ważne jest, aby pozostały w nim osoby aktywne, otwarte na nowości, zaangażowane, twórcze i przyjazne sobie, wspierające koordynatora. W skład zespołu wchodzi dobrowolnie zgłaszający się przedstawiciele wszystkich grup społeczności szkolnej:

- nauczyciele i inni pracownicy szkoły,
- uczniowie – należy przekazać wszystkim uczniom informacje, kto ich reprezentuje w szkolnym zespole,
- pielęgniarka szkolna – jest ona konsultantem i doradcą medycznym dla zespołu i dyrekcji oraz łącznikiem między szkołą a służbą zdrowia na danym terenie,

- rodzice,
- osoby z samorządu lokalnego lub innej organizacji (należy zaprosić osoby, które chcą być aktywne).

Zadania i organizacja pracy

Każdy zespół sam ustala reguły, zadania i organizację swej pracy. Należy tu wymienić następujące zadania:

1. Organizacja spotkań zespołu:
 - cykliczność spotkań (stałe terminy), 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).
2. Podejmowanie decyzji – zespołowo, każdy musi czuć się odpowiedzialny za podjęte zadanie.
3. Podział pracy:
 - ustalenie zakresu obowiązków,
 - równomierne rozdzielenie pracy między wszystkich członków zespołu.

Dokumentacja pracy zespołu

Dokumentacja pracy zespołu narażona w praktyce wiele trudności. Ludzie niechętnie opisują to, co zrobili („wolą robić niż pisać”). Brak dokumentacji powoduje, że nie ma „śladu” po ważnych dokonaniach, osiągnięciach, dobrych pomysłach i trudnościach. Należy zatem zachęcać koordynatorów i zespoły do poszukiwania prostych sposobów dokumentowania tego, co zespół zrobił (daty, cele spotkań i ustalenia zespołu, notowane np. w kalendarzu, zeszytach). Warto wybrać odpowiedzialną osobę do prowadzenia tej dokumentacji (bez obciążania jej zbędną „pisaniną”). Formą dokumentacji pracy mogą też być przechowywane „robocze” plakaty z pracy grupowej.

Ważne zasady pracy szkolnego zespołu¹

Szkolny zespół tworzą osoby pracujące, negocjujące i współdziałające w osiągnięciu wspólnie ustalonego celu. Cechą charakterystyczną dobrego, skutecznego zespołu jest koncentracja na wspólnym celu i zadaniach dla jego osiągnięcia. Osiągnięcie celu wymaga wspólnego planowania, zachęty do działania i pokonywania trudności, co zwiększa kompetencje zespołu. Skutecznie działający zespół charakteryzują następujące cechy:

- wzajemne zaufanie,
- wysoki poziom zgodności co do zadań między członkami zespołu,
- wspólne rozwiązywanie konfliktów,
- uzgodnienie poglądów, że proces działania jest równie ważny jak zadania,
- umiejętność słuchania,
- umiejętności podejmowania decyzji i negocjowania.

Skuteczny zespół zwraca uwagę nie tylko na osiągnięcie celów, lecz także, w równym stopniu, na rozwój indywidualny członków oraz budowanie i wzmacnianie zespołu.

Dokumentacja działań szkoły

Dokumentowanie działań całej szkoły (podobnie jak pracy zespołu) jest „słabą stroną” ruchu szkół promujących zdrowie. Do najczęstszych form dokumentacji należą:

- kroniki szkolne, albumy ze zdjęciami,
- teczki, segregatory z materiałami, planami, wynikami diagnozy wstępnej i ewaluacji wyników,

¹ Opracowano na podstawie: Rolls L. (1992), *Team development. A manual for health educators and health promoters*, Health Education Authority, Cambridge.

- filmy wideo, taśmy magnetofonowe, przezrocza,
- plakaty ze spotkań i warsztatów,
- wycinki prasowe.

Rady dla szkolnych koordynatorów dotyczące dokumentacji

- Ważne są różnorodne formy dokumentowania, skrupulatność i systematyczność.
- Wybierz prosty sposób dokumentowania, rejestruj to, co jest ważne i potrzebne.
- Zrób na początku dokładną dokumentację, np. fotograficzną, stanu wyjściowego („jak było”), a następnie dokumentuj każdą pozytywną zmianę.
- Dokonaj przejrzystego dla siebie podziału dokumentacji (np. teczek z różnymi materiałami), przechowuj ją w dostępnym miejscu i od czasu do czasu do niej zaglądaj.
- Nie martw się, że nabiera ci się dużo „papierów”, co jakiś czas dokonuj ich selekcji, zostaw te, które są potrzebne, będziesz do nich wracał, są obrazem twojej pracy.
- Dobierz odpowiedzialnych ludzi do udziału w dokumentowaniu waszych działań; nie bierz wszystkiego na siebie.

2. Wspieranie pracy szkół

W tworzeniu SzPZ społeczność szkolna potrzebuje wsparcia, tzn. informacji, materiałów, konsultacji, kształcenia różnych grup społeczności szkolnej. Aby zapewnić szkołom takie specyficzne wsparcie, niezbędna jest odpowiednia struktura instytucjonalna na różnych poziomach.

Cechą współczesnych działań na rzecz zdrowia, zainicjowanych przez ŚOZ w wyniku strategii „Zdrowie dla wszystkich”, jest tworzenie sieci (ang. *networks*). Jest to proces łączący jednostki, grupy, organizacje i agencje zainteresowane sprawami zdrowia. Celem sieci jest wymiana informacji i doświadczeń oraz podejmowanie wspólnych zadań w ochronie i promocji zdrowia dla zmniejszenia różnic wewnątrz poszczególnych krajów i między krajami. W Regionie Europejskim ŚOZ istnieją sieci: zdrowych miast, szkół promujących zdrowie, szpitali promujących zdrowie. Sieć to struktura organizacyjna, w której:

- nie ma hierarchii, członu kierowniczego i podporządkowania,
- dominują więzy informacyjne i więzy współpracy,
- istnieją tymczasowe ustalenia dotyczące obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
- specjalizacja wynika z zainteresowań i fachowości,
- stopień sformalizowania procedur działania jest minimalny¹.

W zmieniających się szybko warunkach i sposobach pracy zdolność do tworzenia sieci jest ważną umiejętnością, wykorzystywaną nie tylko w promocji zdrowia. Sieć tworzy swoisty system wsparcia dla grup i jednostek, zwiększa dostęp do informacji, wymiany doświadczeń. Skuteczna sieć cechuje się budowaniem i utrzymywaniem wzajemnych, różnorodnych, cennych relacji sprzyjających sukcesom osobistym i realizacji zadań. Kluczowe sprawy to komunikowanie się między członkami sieci (grupami), otwarty, niesformalizowany charakter, pokazywanie korzyści dla sieci i ludzi w sieciach.

Cechy „zdrowej” (dobrej) sieci²

- Nie ma hierarchii, każdy (członek sieci) jest gospodarzem (współwłaścicielem), a nie gościem lub pasażerem,
- każdy jest równy,
- każdy uczestniczy – poświęca swój czas, entuzjazm, przyjaźń,
- nie ma miejsca dla „primadonny” i odtwórcy głównej roli,

¹ Elsner D. (1999), *Doskonalenie kierowania placówką oświatową. Wokół nowych pojęć i znaczeń*, Wydaw. Mentor, Chorzów, s. 116–118.

² Willshaw I. (1998), *Brain Pool, Productive Connections*, Anglia (maszynopis).

- każdy jest i samolubny (dba o własny interes), i bezinteresowny (działa dla wspólnego dobra),
- obowiązuje aktywne słuchanie i gotowość do pomocy,
- przestrzega się przekazywania informacji zwrotnej (każda jest lepsza niż milczenie), uznaje potrzebę rozmów,
- unika się oceniania, uznaje się, że ludzie różnią się między sobą, każdy jest szanowany.

2.1. Wojewódzka sieć szkół promujących zdrowie

Wojewódzką sieć szkół promujących zdrowie tworzą szkoły, które zgłosiły dobrowolnie chęć przystąpienia do sieci i spełniły wymienione niżej kryteria. Do wojewódzkiej sieci mogą zostać włączone również przedszkola, internaty i inne placówki oświatowo-wychowawcze. Dla wspierania działań szkół i innych placówek powołuje się:

- **wojewódzkiego koordynatora szkół promujących zdrowie**, powołanego przez kuratora oświaty, w porozumieniu z instytucjami i organizacjami tworzącymi wojewódzki zespół wspierający SzPZ;
- **wojewódzki zespół wspierający szkoły promujące zdrowie**, który stanowi koalicję, czyli partnerski związek przedstawicieli resortu edukacji i zdrowia oraz innych resortów i organizacji społecznych, rządowych i pozarządowych, współpracujących na rzecz SzPZ na danym terenie. Wojewódzki zespół wspierający działa na mocy porozumienia między kierownikami/dyrektorami instytucji i organizacji tworzących ww. koalicję. Porozumienie to określa rodzaj świadczeń i zobowiązań poszczególnych instytucji i organizacji. Zespół ten współdziała z krajowym koordynatorem i zespołem wspierającym.

2.2. Kryteria przynależności do sieci szkół promujących zdrowie

Warunki wstępne

- Aktywność na rzecz promocji zdrowia w szkole i środowisku (działania te są zawarte w misji i wizji szkoły),
- otwartość na zmiany,
- przekonanie o słuszności idei dyrektora oraz większości rady pedagogicznej,
- aktywność i twórcze zaangażowanie w realizację ścieżki edukacyjnej „edukacja prozdrowotna” (lub innych form realizacji edukacji zdrowotnej w przypadku placówki).

Okres przygotowawczy

- Kontakt z wojewódzkim koordynatorem.
- Uchwała rady pedagogicznej.
- Pisemna deklaracja chęci przystąpienia do sieci.

Okres przygotowawczy trwa minimum od 1 roku do 3 lat, w czasie którego niezbędne jest:

- odbycie doskonalenia rady pedagogicznej w zakresie zagadnień dotyczących SzPZ,
- powołanie koordynatora i szkolnego zespołu promocji zdrowia,
- podjęcie systemowych działań w zakresie promocji zdrowia – diagnoza, planowanie, realizacja, ewaluacja,
- stałe monitorowanie **samopoczucia całej społeczności szkolnej** (badanie stopnia zadowolenia ze szkoły),
- opracowanie raportu.

Przyjęcie szkoły do sieci wojewódzkiej

Po upływie okresu przygotowawczego koordynator wojewódzki i zespół wspierający przyjmują szkołę do sieci wojewódzkiej pod warunkiem:

1. Podtrzymywania przez 60% społeczności szkolnej gotowości wstąpienia do sieci (zawarcie porozumienia pomiędzy szkołą a koordynatorem wojewódzkim).

2. Przedstawienia raportu, który powinien zawierać:

- wyniki diagnozy, opis problemu priorytetowego, sprawozdanie z realizacji projektu mającego na celu rozwiązywanie problemu priorytetowego, ewaluację projektu,
- opis stopnia akceptacji środowiska dla idei SzPZ, w tym stopnia świadomości i zaangażowania rady pedagogicznej,
- program edukacji zdrowotnej (jak przebiega w szkole realizacja ścieżki?),
- informacje o współpracy z rodzicami i środowiskiem lokalnym,
- informacje o tym, w jakim zakresie przeszkolono radę pedagogiczną, uczniów, rodziców, nauczycieli, pracowników administracji i obsługi,
- opis pracy szkolnego koordynatora i zespołu promocji zdrowia,
- informacje na temat wyników monitorowania samopoczucia całej społeczności szkolnej (stopnia zadowolenia ze szkoły),
- opis dostępnego dla szkoły sposobu współpracy ze służbą zdrowia.

Działania długofalowe

Działalność szkół jest w dalszym ciągu wspierana i monitorowana przez wojewódzkiego koordynatora, a po upływie trzech lat, na podstawie przeprowadzonej przez szkołę autoewaluacji, koordynator może udzielić jej rekomendacji służącej przyjęciu do Krajowej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Szkoła otrzymuje Certyfikat Krajowej Sieci Szkół Promujących Zdrowie na 5 lat.

VI. ZASADY TWORZENIA SZKOŁY PROMUJĄCEJ ZDROWIE

W Polsce przyjęliśmy, że podstawą tworzenia SzPZ są założenia projektu oraz strategia rozwiązywania problemów.

Termin „projekt”¹ pochodzi z języka angielskiego (ang. *project*). Koncepcja projektu wykorzystywana jest w wielu dziedzinach, w tym także w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Projekt jest systemem (instrumentem) społecznym, wytworzonym do wykonania nowego, złożonego zadania przez daną organizację i we współpracy z innymi organizacjami i/lub wprowadzenia innowacji rozwoju organizacyjnego.* Jego skuteczność zależy od starannego przygotowania, zaplanowania i właściwego kierowania jego realizacją.

¹ Według: Grossmann R., Scala K. (1997), *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa; patrz także: Woynarowska B. (1999), *Projekt i jego charakterystyka*, Lider, nr 12, s. 3–4.

Cechy projektu

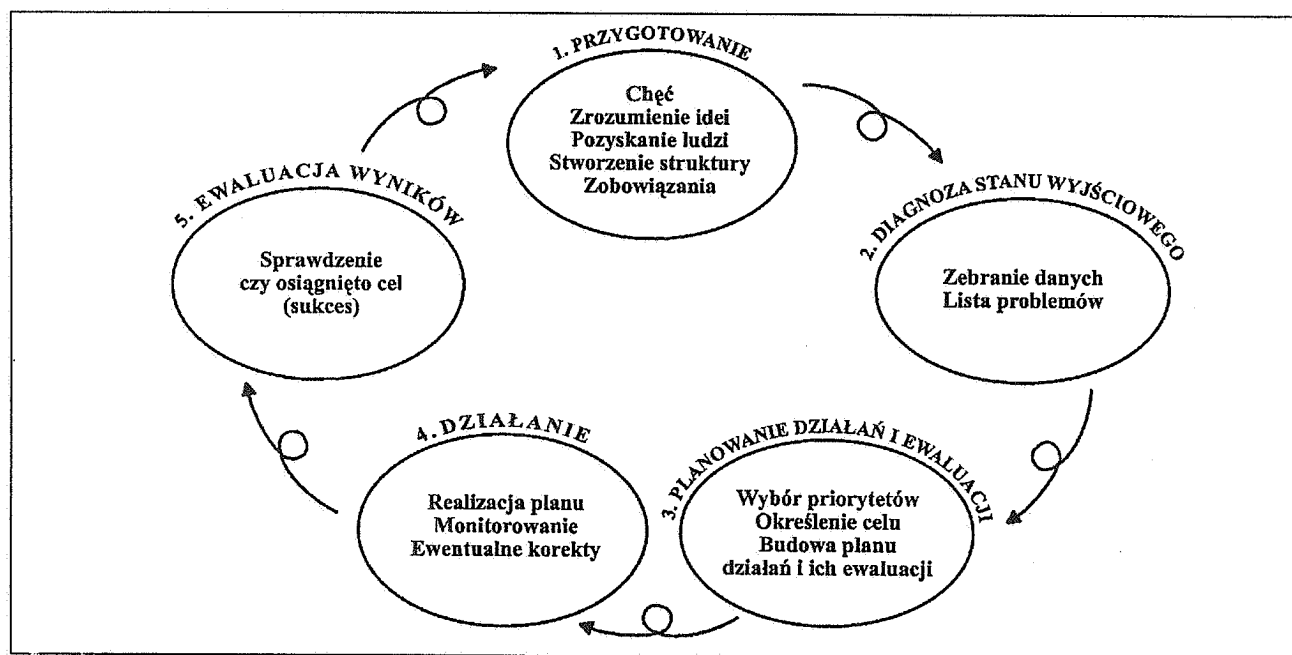
- Projekt jest formą organizacji, która ma podjąć nowe, złożone działania, pewnym „laboratorium”, które przygotowuje przyszłe modele organizacyjne i zapoczątkowuje ich tworzenie.
- Stwarza możliwości do wdrażania i testowania nowych form współpracy.
- Umożliwia odbiorcom i wykonawcom zdobycie nowych doświadczeń i umiejętności, które będą mogli wykorzystać w codziennej pracy.
- Jest ważny dla wykonania konkretnych zadań, ale oddziałuje także na organizację i ludzi w nich uczestniczących.

Aby działać skutecznie w projekcie niezbędne jest przestrzeganie następujących zasad:

- jasne zdefiniowanie kontraktu oraz podział zadań między ludźmi i organizacjami,
- stworzenie struktury organizacyjnej (lider, zespół), inwestycja w jej rozwój,
- akceptacja i współuczestnictwo przedstawicieli odbiorców w podejmowaniu decyzji, planowaniu i ewaluacji,
- powiązanie projektu z celami i zadaniami danej organizacji (np. programem i organizacją szkoły),
- cykliczne planowanie zadań i ewaluacja wyników,
- rozwój współpracy między innymi strukturami, grupami, które tradycyjnie działają w izolacji,
- wymiana doświadczeń i wyników,
- duża widoczność (marketing) projektu w środowisku,
- wsparcie z zewnątrz – kształcenie, doradztwo.

1. Etapy pracy

W Polsce, na podstawie wieloletnich doświadczeń, wyróżniamy 5 etapów tworzenia SzPZ (ryc. 6, tab. 2). Etapy te tworzą cykl działań, który szkoły powtarzają w każdym roku szkolnym. Szkoła „żyje” w rytmie wyznaczonym właśnie przez rok szkolny. W każdym z nich społeczność szkolna mobilizowała się od nowa do rozwiązywania ważnych, uznanych za priorytetowe, problemów.



Ryc. 6. Model działań w tworzeniu szkoły promującej zdrowie – modyfikacja modelu L. W. Greena i M. Kreutera¹

¹ Green L. W., Kreuter M. (1991), *Health promotion planning. An educational and environmental approach*, Mayfield Publishing Company.

Tabela 2. Etapy tworzenia szkoły promującej zdrowie w Polsce

1. PRZYGOTOWANIE

- Inicjacja – narodzenie się pomysłu i chęci tworzenia SzPZ w społeczności szkolnej.
- Propagowanie idei SzPZ w społeczności szkolnej, wśród rodziców i społeczności lokalnej.
- Pozyskiwanie uczestników i sojuszników.
- Powołanie szkolnego koordynatora i zespołu ds. promocji zdrowia.
- Podjęcie wzajemnych zobowiązań przez osoby przystępujące do działania.

2. DIAGNOZA STANU WYJŚCIOWEGO

- Zebranie danych dotyczących aktualnych problemów ludzi, warunków funkcjonowania szkoły itd.
- Analiza tych danych.
- Ustalenie listy problemów wymagających rozwiązania.

3. BUDOWANIE PLANU DZIAŁAŃ I ICH EWALUACJI

- Wybór problemu/-ów priorytetowego/-ych.
- Określenie przyczyn/-y tych problemów i sposobów ich usunięcia.
- Ustalenie celów.
- Zbudowanie planu działań dla osiągnięcia celów.

4. DZIAŁANIA

- Realizacja planu, monitorowanie działań (ewaluacja procesu) oraz dokonywanie niezbędnych korekt dla osiągnięcia celu.

5. EWALUCJA WYNIKÓW DZIAŁAŃ

- Ewaluacja końcowa – sprawdzenie czy osiągnięto cel.

1.1. Przygotowanie

Celem tego etapu jest przygotowanie się ludzi do wspólnego podejmowania pracy, w której będą oni zmierzać do rozwiązania własnych problemów zdrowotnych. W okresie tym ujawniać się może wiele nowych zjawisk i potrzeb, których wcześniej nie można było przewidzieć. Często przebieg tego etapu decyduje o dalszym powodzeniu. Czas jego trwania może być różny, w zależności od potrzeb i możliwości danej szkoły.

Krok pierwszy – inicjator i grupa inicjatywna

Na początku drogi do SzPZ znajduje się zwykle osoba, która odkryła tę ideę tylko nie wie, jak wcielić ją w życie, jak zachęcać innych. Często obawia się przedstawienia jej kolegom, bojąc się krytyki (*Co to za nowe pomysły?, Jeszcze tego brakowało*). Uznajemy, że jest to osoba, która będzie chciała w przyszłości koordynować działania zdrowotne w szkole. Przyszły koordynator powinien:

1. Zacząć od siebie, tzn.:
 - Zadać sobie pytania podane na stronie 33 – Co wpływa na moje samopoczucie w szkole? – oraz dodatkowo zapytać siebie:
 - Dlaczego chcę się zająć tworzeniem SzPZ?
 - Jakie mam oczekiwania?
 - Jakie będą moje osobiste korzyści i straty?
 - Zapoznać się dokładnie z treścią tego poradnika i innymi publikacjami, aby dobrze zrozumieć to, do czego będzie przekonywać i zachęcać innych.
2. Poszukać w swoim najbliższym otoczeniu ludzi, którzy myślą podobnie. Niezwykle ważne jest, aby udało się znaleźć takie osoby w dyrekcji szkoły. Dyskusja w węższym gronie z ludźmi, którzy się rozumieją, powinna doprowadzić do powstania grupy inicjatywnej, „założka” przyszłego szkolnego zespołu ds. promocji zdrowia. Zdaniem tej grupy będzie popularyzowanie idei szkoły promującej zdrowie (muszą sami dobrze ją zrozumieć) oraz pozyskanie do współpracy jak największej liczby osób. Znacznie łatwiej będzie grupie ludzi przedstawić pozostałym członkom społeczności szkolnej rodzące się pomysły, niż gdyby to zrobiła jedna osoba.

CO WPŁYWA NA MOJE SAMOPOCZUCIE W SZKOLE?

BARDZO DOBRZE

DOBRZE

DOŚĆ DOBRZE

ŹLE

Arkusz wypełnił (podkreślić): nauczyciel, inny pracownik szkoły, uczeń, rodzic

Krok drugi – wstępna informacja

O powstaniu takiej grupy należy poinformować całą społeczność szkolną (organizacja spotkania, wykorzystanie najbliższej rady pedagogicznej, wywieszenie odpowiedniej informacji w szkole itp.). Na tym spotkaniu można zapytać przedstawicieli społeczności szkolnej (w tym także pracowników administracji i obsługi oraz rodziców), co dobrze a co źle wpływa na ich samopoczucie w szkole. Do tego celu można wykorzystać arkusz „Co wpływa na moje samopoczucie w szkole?” (s. 33) wypełniany anonimowo, z zaznaczeniem, kto go wypełniał (uczeń, nauczyciel, inny pracownik szkoły, rodzic). Podsumowanie tej wstępnej diagnozy, wywieszenie jej wyników w szkole, w widocznym miejscu, dyskusowanie o tym w klasach lub na zebraniach z rodzicami, to przygotowanie do kolejnego kroku.

Krok trzeci – wyjaśnienie idei szkoły promującej zdrowie

Zrozumienie idei SzPZ wymaga czasu, niekiedy wielokrotnie dłuższego niż okres przygotowawczy. Nie wystarczy tu wyjaśnienie, wykład nawet wysokiej klasy specjalisty. Znacznie lepszą formą pracy jest tworzenie przez różne grupy społeczności szkolnej i rodziców wspólnej wizji SzPZ. Zachęcamy do pracy metodą warsztatową i wspólnego poszukiwania odpowiedzi na pytania:

- Co dla ciebie (dla nas) oznacza szkoła promująca zdrowie?
- Jakie są najważniejsze cechy takiej szkoły?
- Czy nasza szkoła spełnia kryteria SzPZ?

Jeśli istnieją takie możliwości, korzystnie byłoby przeprowadzić cykl spotkań, rozpoczynając je od uświadomienia sobie pojęcia zdrowia oraz czynników je warunkujących.

Krok czwarty – pozyskanie uczestników i sojuszników

Przyjmujemy, że „uczestnikami” są członkowie społeczności szkolnej i rodzice, a „sojusznikami” inne osoby ze społeczności lokalnej (także sponsorzy). Dla pozyskania ich, najistotniejsze jest stworzenie im okazji do odkrycia w idei SzPZ osobistego interesu. Interes ten nie dotyczy oczywiście korzyści materialnych (na nie, nie można liczyć). Należy, więc dokładnie sprecyzować: Dlaczego chcemy się tym zająć? Dlaczego to się opłaca? Dlaczego warto to robić? Nie można tutaj „podpierać się” szumnymi hasłami „dobra ludzkości”, bo hasła te nie mają nic wspólnego z promocją zdrowia. Każdy uczestniczący w promocji zdrowia musi wiedzieć, że:

- wszystkie wspólne działania mają służyć poprawie samopoczucia wszystkich,
- udział każdej osoby jest absolutnie dobrowolny (nie ma przymusu, poświęcania siebie dla innych; nauczyciel, który pod presją otoczenia będzie się poświęcał „dla dobra dziecka” nigdy nie będzie autentyczny),
- każdy będzie miał wpływ na realizację tego procesu; będzie pytany o zdanie, może wyrażać opinie, zgłaszać pomysły do realizacji itd.

Można też zastanowić się, jak zainteresować swoją inicjatywą władze i organizacje, pokazując im wspólnotę interesów. SzPZ to szkoła otwarta, współpracująca ze środowiskiem, mająca dla tego środowiska oferty wspólnych działań. „Specjalnością” SzPZ nie są akcje, imprezy ale systemowa praca, dążenie do określonej idei. W okresie przygotowawczym warto jednak zorganizować imprezę, która byłaby ofertą zabawy, rekreacji dla różnych grup społeczności szkolnej i lokalnej, wyjściem naprzeciw ich potrzebom – pozwalającą ludziom poznać się i zintegrować. Zachęcamy do wymyślenia jakiegoś symbolu, emblematu, napisu itp., który uczestnikom imprezy utrwaliłby się w pamięci jako sygnał powstającego nowego ruchu społecznego.

Etap przygotowawczy bywa okresem entuzjazmu, wielu imprez, ożywionej świątecznej atmosfery, a wszystko po to, aby jak największa grupa ludzi chciała wspólnie podjąć działania systemowe. Nie można jednak zakładać, że wszyscy przekonają się do idei SzPZ i zaangażują się do pracy. Zawsze będzie grupa osób biernych, nawet przeciwnych. Jej liczebność może zwiększać się lub zmniejszać, w zależności od sytuacji. Zakończeniem okresu przygotowawczego powinno być:

- ustalenie składu szkolnego zespołu ds. promocji zdrowia,
- wybór szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia,

- ustalenie reguł współpracy zespołu, kalendarza spotkań, zawarcie kontraktu odnośnie współpracy, zgodnie z ustalonymi regułami,
- zapewnienie możliwości przepływu informacji w szkole (tablica informacyjna, skrzynka pytań i propozycji, audycje radiowęzła szkolnego itp.),
- określenie sposobów dokumentowania zachodzących w szkole zmian (np. kronika SzPZ).

1.2. Diagnoza stanu wyjściowego

Diagnoza stanu wyjściowego jest to zbadanie gdzie jesteśmy – czyli spojrzenie prawdzie w oczy.

Cele

1. Ustalenie rzeczywistych problemów (potrzeb) społeczności szkolnej lub różnych grup – często nie są one w pełni uświadamiane lub są narzucane przez innych.
2. Podsumowanie tego, co już zrobiono – nikt nie jest w punkcie zerowym.
3. Uzyskanie konkretnych, obiektywnych danych, które będzie można wykorzystać w:
 - ewaluacji wyników po zakończeniu działań lub ich etapu, aby sprawdzić, co i w jakim stopniu zmieniło się,
 - dyskusji – dialogu – z osobami nadzorującymi różne aspekty funkcjonowania szkoły („wiem, co mam, czego nie mam”).

Oczekiwany „produkt”

Jest nim lista problemów wymagających rozwiązania. Może ona 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 podejmie działania dla jego rozwiązania.

Kto powinien przeprowadzić diagnozę stanu wyjściowego?

Tworząc SzPZ każda społeczność szkolna sama ustala własne plany działania i sprawdza ich skuteczność. Własnymi siłami społeczność ta dokonuje również diagnozy stanu wyjściowego. 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. Należy starać się, aby w diagnozie stanu wyjściowego, zbieraniu danych i ich analizie uczestniczyło jak najwięcej osób, a uzyskane wyniki były udostępnione całej społeczności szkolnej.

Jak przeprowadzić diagnozę?

Na podstawie doświadczeń szkół projektowych proponujemy przeprowadzenie dwóch rodzajów diagnozy, które określono umownie jako: wstępną – podstawową i etapową – cząstkową.

Diagnoza wstępna – podstawowa

Jest to zbieranie i analizowanie wybranych, obiektywnych danych i materiałów za pomocą sprawdzonych i wystandaryzowanych metod i narzędzi. Stanowi ona rodzaj badania naukowego, przeprowadzonego przez samą szkołę. Do diagnozy można wykorzystać narzędzia podane w części drugiej. Przewidujemy, że będzie ona powtórzona po 3–5 latach, jako element ewaluacji długofalowych działań szkoły.

Diagnoza etapowa – cząstkowa

Dotyczy ona wybranego problemu, uznanego za priorytetowy na podstawie rozmów i dyskusji w różnych grupach społeczności szkolnej, obserwacji, dokumentów itd. Celem tej diagnozy jest zbadanie i opisanie aktualnej sytuacji dotyczącej tego problemu:

- w sposób umożliwiający uzyskanie konkretnych, obiektywnych danych lub innej dokumentacji,

- z użyciem metod i narzędzi, które będą rzeczywiście mierzyć to, co zamierzano zmierzyć i które będzie można wykorzystać po zakończeniu działań do ewaluacji wyników.
- Proponujemy, aby diagnozę tę przeprowadzać na początku każdego roku szkolnego, przed budowaniem planu pracy SzPZ na dany rok. Zawężenie zakresu tej diagnozy do jednego problemu jest możliwe do wykonania bez nadmiernego obciążenia wielu osób w szkole.
- W tabeli 3 przedstawiono przykład planowania diagnozy stanu wyjściowego.

O czym należy pamiętać przy przeprowadzaniu diagnozy etapowej – częściowej?

- Zbieraj dane obiektywne i porównywalne (mieralne).
- Zbieraj tylko 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.
- Włącz do diagnozy jak najwięcej ludzi.
- Jeśli chcesz uzyskać od ludzi informacje, zadбай, aby:
 - czuli się bezpiecznie,
 - byli zainteresowani udzieleniem prawidłowych i pełnych informacji.
- Zapisz dokładnie, jak wykonałeś diagnozę (np. dobór badanych, warunki itd.); informacje te będą niezbędne przy ewaluacji.
- Przedstaw wyniki diagnozy wielu ludziom.

Uwaga! Planując diagnozę stanu wyjściowego myśl o ewaluacji, czyli co i jak będziesz sprawdzał po zakończeniu działań.

Tabela 3. Przykład planowania diagnozy częściowej stanu wyjściowego.
Problem: Mała aktywność ruchowa uczniów, pracowników szkoły i rodziców

Co zamierzamy zbadać?	Jakie chcemy uzyskać dane? (wskaźniki, materiały)	Jakie metody i techniki zastosujemy?
Uczestnictwo uczniów w zajęciach wychowania fizycznego	% uczniów zwolnionych z lekcji wf	analiza dokumentacji nauczyciela wf i pielęgniarki
	absencja na lekcjach wf	analiza dokumentacji nauczyciela wf
	stosunek uczniów do lekcji wf	ankieta
Uczestnictwo uczniów w innych zajęciach ruchowych	% uczniów uczestniczących w różnych zajęciach ruchowych w szkole i poza szkołą	ankieta
Aktywność ruchowa nauczycieli i rodziców	% nauczycieli i wybranej grupy rodziców uczestniczących w zajęciach ruchowych	ankieta
Organizacja ćwiczeń śródlekcyjnych	częstotliwość przeprowadzania ćwiczeń śródlekcyjnych w wybranych klasach i okresach	rejestracja przeprowadzonych ćwiczeń
Warunki zajęć ruchowych w szkole	opis i dokumentację fotograficzną (wideo) obiektów, pomieszczeń, sprzętu	rejestr, opis, fotografie, wideo
Dostępność zajęć ruchowych dla dzieci i dorosłych w miejscowości, w której jest szkoła	informacje o ofercie zajęć ruchowych, kosztach itd.	zebranie informacji od organizacji, instytucji oferujących zajęcia ruchowe

1.3. Planowanie działań i ich ewaluacji¹

Przyjeliśmy założenie, że SzPZ jest szkołą skutecznego działania. Jednym z jego warunków jest właściwe planowanie pracy. Pomaga ono koncentrować się na problemach priorytetowych, a także ograniczać nadmiar stresów i tym samym zachować dobre samopoczucie.

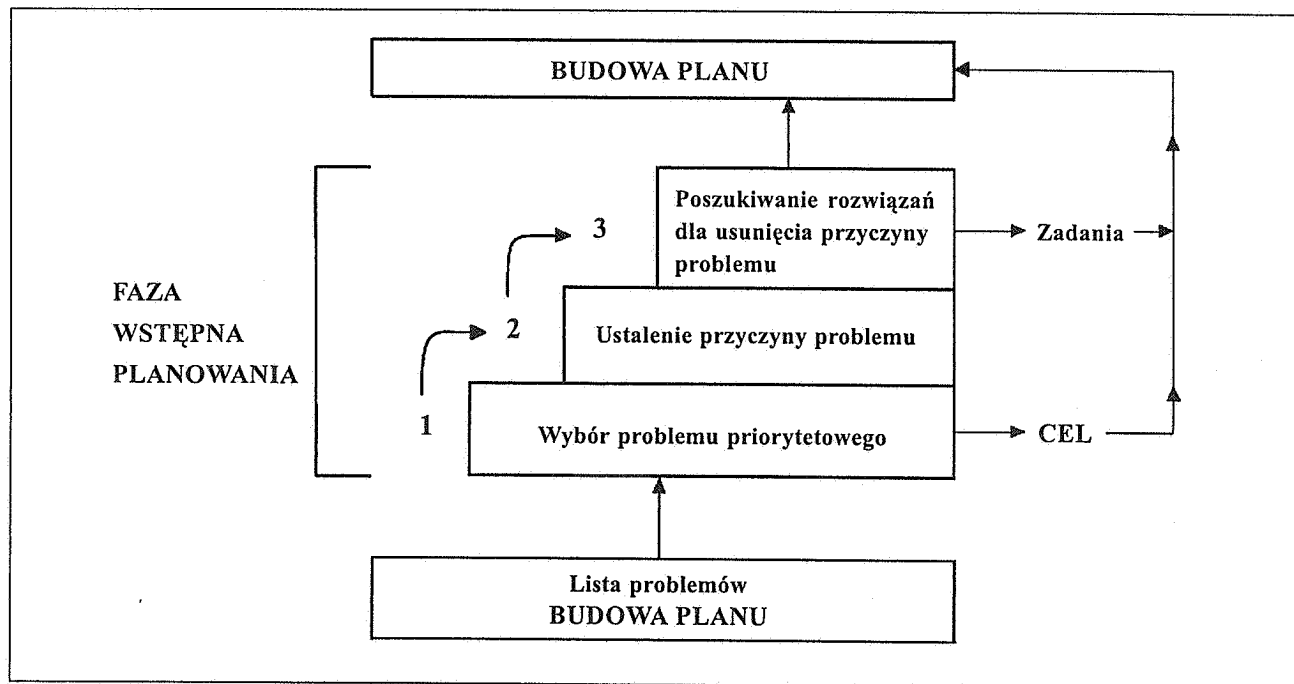
Podstawowe zasady planowania

- Planujemy realnie, tzn. wybrany cel powinien być osiągalny:
 - w aktualnych warunkach,
 - przy posiadanych środkach materialnych i zaangażowaniu ludzi.
- Stosujemy metodę *małych kroków*, tzn. realizujemy równocześnie nie więcej niż jeden, dwa cele, uznane za priorytetowe.
- Planowanie jest procesem składającym się z fazy wstępnej i budowania planu.
- Plan powinien:
 - być *konkretny i szczegółowy*,
 - zawierać elementy, które umożliwiają ewaluację, czyli sprawdzenie jak przebiegała praca i czy osiągnięto cel (sukces).
- Plan dotyczy określonego okresu – w szkole najkorzystniej jest budować plan na jeden rok szkolny.

Wstępna faza planowania

Proces planowania rozpoczyna się od fazy wstępnej, którą poprzedza opisana wcześniej diagnoza stanu wyjściowego. Celem tej fazy jest wybór problemu priorytetowego, ustalenie przyczyn jego istnienia oraz zaplanowanie rozwiązań, które pomogą usunąć te przyczyny (ryc. 7). Jest to punkt wyjścia do budowania planu, gdyż:

- z problemu priorytetowego wynika nasz cel,
- rozwiązania do usunięcia przyczyn problemu są podstawą do ustalenia zadań dla osiągnięcia tego celu.



Ryc. 7. Schemat fazy wstępnej planowania i jej powiązanie z diagnozą stanu wyjściowego i budową planu

¹ W opracowaniu tego etapu wykorzystaliśmy opracowania i konsultacje prof. Leo Barica z Uniwersytetu w Salford (Anglia).

Krok 1. Wybór priorytetów

Liczba potrzeb (problemów¹) powstała w wyniku diagnozy każdej szkoły jest zwykle długa. Nie można ich wszystkich rozwiązać w tym samym czasie; środki i możliwości ludzi są ograniczone. Wybieramy zatem priorytety.

• *Kryteria wyboru priorytetu*

W zależności od specyficznej sytuacji szkoły można wziąć pod uwagę:

- dużą częstość występowania danego zjawiska,
- rangę problemu,
- szczególną jego uciążliwość lub zagrożenie jakie stwarza,
- łatwość osiągnięcia celu (podtrzymywanie entuzjazmu),
- dostępność środków i inne okoliczności sprzyjające rozwiązaniu danego problemu.

• *Jak wybierać priorytety?*

Wyboru priorytetu nie może dokonać wyłącznie koordynator lub zespół ds. promocji zdrowia. Powinno w tym uczestniczyć jak najwięcej osób. Zaangażują się one w realizację zadań, gdy uznają wybrany cel za ważny dla siebie lub będą miały wpływ na wybór priorytetu.

Krok 2. Ustalenie przyczyn istnienia wybranego problemu priorytetowego

Proponujemy następujący schemat postępowania:

- Zidentyfikować wszystkie możliwe przyczyny istnienia wybranego problemu priorytetowego.
- Wybrać te przyczyny, które mogą być:
 - najważniejsze,
 - najbardziej prawdopodobne,
 - realne do usunięcia.
- Ustalić, która/-re z wybranych przyczyn jest (są) *główną przyczyną* istnienia problemu.

Wynikiem tego kroku jest ustalenie głównej przyczyny istnienia problemu. Stanowi to punkt wyjścia do kroku trzeciego – poszukiwania rozwiązań dla usunięcia tej przyczyny. Dla ustalenia przyczyny problemu można dyskutować z ludźmi, wykorzystać własne doświadczenie i obserwacje.

Krok 3. Poszukiwanie rozwiązań dla usunięcia przyczyny problemu

Schemat postępowania jest tu podobny jak w kroku 2.

- Sporządzić listę wszystkich możliwych rozwiązań.
- Wybrać rozwiązania, które są:
 - prawdopodobnie skuteczne,
 - możliwe do zrealizowania.
- Wybrać **główne rozwiązania** dla usunięcia przyczyny problemu.

Wynikiem tego kroku jest wybór głównego rozwiązania dla usunięcia danej przyczyny. Stanowi to punkt wyjścia do ustalenia zadań w planie pracy. Aby wybrać właściwe rozwiązanie, należy rozmawiać z ludźmi w społeczności szkolnej i lokalnej oraz rodzicami.

Wyniki wstępnej fazy planowania powinny być zapisane we wstępnej części planu w następujący sposób:

Wstępna część planu

1. Problem priorytetowy do rozwiązania w danym okresie:
 - krótki opis stanu wyjściowego (podać konkretne fakty i dane wg diagnozy stanu wyjściowego),
 - uzasadnienie wyboru priorytetu (podać kto i jak wybrał priorytet).
2. Przyczyna/-y główna/-e istnienia problemu.
3. Rozwiązania dla usunięcia przyczyny problemu (podstawa do ustalenia zadań).

¹ Możemy używać zarówno określenia „potrzeba” jak i „problem”. Różnica polega głównie na sformułowaniu, np. potrzebą jest „poprawa stanu technicznego toalet”, problem to „zły stan techniczny toalet”.

Budowanie planu działań i ich ewaluacji

Planujemy równocześnie działania i ich ewaluację, czyli sprawdzamy jak przebiegała realizacja zadań – ewaluacja procesu; czy osiągnięto cel (sukces) – ewaluacja wyników.

Niezbędne elementy planu pracy

I CEL

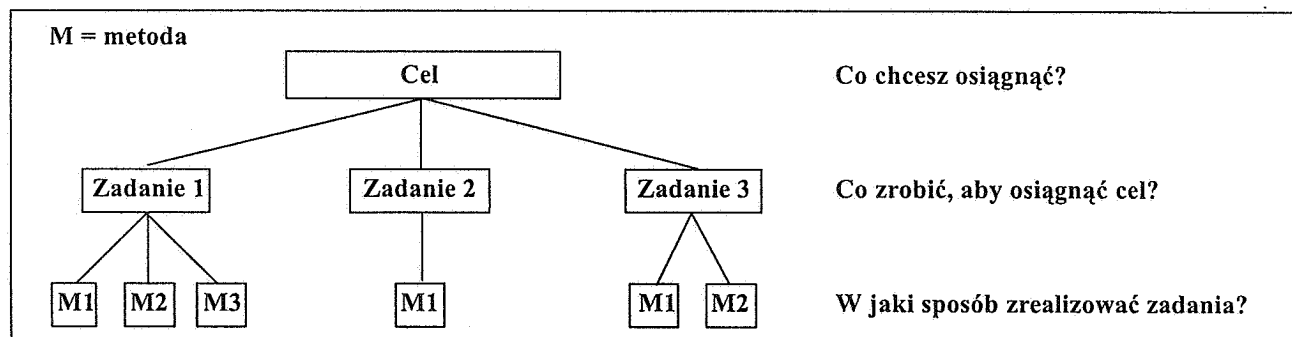
1. Kryterium sukcesu*.
2. Sposób sprawdzenia czy osiągnięto cel (sukces)*:
 - a. Co wskaże, że osiągnięto cel (wskaźniki)?
 - b. Jak sprawdzimy, czy osiągnięto cel (narzędzia)?
 - c. Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel (wykonawcy)?

II ZADANIA

1. Kryterium sukcesu*.
2. Metody realizacji.
3. Wykonawcy.
4. Środki.
5. Sposób sprawdzenia*:
 - a. Przebiegu realizacji zadania (monitorowanie).
 - b. Czy wykonano zadanie?
 - Co wskaże, czy wykonano zadanie (wskaźniki)?
 - Jak sprawdzimy, czy wykonano zadanie (narzędzia)?
 - Kto i kiedy sprawdzi czy wykonano zadanie (wykonawcy)?

Elementy planu oznaczone gwiazdką (*) są niezbędne dla dokonania ewaluacji.

W tabeli 4 omówiono poszczególne elementy planu. Niektóre z nich sprawiały trudność. Wyjaśnienia wymagają m.in. różnice między celem, zadaniami i metodami (ryc. 8).



Ryc. 8. Różnice między celem, zadaniami i metodami

Tabela 4. Elementy planu pracy i ich charakterystyka

Element	Pytania	Praktyczne uwagi
I. CEL	Co zamierzamy osiągnąć, aby rozwiązać problem? Do czego zmierzamy?	Cel wynika bezpośrednio z wybranego priorytetu czyli z naszych potrzeb. Powinien być sformułowany konkretnie i niezbyt szeroko.
1. Kryterium sukcesu (dla celu)	Jaki stopień (poziom) realizacji celu uznamy za sukces?	Ułatwi to: – precyzyjne, niezbyt szerokie sformułowanie celu; – sprawdzenie czy wykonane zadania doprowadziły do osiągnięcia celu. Może zdarzyć się, że wykonano zadania w 100 %, ale były one nieodpowiednio dobrane do danego celu. Kryterium sukcesu powinno być realne w danych warunkach (unikamy zbyt wysokiego, ale tak że zbyt niskiego kryterium).

2. Sposób sprawdzenia czy osiągnięto cel (sukces)	<p>a. Co wskaże, czy osiągnięto cel?</p> <p>b. Jak sprawdzimy, czy osiągnięto cel?</p> <p>c. Kto i kiedy sprawdzi, czy osiągnięto cel?</p>	<p>Określamy konkretne wskaźniki, czyli dane liczbowe lub inne informacje, które zmierzmy, zarejestrujemy, zaobserwujemy itd. Rodzaj tych wskaźników zależy od kryterium sukcesu.</p> <p>Określamy, za pomocą jakich narzędzi zbierzemy wskaźniki wymienione wyżej w punkcie 2a, np. ankieta, obserwacja, dyskusja, analiza dokumentów itd. Używamy tego samego narzędzia do oceny stanu wyjściowego i końcowego (po zakończeniu danego etapu pracy).</p> <p>Określamy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - osobę odpowiedzialną za ewaluację i jej uczestników, - termin realizacji.
II. ZADANIA	Co należy konkretnie zrobić, aby osiągnąć cel?	Określamy zadania odpowiednie do danego celu. Podstawą do ich wyboru są wyniki kroku 3, fazy wstępnej – rozwiązania dla usunięcia przyczyny problemu. Od liczby tych rozwiązań zależy liczba zadań.
1. Kryterium sukcesu (dla każdego zadania)	Jaki stopień (poziom) realizacji zadania uznamy za sukces?	Uwagi podobne jak przy kryterium sukcesu dla celu.
2. Metody realizacji (terminy)	W jaki konkretnie sposób (i kiedy) będziemy realizować dane zadanie?	Określamy prace, które należy kolejno wykonać dla realizacji zadania. Jest to równocześnie: <ul style="list-style-type: none"> - harmonogram pracy, - podstawa do określenia środków, - podstawa do monitorowania pracy (ewaluacja procesu)
3. Wykonawcy	<p>a. Kto jest odpowiedzialny za wykonanie zadania?</p> <p>b. Kto wykonuje poszczególne prace?</p>	<p>Wpisujemy nazwisko osoby, która czuwa nad przebiegiem całości zadania.</p> <p>Wpisujemy nazwiska osób lub grupy wykonujące poszczególne prace.</p>
4. Środki	<p>a. Jakie są niezbędne środki (finansowe) do wykonania zadania.</p> <p>b. Jaki będzie wkład pracy lub świadczenia rzeczowe ludzi?</p>	<p>Określamy koszt wykonania czynności i prac wymienionych w metodach.</p> <p>Określamy niezbędną liczbę godzin pracy ludzi lub rodzaj innych usług, darów z ich strony itd.</p>
5. Sposób monitorowania	<p>a. Czy zadanie jest realizowane zgodnie z planem?</p> <p>b. Co sądzą o tym wykonawcy (odbiorcy)?</p>	Określamy, kto i kiedy oceni przebieg realizacji zadania oraz zapyta ludzi o ich opinie (podstawa do ewentualnej korekty planu).
6. Sposób sprawdzenia czy wykonano zadanie (ewaluacja wyników zadań)	<p>a. Co wskaże, czy wykonano zadanie?</p> <p>b. Jak sprawdzimy czy wykonano zadanie?</p> <p>c. Kto i kiedy sprawdzi, czy wykonano zadanie?</p>	Określamy punkty a, b, c w powiązaniu z ustalonym wcześniej kryterium sukcesu dla zadania (punkt II.1.). Sposób sprawdzenia podobny jak w przypadku celu (punkt I.2. a, b, c).

Dobłą formą zapisu planu jest tabela. Umożliwia ona powiązanie między poszczególnymi elementami planu. Plan powinien być opracowany z udziałem wielu osób. Zapisany w przejrzystej formie, powinien być udostępniony społeczności szkolnej i lokalnej.

Przedstawiony sposób planowania i sprawdzania efektów swojej pracy może wydawać się czasochłonny i trudny. Dotychczasowa powszechna praktyka, to przygotowanie planów nie dla siebie, lecz dla osób nadzorujących naszą pracę. Typowy plan zawiera takie określenia: zwiększać, pogłębić, nasilić, rozszerzyć itd. Praktyka to działanie „od razu”, bez planowania, sprawdzania i dokumentowania tego, co naprawdę zrobiono i osiągnięto. Doświadczenia szkół promujących zdrowie wskazują, że planowania i ewaluacji można się nauczyć. Korzyścią z nabycia tej umiejętności jest większa skuteczność działania i satysfakcja z pracy.

Krok 4. Działania – realizacja planu i monitorowanie działań

Jest to faza, w której wdrażamy (wprowadzamy w życie szkoły) i realizujemy zaplanowane działania. Obejmuje ona zwykle wiele miesięcy w danym roku szkolnym.

Rady dla przyszłych szkolnych koordynatorów

- Poszukać chętnych i odpowiedzialnych osób; w otwarty sposób pracować w zespole.
- Wybierać na wstępie cele konkretne, proste, mierzalne i łatwe do osiągnięcia.
- Planować realnie.
- Nie zrażać się początkowymi trudnościami.
- Zwrócić uwagę na diagnozowanie, ewaluację, w tym monitorowanie.
- Nauczyć się samemu planowania, zdawać sobie sprawę z czasochłonności, nie upierać się przy swoich racjach, być cierpliwym i wytrwale uczyć się, nagradzać rzetelność pracy.

2. Ewaluacja

2.1. Definicje

Termin „ewaluacja” jest w języku polskim odpowiednikiem angielskiego określenia „evaluation”. Istnieje wiele jego definicji. Na przykład ewaluacja to:

- sprawdzanie tego, czy osiągnęliśmy postawione cele, czy działania nasze zakończyły się sukcesem;
- zbieranie informacji i zdawanie relacji z tego jak się rzeczy mają po to, aby ułatwić podejmowanie decyzji¹;
- systematyczne badanie wartości i cech konkretnego programu, działania lub obiektu z punktu widzenia przyjętych kryteriów, w celu jego usprawnienia, rozwoju lub lepszego zrozumienia²;
- systematyczne badanie i ocena działań oraz ich efektów w celu uzyskania informacji, które mogą być wykorzystane przez osoby, które są zainteresowane poprawą ich skuteczności.

Ewaluacja nie jest synonimem oceniania i kontroli (nadzoru), ani nową jej formą i odnoszą się do niej takie określenia jak: badanie, zbieranie informacji, analizowanie, sprawdzanie, komunikowanie (zdawanie relacji). Mierzenie jakości nie jest ewaluacją, ale ewaluacja służy mierzeniu jakości. Niezbędnym elementem ewaluacji jest wartościowanie³ działań, czyli badanie czy działania i ich wyniki są wartościowe – cenne, użyteczne; kryterium wartości ustalają ludzie programujący działania i ich uczestnicy.

¹ Mizerek H. (red.) (1997), *Ewaluacja w szkole*, Wybór tekstów, Wydaw. MG, Olsztyn.

² Korporowicz L. (2001), *Ewaluacja i społeczeństwo*, W: *Rozumienie zmian społecznych*, red. Hałas E., Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin, s. 87–109.

³ Członem wyrazu „evaluation” w jęz. angielskim jest „valuation” – czyli wartościowanie.

2.2. Rodzaje ewaluacji

Wyróżnia się ewaluację procesu i ewaluację wyników (tab. 5). Oba rodzaje ewaluacji są komplementarne i niezbędne.

Ewaluacja procesu

Ewaluacja procesu, zwana jest także formatywną (formującą) lub monitorowaniem przebiegu działań. Polega na ciągłej obserwacji tego, co dzieje się w programie po to, aby w razie potrzeby dokonywać bieżącej korekty lub modyfikacji planu. W czasie realizacji programu zachodzi wiele interakcji między ludźmi i organizacjami, zmieniają się warunki, pojawiają się trudności lub nowa szansa. Ewaluacja procesu pokazuje przede wszystkim wysiłki ludzi i ich aktywność oraz sprawność i korzyści z samego działania. Stwarza możliwości do współdziałania, dialogu w zespole koordynującym i z uczestnikami programu, refleksji, wspólnego uczenia się, twórczego rozwiązywania trudności itd. Jest ona szczególnie ważna, gdy:

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

W programach realizowanych w SzPZ można śledzić różne aspekty działań, w tym:

- przebieg realizacji planu, stopień osiągnięcia kryterium sukcesu, trudności i sposoby ich pokonywania,
- uczestnictwo w programie różnych grup społeczności szkolnej, ich aktywność, opinie o programie i korzyściach,
- nowe inicjatywy i pomysły, formy komunikowania się i współpracy,
- pozyskiwanie i wykorzystanie środków,
- satysfakcja z koordynowania działań i uczestnictwa w programie.

Tabela 5. Cechy ewaluacji procesu i ewaluacji wyników programu/projektu

	Ewaluacja procesu (formatywna)	Ewaluacja wyników (sumatywna)
Cel	Obserwowanie, śledzenie (monitorowanie) przebiegu realizacji programu, dla dokonywania ewentualnych korekt lub modyfikacji planu.	Zbadanie stopnia – realizacji ustalonych zadań, – osiągnięcia przyjętych celów programu.
Pytania, jakie stawiają sobie ewaluatorzy	Czy program został wdrożony? Czy dążymy do osiągnięcia celu? Czy zadania realizowane są zgodnie z planem? Jeśli nie, to dlaczego? Czy program dociera do odbiorców? Co sądzą o programie jego uczestnicy? Jakie są trudności w realizacji i ich przyczyny? Co wymaga korekty, uzupełnienia?	Jakie są efekty realizacji zadań, w stosunku do przyjętego kryterium sukcesu? Czy osiągnięto cel i w jakim stopniu, w odniesieniu do przyjętego kryterium sukcesu? Czy program powinien być kontynuowany? Co należy zmodyfikować?
Kiedy dokonuje się ewaluacji?	W całym okresie realizacji programu.	– Po zakończeniu kolejnych etapów przygotowywania i realizacji programu. – Bezpośrednio po zakończeniu programu i po upływie pewnego czasu (ewaluacja odroczone).

Ewaluacja wyników (efektów)

Ewaluacja wyników, zwana także sumatywną (sumującą), polega na ocenie skuteczności i jakości działania. Dotyczy ona celów programu i zadań realizowanych dla jego osiągnięcia. Dokonuje się jej:

- w różnych fazach realizacji programu:
 - w okresie przygotowawczym – ustalenie stanu gotowości do rozpoczęcia programu, jego przydatności i realności wdrożenia,
 - po zakończeniu jakiegoś etapu programu – analiza realizacji zadań, efektów etapowych;
- po zakończeniu programu jako badanie:
 - bezpośrednich efektów – stopnia osiągnięcia przyjętych celów programu (kryterium sukcesu),
 - odroczonego efektów – badanie trwałości zmian, po upływie określonego czasu od zakończenia programu.

Ewaluacja wyników stwarza podstawy do podejmowania decyzji dotyczącej tego, co dalej z programem? Czy należy go kontynuować, zmodyfikować, zaprzestać?

2.3. Odbiorcy i wykonawcy

- Odbiorcami ewaluacji w SzPZ są:
 - zespół inicjujący i koordynujący program oraz wszyscy jego uczestnicy – ewaluacja jest badaniem wspólnych wysiłków, podsumowaniem i uwidacznianiem ich efektów, źródłem satysfakcji, podstawą do modyfikacji dalszych działań;
 - społeczność szkolna – wyniki ewaluacji mogą zachęcić do współuczestnictwa w programie innych jej członków;
 - samorząd lokalny, władze administracyjne, organizacje i osoby w danej społeczności wspierające lub sponsorujące działania szkoły – dane z ewaluacji potwierdzają słuszność dotychczasowych decyzji odnośnie programu i zachęcają do dalszego jego wspierania;
 - inne szkoły, które chcą skorzystać z doświadczeń.
- Wykonawcami ewaluacji (ewaluatorami) mogą być:
 - członkowie społeczności – mówimy wówczas o **autoewaluacji** (samoewaluacji) lub ewaluacji wewnętrznej;
 - ewaluatorzy zewnętrzni – osoby nie uczestniczące w programie, eksperci.

Tabela 6. Korzyści i niedogodności związane z dokonywaniem ewaluacji programu przez osoby (ewaluatorów) z zewnątrz i wewnątrz programu

Ewaluatorzy zewnętrzni	Ewaluatorzy wewnętrzni
<ul style="list-style-type: none">• Mogą mieć nowe („świeże”) spojrzenie na program.• Nie są osobiście zaangażowani w realizację programu.• Nie są członkami żadnej struktury programu.• Nie mają, żadnych korzyści z programu, ale mogą zyskać prestiż po dokonaniu jego ewaluacji.• Mają przygotowanie w zakresie metod ewaluacji, mogą mieć doświadczenia w jej przeprowadzaniu, są traktowani jako eksperci przez uczestników programu.• Jako osoby z zewnątrz mogą w pełni nie rozumieć założeń programu i jego uczestników.	<ul style="list-style-type: none">• Bardzo dobrze znają program.• Trudno im zachować obiektywizm.• Są członkami struktury programu.• Motywacja do działania może być nadszereją na osobiste korzyści.• Mogą nie posiadać przygotowania w zakresie metod ewaluacji, ani doświadczeń w jej przeprowadzaniu.• Znają i dobrze rozumieją założenia programu, mogą interpretować zachowania i postawy ludzi.

Opracowanie wg: M.T. Furstein (1986). *Partners in evaluation*. Macmillan, London.

2.4. Przygotowanie do ewaluacji

Przyjmujemy, że w SzPZ podstawową formą jest **autoewaluacja**¹. Często wydaje się, że ewaluacja jest zadaniem trudnym i skomplikowanym, ludzie zrażają się specjalistycznymi określeniami i „statystyką”. Ludzie, którzy sami dokonują ewaluacji swojej pracy mogą lepiej rozpoznać potrzeby i bariery, mają okazję sami spojrzeć „prawdzie w oczy”.

Do dokonania ewaluacji trzeba się odpowiednio przygotować i jeśli jest to możliwe skorzystać z pomocy ekspertów. Za prace związane z ewaluacją powinna być odpowiedzialna jedna osoba, posiadająca zdolności organizacyjne, umiejętność komunikowania się z ludźmi. Wspierać ją powinien **zespół ds. ewaluacji**. Członkowie tego zespołu powinni mieć motywację i czas do wykonania tej pracy, wiedzieć co się aktualnie dzieje w szkole, jakie są trudności. Warto pozyskać do zespołu także osoby, które pomogą w opracowaniu zgromadzonych danych (np. nauczyciel informatyki do opracowania zestawień statystycznych, wyników ankiet itd.).

Cechy i umiejętności niezbędne w autoewaluacji

- Duża „dawka” zdrowego rozsądku.
- Częste stawianie pytania „dlaczego?”.
- Uczciwość wobec siebie i innych.
- Pytanie innych, uzyskiwanie odpowiedzi i branie ich pod uwagę.
- Obserwowanie i słuchanie komentarzy osób uczestniczących w realizacji zadań.
- Systematyczność w zbieraniu informacji.
- Zdolność do badania tego, co jest rzeczywiście użyteczne.

W przypadku dokonywania ewaluacji zewnętrznej, należy wybrać osobę, która posiada umiejętności dokonywania badań ewaluacyjnych oraz zna lub zapozna się dokładnie z wynikami diagnozy, założeniami programu, planem działań oraz specyfiką problemów i warunków pracy szkoły. Ewaluator zewnętrzny powinien być niezależny i tym samym może być bardziej obiektywny i wiarygodny. Może „odkryć” nowe aspekty realizacji programu i dostarczyć cennych informacji jego realizatorom.

2.5. Etapy badań ewaluacyjnych

Wyróżnia się cztery podstawowe etapy badań ewaluacyjnych: projektowanie, zbieranie danych, analiza i interpretacja danych, prezentacja i upowszechnienie wyników.

Etap pierwszy – projektowanie

Główne zadania tego etapu to zaprojektowanie ewaluacji procesu i wyników programu oraz dobór jej wykonawców czyli ewaluatorów. Stawiamy sobie następujące pytania:

- Co będzie przedmiotem (obiektem) ewaluacji?
- Jakie są zadania ewaluacji (dlaczego, w jakim celu i dla kogo ją podejmujemy)?
- Jakie są główne problemy badawcze i kryteria ich ustalenia?
- Jakie będą wskaźniki osiągnięcia celu lub realizacji zadań?
- Jakie techniki i narzędzia zastosujemy do pomiaru wskaźników?
- Jak zorganizowana będzie ewaluacja? Kto będzie ewaluatorem?

Planowanie ewaluacji jest integralną częścią całego procesu planowania działań. Tylko w ten sposób można dostosować ewaluację do specyficznych założeń konkretnego programu. Dla uzyskania odpowiednich i wiarygodnych informacji należy starać się wykorzystywać podstawowe elementy badań naukowych. Poniżej omówiono podstawowe zasady doboru wskaźników oraz technik i narzędzi, do wykorzystania w ewaluacji.

¹ Tołwińska-Królikowska E. (red.) (2002), *Autoewaluacja w szkole*, Wydawnictwa CODN, Warszawa.

Wskaźniki

Wskaźnik jest to cecha, zdarzenie, zjawisko, które da się zaobserwować, określić lub zmierzyć. Pozwalają one określić (w sposób w miarę obiektywny) czy podjęto działania i jak one przebiegają oraz jakie dają one efekty.

O czym należy pamiętać przy wyborze wskaźników?

- Wybór wskaźników wynika z celu i zadań (powinny być one specyficzne dla danego celu lub zadania).
- W wyborze wskaźników koncentrować się należy na najważniejszych cechach; nie da zmierzyć się wszystkiego, należy wybierać to, co jest wartościowe i co chcemy oceniać.
- Wybrane wskaźniki są tylko częścią charakterystyki działań lub wyników programu.
- Wskaźniki powinny być realistyczne i dostosowane do czasu trwania programu (np. nie można oczekiwać szybkiej zmiany zachowań i poprawy stanu zdrowia).
- Należy wybierać wskaźniki mierzalne.
- Wskaźniki powinny być czytelne dla wszystkich wykonawców ewaluacji.
- Wskaźniki powinny określać stałe cechy szkoły i społeczności szkolnej, aby można było analizować zmiany dokonujące się w czasie.

Techniki i narzędzia badawcze

Ewaluacja nie jest badaniem naukowym, w pełnym znaczeniu tego słowa, ale w badaniach ewaluacyjnych wykorzystuje się metody i techniki stosowane w naukach społecznych, gdyż wnioski wynikające z ewaluacji muszą być uzasadnione i udokumentowane. Zdaniem H. Mizereka *rola ewaluatora jest pod wieloma względami bliska roli badacza. To, co różni badacza i ewaluatora to cele, jakie im przyświecają. Charakterystyczne dla ewaluatora jest akcentowanie celów praktycznych. Interesuje go bardziej samo działanie niż wyjaśnianie zależności między zjawiskami świata społecznego. Ewaluator jest – z tego punktu widzenia – przedstawicielem „stosowanych” badań społecznych*¹.

Techniki badawcze są to czynności, pozwalające na uzyskanie informacji, opinii, zebranie faktów. Narzędzie badawcze służy tym czynnościom. W praktyce najczęściej wykorzystuje się techniki ilościowe (np. ankiety), za pomocą, których szybko można uzyskać dane od wielu ludzi i wyrazić je w sposób „wymierny” np. w procentach. Ułożenie „dobrej” ankiety nie jest sprawą prostą. Niezbędne jest sprawdzenie jej rzetelności i trafności. W ewaluacji w SzPZ przydatne są również techniki jakościowe, w których istnieje możliwość bezpośredniej, dwustronnej, partnerskiej relacji ewaluatora z osobą(-ami) badanymi. Pożądane jest wykorzystanie w ewaluacji różnorodnych metod i technik badania.

Etap drugi – zbieranie danych

Zbieranie danych odbywać się powinno zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, w czasie realizacji zadań (ewaluacja procesu) i po zakończeniu programu (ewaluacja wyników).

Podstawowe zasady zbierania danych

- Należy zbierać tylko te dane, które są niezbędne, wiarygodne i bezpośrednio powiązane z zadaniami lub celem(-ami) programu (często mamy tendencje do zbierania zbyt wielu informacji).
- Sposób zbierania danych powinien być jak najprostszy i nie obciążający nadmiernie ewaluatorów i osób badanych.
- Uzyskane dane i materiały należy odpowiednio segregować i porządkować.
- Osoby, z którymi przeprowadza się wywiady, ankiety itd. powinny być informowane o celu ewaluacji i mieć poczucie bezpieczeństwa. Przedmiotem ewaluacji są działania (program), a nie ludzie. Jeśli zaczniemy oceniać ludzi nie będą oni udzielać prawdziwych informacji i ewaluacja nie będzie rzetelna.

¹ Mizerek H., *Ewaluacja zajęć: kilka (praktycznych) uwag*, Maszynopis przedstawiony w czasie seminarium w Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Etap trzeci – analiza i interpretacja danych

Zgromadzone dane, przeprowadzone ankiety, wywiady itd. wymagają opracowania, wyliczenia lub zestawienia w formie, która umożliwi ich analizę i wyciąganie wniosków. Jest to zadanie czasochłonne i wymaga podziału zadań wśród członków zespołu ds. ewaluacji. Przygotowane zestawienia i materiały wymagają wspólnego omówienia i zinterpretowania w tym zespole oraz sformułowania wniosków. Jest to podstawa do przygotowania raportu z ewaluacji.

Raport z ewaluacji powinien zawierać część opisującą ewaluację procesu i ewaluację wyników. Stanowi on podstawę do podejmowania decyzji w sprawie dalszych działań. Pierwsza wersja raportu powinna być przedyskutowana w zespole ds. ewaluacji i po wprowadzeniu poprawek, zapisana w sposób przystępny dla różnych odbiorców. Kluczowym zadaniem jest sformułowanie wniosków oraz wynikających z nich problemów priorytetowych do dalszych działań. W formułowaniu wniosków i problemów priorytetowych powinno uczestniczyć wiele osób, zwłaszcza te, od których zależy będzie decyzja o dalszych działaniach. Uczestnictwo w tym procesie powoduje się, że ludzie czują się jego współtwórcami i chętniej włączają się do realizacji kolejnych programów.

Etap czwarty – prezentacja i upowszechnienie wyników ewaluacji

Raport z ewaluacji powinien być szeroko upowszechniony i dotrzeć do jak największej liczby osób w szkole, a także w społeczności lokalnej. Należy rozważyć przygotowanie krótszej jego wersji, zawierającej najważniejsze wyniki, wnioski i rekomendacje, przedstawione w bardziej przystępny sposób. Warto zaplanować specjalną imprezę, na której zaprezentowane będą wyniki ewaluacji, przykłady ciekawych rozwiązań, prezentowane przez ich autorów w różnej formie (prezentacje ustne, wideo, wystawy itd.). Dla dokonywania zmian ważna jest nie tylko praca, ale także wspólne świętowanie osiągnięć.

Kontynuacja działań

Często zdarza się, że program jest jednorazową akcją i doświadczenia uzyskane w czasie jego realizacji nie są, z różnych przyczyn, wykorzystywane w dalszych działaniach. Jest to ogromna strata wysiłków ludzi i wydatkowanych środków. Końcowym efektem ewaluacji powinny być starania o kontynuację działań – określenie środków niezbędnych do jego modyfikacji i zbudowania nowego programu i planu działań. W ten sposób zakończenie ewaluacji rozpoczyna nowy cykl działań, do którego wnosimy zdobytą wiedzę, doświadczenia i umiejętności.