

Edukować do zdrowia

Materiały z ogólnopolskiej
konferencji międzyresortowej
„Wiedza dziś – zdrowie jutro”

Edukować do zdrowia

Materiały z ogólnopolskiej
konferencji międzyresortowej
„Wiedza dziś – zdrowie jutro”

Konsultacja merytoryczna

Elżbieta Stawecka

Wydział Promocji Zdrowia, Profilaktyki i Wychowania

Redakcja i korekta

Karolina Strugińska

Projekt okładki, layout,

redakcja techniczna i skład

Barbara Jechalska

ISBN 978-83-68584-25-7

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2025

Publikacja jest rozpowszechniana na zasadach licencji Creative Commons

Uznanie Autorstwa – Użycie Niekommercyjne (CC BY-NC)

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Aleje Ujazdowskie 28

00-478 Warszawa

tel. 22 345 37 00

www.ore.edu.pl

Spis treści

Barbara Wolny

Polskie doświadczenia w zakresie edukacji zdrowotnej – holistyczne

podejście do zdrowia	5
Wprowadzenie.....	5
Rozwój edukacji zdrowotnej w szkole – ujęcie perspektywiczne	5
Od higieny przez wychowanie zdrowotne do edukacji zdrowotnej w szkole	6
Nowy etap edukacji zdrowotnej – lata 90. XX wieku.....	7
Model wszechstronnej edukacji zdrowotnej propagowany w polskiej szkole	8
Zdrowie podstawową wartością w szkolnej edukacji zdrowotnej – holistyczne podejście do zdrowia	9
Integralny model zdrowia a holistyczne podejście do zdrowia	9
Metodyka edukacji zdrowotnej w polskiej szkole – przykłady dobrej praktyki	11
Podsumowanie – ważne aspekty realizacji edukacji zdrowotnej w szkole	11

Aleksandra Lewandowska

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – skala problemu, czynniki ryzyka

i kierunki działań systemowych	15
Wprowadzenie.....	15
Sytuacja epidemiologiczna i obciążenie chorobami	15
Pandemia, wojna i inne stresory – następstwa dla zdrowia psychicznego.....	15
Najczęstsze problemy, czynniki ryzyka i czynniki protekcyjne.....	16
Specyfika diagnostyki w wieku rozwojowym	16
Ścieżki pomocy: od profilaktyki do opieki specjalistycznej	16
Rola szkoły i środowiska lokalnego.....	17
Wyzwania wdrożeniowe	18
Rekomendacje praktyczne.....	19
Kierunki badań i oceny efektów.....	20
Literatura przedmiotu	21

Polskie doświadczenia w zakresie edukacji zdrowotnej – holistyczne podejście do zdrowia

Motto:

„Zdrowie powinno być ujmowane jako zjawisko wielopłaszczyznowe, obejmujące wzajemnie się warunkujące aspekty fizyczne, psychiczne, społeczne, poznawcze i duchowe. Ich zrównoważenie i zintegrowanie, daje dopiero w efekcie rozwój i dobro osoby. Dlatego, by proces edukacji zdrowotnej był efektywny, powinien mieć wielostronny charakter” (M. Barlak)¹.

Wprowadzenie

Zdrowie ucznia to podstawowa wartość szkolnej edukacji. W ujęciu historycznym zauważamy, że tematyka zdrowia w polskiej szkole obecna była zawsze, jednak jej ujęcie, w tym szczególnie definiowanie i rozumienie zdrowia, było różne. Doświadczenia polskiej szkoły są bogate i ukazują ewolucję podejścia do zdrowia ucznia w kontekście zmian w oświacie.

Rozwój edukacji zdrowotnej w szkole – ujęcie perspektywiczne

Współczesna edukacja zdrowotna przeszła długą drogę od tradycyjnego ujęcia, w którym ucznia traktowano przedmiotowo, koncentrując się w nauczaniu na przekazywaniu gotowej wiedzy, a tym samym kształtowaniu głównie odtwórczej i adaptacyjnej postawy. Uczeń był biernym uczestnikiem, nauczyciel pełnił rolę kierowniczą, natomiast **edukacja zdrowotna miała charakter akcyjny**.

Reforma oświaty przeprowadzona w Polsce w latach 90. XX wieku zainicjowała nowe podejście do edukacji – **nastąpiła zmiana modelu kształcenia z odtwórczego na aktywizujący**, co rozpoczęło nowy etap również w podejściu do zdrowia ucznia. Szkoła zaczęła realizować edukację otwartą na nowoczesne kształcenie, stała się środowiskiem przyjaznym, w którym uczeń i nauczyciel traktowani są podmiotowo².

Cykl uczenia się przez doświadczanie³ pozwolił uczniom dochodzić do nowej wiedzy w oparciu o praktykę, przyczyniał się do refleksji i porządkowania dotychczasowych

¹ Barlak M., (1994), *Propozycja programu wychowania zdrowotnego w Salezjańskiej Organizacji Sportowej (w kontekście integralnego wychowania)*, [w:] Barlak M. (red.), *Personalistyczna wizja sportu*, Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie, s. 198.

² Zob. Wolny B., (2019), *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Warszawa: ORE, s. 33.

³ Zob. Kolb D.A., (1984), *Experiential learning*, New Jersey: Prentice Hall.

nawyków – nauczyciel stawał się przewodnikiem dla ucznia, wspierał i zachęcał do zdrowego stylu życia. Wykorzystanie w procesie edukacji zdrowotnej **metod aktywizujących i interaktywnych** pozwoliło szkole na realizację głównego celu, czyli **kształtowania postawy prozdrowotnej ucznia**. W nowym podejściu do edukacji zdrowotnej uznano pierwszeństwo rodziny w procesie wychowania, toteż **rodzina i szkoła stały się środowiskami wspólnie realizującymi edukację do zdrowia**. W szkolnej edukacji zdrowotnej zastosowano **model prakseologiczny** oparty na diagnozie, planowaniu, systematycznym realizowaniu, monitorowaniu i ewaluacji działań.

Szczególną rolę w rozwoju edukacji zdrowotnej odegrał program „**Szkoła Promująca Zdrowie**” wspierający i poszerzający edukację zdrowotną o promocję zdrowia. Został on wdrożony na początku lat 90. XX wieku i jest nadal realizowany.

Obecnie otwiera się kolejny rozdział – wprowadzenie od września 2025 roku nowego przedmiotu to kolejna próba zintensyfikowania działań szkoły w zakresie systemowego edukowania uczniów do zdrowia. W tym rozwiązaniu szczególnie ważne jest docenienie dotychczasowych doświadczeń i dorobku polskiej szkoły w realizacji edukacji zdrowotnej.

Od higieny przez wychowanie zdrowotne do edukacji zdrowotnej w szkole

Etapy ewolucji nauczania edukacji zdrowotnej w Polsce:

- wychowanie higieniczne – koniec XIX i początek XX wieku;
- oświata sanitarna/zdrowotna – lata 50. XX wieku;
- wychowanie zdrowotne – lata 60. XX wieku;
- pedagogika zdrowia – lata 80. XX wieku⁴;
- **edukacja zdrowotna – lata 90. XX wieku do dziś:**
 - **1997 r.** – edukacja zdrowotna pojawia się pierwszy raz w podstawie programowej;
 - **1999 r.** – ścieżka „edukacja prozdrowotna” – ujęcie interdyscyplinarne⁵;
 - **2008 r.** – rezygnacja ze ścieżki prozdrowotnej – wychowanie fizyczne przedmiotem kierunkowym (moduł: edukacja zdrowotna), treści zdrowotne w podstawach programowych różnych przedmiotów nauczania;
 - **2017 r.** – kontynuacja dotychczasowego ujęcia zgodnego z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia – wychowanie fizyczne przedmiotem kierunkowym (wprowadzenie bloków: edukacja zdrowotna i kompetencje społeczne), włączenie treści edukacji zdrowotnej do różnych przedmiotów: wychowania do życia w rodzinie, biologii, chemii, edukacji dla bezpieczeństwa i innych (tzw. model rozproszony)

⁴ Por. Wolny B., (2012), *Ewolucja podejścia do zdrowia ucznia – od wychowania higienicznego do edukacji zdrowotnej*, [w:] Wolny B., *Szkolna edukacja zdrowotna ukierunkowana na doskonalenie jakości życia uczniów*, Lublin: Wyd. KUL, s. 58–63.

⁵ Por. Wolny B., (2009), *Edukacja zdrowotna w szkole*, wyd. II rozszerzone, Stalowa Wola: Fundacja Campus, s. 42–43.

oraz do programu wychowawczo-profilaktycznego – holistyczne podejście do zdrowia – aspekt aksjologiczny⁶.

Nowy etap edukacji zdrowotnej – lata 90. XX wieku

Szczególny wkład w rozwój edukacji zdrowotnej wniosła „**Szkoła Promująca Zdrowie**” – najdłużej realizowany **program o charakterze oddolnym promujący holistyczne podejście do zdrowia ucznia**⁷ i wszystkich członków społeczności szkolnej – poszerzający ofertę szkół związaną z realizacją edukacji zdrowotnej (nauczanie, uczenie i kształtowanie postawy prozdrowotnej) przez praktykowanie zachowań zdrowotnych w środowisku szkolnym, rodzinnym i lokalnym (zdrowie i promocja zdrowia wpisane w codzienność szkolną). Program został oparty na europejskim modelu WHO/SHE – (*Schools for Health in Europe / Szkoły dla Zdrowia w Europie*)⁸.

Warto pamiętać!

To „szkoły promujące zdrowie” jako pierwsze placówki podjęły się sprawdzania efektów swojej pracy (mierzenia jakości pracy szkoły w obszarze promocji zdrowia). **Autoewaluacja** rozumiana jako badanie w działaniu pozwala określić mocne i słabe strony placówki w kontekście promocji zdrowia, dokonywać modyfikacji realizowanych koncepcji i na bieżąco wprowadzać zmiany w środowisku szkolnym.

Program wspierany jest przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Ministerstwo Zdrowia, Ośrodek Rozwoju Edukacji, kuratoria i placówki doskonalenia w całej Polsce – posiada umocowanie prawne w systemie oświaty⁹.

Systemowe działania placówek promujących zdrowie oparte są na diagnozie, planowaniu, realizowaniu, monitorowaniu i ewaluacji działań z zakresu promocji zdrowia. Szczególnym znakiem jakości w zakresie promocji zdrowia jest Krajowy Certyfikat „Przedszkola/Szkoły Promującej Zdrowie” przyznawany przedszkolom i szkołom za systemowe działania w obszarze promocji zdrowia¹⁰. Certyfikaty przyznaje Centralna Kapituła Krajowego Certyfikatu „Przedszkole Promujące Zdrowie / Szkoła Promująca Zdrowie” działająca przy Ośrodku Rozwoju Edukacji w Warszawie¹¹.

⁶ Por. Wolny B., (2019), *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Warszawa: ORE, s. 19.

⁷ Socjoeologiczna koncepcja zdrowia oparta jest na holistycznym, czyli całościowym, podejściu do zdrowia (*holos* z gr. – cały, całkowity) i czynników warunkujących je. Zob. Kulik T.B., Wrońska I. (red.), (2000), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, s. 15–39.

⁸ Por. Europejska Sieć Szkół dla Zdrowia w Europie: <https://ore.edu.pl/2019/09/she-network/> [dostęp: 23.09.2025].

⁹ Podstawę realizacji działań w zakresie programu SzPZ w Polsce stanowi *Porozumienie o współpracy między MEN, MZ oraz MZiT w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży z 2009 r.*

¹⁰ Zob. przykłady dobrej praktyki w realizacji programu – na stronach PCEN w Rzeszowie: <https://www.pcen.pl/oferta-szkoleniowa-sas/program-przedszkole-i-szkola-promujaca-zdrowie.html> [dostęp: 23.09.2025].

¹¹ Zob. Uzyskanie Krajowego Certyfikatu „Przedszkole/Szkoła Promująca Zdrowie” (PPZ i SZPZ) w Warszawie wymaga wielu działań, począwszy od przygotowania przez placówkę autoewaluacji, poprzez inicjatywy prowadzące do otrzymania po trzech latach realizacji programu Certyfikatu Wojewódzkiego. Zob. informacje o programie na stronie ORE: <https://ore.edu.pl/2010/06/szkoa-promujaca-zdrowie/> [dostęp: 23.09.2025].

Model wszechstronnej edukacji zdrowotnej propagowany w polskiej szkole

Edukacja zdrowotna realizowana w polskiej szkole to proces, w ramach którego **uczeń uczy się, jak zdrowo żyć**. W realizowanych działaniach nauczyciel koncentruje się na uczniu (jako osobie), jego potrzebach i problemach zdrowotnych (diagnoza podstawą działań).

W takim podejściu edukacja zdrowotna obejmuje trzy obszary:

1. **Wiedza** – naukę jak zdrowo żyć;
2. **Umiejętności** – znawstwo, sprawność, wprawa w czymś – kształtowanie tzw. umiejętności życiowych związanych ze zdrowiem fizycznym i psychospołecznym¹²;
3. **Postawy** – to względnie trwała struktura procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji zachowań odnoszących się do zdrowia – formowanie postawy prozdrowotnej (czyli ukierunkowanej na zdrowie)¹³.

Współczesna koncepcja edukacji zdrowotnej realizowana do 2025 roku w polskiej szkole, zakładając przewodnią rolę szkoły w nauczaniu o zdrowiu, zapisaną w głównych dokumentach programowych szkoły¹⁴, wskazuje na zbieżność edukacji zdrowotnej z założeniami **wszechstronnej edukacji zdrowotnej**, propagowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Koncepcja ta stanowi fundament edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia w szkole i realizacji szkolnego programu wychowawczo-profilaktycznego.

Działania szkoły na rzecz zdrowia odzwierciedlające cechy współczesnej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży powinny opierać się na:

- holistycznym podejściu do zdrowia;
- wykorzystywaniu przez szkołę wszystkich okoliczności sprzyjających edukacji zdrowotnej, np. programów i projektów, sytuacji edukacyjnych oraz wzorców osobowych;
- uwzględnianiu w organizacji i realizowaniu podczas zajęć zainteresowań i potrzeb zdrowotnych uczniów;
- dążeniu do zharmonizowania wiedzy o zdrowiu, którą uczeń uzyskuje z różnych źródeł, czyli od rodziców, nauczycieli, rówieśników, ze środków masowego przekazu, reklamy itp.;

¹² Borzucka-Sitkiewicz K., (2009), *Kształtowanie umiejętności życiowych jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego*, [w:] Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wyd. Akademickie i Profesjonalne, s. 186.

¹³ Por. Wolny B., (2019), *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Warszawa: ORE, s. 16.

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

- zachęcaniu uczniów do zdrowego stylu życia poprzez ich aktywne uczestnictwo w planowaniu i realizowaniu edukacji zdrowotnej;
- tworzeniu w placówkach oświatowych warunków sprzyjających zdrowiu¹⁵.

Zdrowie podstawową wartością w szkolnej edukacji zdrowotnej – holistyczne podejście do zdrowia

Podstawą edukacji zdrowotnej w szkole jest odpowiedni wybór koncepcji zdrowia. Od jego definiowania i interpretacji, jak słusznie zauważa Maciej Demel, zależy cały proces wychowawczo-zdrowotny związany z działaniami nauczycieli¹⁶. W polskiej szkole szczególnie ważna jest tzw. otwarta definicja zdrowia ujmująca je nie tylko jako „brak choroby czy niepełnosprawności, ale stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”¹⁷. Takie rozumienie czyni zdrowie **kategorią pozytywną** – jego przyjęcie w szkolnej edukacji zdrowotnej, uzupełnione **postrzeganiem ucznia w wymiarze duchowym**, pozwala nauczycielowi traktować dziecko i jego zdrowie jako „całość” i zarazem „część całości”. Zgodnie z założeniem, że człowiek to osoba o złożonej i integralnej sferze cielesnoduchowej, żyjąca w różnych środowiskach, stan zdrowia jednostki zależny jest nie tylko od jej wrodzonego potencjału zdrowotnego, ale również od działania wielu czynników i wpływu sytuacji zewnętrznych¹⁸.

Zdrowie to pewien **potencjał fizyczny, psychiczny i społeczny**, który ulega dynamicznym zmianom (pozytywnym lub negatywnym) pod wpływem naszych codziennych działań (lub ich braku)¹⁹. Działania szkoły w zakresie wzmacniania zdrowia ucznia są niezwykle ważne. Nauczyciel, wspierając rodzinę w edukacji zdrowotnej, często niweluje niekorzystny wpływ współczesnej cywilizacji związany np. z biernym odpoczynkiem i pasywnością ruchową, niewłaściwymi nawykami w odżywianiu czy uzależnieniami od nowoczesnych technologii. Przekazując wiedzę, kształtując umiejętności i formując postawę prozdrowotną uczniów, przygotowuje ich do zdrowego życia aktualnie i w przyszłości (edukacja zdrowotna ma więc charakter prospektywny).

Integralny model zdrowia a holistyczne podejście do zdrowia

W realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej – zważywszy na potrzebę integralnego rozwoju ucznia – najbardziej wskazany jest model holistyczny. Zgodnie z tym ujęciem w nauczaniu o zdrowiu postrzega się je jako kategorię pozytywną, w związku z czym

¹⁵ Por. Założenia wszechstronnej edukacji WHO, [w:] *Wszechstronna edukacja zdrowotna. Przewodnik do działania*, „Lider” 1993, nr 5.

¹⁶ Demel M., (2000), *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. Tom III: *Studia i monografie*, nr 13, Kraków: AWF, s. 59–60.

¹⁷ Por. Definicja zdrowia WHO (1947), [w:] Wolny B., Wojtasik T., (2023), *Promocja zdrowia w szkołach i placówkach oświatowych*, Warszawa: ORE, s. 9.

¹⁸ Por. Wolny B., (2018), *Zdrowie jako wartość w edukacji wczesnoszkolnej. Uczeń w świecie wartości. Poradnik aksjologiczny dla nauczycieli*, Łapczyce: Wyd. REGIS, s. 16–17.

¹⁹ Słońska Z., Misiuna M., (1994), *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa: Agencja Promo-Lider, s. 25.

w działaniach edukacyjnych akcent położony jest na kształtowanie zdrowia, a nie na przeciwdziałanie chorobie.

Holistyczny model zdrowia zakłada rozpatrywanie sprawności ucznia **w wymiarach: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym**²⁰ oraz przewiduje **aktywności dotyczące całego organizmu**. Konsekwencją przyjęcia takiego modelu jest uwzględnianie wzajemnych powiązań i przenikania się poszczególnych wymiarów zdrowia oraz wpływu na jego stan czynników zewnętrznych i środowiskowych. Działania szkoły w ramach edukacji zdrowotnej powinny zatem polegać na wzmacnianiu kondycji ucznia w poszczególnych sferach jego rozwoju²¹.

Ukazywanie zdrowia w kategorii wartości stanowi pomoc w budowaniu u uczniów ich indywidualnej hierarchii wartości, jest także wsparciem w urzeczywistnianiu na co dzień zdrowego stylu życia.

W kontekście działań wychowawczych zdrowie powinno być:

- **kategorią pozytywną** (akcent położony na zdrowie, a nie na chorobę);
- **pojęciem wielowymiarowym** (bo tworzą je sfery: fizyczna, psychiczna, społeczna i duchowa);
- **indywidualnym potencjałem**, który trzeba pomnażać;
- **traktowane jako dobro dane człowiekowi nie raz na zawsze** – o które trzeba dbać, wzmacniać je i chronić;
- **rozumiane jako zjawisko dynamiczne, a nie statyczne**, które można wzmacniać w ramach działań edukacyjnych;
- **kategorią aksjologiczną, czyli wartością** – tym, o co warto zabiegać;
- **zasobem i środkiem** do nauki, pracy, wypoczynku oraz realizacji własnych zainteresowań i aspiracji²².

²⁰ Aspekt duchowości nierozłącznie wiąże się z promocją zdrowia. Stanowi on ważny element integralnego modelu zdrowia, a zarazem pojęcie wielowymiarowe. W definiowaniu zdrowia duchowego pojawiają się takie elementy jak: samoświadomość, jakość relacji, system wartości i poczucie celu życia. Zdrowie duchowe to zdolność do dawania i brania, okazywania ciepła, bezwarunkowa miłość, poczucie sensu i celu życia, dostrzeganie czynników transcendentnych, wewnętrzna siła i spokój, pozytywne nastawienie, własne credo życiowe, uznanie istnienia czegoś „poza naszym umysłem”, otwartość na przeżycia duchowe, zdolność wyjścia poza świadomość i zauważania aksjologicznej strony zdrowia. Zdrowie duchowe to źródło zdrowia jako wartości. Zob. F. Hill (1995), [w:] Wolny B., (2009), *Edukacja zdrowotna*, wyd. II rozszerzone, Stalowa Wola: Fundacja Campus, s. 24.

²¹ Por. Wolny B., (2023), *Holistyczny model zdrowia z perspektywy promocji zdrowia*, [w:] Wolny B., Wojtasik T., *Promocja zdrowia w szkołach i placówkach oświatowych*, Warszawa: ORE, s. 10–14.

²² Zob. Wolny B., (2019), *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Warszawa: ORE, s. 13.

Metodyka edukacji zdrowotnej w polskiej szkole – przykłady dobrej praktyki

1. **Prakseologiczny model podstawą skutecznej edukacji zdrowotnej** – diagnoza potrzeb i zasobów, planowanie, realizowanie, monitorowanie i ewaluacja (z doświadczeń placówek promujących zdrowie);
2. **Podejście aktywizujące ucznia** do działania i odejście od kształcenia odtwórczego – metody aktywizujące i interaktywne;
3. **Projekty** (edukacyjne, badawcze, społeczne, medialne) np.: „Myślimy globalnie – działamy lokalnie”²³; projekty związane z integracją międzyprzedmiotową – tzw. interdyscyplinarne, np. „Z językiem polskim na spacer” czy „Matematyka na boisku szkolnym”, oraz programy autorskie nauczycieli – np.: „Moje miejsce w świecie wartości”, „Zawsze do zdrowia dobrego trzeba serca wesołego”;
4. **Innowacje pedagogiczne** z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia – np.: „Zaczarowany świat ekranów, czyli bajeczki ułatwiające wprowadzanie zasad higieny cyfrowej dla dzieci” czy „Oswoić szkołę”;
5. **Sytuacje edukacyjne do praktykowania zdrowia** w szkole – np.: „Aktywne przerwy”, „Zielone sale gimnastyczne”, „Il śniadanie na trawie”, „Piramida moich wartości” itp.
6. **Nauczyciel jako przewodnik** uczniów – kreator zdrowia w szkole.
7. **Spójność działań** rodziny i szkoły – „mówimy jednym głosem” – to podstawa i filar skutecznych działań.

Działania prowadzone w szkołach potwierdzają, że edukacja zdrowotna nie może być nudna, musi być atrakcyjna dla uczniów – oparta na doświadczaniu i praktykowaniu zdrowych zachowań w środowisku szkolnym, rodzinnym, rówieśniczym i lokalnym.

Podsumowanie – ważne aspekty realizacji edukacji zdrowotnej w szkole

„Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i wydajności ekonomicznej. Wyposażając uczniów w wiedzę, umiejętności i postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szanse na zdrowe życie oraz zdolności działań na rzecz zdrowia społeczności, w której żyją” (WHO)²⁴.

Zdrowie i edukacja zdrowotna to kategorie ściśle ze sobą powiązane, ponieważ:

- zdrowy uczeń ma większe szanse na sukcesy szkolne, a zdrowy nauczyciel – na sukcesy i satysfakcję ze swojej pracy;
- uczestnictwo w zajęciach profilaktycznych umożliwia uczniom dokonywanie wyborów sprzyjających ich własnemu zdrowiu i zdrowiu innych osób;

²³ Zob. Zrealizowane projekty PCEN – „Zdrowy styl życia – myślimy globalnie działamy lokalnie”: <https://projektyue.pcen.pl/pl-pl/zrealizowane-projekty> [dostęp: 23.09.2025].

²⁴ Nakajima H., (1993), *Wprowadzenie w szkole wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider”, nr 5, s. 3.

- edukacja zdrowotna w szkole jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa²⁵.

Wszyscy uczestnicy procesu dydaktyczno-wychowawczego powinni pamiętać o głównych zasadach realizacji wszechstronnej edukacji zdrowotnej:

1. Podstawową kategorią edukacji zdrowotnej jest **zdrowie ujmowane holistycznie**. Zgodnie z modelem holistycznym istotne znaczenie mają wszystkie wymiary zdrowia oraz czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, które je warunkują.
2. Realizując holistyczny model edukacji zdrowotnej, **nauczyciel podejmuje działania ukierunkowane na wzmacnianie:**
 - **zdrowia fizycznego** – poprzez propagowanie różnych form aktywności fizycznej, zasad zdrowego odżywiania (np. stosowanie zbilansowanej diety), przestrzegania higieny osobistej;
 - **zdrowia psychicznego** – zarówno w aspekcie emocjonalnym, jak i umysłowym – poprzez rozpoznawanie, rozumienie i kontrolowanie emocji oraz nauczanie ucznia się, czyli stosowanie metod i technik dydaktycznych dobranych do indywidualnych możliwości uczniów;
 - **zdrowia społecznego** – poprzez kształtowanie relacji interpersonalnych;
 - **zdrowia duchowego** – poprzez zachęcanie uczniów do urzeczywistniania w codziennym życiu wartości zdrowia i zdrowego stylu życia.
4. **Edukacja zdrowotna jest procesem** rozciągniętym w czasie i obejmuje wszystkie etapy edukacyjne. Proces ten rozpoczyna się w **rodzinie** jest kontynuowany w przedszkolu i w szkole – wymaga współpracy szkoły z rodzicami i osobami wspierającymi zdrowie ucznia, np. lekarzami i pielęgniarkami.
5. **Cykl uczenia się przebiega jako doświadczanie wiedzy**, w ramach którego nauczyciel stosuje nowoczesne metody pracy z uczniem, zwłaszcza aktywizujące i interaktywne.
6. **Uczeń i nauczyciel są podmiotami szkolnej edukacji zdrowotnej**, w realizacji której uczeń stanowi wartość najwyższą. Uznanie podmiotowości ucznia oznacza indywidualne podejście do jego możliwości, rozwijania mocnych i wzmacniania słabych stron. Podmiotowość ucznia związana jest z podmiotowością nauczyciela i przejawia się w okazywaniu mu szacunku, a także jako wzajemne respektowanie swej wartości przez obie strony procesu edukacyjnego.
7. **Nauczyciel jest kreatorem zdrowia ucznia w szkole**, inspiruje i zachęca go do utrzymywania zdrowego stylu życia, przede wszystkim jednak stanowi dla ucznia osobowy wzorzec zdrowia – uczy właściwych wyborów nie tylko słowem, ale również własnym przykładem.

²⁵ Rezolucja II Konferencji Europejskiej Sieci „Szkół Promujących Zdrowie”, (1998).

Znaczenie edukacji zdrowotnej we współczesnej szkole od wielu lat podkreśla Andrzej Pawłucki, twierdząc, że: „(...) udział uczniów w programach edukacyjnych, promujących wartości naturalne (ciało, zdrowie, natura), przesądza o powodzeniu w życiu, zaś zaniechanie aktywności edukacyjnej, w następstwie której rodzi się uczniowska niekompetencja, wywołuje splot zdarzeń – niepowodzeń – stając się źródłem niejednej porażki, a nawet życiowego fiaska”²⁶.

Bibliografia

Barlak M., (1994), *Propozycja programu wychowania zdrowotnego w Salezjańskiej Organizacji Sportowej (w kontekście integralnego wychowania)*, [w:] Barlak M. (red.), *Personalistyczna wizja sportu*, Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie, s. 195–214.

Demel M., (2000), *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce. Tom III Studia i monografie*, nr 13, Kraków: AWF.

Kolb D.A., (1984), *Experiential learning*, New Jersey: Prentice Hall.

Nakajima H., (1993), *Wprowadzenie w szkole wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider”, nr 5.

Pawłucki A., (2007), *Osoba w pedagogice ciała. Prawo pokoju olimpijskiego*, Gdańsk – Olsztyn: Wydawnictwo Olsztyńskiej Szkoły Wyższej im. Józefa Rusieckiego.

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

Słońska Z., Misiuna M., (1994), *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa: Agencja Promo-Lider.

Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. (red.), (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wyd. Akademickie i Profesjonalne.

Wolny B., (2009), *Edukacja zdrowotna w szkole*, wyd. II rozszerzone, Stalowa Wola: Fundacja Campus.

Wolny B., (2018), *Zdrowie jako wartość w edukacji wczesnoszkolnej. Uczeń w świecie wartości. Poradnik aksjologiczny dla nauczycieli*, Łapczyce: Wyd. REGIS.

²⁶ Zob. Pawłucki A., (2007), *Osoba w pedagogice ciała. Prawo pokoju olimpijskiego*, Gdańsk – Olsztyn: Wydawnictwo Olsztyńskiej Szkoły Wyższej im. Józefa Rusieckiego, s. 85.

Wolny B., (2019), *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Warszawa: ORE.

Wolny B., Wojtasik T., (2023), *Promocja zdrowia w szkołach i placówkach oświatowych*, Warszawa: ORE.

Wojnarowska-Sołdan M., Wojnarowska B., (2012), *Wybrane zagadnienia metodyki edukacji zdrowotnej*, [w:] Wojnarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, Warszawa: ORE.

Poradniki do programów

Wojnarowska-Sołdan M., Wojnarowska B., (2017), *Przedszkole Promujące Zdrowie. Poradnik dla przedszkoli i osób wspierających działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa: ORE.

Wojnarowska B., Wojnarowska-Sołdan M. (red.), (2019), *Szkoła Promująca Zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa: ORE.

Wojnarowska-Sołdan M., Wojnarowska B., Danielewicz D., (2020), *Szkoła Specjalna Promująca Zdrowie. Podręcznik dla szkół specjalnych kształcących dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa: ORE.

Aleksandra Lewandowska

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – skala problemu, czynniki ryzyka i kierunki działań systemowych

Wprowadzenie

Ostatnia dekada przyniosła wyraźne zwiększenie ekspozycji dzieci i młodzieży na różnorodne stresory rozwojowe: gwałtowne zmiany społeczne, przyspieszona cyfryzacja codzienności, pandemia COVID-19, a w naszym regionie również długotrwałe skutki konfliktu zbrojnego. Równolegle pogłębia się przepaść pomiędzy potrzebami a dostępnymi zasobami systemu opieki zdrowotnej, edukacji i opieki społecznej. W efekcie rośnie liczba dzieci i nastolatków wymagających wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego, a także obciążenie rodzin i placówek. Zarysowany problem ma charakter interdyscyplinarny i wymaga działań zarówno klinicznych, jak i systemowych.

Sytuacja epidemiologiczna i obciążenie chorobami

Z dostępnych analiz wynika, że depresja jest obecnie jedną z najważniejszych przyczyn niepełnosprawności, a do 2030 r. będzie wiodącym czynnikiem globalnego obciążenia chorobami. W grupie osób w przedziale wiekowym 10–24 lata generuje niepełnosprawność w dużo większym zakresie niż jakakolwiek inna choroba. Szacuje się, że jedno na pięć dzieci i nastolatków doświadcza zaburzeń psychicznych lub behawioralnych. Samobójstwo stanowi czwartą co do częstości przyczynę zgonu w wieku nastoletnim: statystycznie w skali świata 1 dziecko umiera co 11 minut w wyniku samobójstwa. Dane z najnowszej metaanalizy (GBD) wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń rośnie wraz z wiekiem: 5–9 lat – 6,80%; 10–14 lat – 12,40%; 15–19 lat – 13,96%; 20–24 lata – 13,63%, przy czym wzorce różnią się w zależności od płci i etapu rozwojowego. Ponad jedna trzecia problemów zaczyna się przed 14. rokiem życia, pozostając często niezdiagnozowana i nieleczona. W ujęciu europejskim UNICEF szacuje, że z zaburzeniem psychicznym żyje ok. 9 mln nastolatków (10–19 lat), a 19% chłopców i >16% dziewcząt w wieku 15–19 lat doświadcza istotnych trudności psychicznych – depresja i zaburzenia lękowe odpowiadają za ponad połowę przypadków. Konsekwencje ekonomiczne tego zjawiska szacowane są jako utrata kapitału ludzkiego rzędu 50 mld euro rocznie.

Pandemia, wojna i inne stresory – następstwa dla zdrowia psychicznego

Pandemia COVID-19 zadziałała jak „akcelerator ryzyka”: ograniczenia sanitarne i zamknięcie szkół przerwały rytm rozwojowy, zwiększyły samotność, wydłużyły czas ekranowy i obniżyły aktywność fizyczną. W systematycznych przeglądach odnotowano nasilenie się objawów

depresyjnych i lękowych, częstsze zaburzenia snu, wzrastającą częstotliwość przyjęć na SOR z powodu zachowań samobójczych (szczególnie u dziewcząt) oraz coraz częściej diagnozowane zaburzenia odżywiania. Równocześnie wojna i migracja przymusowa nałożyły traumy wielokrotne: ekspozycję na przemoc, rozłąkę rodzinną, niepewność bytową, bariery językowe. Do najbardziej narażonych na negatywny wpływ tych czynników należą: dziewczęta w okresie dojrzewania, osoby z wcześniejszymi trudnościami psychicznymi, dzieci zamieszkałe blisko linii frontu oraz te wielokrotnie przemieszczane.

Najczęstsze problemy, czynniki ryzyka i czynniki protekcyjne

Problemy dominujące to: objawy depresyjno-lękowe, bezsenność, objawy posttraumatyczne (PTSS), zaburzenia odżywiania, zachowania autoagresywne i samobójcze. Czynnikiem ryzyka są: izolacja społeczna, przewlekły stres rodzinny, przemoc rówieśnicza (w tym cyberprzemoc), długi czas ekranowy, zaburzenia rytmu dobowego, niepewność ekonomiczna, zaburzenia neurorozwojowe (np. ADHD, spektrum autyzmu), przewlekłe choroby somatyczne. Czynniki protekcyjne to: bezpieczna relacja z opiekunem, kompetencje emocjonalno-społeczne, aktywność fizyczna, zaangażowanie rówieśnicze i szkolne, dostęp do szybkiej pomocy psychologicznej. Zaburzenia psychiczne ujawniają się często przed 14. rokiem życia, kiedy mózg rozwija się intensywnie i jest szczególnie podatny na wpływy środowiska. Wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie terapii obniża ryzyko przewlekania się objawów, nawrotów, pogorszenia funkcjonowania szkolnego i społecznego, a także zmniejsza ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych. Interwencje na wczesnym etapie są bardziej efektywne kosztowo oraz niosą mniejsze obciążenie dla rodzin i systemu ochrony zdrowia.

Specyfika diagnostyki w wieku rozwojowym

Diagnoza psychiatryczna u dzieci i nastolatków wymaga perspektywy rozwojowej: objawy często manifestują się inaczej niż u dorosłych (np. drażliwość zamiast obniżonego nastroju, somatyzacja zamiast uświadomionego lęku). Kluczowe jest wyeliminowanie przyczyn somatycznych/organicznych (jak np. zaburzenia endokrynologiczne, metaboliczne, neurologiczne, infekcyjne, polekowe), a także rozpoznanie współwystępujących trudności neurorozwojowych. Taki algorytm zmniejsza ryzyko błędów diagnostycznych i umożliwia właściwy dobór terapii (psychoterapia specyficzna dla wieku i problemu, wsparcie rodziny, interwencje szkolne, farmakoterapia – gdy konieczna).

Ścieżki pomocy: od profilaktyki do opieki specjalistycznej

Prezentowany model zakłada cztery, uzupełniające się poziomy działań:

1. Prewencja uniwersalna: edukacja zdrowia psychicznego, programy budowania odporności psychicznej (*resilience*), treningi kompetencji społeczno-emocjonalnych, psychoedukacja rodziców i nauczycieli, działania antystygmatyzacyjne.

2. Wczesna interwencja: szybki dostęp do konsultacji psychologicznej w szkole lub w poradni, prosty mechanizm „pierwszego kontaktu” – bez skierowania, krótkie interwencje kryzysowe, monitorowanie ryzyka samobójczego.
3. Opieka środowiskowa: ośrodki/zespoły środowiskowej opieki psychologiczno-psycho-terapeutycznej, centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, wizyty domowe, koordynacja z pomocą społeczną i szkołą; nacisk na pracę z systemem, w którym funkcjonuje dziecko/nastolatek i pracę w naturalnym środowisku dziecka.
4. Opieka wysokospecjalistyczna: oddziały całodobowe – do pilnej stabilizacji somatycznej po próbach samobójczych lub w stanach nagłych, współpraca z pediatrią i neurologią dziecięcą.

Rola szkoły i środowiska lokalnego

Szkoła jest miejscem codziennego funkcjonowania dziecka, dlatego stanowi naturalny i najbardziej dostępny węzeł wczesnej identyfikacji trudności emocjonalnych oraz wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego. Ze względu na powszechność i obowiązkowy charakter edukacji działania podejmowane w szkole mają charakter profilaktyki uniwersalnej, obejmującej wszystkie dzieci, niezależnie od stopnia narażenia na ryzyko. Tego typu profilaktyka jest szczególnie cenna, ponieważ:

- umożliwia kształtowanie kompetencji emocjonalnych i społecznych w sposób systematyczny i długofalowy,
- działa ochronnie również wobec dzieci z grup ryzyka, zanim pojawią się u nich wyraźne objawy zaburzeń,
- sprzyja normalizacji rozmów o zdrowiu psychicznym, redukuje stygmatyzację i zwiększa gotowość do sięgania po pomoc.

Skuteczne programy szkolne powinny obejmować elementy takie jak: nauka rozpoznawania i regulacji emocji, komunikacja bez przemocy, przeciwdziałanie cyberprzemocy, higiena snu i bezpieczne korzystanie z technologii cyfrowych, a także opracowanie precyzyjnych procedur szybkiego kierowania ucznia w razie potrzeby do psychologa lub psychiatry dziecięcego. W tym kontekście szczególną szansą rozwojową w Polsce jest planowane wprowadzenie nowego przedmiotu „edukacja zdrowotna”.

Potencjał edukacji zdrowotnej należy rozpatrywać w następujących wymiarach:

1. Systematyczność i powszechność: przedmiot realizowany zgodnie z podstawą programową gwarantuje, że uczeń otrzyma rzetelną i aktualną wiedzę o zdrowiu psychicznym, fizycznym i społecznym.
2. Kompetencje życiowe: edukacja zdrowotna łączy zagadnienia higieny psychicznej (np. regulacja emocji, radzenie sobie ze stresem, techniki relaksacyjne) z profilaktyką zachowań ryzykownych.

3. Spójność międzyprzedmiotowa: zajęcia integrują treści z zakresu biologii, wychowania fizycznego, wiedzy o społeczeństwie i edukacji dla bezpieczeństwa, nadając im wymiar praktyczny, związany z codziennym funkcjonowaniem ucznia.
4. Zaangażowanie rodziny i społeczności lokalnej: w związku z możliwością realizowania projektów program przedmiotu zawiera komponent współpracy z rodzicami oraz zakłada otwarcie szkoły na partnerstwo z lokalnymi instytucjami zdrowia i pomocy społecznej.
5. Redukcja nierówności w sferze zdrowia: jako przedmiot powszechny edukacja zdrowotna wspiera rodziców w przekazywaniu wiedzy o zdrowiu psychicznym i profilaktyce.

Wprowadzenie tego przedmiotu stwarza realną możliwość przesunięcia ciężaru działań z modelu reaktywnego (leczenie zaburzeń w momencie kryzysu) na model proaktywny i profilaktyczny (zapobieganie powstawaniu dysfunkcji). W związku z powyższym szkoła, obok rodziny i środowiska lokalnego, staje się przestrzenią świadomego kształtowania zdrowia psychicznego i odporności psychicznej (*resilience*) młodego pokolenia.

Wyzwania wdrożeniowe

Budowanie skutecznego systemu wsparcia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi napotyka liczne bariery.

Najczęstsze przeszkody to:

- niedobór kadr: Polska, podobnie jak wiele krajów europejskich, zmagą się z dramatycznym brakiem psychiatrów dziecięcych, psychologów klinicznych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych i pielęgniarek psychiatrycznych – to powoduje długie kolejki, ograniczoną dostępność usług i nadmierne obciążenie pracowników systemu opieki zdrowotnej;
- nierówny dostęp terytorialny: w dużych miastach dostępność placówek i specjalistów jest wyższa, podczas gdy w mniejszych ośrodkach czy na terenach wiejskich dzieci często pozostają bez realnej możliwości uzyskania szybkiego wsparcia;
- przeciążenie SOR i oddziałów całodobowych: brak rozwiniętej opieki środowiskowej i dziennej skutkuje tym, że pacjenci trafiają do szpitali w stanach nagłych, a oddziały psychiatryczne pracują stale ponad kontrakt, często przy podwójnym obłożeniu;
- ograniczona koordynacja międzyresortowa: zdrowie psychiczne dzieci leży na styku ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej i wymiaru sprawiedliwości – brak mechanizmów współpracy skutkuje fragmentarycznością działań i „przerzucaniem odpowiedzialności” między sektorami.

Działania naprawcze powinny objąć:

- inwestycje w szkolenie kadr – zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych i stypendiów dla osób podejmujących pracę w psychiatrii dziecięcej;
- zachętę do pracy w opiece środowiskowej – wyższe wynagrodzenia, dodatki motywacyjne, możliwość awansu i udziału w specjalistycznych szkoleniach;

- finansowanie oparte na wynikach (*outcomes*) – premiowanie placówek za skuteczność terapii, skracanie kolejek i poprawę jakości życia pacjentów, a nie tylko za liczbę udzielonych świadczeń;
- wdrażanie interoperacyjnych systemów informacji zdrowotnej – umożliwiających szybką wymianę danych między POZ, poradniami, szkołami a szpitalami;
- stworzenie prostych ścieżek przekierowań – opracowanie algorytmów i standardów postępowania (wykorzystywanych np. w przypadku prób samobójczych, epizodów psychiatrycznych), precyzyjnie wskazujących, gdzie kierowany jest pacjent i kto odpowiada za dalszą opiekę nad nim.

Rozwiązanie powyższych problemów wymaga konsekwentnej polityki zdrowotnej, inwestycji w kadry i infrastrukturę oraz budowania spójnego, wielopoziomowego systemu wsparcia, który nie tylko reaguje na kryzysy, ale przede wszystkim zapobiega ich eskalacji.

Rekomendacje praktyczne

Dla decydentów:

- ustalenie i wdrożenie minimalnych standardów organizacyjnych (w tym rekomendowanych norm obsady) dla oddziałów dziennych i całodobowych psychiatrii dziecięcej, poradni oraz centrów środowiskowych;
- stabilne finansowanie programów profilaktycznych w szkołach i gminach oraz rozwój „pierwszej linii” wsparcia psychologicznego dostępnego bez skierowania;
- rozszerzenie kompetencji i szkoleń dla personelu POZ i pediatrów w zakresie wczesnej identyfikacji oraz krótkich interwencji;
- budowa regionalnych sieci referencyjnych i ścieżek szybkiego dostępu dla młodzieży z wysokim ryzykiem samobójczym.

Dla placówek ochrony zdrowia:

- standaryzacja oceny ryzyka samobójczego (np. jednolite narzędzia przesiewowe), protokoły przekazywania pacjentów między SOR a oddziałami psychiatrycznymi, plany bezpieczeństwa (*safety plans*) dla pacjentów i ich rodzin;
- integracja opieki somatycznej i psychiatrycznej;
- monitorowanie wskaźników jakości (jak np. czas mijający od zgłoszenia do pierwszej konsultacji, odsetek przerwanych terapii, readmisje) i ich transparentne raportowanie.

Dla szkół i samorządów:

- wdrożenie programów rozwijania kompetencji społecznych i emocjonalnych, działań profilaktycznych przeciwko cyberprzemocy oraz edukacji w zakresie higieny snu i bezpiecznego korzystania z technologii;
- zwiększanie dostępności wsparcia psychologicznego w szkołach, np. poprzez zatrudnianie psychologa w wymiarze dostosowanym do liczby uczniów lub organizowanie regularnych dyżurów specjalisty, a także tworzenie prostych mechanizmów umożliwiających konsultacje rodzinne (np. cykliczne spotkania, dyżury telefoniczne);

- sieciowanie z lokalnymi zespołami/ośrodkami środowiskowej opieki psychologiczno-psychoterapeutycznej/centrami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Kierunki badań i oceny efektów

Priorytetowe znaczenie mają badania oceniające efektywność interwencji w warunkach praktyki klinicznej i środowiskowej – w tym programów środowiskowych i szkolnych, a także badania nad uwarunkowaniami płciowo-wiekowymi (np. specyficzna dynamika objawów u dziewcząt vs u chłopców). Potrzebne są też dane na temat długoterminowych skutków pandemii i migracji przymusowej, wraz z oceną funkcjonowania edukacyjnego, społecznego oraz zdrowotnego dzieci i młodzieży. Wreszcie niezbędne jest rozwijanie narzędzi cyfrowych (e-zdrowie, telepsychiatria) przy jednoczesnej dbałości o równość dostępu i bezpieczeństwo danych.

Bibliografia

World Health Organization, (2024), *Mental health: strengthening our response Internet*, Geneva: WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [dostęp: 23.09.2025].

Kieling C., Buchweitz C., Caye A., Silvani J., Ameis S.H., Brunoni A.R. i in., (2024), *Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: evidence from the Global Burden of Disease study*, „JAMA Psychiatry” 2024, nr 81(4), s. 347–356.

United Nations Children’s Fund, (2021), *The State of the World’s Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health Internet*, New York: UNICEF, <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021> [dostęp: 23.09.2025].

Ougrin D., Wong B.H., Vaezinejad A., Plener P.L., Goh K.K. i in., (2023), *Self-harm and suicidal behaviour in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review*, „Lancet Psychiatry” 2023, nr 10(1), s. 41–53.

Ministerstwo Zdrowia, (2023), *Zdrowa przyszłość – ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027*, Warszawa: MZ, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030> [dostęp: 23.09.2025].

Literatura przedmiotu

Publikacje:

Barbasiewicz A., (2025), *Edukacja zdrowotna. Nowy przedmiot w szkole*, Warszawa: ORE, <https://zpe.gov.pl/a/edukacja-zdrowotna---nowy-przedmiot-w-szkole/DFCCTG77L> [dostęp: 25.09.2025].

Barlak M., (1994), *Propozycja programu wychowania zdrowotnego w Salezjańskiej Organizacji Sportowej (w kontekście integralnego wychowania)*, [w:] Barlak M. (red.), *Personalistyczna wizja sportu*, Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.

Bartosia D., (2025), *Holistyczna edukacja prozdrowotna w szkole podstawowej – ciało, umysł, duch. Program nauczania edukacji zdrowotnej dla klas IV-VIII szkoły podstawowej*, Warszawa: ORE.

Bartosia D., (2025), *Holistyczna edukacja prozdrowotna w szkole ponadpodstawowej – ciało, umysł, duch. Program nauczania edukacji zdrowotnej dla branżowej szkoły I stopnia, liceum ogólnokształcącego i technikum*, Warszawa: ORE.

Borzucka-Sitkiewicz K., (2009), *Kształtowanie umiejętności życiowych jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia psychicznego*, [w:] Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wyd. Akademickie i Profesjonalne.

Demel M., (2000), *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce. Tom III: Studia i monografie*, nr 13, Kraków: AWF.

Kieling C., Buchweitz C., Caye A., Silvani J., Ameis S.H., Brunoni A.R. i in., (2024), *Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: evidence from the Global Burden of Disease study*, „JAMA Psychiatry” 2024, nr 81(4).

Kolb D.A., (1984), *Experiential learning*, New Jersey: Prentice Hall.

Kulik T.B., Wrońska I. (red.), (2000), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej.

Lewandowska A., Kopyt A., (2025), *Zdrowie i bezpieczeństwo twojego dziecka*, Warszawa: ORE.

Ministerstwo Zdrowia, (2023), *Zdrowa przyszłość – ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027*, Warszawa: MZ, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030> [dostęp: 23.09.2025].

Nakajima H., (1993), *Wprowadzenie w szkole wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider”, nr 5.

Ougrin D., Wong B.H., Vaezinejad A., Plener P.L., Goh K.K. i in., (2023), *Self-harm and suicidal behaviour in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review*, “Lancet Psychiatry” 2023, nr 10(1).

Pawłucki A., (2007), *Osoba w pedagogice ciała. Prawo pokoju olimpijskiego*, Gdańsk – Olsztyn: Wydawnictwo Olsztyńskiej Szkoły Wyższej im. Józefa Rusieckiego.

Słońska Z., Misiuna M., (1994), *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa: Agencja Promo-Lider.

United Nations Children’s Fund, (2021), *The State of the World’s Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health* Internet, New York: UNICEF, <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021> [dostęp: 23.09.2025].

World Health Organization, (2024), *Mental health: strengthening our response* Internet, Geneva: WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [dostęp: 23.09.2025].

Wolny B., (2012), *Ewolucja podejścia do zdrowia ucznia – od wychowania higienicznego do edukacji zdrowotnej*, [w:] Wolny B., *Szkolna edukacja zdrowotna ukierunkowana na doskonalenie jakości życia uczniów*, Lublin: Wyd. KUL.

Wolny B., (2009), *Edukacja zdrowotna w szkole*, wyd. II rozszerzone, Stalowa Wola: Fundacja Campus.

Wolny B., (2019), *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*, Warszawa: ORE.

Wolny B., (2018), *Zdrowie jako wartość w edukacji wczesnoszkolnej. Uczeń w świecie wartości. Poradnik aksjologiczny dla nauczycieli*, Łapczyce: Wyd. REGIS.

Wolny B., Wojtasik T., (2023), *Promocja zdrowia w szkołach i placówkach oświatowych*, Warszawa: ORE.

Wojnarowska B., Wojnarowska-Sołdan M., (2017), *Przedszkole Promujące Zdrowie. Poradnik dla przedszkoli i osób wspierających działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa: ORE.

Wojnarowska B., Wojnarowska-Sołdan M., (2019), *Szkoła Promująca Zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa: ORE.

Wojnarowska B., Wojnarowska-Sołdan M., Danielewicz D., (2020), *Szkoła Specjalna Promująca Zdrowie. Podręcznik dla szkół specjalnych kształcących dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa: ORE.

Wojnarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, Warszawa: ORE.

Akty prawne:

Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 6 marca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej, Dz.U., z 2025 r., poz. 378.

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

Ośrodek Rozwoju Edukacji
Aleje Ujazdowskie 28, 00-478 Warszawa
tel. 22 345 37 00

www.ore.edu.pl