

MARIA A. MARCHWACKA

STAN ZDROWIA MŁODZIEŻY SZKOLNEJ JAKO WYZWANIE DLA NAUCZYCIELI W RAMACH „DOBREJ ZDROWEJ SZKOŁY” W NIEMCZECH

Abstrakt: Artykuł podnosi cele edukacji prozdrowotnej w szkołach oraz konieczność kształcenia nauczycieli w obszarze pedagogiki zdrowia. W pierwszej części został przedstawiony stan zdrowia dzieci i młodzieży w Niemczech z perspektywy nierówności społecznej, aby w kontekście zdrowia podkreślić kluczową rolę szkoły jako instytucji, która poprzez wychowanie i edukację ma możliwość dotarcia do wszystkich grup społecznych w ważnym etapie dorastania dzieci i młodzieży. W drugiej części artykułu omówiony został model „Dobrej zdrowej szkoły”, który wdraża edukację prozdrowotną do programu kształcenia nauczycieli na Uniwersytecie Paderborn. Zaprezentowana została także metoda filmów krótkometrażowych wykorzystywana w ramach seminariów profilaktyki oraz prozdrowotnej edukacji w myśl zasady *empowerment and participation* oraz idei „uczenia ręką, głową oraz sercem” (Pestalozzi). Konkluzją artykułu jest przedstawienie ważnej roli pedagogiki prozdrowotnej w kształceniu nauczycieli wszystkich przedmiotów oraz płynących z niej korzyści: podwyższenia kompetencji nauczycieli, wzmacniania managementu zdrowia w szkołach, a tym samym podwyższenia jakości edukacji w szkołach.

Kluczowe słowa: zdrowie młodzieży niemieckiej, nierówności społeczne, dobra zdrowa szkoła, film krótkometrażowy.

WPROWADZENIE

Na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat w edukacji zdrowia w Niemczech dokonały się znaczące zmiany. Do lat 80. XX wieku obszar edukacji zdrowia obejmował głównie wychowanie prozdrowotne, szczególnie problematykę medyczną oraz patogenetyczną (profilaktykę próchnicy zębów, profilaktykę wypadków, zdrowe odżywianie czy profilaktykę uzależnień). Tematyka ta była realizowana jedynie w ramach wybranych przedmiotów szkolnych: biologii, wychowania fizycznego, nauki o gospodarstwie domowym¹ oraz nauki o życiu. Biorąc pod uwagę obecny jakościowy rozwój szkoły oraz deklaracje Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), edukacja zdrowotna nie może być już prowadzona wyłącznie w obrębie wybranych

¹ Zajęcia gospodarstwa domowego (*Hauswirtschaft*) oferowane są w Niemczech w szkołach głównych (*Hauptschule*).

przedmiotów. Zadaniem każdego nauczyciela – bez względu na prowadzony przedmiot – powinno być włączanie celów zdrowotnych do swojego programu zajęć i konsekwentne ich urzeczywistnianie.

Hurrelmann – niemiecki socjolog i badacz nauk o zdrowiu – uważa działania promocji zdrowia za przedsięwzięcia wieloaspektowe oraz określa je mianem działań, które wspierają indywidualne umiejętności radzenia sobie w życiu, a w konsekwencji wzmacniają aspekty protekcyjne i tym samym służą polepszeniu stanu zdrowia (Hurrelmann, według Wicki/Bürgisser 2008, s. 16). W tym kontekście można wyłonić następujące czynniki ochronne (protekcyjne):

- społeczne i ekonomiczne (dobre warunki pracy oraz zasoby socjalno-finansowe);
- środowiskowe (np. jakość powietrza, wody, warunki mieszkalne oraz kontakty społeczne);
- zachowawcze oraz psychiczne (zachowania zdrowotne, szczególnie ruch, odżywianie, zredukowana konsumpcja legalnych oraz nielegalnych używek, zdrowie psychiczne: samorealizacja, odpowiedzialność za samego siebie, optymizm, rezyliencja, czynniki wspierające);
- dostęp do usług zdrowotnych (Hurrelmann 2010, s. 14–16).

Hurrelmann/Klocke podkreślają, że zdrowie jest rodzajem balansu pomiędzy czynnikami fizycznymi, socjalno-ekologicznymi, psychicznymi i duchowymi, które oddziałują na siebie nawzajem i wywierają wpływ na jakość życia (zob. Klocke, Hurrelmann 2003). Balans zależy tutaj od stosunku obciążeń oraz posiadanych czynników ochronnych do ich pokonania.

Biorąc pod uwagę zadania szkoły, edukację zdrowia oraz czynniki zdrowotne, nasuwają się następujące pytania, których problematyka jest celem niniejszego artykułu:

- Jak wygląda obecnie stan zdrowia dzieci i młodzieży w Niemczech? Jakie są widoczne niepokojące tendencje?
- W jaki sposób szkoła jako miejsce nauki życia, doznań i doświadczeń może wpływać pozytywnie na zdrowie?
- Jakie są możliwości kształcenia nauczycieli oraz dydaktyczne metody, które sprzyjają edukacji prozdrowotnej?

STAN ZDROWOTNY MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W NIEMCZECH A NIERÓWNOŚĆ SPOŁECZNA

Z perspektywy historycznej można wyciągnąć wniosek, że zmiany społeczno-gospodarcze oraz rozwój usług medycznych doprowadziły do polepszenia kondycji zdrowotnej dzieci i młodzieży (por. Richter 2008, s. 10). Zmniejszyło się występowanie chorób infekcyjnych, natomiast epidemie czy choroby niedoboru witamin występują w Niemczech stosunkowo sporadycznie (por. Maywald 2004, s. 90).

Według konwencji praw dziecka (UNICEF) każdemu dziecku należy zagwarantować możliwość adekwatnego rozwoju, również zdrowotnego. W rzeczywistości w stanie zdrowia dzieci i młodzieży widoczne są dysproporcje, przede wszystkim wśród dzieci dorastających w relatywnej biedzie bądź żyjących w niekorzystnych warunkach socjalnych (por. Maywald 2004, s. 90). Decydującą rolę stanowi tu rodzina jako pierwsza instancja wychowawcza, która tworzy społeczny kontekst rozwoju dzieci i młodzieży oraz kształtuje ich zdrowie. W domu rodzinnym młodzież nabywa zasad higieny, przejmuje sposób odżywiania oraz formy spędzania wolnego czasu, a przez to kształtuje swój styl życia. Dzieci dorastają w danym społeczno-ekonomicznym środowisku, różniącym się od innych środowisk posiadanymi zasobami, a te warunkują szanse rozwoju oraz życiowe perspektywy (por. Richter 2008, s. 17). Tak więc nierówności społeczne z jednej strony wpływają na wykształcenie i przyszły zawód, z drugiej strony na stan zdrowia dzieci i młodzieży. W przypadku, gdy rodzinie brakuje zasobów finansowych bądź kulturowych, powstaje prawdopodobieństwo ryzyka zdrowotnego. Do grup zagrożonych biedą zaliczane są szczególnie matki samotnie wychowujące dzieci i rodziny wielodzietne. W roku 2010 liczba osób samotnie wychowujących dzieci wyniosła 1,6 miliona, natomiast współczynnik zagrożenia biedą w tej grupie wynosił 43% (por. Statistisches Bundesamt 2012a oraz Statistisches Bundesamt 2012b). Zatem szanse na zdrowe dorastanie w Niemczech są charakteryzowane przez nierówny podział zasobów społeczno-finansowych (por. BMG 2008, s. 8), a pozytywne zmiany stanu zdrowia dzieci i młodzieży widoczne są szczególnie w rodzinach dobrze sytuowanych, co jest dowodem rosnącej nierówności społecznej, również z perspektywy stanu zdrowia.

Niezależnie od grupy społecznej powstają nowe ryzyka zdrowotne (np. uzależnienia), które coraz częściej diagnozowane są wśród młodzieży: nowe dolegliwości związane ze środowiskiem (np. alergie), dysfunkcje zachowania, choroby cywilizacyjne bądź choroby związane z pasywnym trybem życia i formami spędzania wolnego czasu (nadwaga, otyłość) (por. Maywald 2004, s. 90). Istotnym, a jednocześnie niepokojącym faktem jest psychospołeczne samopoczucie uczniów, szczególnie jego psychosomatyczne symptomy (zaburzenia jedzenia, problemy z zasypianiem, bóle głowy) (zob. Hurrelmann/Klocke 2003). Hurrelmann/Engel twierdzą, że największą część zachowań problemowych i dolegliwości zdrowotnych w społecznym, psychicznym oraz fizjologicznym obszarze dorastania dzieci i młodzieży należy diagnozować jako symptomy stresu, który u młodzieży objawia się jako subiektywnie odczuwane przeciążenie, nieprzyjemny stan niepokoju oraz nerwowość. Symptomy te są sygnałem, że młodzież nie uzyskała należytych kompetencji (wiedzy i umiejętności), nie doświadczyła szacunku oraz indywidualnego podejścia wychowawczego, które są warunkiem zdrowego rozwoju, przez co źle przechodzi zadania rozwojowe okresu dojrzewania (por. Hurrelmann/Engel, według Johannsen 2007, s. 10).

Zaprezentowane zostaną wybrane wyniki reprezentatywnych badań stanu zdrowia dzieci i młodzieży w Niemczech, przeprowadzonych przez instytut „RobertKoch”² (2003–2006) wśród młodzieży w przedziale wiekowym 0–17 lat oraz nowsze³ badania międzynarodowe HBSC (2011)⁴ przeprowadzone wśród młodzieży szkolnej. Badania te naświetlają problematykę nierówności społecznej (na podstawie analizy wskaźników zarobków i wykształcenia) oraz coraz większe zróżnicowanie stanu zdrowia młodzieży (por. Lampert, Hagen, Heizmann 2010, s. 41). Jak wynika z badań, dzieci i młodzież, która dorasta w niższych warstwach społecznych, częściej wymieniają dolegliwości chorobowe, czują się zdrowotnie gorzej oraz ich poczucie własnej wartości jest niższe niż u dzieci i młodzieży z wyższych warstw społecznych. Również subiektywna ocena własnego zdrowia jest uzależniona od przynależności do danej grupy społecznej (por. Mielck, Helmert 2006, s. 614). W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiona problematyka odżywiania, form spędzania wolnego czasu oraz zdrowia psychicznego.

ODŻYWIANIE I WOLNY CZAS

Niemal 22% dzieci i młodzieży niemieckiej wskazuje na problemy z odżywianiem: 20,6% wśród grupy wiekowej 11–13 lat, 22,7% wśród grupy 14–17 lat (DHS 2011). Ogółem problem nadwagi dotyczy 1,9 miliona dzieci i młodzieży w wieku od 3 do 17 lat, co stanowi 15% wszystkich dzieci w Niemczech. W ostatnich latach wzrasta odsetek dzieci i młodzieży z problemami odżywiania (przede wszystkim wśród dzieci i młodzieży z niższych warstw społecznych bądź żyjących w relatywnej biedzie), a widoczne fizyczne skutki złego odżywiania odzwierciedla ich waga. Częstotliwość otyłości i nadwagi zmniejsza się wraz ze wzrostem statusu ekonomicznego gospodarstw domowych (por. Ottova, Richter 2008, s. 259). Szczególnie wśród dziewcząt w wieku 14–17 lat występują problemy z odżywianiem, gdy dorastają w relatywnej biedzie. Według badań KiGGS 40% dziewcząt w wieku 14–17 lat wykazuje tendencje do zaburzeń odżywiania, podczas gdy w gospodarstwach dobrze sytuowanych o 15% mniej. Również wśród chłopców tej samej grupy wiekowej można stwierdzić podobne wyniki. Podczas gdy u chłopców (tej samej grupy wiekowej) z gorzej finansowo usytuowanych gospodarstw domowych około 19% wykazuje tendencje do zaburzeń odżywiania, u chłopców z gospodarstw z dobrym zarobkiem – tylko 8% (por. Lampert, Hagen, Heizmann 2010, s. 41f).

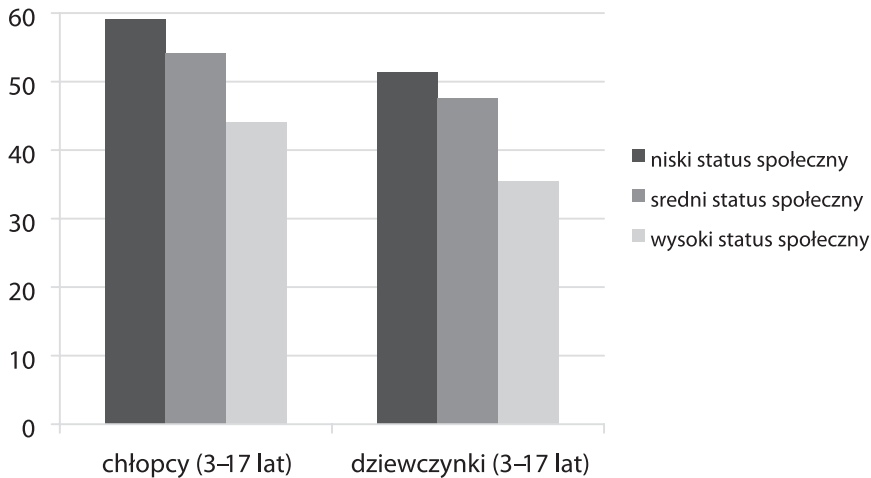
Sposób odżywiania wskazuje również na istotne różnice społeczne. Jadłospis młodzieży z rodzin o niskim statusie rzadko obejmuje świeże owoce oraz regularne

² Kinder- und Jugendgesundheitsurvey-Studie (KiGGS), 2006.

³ Aktualne badania KIGGS są w toku, dlatego tu powołuję się na badania z lat 2003–2006.

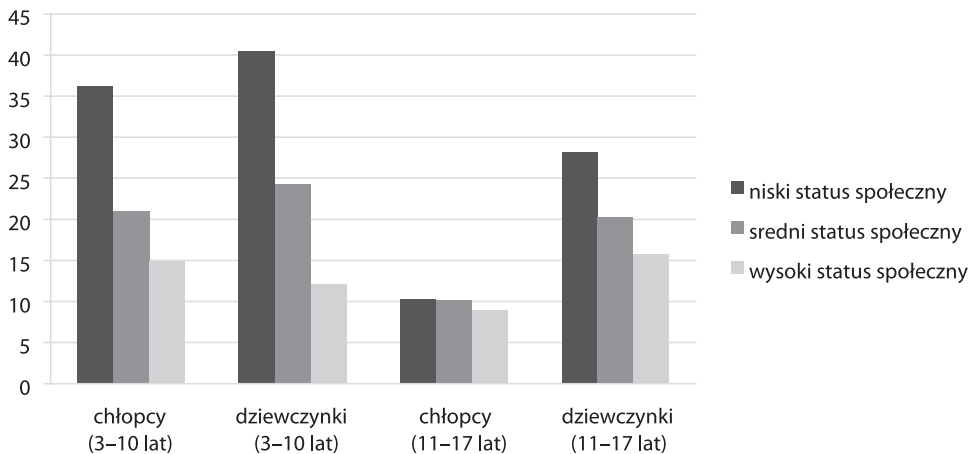
⁴ Health Behaviour in School-aged Children-Studie (HBSC) 2012.

spożywanie śniadań w dni szkolne, natomiast grupa ta częściej konsumuje colę oraz inne napoje zawierające cukier (por. Lampert, Hagen, Heizmann 2010, s. 17).



Rycina 1. Spożywanie świeżych owoców (mniej niż raz na dzień) wśród dzieci i młodzieży według statusu społecznego (dane procentowe)

W odniesieniu do form spędzania czasu wolnego także widoczne są dysproporcje w zależności od statusu ekonomicznego i kulturalnego gospodarstw domowych rodziców. Młodzież z rodzin dobrze sytuowanych częściej przynależy do różnego rodzaju organizacji (np. sportowych), ma więcej przyjaciół i spędza aktywniej czas wolny niż młodzież z grupy o niższym dochodzie rodzinnym, która na przykład częściej spędza czas przed telewizorem bądź grając w gry komputerowe (por. Ottova, Richter 2008, s. 63).



Rycina 2. Brak aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży według statusu społecznego (dane procentowe)

ZDROWIE PSYCHICZNE

Dolegliwości psychosomatyczne dorastającej młodzieży również wskazują na dysproporcje w zależności od ich społecznego położenia. Dzieci oraz młodzież z rodzin o niskim społeczno-ekonomicznym statusie są częściej dotknięte dolegliwościami chorobowymi niż rówieśnicy z wyższych warstw społecznych (por. Bilz, Melzer 2008, s. 172). Wśród dziewczynek częściej niż u chłopców występują stany depresyjne oraz poczucie strachu. Również samopoczucie w szkołach uwidacznia dysproporcje warstw społecznych – szkolne obciążenie zmniejsza się wraz z rosnącym zasobem materialnym i społecznym (por. Bilz, Melzer 2008, s. 180). Biorąc pod uwagę rodzaje szkół – dzieci i młodzież w szkołach głównych (*Hauptschule*) uważają swój stan zdrowotny za gorszy oraz wykazują więcej zachowań ryzykownych niż uczniowie szkół licealnych (*Gymnasium*) (por. Lampert, Hagen, Heizmann 2010, s. 61).

Problemy z bezrobociem także bezsprzecznie wpływają na psychiczne obciążenie rodziców, np. brak wiary w siebie, frustrację, niższe poczucie własnej wartości oraz brak nadziei na pozytywną przyszłość. W konsekwencji rodzice mogą mniej wspierać emocjonalnie swoje dzieci oraz oferować im mniejsze wsparcie społeczne. W niemieckim społeczeństwie można mówić o dużej orientacji na pracę zawodową – pozycja zawodowa rodziców to często wykładnik społecznej integracji i udziału w społeczeństwie, a jej brak wpływa negatywnie na świat dzieci, ich życie i rozwój (por. Lampert, Hagen, Heizmann 2010, s. 39ff). Również subiektywna ocena własnego zdrowia różni się w zależności od statusu społecznego rodzin. Młodzież z rodzin o wyższym statusie ekonomicznym ocenia swoje zdrowie lepiej, jest bardziej zadowolona z życia oraz wymienia mniej dolegliwości niż dzieci i młodzież o niższym statusie ekonomicznym (por. HBSC-Team Deutschland 2012a, b, c). Wśród dzieci i młodzieży z rodzin o niskim statusie ekonomicznym widoczny jest mniejszy bądź zupełny brak udziału w życiu społecznym, kulturalnym, co prowadzić może do zubożenia społecznego i psychicznego, a w konsekwencji do objawów psychosomatycznych. Można zatem mówić o pewnym rodzaju społecznej dyskryminacji (por. Lampert, Hagen, Heizmann 2010, s. 40). Reakcją na taki stan może być agresywne zachowanie bądź przemoc. Badania od lat ukazują tendencję do przemocy, która występuje częściej wśród młodzieży z niższych warstw społecznych – co trzeci młodociany o niższym statusie społeczno-ekonomicznym tłumaczy przemoc jako metodę realizowania swoich interesów oraz potrzeb (por. Lampert, Hagen, Heizmann 2010, s. 38).

MŁODZIEŻ Z POCHODZENIEM MIGRACYJNYM

Proces migracji, szczególnie młodzieży na etapie dorastania, może nieść ryzyka w jej zachowaniu, które wpływają zarówno na rozwój psychiczny, jak i zdrowotny. Wprawdzie społeczeństwo niemieckie jest społeczeństwem wielokulturowym, ale

jednak widoczna jest nierówność społeczna wśród grup migracyjnych. W tym kontekście można powołać się na wyniki badań PISA, które od lat uwidaczniają wpływ pochodzenia na wyniki szkolne. Położenie rodziny warunkuje rodzaj szkoły, do której uczeń uczęszcza (por. Bilz, Melzer 2008, s. 160). Młodzież wywodząca się z niższej warstwy społecznej oraz dzieci z pochodzeniem migracyjnym zdecydowanie częściej uczęszczą do szkoły głównej (*Hauptschule*) oraz szkół zawodowych (*Berufsschule*), podczas gdy młodzież z warstw wyższych najczęściej uczy się w szkołach licealnych (*Gymnasium*), do których z kolei rzadko uczęszcza młodzież pochodzenia migracyjnego.

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie zdrowiem ludności migracyjnej. Pierwsze wyniki reprezentatywne dotyczące sytuacji dzieci i młodzieży z pochodzeniem migracyjnym (2006) wyłoniły liczne dysproporcje ich stanu zdrowia. Na przykład: podczas gdy w Niemczech ogółem jest 800 tys. dzieci z otyłością (*adipositas*), w rodzinach migracyjnych liczba dzieci otyłych jest dwukrotnie większa niż wśród dzieci niemieckich bez pochodzenia migracyjnego⁵. Zaobserwować można również niski poziom poczucia zdrowotnego oraz dowartościowania, szczególnie wśród tureckich dziewczynek, a także mniejsze zadowolenie z życia. Depresje również najczęściej występują u młodzieży żeńskiej. Biorąc pod uwagę męską grupę, objawy depresji najczęściej ujawniają się wśród młodzieży rosyjskiej i polskiej.

Pozytywnym wynikiem jest mniejsza konsumpcja używek – młodzież z pochodzeniem migracyjnym spożywa mniej nikotyny (15,8%) w porównaniu z młodzieżą niemiecką (21,3%) oraz mniej alkoholu (17,9%) niż młodzież niemiecka (40,2%). Należy jednak podkreślić dyferencję grup migracyjnych, bowiem np. młodzież turecka rzadko sięga po używki, a czynnikiem protekcyjnym wydaje się religia muzułmańska bądź wzorce kulturowe.

Problem wpływu migracji na zdrowie wśród młodzieży wymaga dalszych badań, bowiem brak jest modeli wyjaśniających zachowania grup migracyjnych w tym obszarze. Bezsprzecznie można wyłonić ryzykowne aspekty procesu migracji, do których należą: status pobytu, sytuacja życiowa – obciążenia psychospołeczne wywołane procesem migracyjnym, przeżycie straty rodziny, przyjaciół bądź poczucia bezpieczeństwa, egzystencjalna niepewność, co przyczynia się do niekorzystnego rozwoju dzieci i młodzieży. Zarówno społeczne, ekonomiczne oraz kulturalne zasoby, jak również przyzwyczajenia kulturowe związane z krajem pochodzenia, bariera językowa bądź kompetencja językowa, a także stopień integracji, mogą pozytywnie bądź negatywnie wpływać na rozwój dzieci i młodzieży.

⁵ Badanie KIGGS wyróżniło tutaj dwa rodzaje emigracji – jednostronne oraz dwustronne.

ZDROWIE UCZNIÓW – WNIOSKI ORAZ PROMOCJA ZDROWIA W SZKOLE

Reasumując wybrane wskaźniki stanu zdrowia dzieci i młodzieży – można wysunąć następujące wnioski:

- zdrowie w dzisiejszych czasach jest mniej zagrożone przez choroby infekcyjne ale bardziej przez własne zachowania ryzykowne (używkami, złe odżywianie, brak ruchu);
- styl życia jest zdeterminowany przez kulturalne, społeczne i finansowe warunki życiowe w rodzinach oraz grupach rówieśniczych;
- zasoby społeczne i ekonomiczne oraz kulturalne są najczęstszym wykładnikiem stanu zdrowia dzieci i młodzieży;
- ryzykowne zachowanie wymaga szczególnej uwagi celem udostępnienia zasobów ochronnych, które zmniejszają ryzyko zdrowotne;
- ograniczenia finansowe w rodzinie prowadzą często do ograniczeń w zakresie odżywiania i organizowania czasu wolnego – czynników ryzyka zdrowotnego dla dzieci i młodzieży. Wyłaniają się tutaj szczególnie zachowania ryzykowne w grupie młodzieży migracyjnej oraz uczącej się w szkołach głównych (*Hauptschule*).

Przed wszystkim ze względu na nierówności społeczne należy podkreślić znaczenie szkoły jako najważniejszej instytucji w przekazywaniu edukacji zdrowotnej. Szkoła jest bowiem jedyną instytucją, do której uczęszcza młodzież niezależnie od warstwy społecznej oraz zasobów kulturalnych, socjalnych czy finansowych, przez co może zostać wyłoniona grupa, która szczególnie potrzebuje wsparcia. To w szkole uczniowie przeżywają pierwsze sukcesy i porażki, a nawet klęski. Tym samym doświadczają pierwszych przeżyć, które kształtują ich osobowość. Szkoła jest częścią życia młodzieży, a jej atmosfera i kultura, jakość lekcji, stosunki w grupie rówieśniczej oraz relacje pomiędzy nauczycielami i uczniami wpływają na rozwój młodego człowieka, a także jego stan zdrowia. Dlatego szkoła może odegrać rolę motywującą bądź demotywującą – w zależności od kompetencji nauczycieli oraz pracowników szkolnych – a tym samym może przyczynić się do lepszych zachowań zdrowotnych oraz świadomości zdrowotnej dzieci i młodzieży.

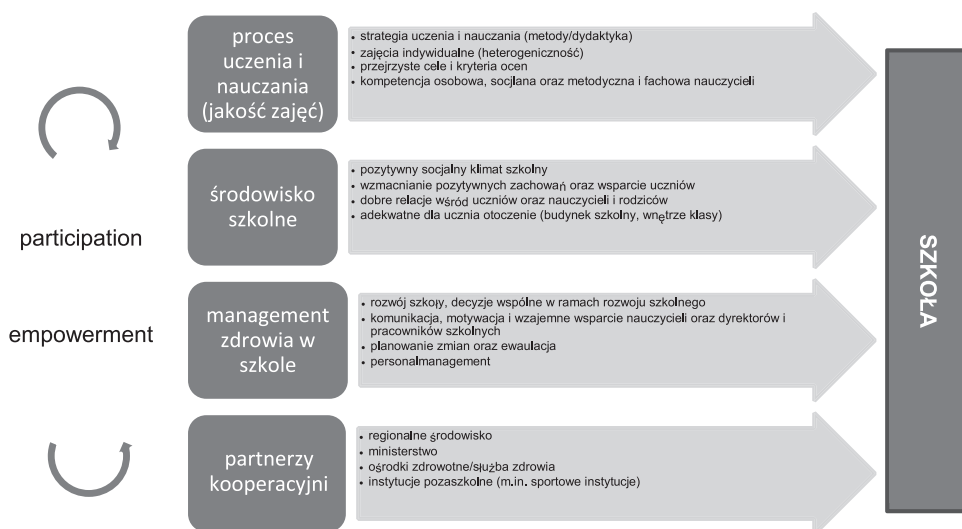
Edukacja oraz zdrowie są ze sobą wzajemnie powiązane – z jednej strony edukacja szkolna może pogłębić świadomość prozdrowotną, z drugiej strony świadomość prozdrowotna może polepszyć jakość edukacji w szkole, bowiem zdrowi uczniowie efektywniej się uczą, osiągają lepsze wyniki szkolne oraz uzyskują wyższe kompetencje życiowe (por. Paulus 2010, s. 3149).

EDUKACJA PROZDROWOTNA

Podstawa prawna edukacji zdrowia w prawie szkolnym, zawarta w § 2 Ministerstwa Szkolnictwa Nadrenii-Westfalii, wymienia zadania wychowawcze i edukacyjne szkoły.

Według jej zapisu uczniowie powinni uczyć się:

- działać samodzielnie i odpowiedzialnie;
- uczyć się dla siebie oraz z innymi, aby osiągać wspólny sukces;
- przedstawiać własne zdanie i respektować zdanie innych;
- rozwijać własne zdolności sposobu postrzegania, odczuwania oraz wyrażania się;
- czerpać przyjemność z ruchu w ramach wspólnych zajęć sportowych;
- żyć zdrowo i zdrowo się odżywiać;



Rycina 3. Model własny na podstawie *Salutogenezy* (por. Antonovsky 1977) i *Dobrej zdrowej szkoły* (por. Paulus 2010).

- obchodzić się odpowiedzialnie ze środkami masowego przekazu (media) (Prawo szkolne NRW/ por. SchulG, 2011).

Tutaj należy podkreślić, że programy szkolnej promocji zdrowia są tylko wtedy efektywne, gdy bezpośrednio nawiązują do centralnych zadań edukacji i wychowania w szkole, nie zaś gdy są jedynie dodatkowo włączane do szkół. Kluczowym elementem promocji zdrowia jest połączenie osiągnięć szkolnych z dobrym samopoczuciem, co ma prowadzić u ucznia do stanu spójności życiowej (*Kohärenzgefühl*) w myśl salutogenezy Antonowskiego (zob. Paulus 2010 oraz Antonovsky 1997). Szkoła powinna przyczyniać się do powstawania świata zdrowego rozwoju poprzez sposób nauczania, środowisko szkolne, właściwe podejście do zdrowia oraz partnerów (por. ryc. 3).

- **Proces uczenia i nauczania:** powinien wspierać samorealizację uczniów, aby mogli rozwijać wiarę w swoje możliwości oraz kompetencje (por. Schuch 2008, s. 56). Uczenie się to ważny proces, w którym młodzież nabywa wiedzę i umiejętności bądź je modyfikuje, a przez to kształtuje swoje zachowania. Nauczyciel może wpływać na ten proces pozytywnie, gdy przedstawia jasno i transparentnie treści lekcji zgodnie z przejrzystą strukturą zajęć. Tutaj ważniejsze jest, aby nacisk został położony na analizę oraz wyciąganie własnych wniosków, nie zaś uczenie się na pamięć. Biorąc pod uwagę, że jakość zajęć koreluje z zadowoleniem w szkole, istotne jest aktywne uczestnictwo w zajęciach (*participation*) oraz kształtowanie wiary we własne siły uczniów (*empowerment*). Natomiast rola nauczyciela powinna bardziej kierować się w stronę bycia moderatorem i opiekunem, aby uczniowie mogli samodzielnie i aktywnie przejąć proces nauki, a przez to podnieść efektywność uczenia się. Istotnym aspektem pracy w grupach jest wsparcie umiejętności kooperacji wśród uczniów, a także uwzględnienie indywidualnego tempa nauki młodzieży oraz różnego stopnia posiadanych przez nią umiejętności.
- **Pozytywny klimat w szkole:** wzmacnia harmonijną współpracę wśród kolegium nauczycielskiego, pomiędzy nauczycielami i uczniami oraz ich rodzicami. Relacja uczeń-nauczyciel powinna bazować na wzajemnym respekcie i uznaniu, przy czym osiągnięcia oraz oceny nie powinny być wyznacznikiem sympatii bądź antypatii (por. Wicki/Bürgisser 2008, s. 145). Dobry klimat szkolny oznacza kulturę uznania i wspólną pracę, co wpływa na samopoczucie oraz osiągnięcia uczniów. Wspólne rytuały, święta, zajęcia sportowe bądź kulturalne są czynnikami, które wzmacniają społeczność szkolną oraz identyfikację uczniów ze szkołą, a przez to polepszają klimat panujący w szkole. W tym miejscu należy podkreślić możliwość włączenie pomysłów i pracy uczniów w kształtowanie życia szkoły – w myśl zasady *empowerment and participation* – aby mogli urzeczywistnić swe zdolności bądź odkryć „ukryte” zalety, które nie tylko bazują na zdobywanych w szkole ocenach, ale na cechach osobowości. Możliwość udziału w kształtowaniu życia szkoły pozwala uczniom stawać się odpowiedzialnymi obywatelami demokratycznego społeczeństwa.
- **Management zdrowia:** Szkoła powinna kształtować świadomość zdrowia wśród kadry nauczycielskiej oraz uczniów. Czynniki, takie jak m.in. adekwatna komunikacja nauczycieli, dyrektora szkoły oraz wszystkich pracowników, istotne są dla wspólnego diagnozowania potrzeb danej szkoły i na tej podstawie ustalania celów edukacji prozdrowotnej. Z tego powodu pozytywny klimat, komunikacja oraz wzajemne wsparcie są podstawą programów i działań szkolnych, natomiast współdecydowanie o aktywnym życiu szkolnym podnosi motywację do pracy. Częścią składową dobrej organizacji w szkole jest wewnętrzna ewaluacja oraz zasoby

osobowe, ustawiczne dokształcanie, szkolenia, jak również gotowość do zmian i konstruktywnej krytyki.

- **Partnerzy kooperacyjni:** Ważnym aspektem jest doradztwo oraz zarządzanie radzeniem sobie z konfliktami, aby wspierać uczniów oraz podnosić własne kompetencje do działania w sytuacjach problemowych. Dużą rolę odgrywają tu pracownicy socjalni, szkolni pedagodzy, ale i nauczyciele, którzy także powinni być przygotowani w kierunku doradztwa bądź szkoleń zachowawczych. Partnerami powinna też być służba zdrowia oraz lokalne instytucje pozaszkolne, które wspierają działania szkoły, a przez to przyczyniają się do podnoszenia jakości szkolnictwa.

W odniesieniu do prawa szkolnego, powyższego modelu oraz wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) można wyłonić następujące cele pedagogiki prozdrowotnej:

- polepszanie wiedzy, umiejętności oraz działań zdrowotnych dzieci i młodzieży;
- promowanie aktywności zdrowotnej (aktywny styl życia), tutaj szczególnie: zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania wolnego czasu (ruch);
- doskonalenie umiejętności stawiania sobie realistycznych oraz indywidualnych celów zdrowotnych;
- wzmacnianie czynników ochronnych oraz zmniejszanie czynników ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży;
- stwarzanie sprzyjającego zdrowiu środowiska nauki (zarówno szkoły jako budynku, jak i szkoły jako relacji wzajemnej uczniów oraz pomiędzy nauczycielami);
- wzmacnianie wiary w siebie oraz możliwości współdziałania (*empowerment and participation*), a przez to kształtowanie kompetentnego managementu zdrowia;
- kształtowanie oraz wspieranie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie oraz zdrowie w społeczności szkolnej, a także lokalnej.

PROFIL „DOBRA ZDROWA SZKOŁA”

Przykładem realizacji edukacji prozdrowotnej w szkołach jest projekt „Dobra zdrowa szkoła”, powołany przez Ministerstwo Edukacji Nadrenii-Westfalii we współpracy z kasami chorych w ramach programu „Edukacja i Zdrowie”. „Dobra zdrowa szkoła” spostrzega swoje zadanie w wychowaniu i edukacji na zasadzie edukacji zrównoważonego rozwoju, tzn. ma na celu polepszenie jakości nauczania i uczenia się, podwyższenie efektywności pracy pedagogicznej w szkole i na poszczególnych zajęciach, a także włączenie do programu szkolnego edukacji prozdrowotnej (por. Brägger, Posse 2007).

Program „Edukacja i zdrowie” promuje wprowadzić „Dobrą zdrową szkołę”, jednak podnosi jednocześnie brak adekwatnego przygotowania nauczycieli w kierunku edukacji prozdrowotnej. Pierwszą inicjatywą wspierającą taką edukację nauczycieli było utworzenie w roku 2008 kierunku o profilu „Dobra zdrowa szkoła” na Uniwersytecie Paderborn, który posiada innowacyjny charakter, bowiem obecnie jest jedynym ośrodkiem oferującym taki profil edukacji w ramach regularnego kształcenia nauczycieli w Niemczech. Profil ten nawiązuje do Europejskiej Organizacji Świata Zdrowia (WHO), Komisji i Rady Europejskiej, które rozumieją szkołę jako miejsce, stwarzające możliwości różnorodnego wpływania na zdrowie osób pracujących oraz uczących się. Przy tym nie chodzi tutaj tylko o tematy merytorycznie zdrowotne wprowadzane na zajęciach, ale o zrozumienie promocji zdrowia jako integralnego składnika życia szkolnego oraz procesu uczenia się.

Profil „Dobra zdrowa szkoła” ma na celu konfrontowanie przyszłych nauczycieli z tematyką zdrowotną, aby stworzyć pozytywny klimat szkolny, polepszyć własny management zdrowia, wzmocnić efektywność kształcenia oraz wzmocnić kompetencje edukacyjne i wychowawcze, w których skład wchodzi diagnostyka, ewaluacja oraz wiedza psychologiczno-socjologiczna.

Kierunek ten koordynowany jest przez Centrum Badań Edukacyjnych i Kształcenia Nauczycieli (PLAZ), a członkami są specjaliści nauk odżywiania i konsumpcji, sportu oraz nauk o wychowaniu Uniwersytetu Paderborn. Wykładowcami gościnnie są eksperci z policji oraz innych ośrodków lokalnych (np. Caritas). Studentami kierunku mogą być przyszli nauczyciele wszystkich przedmiotów i form szkolnych. Profil obejmuje co najmniej cztery semestry, w których studenci wybierają 10 seminariów: z własnych przedmiotów, kierunków zawodowych oraz nauk o wychowaniu. Oprócz seminariów uniwersyteckich studenci odbywają trwające co najmniej dwa tygodnie praktyki w instytucjach ochrony zdrowia oraz psychologiczno-pedagogicznych (np. urząd ds. młodzieży). Uzyskane kompetencje są dokumentowane w formie portfolio oraz certyfikowane. Po około dwóch semestrach przeprowadzana jest rozmowa rozwojowa przez wybranego egzaminatora z grupy projektowej, a na koniec absolwent zdaje egzamin i uzyskuje certyfikat „Profilu dobrej zdrowej szkoły” jako potwierdzenie zdobycia dodatkowych kwalifikacji do przyszłej pracy nauczycielskiej – obok państwowego egzaminu nauczycielskiego.

METODA PRODUKCJI FILMÓW KRÓTKOMETRAŻOWYCH W RAMACH EDUKACJI PROZDROWOTNEJ

Strategię promocji zdrowia należy rozumieć jako koncepcję kształcenia politycznego i emancypacyjnego, opartą na równych szansach, solidarności, wzmocnieniu własnej pozycji (*Empowerment*) oraz stworzeniu zdrowych warunków rozwoju (por. Raithel, Dollinger, Hörmann 2005, s. 234). Dlatego też dydaktyka edukacji zdrowotnej powinna odbywać się na zasadzie aktywnego udziału oraz współdziałania

w decyzjach o własnym zdrowiu i rozwoju. Tutaj szczególnie warto wymienić rolę projektów, które motywują do pracy nad wybranym tematem, pozwalają odkryć własne talenty i umiejętności, poznać ich granice, wspólnie planować strategie działania, uczyć podziału pracy oraz pracy w grupie, znajdowania rozwiązań w sytuacjach konfliktowych oraz pokazują, jak krytycznie oceniać własny udział w projekcie. Praca z kamerą wideo jest metodą bazującą na działaniu, akcji, która łączy teorię z orientacją na własne doświadczenia, przeżycia i spostrzeżenia, a przez swą kreatywną formę motywuje do pracy (zob. Maurer, 2010 i Weng 2012). Ponadto forma przedstawienia tematyki zdrowia – w postaci obrazów, muzyki oraz tonu – przemawia emocjonalnie do odbiorcy, a więc według myśli przewodniej pedagoga Pestalozziego jest „uczeniem głową, sercem i ręką”.

Od przeszło dwóch lat w ramach seminariów edukacji zdrowia i profilaktyki prowadzę projekty filmowe, szczególnie w profilu „Dobra zdrowa szkoła” na Uniwersytecie Paderborn wśród studentów kierunków nauczycielskich. Seminaria te dzielone są na grupy projektowe, które opracowują tematykę zdrowia bądź profilaktyki – np. mogą to być następujące tematy: spędzanie czasu wolnego, konsumpcja używek, zachowania ryzykowne, sposób odżywiania się, przyzwyczajenia konsumenckie. Studenci mają wolny wybór tematu oraz literatury i formy filmu. Możliwość dokonania wyboru inicjuje ciekawe dyskusje w grupach. Grupy urzeczywistniają własne pomysły, rozwijają i wdrażają własny plan działania, pogłębiają swoje stanowisko na podstawie literatury, a w końcowym procesie przedstawiają film. W ramach pracy w projekcie można wyłonić następujące etapy (por. ryc. 4):

analiza merytoryczna	<ul style="list-style-type: none"> •zdobycie wiedzy oraz umiejętności •wymiana sytuacji codziennych oraz subiektywnych doświadczeń
koncept	<ul style="list-style-type: none"> •zadania rozwojowe młodzieży i problematyczne zachowania (czynniki ryzykowne i ochronne) •przedstawienie teorii naukowych oraz analizy pozycji naukowych (powstaje pomysł na film)
scenariusz/reżyseria	<ul style="list-style-type: none"> •analiza sytuacji oraz roli i działań – własne doświadczenie (formułowanie scenariusza)
praca z kamerą/na scenie	<ul style="list-style-type: none"> •wypróbowanie ról, zdolność do pracy, zdolność rozwiązywania konfliktu, strategie w grupie, kooperacja
prezentacja	<ul style="list-style-type: none"> •feedback i dyskusja na seminariach
refleksje/omówienie	<ul style="list-style-type: none"> •pisemne sprawozdanie ze wspólnej pracy

Rycina 4. Etapy pracy przy projekcie filmów krótkometrażowych

W pierwszej fazie projektu grupa dobiera odpowiednią literaturę do wybranej tematyki oraz omawia wyniki i wymienia własne doświadczenia. Na podstawie literatury oraz produktywnej dyskusji w grupie zostaje rozwinięty koncept, który kończy drugą fazę projektu. Należy tutaj podkreślić, że podstawa teoretyczna na bazie literatury decyduje o sukcesie filmu, bowiem film nigdy nie będzie lepszy niż przeanalizowany materiał teoretyczny, bez którego nie może powstać pomysł. Dlatego w metodzie tej wykorzystywane jest klasyczne uczenie się w celu znalezienia odpowiedniego pomysłu na film. Wiedza na temat zdrowia oraz film są ze sobą powiązane, a studenci jako reżyserzy stają się ekspertami w dziedzinie danej tematyki, ponieważ nie tylko poznali wybrany temat przez zapoznanie się z literaturą, ale także aktywnie i samodzielnie go przeanalizowali. W trzeciej fazie pisany jest scenariusz, który jest najważniejszym elementem projektu filmowego. Jest to wyzwanie wymagające od uczestników ciekawości, kreatywności jak również zdolności do pracy w grupie, aby zapewnić kolektywne autorstwo scenariusza. Potem następuje praca z kamerą. W tej fazie grupa analizuje epizody i wypróbowuje pojedyncze sceny i role. Aktorzy identyfikują się ze swoimi rolami, do czego wymagane jest zrozumienie postaci, wczucie się w rolę, przyjęcie innej perspektywy widzenia oraz obserwacja.

Poszczególne etapy produkcji filmu wyłaniają różnorodne możliwości doradztwa ze strony specjalisty czy nauczyciela, który nie przyjmuje tutaj roli ingerującego w proces korektora i osoby uczącej grupę, ale jedynie opiekuna i moderatora, co pozwala na zwiększenie wzajemnego zaufania w grupie oraz w relacji nauczyciel-grupa. W procesie produkcji filmu uczestnicy są odpowiedzialni za sukces projektu, co zwiększa ich własną motywację. Klasyczna forma zajęć ulega tu zmianie – miejsce eksperta i nauczyciela, który wyklada materiał, przejmuje grupa, która samoorganizuje się i reżyseruje proces nabywania wiedzy. Dydaktyka nie wymaga teorii przypomnienia i prawidłowej rekonstrukcji wiedzy, ale staje się obszarem konstruktywnych odkryć, analiz i szukania własnych odpowiedzi. Sukcesem nie jest ocena z egzaminu, ale proces twórczy oraz korzyści płynące z poczucia stworzenia własnego produktu.

Po przedstawieniu projektu studenci opisują swoje refleksje na temat:

- celu filmu (pojedynczych scen): intencji, subiektywnego doświadczenia oraz motywacji;
- uczuć towarzyszących aktorom i scenarzystom w pracy (empatia, sposób obchodzenia się z pochwałą, krytyką oraz niepowodzeniami);
- protokołu pracy w grupie (dyskusja, dynamika grupy);
- nowych wniosków oraz zmian własnego nastawienia do przedstawionej tematyki.

Z pisemnych refleksji studentów wynika, że najefektywniejsza wydaje się praca na scenie, w której biorą udział częściowo również uczniowie, co prowadzi do wymiany teorii, praktyki oraz doświadczeń, ale również do sytuacji problemowych, konfliktowych, a przez to do szukania wspólnych dróg i rozwiązań. Celem pracy nad stworzeniem filmu jest również aspekt społeczny – produkcja filmu wymaga pracy w zespole, kooperatywnego planu, intensywnych rozmów jak również wspólnie realizowanych rozwiązań. Ewaluacja zajęć ukazuje pozytywną ocenę

tej metody – studenci podkreślają jej zalety: możliwość urzeczywistnienia własnej kreatywności, własnego podejścia do problemu i przez to skutecznego sposobu osiągnięcia wiedzy na wybrany temat.

Projekt ten jest również dobrą metodą dydaktyczną do realizacji celów edukacji zdrowotnej w szkołach, bowiem młodzież coraz częściej korzysta z mediów w czasie wolnym, zatem włączenie ich do form nauki może mieć charakter motywacyjny – połączenie zainteresowania medialnego z tematyką zdrowotną. Biorąc pod uwagę formy spędzania czasu młodzieży przy telewizji bądź Internecie oraz rolę mediów w życiu młodzieży, niezbędne jest wychowanie medialne, które pozwoli uczniom kompetentnie korzystać z rozwoju techniki medialnej, stać się zrównoważonym odbiorcą rynku konsumenckiego oraz wykorzystać tę technikę w edukacji. Podczas aktywnej pracy z kamerą wideo, połączonej z nauką o zdrowiu, uczniowie zmieniają sposób postrzegania mediów – z odbiorcy, pasywnego konsumenta dorastają do aktywnej roli producenta, który poznaje język filmu, środki wyrazu filmowego i świadomie je wykorzystuje. W ten sposób młodzież zostaje uwrażliwiona na taktykę mediów oraz ich mylne bądź ukryte przesłanki.

Produkcja filmu w grupach projektowych może wpływać pozytywnie na analizę własnych zachowań oraz reakcji w grupie. Młodzież często odkrywa nowe zdolności, które podczas tradycyjnych zajęć szkolnych pozostają w ukryciu. Projekty filmowe dają możliwość zmierzenia się z własnymi możliwościami oraz poznania ich granic. Szczególnie w fazie dojrzewania, w której ogromną rolę odgrywają rówieśnicy, ważna jest praca nad własnym rozwojem, m.in. przez odnalezienie miejsca w grupie rówieśników, przeciwdziałanie presji grupy, poszerzanie możliwości reakcji, akceptację własnego wyglądu i oddziaływanie na innych, rozwój perspektyw zawodowych i życiowych, z którymi związane są sukcesy i porażki, wzorce wolnego czasu oraz konsumpcji. Praca w grupach projektowych ma na celu interakcję pedagogiczną i jest związana z konkretnymi zadaniami, jednak uwzględnia także kreatywne pomysły, wspiera kontakty społeczne (empatia, praca w zespole), a także wzmacnia kompetencje osobowe.

ZAKOŃCZENIE

Na koniec rozważań należy stwierdzić, że szkoła ma ogromne możliwości włączenia i upowszechniania edukacji prozdrowotnej celem przygotowania uczniów do prowadzenia zdrowego stylu życia oraz rozwinięcia ich osobowości, co umożliwi im osiągnięcie sukcesów w szkolnej jak również otworzy perspektywy zawodowe i życiowe.

Należy podkreślić, że w ramach kształcenia uniwersyteckiego nauczyciel powinien zostać przygotowany do realizacji zadań rozwojowych, a także do podjęcia tematyki ryzykownych zachowań młodzieży. Szczególnie zjawiska konsumpcji używek, stresu, braku koncentracji, psychicznych dysfunkcji, agresji nie są obce nauczycielowi w codziennej pracy szkolnej. Dlatego powinien zostać wyposażony

w odpowiednie kompetencje oraz mieć możliwość interwencji, aby promować zdrowy styl życia jak również przeciwdziałać ryzykownym zachowaniom w ramach edukacji prozdrowotnej.

Międzynarodowe badania dokumentują, że edukacja wpływa na zachowania zdrowotne oraz na podejście do zdrowia. Edukacja jest jednym z najważniejszych determinantów zdrowia (por. *Konsortium Bildungsberichterstattung*, Bielefeld 2006, s. 187). Również praktyka szkolna uwidacznia bezpośredni wpływ zdrowia (także zdrowotnych dolegliwości) jak również brakujących zasobów osobowych oraz socjo-kulturowych ucznia na osiągnięcia szkolne oraz na zachowanie społeczne, które w konsekwencji kształtują osobowość ucznia. Biorąc pod uwagę wpisane w prawo szkolne zadanie edukowania i wychowania – wychowywać do życia w odpowiedzialności za życie własne oraz życie społeczeństwa, oraz główny cel promocji zdrowia – wzmocnienie jakości edukacji w szkole, należy podkreślić, że edukacja prozdrowotna w szkole jest integralną częścią życia szkolnego. Należy tutaj jednak zaznaczyć, że obecny zakres kształcenia nauczycieli nie wyczerpuje potrzeb edukacji prozdrowotnej w szkołach, dlatego konieczne jest wprowadzenie pedagogiki prozdrowotnej do programów kształcenia nauczycieli. Również podwyższenie wrażliwości na tę tematykę oraz ich gotowość do działania w tym zakresie są konieczne, aby móc profesjonalnie realizować edukację zdrowia w szkołach, a przez to przyczynić się do rozwoju szkolnictwa. Należy wziąć tu pod uwagę diagnozę potrzeb i oczekiwań uczniów i ich rodziców w zakresie owej edukacji, aby jej cele nie były abstrakcyjne, lecz dostosowane do konkretnych potrzeb w danym otoczeniu szkolnym.

Edukacja prozdrowotna powinna również koncentrować najskuteczniejsze metody realizacji projektu – szczególnie rekomenduję pracę z mediami, bowiem media są silnie obecne w życiu codziennym młodzieży. Korzyścią aktywnej pracy przy projekcie filmowym jest przede wszystkim zmniejszenie w szkole dystansu pomiędzy szkołą a uczniami, między teorią a praktyką. Projekt filmowy daje uczestnikom możliwość wymiany doświadczeń, zachęca do refleksji nad własnym zachowaniem ryzykownym oraz do dyskusji w grupach rówieśniczych, a w efekcie wzmacnia kompetencje uczniów oraz poszerza możliwości działania i reakcji w społeczeństwie.

LITERATURA

- Antonovsky A. (1997). *Salutogenese zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT, Tübingen.
- Bilz L., Melzer W. (2008). *Schule, psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit*, W: M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, W. /U. Ravens-Sieberer (red.) *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Juventa, Weinheim, s. 160–189 .
- Bundesministerium für Gesundheit (red.) (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/psychische-Gesundheit_01.pdf
- HBSC (2012a): HBSC-Team Deutschland. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in.

- School-aged Children 2009/10. http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2012/02/Faktenblatt_Subjektiver-Gesundheitszustand_final.pdf
- HBSC (2012b): HBSC-Team Deutschland. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10. http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2012/02/Faktenblatt_Lebenszufriedenheit_final.pdf
- HBSC (2011c): HBSC-Team Deutschland. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10. http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2011/12/Faktenblatt_Schulische-Belastungen_final.pdf 17
- Hurrelmann K. u.a. (red.) (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Hans Huber, Bern.
- Hurrelmann K. , Klocke A. u.a (2003). *WHO – Jugendgesundheitsurvey. Konzepte und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland*. Juventa, Weinheim.
- Johannsen U. (2007). *Die gesundheitsfördernde Schule. Gesundheitsförderung durch Organisations- und Schulentwicklung*. Dr. Müller, Saarbrücken.
- KiGGS Studie (2006). *Kinder-und Jugendgesundheitsurvey-Studie*. Robert-Koch Institut, Berlin.
- Lampert T. / Hagen C. / Heizmann B. (2010). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, Berlin.
- Maurer B. (2010). *Subjektorientierte Filmbildung in der Hauptschule*. Kopäd, München.
- Maywald J. (2004). *Die Weichen werden früh gestellt. Gesundheitsprobleme und Gesundheitsförderung in den ersten Lebensjahren*. W: R. Geene / A. Halkow (red.). *Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung*. Mabuse, Frankfurt am Main, s. 90–93.
- Ottova V. / Richter M. (2008). *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: ein Resümee*. W: M. Richter / K. Hurrelmann / A. Klocke / W. Melzer / U. Ravens-Sieberer (red.) *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Juventa, Weinheim, s. 255–272.
- Paulus P. (red.) (2010). *Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule*. Juventa, München.
- SchulG NRW (2011). Schulgesetz NRW. <http://tresselt.de/download/SchG2011.pdf>
- DHS (2011). Essstörungen. <http://www.dhs.de/datenfakten/essstoerungen.html>
- Raithel J. / Dollinger B. /Hörmann G. (2005). *Einführung in die Pädagogik*. VS, Wiesbaden.
- Richter M. (2008). *Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten*. W: M. Richter / K. Hurrelmann / A. Klocke / W. Melzer / U. Ravens-Sieberer (red.). *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Juventa, Weinheim, s. 9–37.
- Statistisches Bundesamt (2012a). Familien mit minderjährigen Kindern nach Familienform. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien /Tabellen/Familienformen.html>
- Statistisches Bundesamt (2012b). Lebensbedingungen, Armutsgefährdung. Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/>

- LebensbedingungenArmutsgefährdung/Tabellen/ArmutsgfQuoteTyp_SILC.html
W. Weng (2012). Filmprojekte. Manuskript.
- WHO 1993. *Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen*. WHO, Kopenhagen Wicki
W. / Bürgisser T. (red.) (2008). *Praxishandbuch gesunde Schule. Gesundheitsförderung verstehen, planen und umsetzen*. Haupt, Bern.

THE HEALTH CONDITION OF YOUTH AS A CHALLENGE FOR EDUCATING TEACHERS WITHIN THE GOOD HEALTHY SCHOOL

Abstract: The article portrays the aims of health-related education at schools and the necessity of educating teachers in the area of health pedagogy. The first part introduced the health condition of German children and youth from the perspective of social inequality, to underline the key part of the school in the context of health, as an institution which has the possibility to get to all social groups in the important stages of growing up. The second part of the article talks about the “Good healthy school” model, which initiates the health-related education to the program of educating teachers at the Paderborn University. Further, the method of short videos was represented and used in the seminars of preventive treatment and health-related education in the thought of empowerment and participation and the notion of „learning by hand, head and heart” (Pestalozzi). The conclusion of the article displays the important role of the health-related pedagogy in teacher education and its advantages, such as: increasing the teacher’s competence, strengthening the management of health at schools and at the same time increasing the quality of education.

Key words: health behaviour of young people, health pedagogy, social inequality, Good healthy school, short video.