



Organizacja oświaty zdrowotnej w latach 80. i 90. XX wieku w Polsce. Co poszło nie tak w czasie transformacji ustrojowej?

Organization of health education in the 1980s and 1990s in Poland. What went wrong during political transformation?

Dorota Cianiara¹, A-F 

¹ Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Cianiara D. Organizacja oświaty zdrowotnej w latach 80. i 90. XX wieku w Polsce. Co poszło nie tak w czasie transformacji ustrojowej? Med Og Nauk Zdr. doi:10.26444/monz/212221

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Aktualnie w Polsce podkreśla się potrzebę wzmocnienia edukacji zdrowotnej. Silny akcent położono na edukację szkolną. Nie nakreślono całościowej polityki edukacji zdrowotnej, skierowanej do innych grup społecznych i całej populacji, ani strategii działania. Dążąc do sformułowania takiej polityki, warto odnieść się do doświadczeń wyniesionych z organizacji i prowadzenia oświaty zdrowotnej (OZ). Celem artykułu jest przedstawienie podejścia do działalności OZ w latach 80 oraz 90. XX wieku.

Metody przeglądu. Dokonano przeglądu regulacji prawnych, danych statystycznych GUS, dokumentacji Sejmu i Senatu RP, badań opinii publicznej (CBOS), informacji prasowych; analizowano kluczowe opracowania teoretyczne i metodyczne z tamtych lat. Przedstawiono kontekst działalności OZ, w tym polityczny, gospodarczy, społeczny, demograficzny i zdrowotny. Omówiono podstawy prawne realizacji OZ, interpretację OZ, strukturę i organizację działań oraz metodykę.

Opis stanu wiedzy. W latach 80. XX wieku OZ miała charakter systemowy, była kontynuacją pracy rozpoczętej trzy dekady wcześniej. Jej ramy prawne, struktura i organizacja działalności były relatywnie stabilne, a podejścia i metody rozwijane. W latach 90. w wyniku transformacji ustrojowej doszło do radykalnych i niekorzystnych zmian w organizacji i działalności OZ.

Podsumowanie. Aktualnie, mając na uwadze tworzenie polityki edukacji zdrowotnej i kierując się doświadczeniem, należy znaleźć odpowiedzi na kluczowe pytania: komu, co, kto, kiedy i gdzie, jak?

Słowa kluczowe

polityka zdrowotna, organizacja, system ochrony zdrowia, oświata zdrowotna

■ Abstract

Introduction and Objective. The need to strengthen health education (HE) is currently emphasized in Poland. A strong emphasis has been placed on school HE. No comprehensive HE policy, addressed to other social groups and the entire population, nor an strategy have been formulated. In striving to formulate such a policy, it is worth to refer to old experiences from conducting HE. The aim of the article is to present the approach to the HE organization and activities in the 1980s and 1990s.

Review methods. A review of legal regulations, statistical data from the Central Statistical Office, documentation of the Sejm and Senate of the Republic of Poland, public opinion polls (CBOS) and press information was conducted; key theoretical and methodological studies from those years were analysed. The context of HE activities was presented, including political, economic, social, demographic and health status. The legal basis for the implementation of HE, the interpretation of HE and the structure and organization of activities and methodology were discussed.

Brief description of the state of knowledge. In the 1980s, HE had a systemic character, it was a continuation of work started 3 decades earlier. The legal framework, structure and organization of activities were relatively stable, and approaches and methods were developed. In the 1990s, as a result of the political transformation, radical and unfavourable changes occurred in the organization and activities of HE.

Summary. Currently, with a view to creating health education policy and guided by experience, it is necessary to find answers to key questions: to whom, what, who, when, how and where?

Key words

health policy, organization, health care system, health education

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Oświata zdrowotna (OZ) w Polsce korzeniami sięga oświecenia. Od przełomu XIX i XX wieku formowana była przez towarzystwa społeczne i osoby zainteresowane higienizacją i zdrowiem ludu. W II RP doszło do ożywienia OZ przy

✉ Adres do korespondencji: Dorota Cianiara, Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Szkoła Zdrowia Publicznego, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa, Polska
E-mail: dorota.cianiara@cmkp.edu.pl

Nadesłano: 12.06.2025; zaakceptowano do publikacji: 13.10.2025; publikacja online: 07.11.2025

jednoczesnym rozszczepieniu klasowym i narodowościowym. W okresie PRL-u nabrała powszechnego charakteru, a rolę gestora przejęło państwo. W latach 90. doszło do zmian społeczno-ustrojowych, które wywarły negatywny wpływ na działalność. W latach 50. (do połowy lat 60.) używano nazwy „oświata sanitarna”. Później – OZ, a od połowy lat 90. „edukacja zdrowotna” (EZ).

Niedawno rezonans wywołało wprowadzenie przedmiotu EZ do podstawy programowej szkół różnego typu. Określono, jakie kwalifikacje są wymagane od nauczyciela przedmiotu, oraz zapowiedziano uruchomienie w 11 uczelniach (w tym 6 medycznych) bezpłatnych, trzysemestralnych studiów podyplomowych, które będą przygotowywać do nauczania EZ.

EZ w szkole jest koniecznością, jednak nie wystarczy do zaspokojenia potrzeb populacji. EZ powinna być procesem ustawicznym, ponieważ nie można wyposażać uczniów w potrzebną w dorosłym życiu wiedzę i odpowiednie umiejętności. Odbycie zajęć z EZ nie decyduje o nabyciu kompetencji zdrowotnych, czyli zdolności do wyszukania, zrozumienia, oceny i wykorzystania informacji do podejmowania decyzji prozdrowotnych. Ważne są również inne uwarunkowania i sama edukacja raczej nie zapewnia mierzalnych korzyści zdrowotnych [1, 2]. Ponadto, zgodnie ze społeczno-środowiskowym modelem zdrowia, teorią planowanego zachowania i społeczno-poznawczą, skuteczność EZ zależy od norm i zwyczajów, które sprzyjają zdrowiu i płyną z otoczenia społecznego. Dlatego do kształtowania zachowań zdrowotnych osób młodych niezbędna jest EZ dorosłych.

Czy planowane jest utworzenie systemu ustawicznej EZ? Nie ma jasnej odpowiedzi na to pytanie, chociaż lekarze zalecają prowadzenie EZ w aspekcie wielu chorób [3], Senat RP przyjął uchwałę o ustanowieniu roku 2025 Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki [4, 5], Ministerstwo Zdrowia (MZ) zainicjowało w TVP serię programów edukacyjnych, a w posiadaniu MZ są standardy EZ opracowane przez dr. Krzysztofa Puchalskiego i współpracowników [6]. Działania te poszerzają okna Overtona i mogą doprowadzić do tego, że stworzenie polityki i systemu EZ zostanie powszechnie uznane za racjonalne. Dążąc do tego, warto odwołać się do starych doświadczeń z prowadzenia OZ w wymiarze populacyjnym.

Celem tego opracowania jest przedstawianie działalności oświatowo-zdrowotnej (o-z) w Polsce w latach 80., kiedy to OZ działała w utarty sposób, oraz w latach 90., gdy dochodziło do zmian w wyniku transformacji ustrojowej i ekonomicznej. Retrospekcja nie służy komplementowaniu czasów „słusznie minionych”, ale pokazaniu pracy u podstaw.

METODY PRZEGLĄDU

Przedstawiono kontekst działalności o-z w tych latach, w tym gospodarczy, demograficzny i zdrowotny. Omówiono ramy prawne realizacji OZ, jej interpretację, metodykę oraz strukturę i organizację działań. Dokonano przeglądu regulacji prawnych, danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), dokumentacji Sejmu i Senatu RP, badań opinii publicznej, informacji prasowych; analizowano kluczowe opracowania teoretyczne i metodyczne. Niniejszy rys historyczny pisany jest z perspektywy własnego doświadczenia. Liczne poruszone w przeglądzie kwestie zasługują na odrębne opracowania.

Serdecznie dziękuję Państwu P.T. Joannie Duszczyk, Rafałowi Halikowi, Januszowi Opolskiemu, Justynie Partyce, Marii Piotrowicz, Kubie Sękowskiemu oraz Adamowi Wyżyńskiemu za pomoc w zebraniu materiałów.

OPIS STANU WIEDZY

Kontekst działalności o-z

Treści i forma OZ, a także jej struktura i organizacja zależą od czynników współistniejących, które wyznaczają jej obszar i możliwości działania.

Kontekst gospodarczy

W latach 80. dominował niedobór towarów. W 1976 roku wprowadzono kartki na cukier, a w latach 1981–1989 obowiązywały kartki na mięso, tłuszcze, produkty zbożowe, czekoladę, benzynę, alkohol, papierosy, mleko w proszku oraz proszek do prania ubrań dziecięcych. Niektóre towary były dostępne na talony albo kupowało się je w kolejkach społecznych, w których codziennie należało potwierdzić udział. Na inne trzeba było „polować”, czyli trafić na moment, gdy były „rzucane” do sklepów.

W połowie lat 80. Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) ustaliło, że sytuacja materialna miała duże znaczenie dla połowy Polaków – była drugim pod względem ważności czynnikiem po życiu rodzinnym. Zadowolenie ze swojej sytuacji ekonomicznej deklarowało ok. 7% badanych [7]. Za najgroźniejsze zjawiska społeczne uznawano alkoholizm, narkomanię, chuligaństwo, pijaństwo, kradzieże, łapownictwo oraz spekulację [8].

Na początku lat 90. na rynek trafiły np. pasty do zębów i mydła, pieluchy jednorazowe, podpaski ze skrzydełkami, jogurty czy owoce cytrusowe. Obfitość produktów nie szła w parze z dostępnością cenową. CBOS badało wówczas źródła osobistych lęków i niepokoju Polaków. W 1994 roku obawiano się braku pieniędzy na życie. W 1997 roku większy niepokój budziły pogorszenie zdrowia i przestępczość [9].

Brak towarów na rynku oraz zła sytuacja materialna większości obywateli skłaniały do tego, aby w ramach działalności o-z zalecać rozwiązania dostępne i tanie. W przeciwnym wypadku komunikaty spotykały się z powszechną dezaprobatą, jak stało się to np. po wyprodukowaniu serii ulotek poświęconych dietom zalecanym w różnych chorobach.

Kontekst demograficzny

W latach 1980–2000 ludność Polski zwiększyła się z 35,735 mln do 38,263 mln osób. Liczba urodzeń żywych zmniejszyła się z 695,8 tys. do 382,0 tys. Nieznaczna większość stanowiły kobiety oraz mieszkańcy miast [10, 11].

W latach 1973–1987 rokrocznie rodziło się 600–700 tys. dzieci, toteż wiele działań o-z było skierowanych do matek, np. wydawnictwa i kursy na temat opieki nad noworodkiem, niemowlęciem i małym dzieckiem. Niemal połowę populacji stanowili mieszkańcy obszarów wiejskich, dlatego działania o-z obejmowały m.in. bezpieczne użycie środków ochrony roślin, ergonomię pracy w rolnictwie, warunki higieniczne w zagrodzie, itp. zagadnienia specyficznie wiejskie. W zależności od tematyki produkowano materiały o-z adresowane do dzieci, kobiet, mężczyzn i rodzin.

Kontekst zdrowotny

W latach 1950–1965 przeciętne trwanie życia Polaków powoli się zwiększało, osiągając pułap ok. 66 lat. W latach 1965–1990 się nie zmieniło. W latach 90. wydłużyło się o ok. 3 lata [12]. Kobiety i mężczyźni żyli krócej niż mieszkańcy krajów zachodnich, ale nieco dłużej niż obywatele państw socjalistycznych [13]. Głównymi przyczynami umieralności w populacji były choroby układu krążenia oraz nowotwory. Wśród młodych dorosłych zaś urazy i zatrucia. Umieralność na choroby zakaźne była większa niż w Europie. Znaczącym problemem były zatrucia pokarmowe wywołane pałeczkami *Salmonella* i zgony z powodu zatrucia jadem kiełbasianym. W 1985 roku po raz pierwszy stwierdzono zakażenie HIV, a w 1986 roku zachorowanie na AIDS [11, 14].

Problematyka chorób niezakaźnych podejmowana była głównie poprzez propagowanie zasad prozdrowotnego stylu życia, w tym odpowiedniej diety, aktywności fizycznej, niepalenia papierosów i zapobiegania urazom. Profilaktyka chorób zakaźnych była priorytetem, m.in. propagowano mycie rąk oraz zasady obróbki drobiu i jaj. Upowszechniano np. metodę przygotowania domowych konserw, aby uniknąć zatrucia jadem kiełbasianym.

Problematyka HIV/AIDS podejmowana była głównie przez Instytut Wenerologii Akademii Medycznej w Warszawie. Od 1993 roku zajmowały się nią też Biuro ds. Narkomanii oraz Krajowe Centrum ds. AIDS.

W latach 1948–1991 obowiązywała ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia (ZSSZ) [15]. Przez lata zmieniała się struktura i zakres zadań zakładów. W 1973 roku powołało do życia zespoły opieki zdrowotnej, które zapewniały podstawową i specjalistyczną opiekę zdrowotną na obszarze poszczególnych powiatów. W 1975 roku ustalono, że zespoły działają na obszarze obwodów zapobiegawczo-leczniczych funkcjonujących na obszarze zamieszkanym przez 30–150 tys. mieszkańców. Do zadań zespołu należała opieka zapobiegawcza (w tym szerzenie OZ), lecznicza (w tym rehabilitacyjna), leczniczo-opiekuńcza w żłobkach i domach małego dziecka oraz opiekuńcza w domach rencistów i dziennych domach pomocy społecznej [16]. Z pewnymi zmianami stan ten trwał do 1992 roku, kiedy to nazwę ZSSZ zastąpiono nazwą „zakłady opieki zdrowotnej” i zerwano z monopolem państwa na prowadzenie placówek. Wprowadzono termin „świadczenia zdrowotne”; do świadczeń tych zaliczono prowadzenie działalności profilaktycznej i oświatowo-wychowawczej [17]. W 1992 roku zmieniono system medycyny szkolnej i wycofano lekarzy ze szkół. Opiekę zdrowotną nad uczniami powierzono pielęgniarkom (higienistkom), które miały współpracować z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, terenową poradnią medycyny szkolnej i stacją sanitarną, rodzicami, dyrektorem szkoły, radą pedagogiczną, nauczycielami i wychowawcami [18]. W 1997 roku uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i powołano do życia kasy chorych [19].

W 1983 roku Sejm Rzeczypospolitej Ludowej stwierdził, że „pomimo wyjątkowo trudnych warunków społeczno-gospodarczych działalność służby zdrowia zaspokaja podstawowe potrzeby zdrowotne społeczeństwa”, ale zalecił nadanie priorytetu inwestycjom dotyczącym służby zdrowia, zaopatrzeniu w leki, sprzęt i aparaturę oraz rozwojowi kadr i poprawie świadczeń zdrowotnych [20].

W 1984 roku zdecydowana większość Polaków poświęcała niespełna 30 min. na dotarcie do placówek lecznictwa podstawowego. Niemal połowa dobrze oceniała swojego lekarza

rejonowego. Osoby będące pod opieką specjalisty w większości były zadowolone z poziomu opieki, ale negatywnie postrzegały jej dostępność. W lecznictwie szpitalnym wyżej oceniano jakość pracy lekarzy niż pielęgniarek, a najniżej warunki lokalowe, sanitarne oraz zaopatrzenie w leki i środki opatrunkowe. Co piąty badany zawsze lub często korzystał z odpłatnej opieki medycznej [21]. W 1999 roku większość ankietowanych (66%) uważała, że publiczna służba zdrowia funkcjonuje źle. W porównaniu z okresem sprzed reformy odsetek ocen negatywnych zwiększył się o 14 pkt [22].

Struktura i organizacja OZ były ściśle związane ze strukturą i organizacją systemu zdrowia. System OZ tracił rację bytu po 1991 roku po wprowadzeniu w życie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a załamywał się po przyjęciu w 1997 roku ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W ich konsekwencji dochodziło do intensywnego procesu prywatyzacji i komercjalizacji opieki zdrowotnej, w tym opieki podstawowej [23], w odniesieniu do której OZ ma szczególne uzasadnienie. Ucierpiała na tym przedsięwzięcia o-z, ale też ranga i prestiż OZ.

Zdarzenia nadzwyczajne

Zdarzenia takie wymagają szybkiej, skoordynowanej i spójnej reakcji oraz komunikacji, w tym o cechach o-z. W omawianych latach kryzysowa OZ nie była prowadzona umiejętnie.

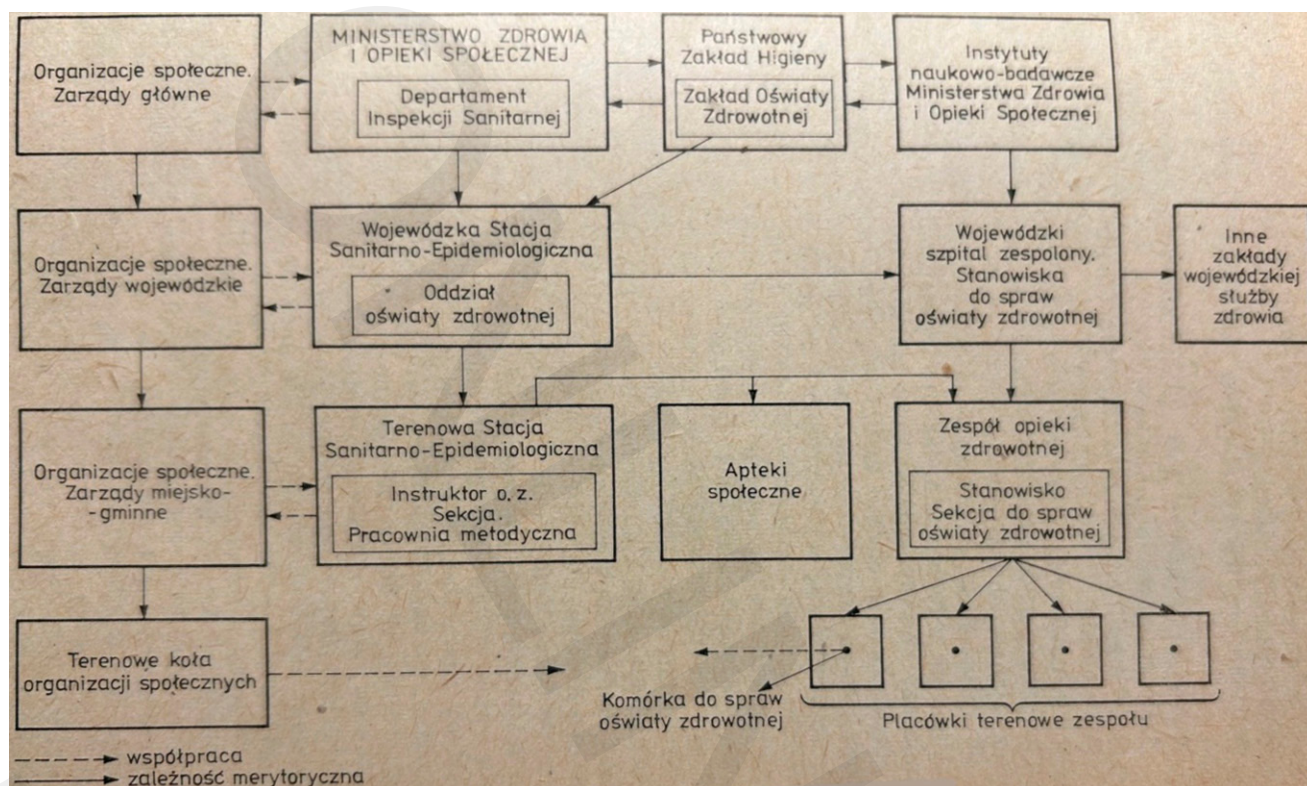
W kwietniu 1986 roku doszło do katastrofy w Czernobylskiej Elektrowni Atomowej. Zaufanie do oficjalnych informacji było niewielkie. Około 40% Polaków deklarowało zaufanie do informacji z telewizji, a 30% do tych przekazywanych przez Polskie Radio. Zdecydowana większość sądziła, że katastrofa jest poważnym zagrożeniem i radzono sobie z jej potencjalnymi skutkami poprzez rezygnację ze spożycia mleka (70,6%) i nowalijek (59,1%) oraz picie płynu Lugola (42,6%) lub roztworu jodiny (10,8%) [24]. W przestrzeni medialnej o zdarzeniu tym wypowiadali się lekarze, bez udziału kadry OZ. Padły m.in. niefortunne słowa, że jeśli rodzice zaczęli teraz częściej myć włosy dzieciom, to jest to korzystne ze względu na wszawicę.

Innym istotnym zdarzeniem była powódź tysiąclecia we Wrocławiu w 1997 roku. Z opowiadań wiem, że pracownicy OZ z WSSE pływali wtedy na pontonach i udzielali mieszkańcom informacji przez megafony. Z urzędowej strony płynęły sprzeczne komunikaty – jednego dnia podawano, że można jeść żywność wprost z puszek, a dzień później, że trzeba najpierw wymoczyć puszki w chloraminie.

Cele i zadania OZ

Oświata sanitarna, pierwowzór OZ, definiowana była jako zorganizowana działalność wychowawcza, informacyjna i propagandowa, mająca na celu podniesienie poziomu kultury sanitarnej ludności. Jej podstawowym zadaniem jest wyrównanie różnic pomiędzy osiągnięciami nauk medycznych, w tym higieny, a poziomem wykorzystania tych osiągnięć przez ogół ludności.

OZ to wszechstronna praca wychowawcza, zmierzająca do zmiany postaw i zachowań na takie, które będą korzystne dla zdrowia i kultury. Celem OZ jest wychowanie zdrowotne ogółu ludności w zgodzie ze współczesnym stanem wiedzy medycznej i zasadami kultury zdrowotnej. Zadaniem OZ jest wyrobienie w społeczeństwie odpowiedzialności za zdrowie swoje, bliskich i otoczenia, pobudzenie zainteresowania zdrowiem oraz przekształcenie postaw i postępowania ogółu ludności [25, 26]. Rozwój wiedzy i świadomości był uznawany



Rycina 1. Organizacja oświaty zdrowotnej w Polsce
Źródło: Kłoczyńska, 1980 [28]

za podwalinę postaw. Kulturę zdrowotną interpretowano jako całość materialnego i duchowego dorobku ludzkości, który dotyczy zdrowia.

Ramy prawne działalności OZ

Dekret z 1954 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) stanowił, że do jej zadań należy m.in. popularyzowanie zasad higieny i zapobieganie chorobom. Przepisami wykonawczymi były instrukcje dotyczące aspektów szerzenia oświaty sanitarnej. W 1967 roku ogłoszono kompleksową instrukcję w sprawie OZ [27]. Wskazano zadania dla PIS, w tym państwowego inspektora sanitarnego stopnia wojewódzkiego i powiatowego, PZH, ZSSZ oraz fachowych pracowników służby zdrowia, w tym kierowników ZSSZ. Fachowi pracownicy zatrudnieni w ZSSZ mieli obowiązek szerzenia OZ wśród osób korzystających ze świadczeń zakładu, a także uczestniczenia w innych pracach o-z prowadzonych przez zakład.

W 1985 roku uchwalono ustawę o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, według której PIS organizuje oraz prowadzi działalność o-z w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych. W 1992 roku w wyniku nowelizacji ustawy sformułowanie „organizuje oraz prowadzi” zastąpiono zwrotem „organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje”. Wymieniona instrukcja była w użyciu mniej więcej do połowy lat 90., ponieważ nie wydano przepisów wykonawczych odnośnie do OZ.

Struktura i organizacja działalności OZ

OZ w PRL-u miała charakter państwowy i społeczny. Opierała się na ZSSZ, na zasadzie powszechności, ciągłości i dostępności świadczeń profilaktyczno-leczniczych, oraz uwzględniała udział innych resortów, wielu instytucji, organizacji społeczno-politycznych, stowarzyszeń i towarzystw.

Wielopoziomowy model organizacyjny zaczął kształtować się w latach 1954–1955 i trwał do końca lat 80. (ryc. 1). Stopniowo załamywał się w latach 90.

Poziom krajowy

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. W 1959 roku Ministerstwo Zdrowia przekształcono w Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS). Od lat 50. w Departamencie Sanitarно-Epidemiologicznym (później Inspekcji Sanitarnej), istniało stanowisko radcy ds. oświaty sanitarnej (później ds. OZ) [29], które zlikwidowano w latach 90. Zasadniczą rolą MZiOS było zapewnienie organizacji i warunków realizacji OZ zgodnie z potrzebami ludności i ogólną polityką resortu [30].

Każdego roku MZiOS, w porozumieniu z PZH, formułowało wytyczne do pracy o-z w wojewódzkich i terenowych stacjach sanitarnych (WSSE, TSSE). Zalecano, aby połowę aktywności przeznaczać na zadania krajowe, a drugą na sprawy lokalne. Problematyka lokalna miała być wyłaniania we współpracy oddziałów danej stacji z zakładami służby zdrowia na danym obszarze.

Corocznie MZiOS wskazywało kilka wojewódzkich stacji sanitarnych, w których pracownicy PZH przeprowadzali kontrole w poszczególnych oddziałach stacji. W odniesieniu do oddziałów OZ używano nazwy „wizytacja”, a nie „kontrola”. Wizytacje OZ czy superwizje przebiegały według określonego harmonogramu. Analizowano wspólnie z pracownikami plan pracy OZ oraz wizytowano placówki terenowe. Spostrzeżenia i uwagi były od razu przedstawiane dyrektorowi WSSE, pisemne sprawozdanie było kierowane do MZiOS i przechowywane w PZH.

Corocznie pod egidą MZiOS odbywały się krajowe narady OZ, których gospodarzem była WSSE, która zgłaszała się do

prezentacji swojej pracy. Spotkania miały charakter szkoleniowy i problemowo-dyskusyjny. W latach 80. kontakty MZiOs, PZH i WSSE dotyczące OZ były regularne i dynamiczne, a później coraz rzadsze. Zaniechano ich po 2000 roku, kiedy to powołano Główny Inspektorat Sanitarny (GIS).

MZiOs we współpracy z Ministerstwem Kultury było inicjatorem przeglądów filmów na temat OZ organizowanych co dwa lata w Kielcach. Przeglądy odbywały się przynajmniej w latach 1978–1998. W 1995 roku powołano Radę Programową Filmów Oświaty Zdrowotnej, która była organem doradczym i opiniodawczym MZiOs [31].

Państwowy Zakład Higieny. Rolą instytutu naukowo-badawczego PZH było opracowywanie podstaw naukowych OZ, rozwijanie metod działania, tworzenie programów nauczania i doskonalenia zawodowego w dziedzinie OZ, ocena działalności oraz wsparcie dla inspektorów sanitarnych, instytucji i organizacji uczestniczących w OZ. Rolę tę pełnił Zakład Oświaty Sanitarnej (później Zdrowotnej), który powstał w 1955 roku¹.

Zakład miał dostęp do publikacji WHO oraz International Union for Health Education (IUHE, później International Union for Health Promotion and Education). Znany był raport techniczny WHO z 1954 roku, w którym przedstawiono zasady OZ, m.in. [32]:

- powiązanie planowania OZ z całościowym planowaniem dotyczącym zdrowia,
- wstępne rozpoznawanie potrzeb metodą sondażową,
- rozpoznawanie charakterystyki adresatów,
- włączanie do planowania zainteresowanych stron,
- rozpoznawanie zasobów do realizacji metodą sondażową,
- wykorzystywanie lokalnych liderów,
- współpraca z lokalnymi pracownikami służby zdrowia i różnymi podmiotami,
- wiązanie działań z sytuacją lokalną,
- prowadzenie pilotażu,
- zapewnianie funduszy,
- prowadzenie ewaluacji.

Przy pełnej akceptacji zasad rozważano szanse ich stosowania w realiach krajowych. Pracowano nad strukturą planu pracy [35] i zakresem ewaluacji [36]. Znały były postępy prac nad proklamowaniem Karty Ottawskiej na temat promocji zdrowia.

Początkowo prowadzono głównie badania dotyczące skuteczności szkoleń i recepcji materiałów o-z, później sondaże *knowledge-attitude-practices* oraz badania ewaluacyjne programów zdrowotnych.

Zakład prowadził kilkunastu kursy dla kadry OZ, głównie z WSSE. W celu utrzymania jakości w systemie kursowym starano się dostarczyć kursantom przezroczą do rzutnika. W trybie „otwartych drzwi” udzielano licznych bieżących konsultacji pracownikom OZ.

Każdego roku nakładem PZH ukazywały się publikacje i pomoce dydaktyczne, w tym drukowane (np. plakaty, ulotki, broszury). Niektóre, jak broszura pt. *Żywność i pielęgnowanie*

noworodka i niemowlęcia autorstwa prof. Wandy Szotowej, ukazywały się kilkakrotnie w latach 80. w nakładzie ponad 700 tys. egzemplarzy rocznie. Każdego roku przygotowywano plakaty i materiały na Światowy Dzień Zdrowia, który przypada 7 kwietnia.

W latach 80. głównymi wydawcami publikacji na temat zdrowia były Krajowa Agencja Wydawnicza oraz Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich (PZWL). Proces wydawniczy był wieloetapowy. Na podstawie wytycznych MZiOs i zwiadu środowiskowego sporządzano plan roczny (kilkadziesiąt pozycji) i wnioskowano do Ministerstwa Kultury o odpowiedni przydział papieru. Typowano autorów, często we współpracy z konsultantami krajowymi, których ówczesnie było niewiele. Autorom udzielano wskazówek na temat pożądanego kształtu i formy materiału. Otrzymane scenariusze i treści korygowano i odsyłało do obróbki redakcyjnej oraz graficznej. Uzgadniano ostateczną formę i treść publikacji. Wydrukowane materiały trafiały do centralnej bazy i dalej do WSSE i TSSE. Do placówek materiały często dostarczane były przez instruktorów OZ.

W sprawach merytorycznych PZH współpracował z instytutami naukowo-badawczymi oraz konsultantami krajowymi. Zarówno MZiOs jak PZH rozwijały współpracę z zarządami głównymi organizacji społeczno-politycznych. W zależności od kierunku prac do partnerów zaliczano: Komitet Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc, Ligę Kobiet, Ligę Ochrony Przyrody, koła gospodyń wiejskich, PCK, Społeczny Komitet Przeciwdziałania Tytoniowi, Towarzystwo Planowania Rodziny, Towarzystwo Przyjaciół Dzieci, Towarzystwo Walki z Kalectwem, Towarzystwo Wiedzy Powszechnej, Związek Kółek Rolniczych, Związek Harcerstwa Polskiego, Związek Młodzieży Wiejskiej oraz Związek Socjalistycznej Młodzieży Polskiej. Budowano relacje z resortami, środkami masowego przekazu, instytucjami i towarzystwami naukowymi oraz związkami zawodowymi. Przedstawiciel Zakładu uczestniczył np. w pracach zespołu PZWL, który podejmował decyzje o przyjęciu do planu wydawniczego książek popularno-naukowych. Uczestniczył w przygotowaniu serii nagrań magnetofonowych o tematyce o-z przeznaczonych do emisji w fabrycznych radiowęzłach oraz kolaudacjach filmów o-z.

Refleksja nad OZ toczyła się też w Sekcji Głównej Oświaty Zdrowotnej w Polskim Towarzystwie Higienicznym (PTH), która działała od końca lat 50. Odbywały się regularne zebrania, seminaria, zjazdy i konferencje. Pracownicy Zakładu aktywnie uczestniczyli w tych pracach. Sekcja była członkiem IUHE i inicjatorem oraz organizatorem konferencji pt. „2nd European Conference on Health Education”, poświęconej edukacji młodzieży. Odbyła się ona w dniach 7–9 czerwca 1990 roku w Warszawie i zgromadziła wielu uczestników zagranicznych zainteresowanych polskimi działaniami z zakresu o-z i stanem państwa. W rozmowach kulturowych przestrzegano mnie (nas wszystkich) przed makdonaldyzacją obu.

W połowie lat 80. Zakład liczył 9 pracowników, spośród których 7 to osoby z tytułem zawodowym magistra z obszaru nauk humanistycznych, społecznych lub przyrodniczych. Wraz z bursą PZH mieścił się w małym budynku przy ul. Dolnej 42, który przed wojną należał do Instytutu Higieny Psychiczonej w Państwowej Szkole Higieny przy PZH. Pomieszczenia były ogrzewane piecami kaflowymi, okna skrzyniowe były nieszczelne, brakowało ciepłej wody. Zakład dysponował jedną linią telefoniczną z jednym aparatem,

1. Twórczynią Zakładu i Sekcji Głównej OZ w PTH była dr n. hum. Hanna Wentlandtowa (1906–1994), która pełniła funkcję zastępcy kierownika Zakładu [33]. Kierował nim prof. Tadeusz Stępniewski (1905–1987), lekarz dermatolog. Oboje byli żołnierzami w Powstaniu Warszawskim. Na przestrzeni lat w Zakładzie pracowało więcej osób walczących w Powstaniu. W 2016 roku T. Stępniewski został uznany za Sprawiedliwego wśród Narodów Świata [34].

kilkoma maszynami do pisania, sumatorem oraz grafoskopem (rzutnikiem pisma). Pierwszy komputer pojawił się w Zakładzie ok. 1993 roku. Od końca lat 80. nastąpiły liczne zmiany nazwy i kierownictwa Zakładu, a nawet przenosiny do WSSE w Łodzi. W połowie lat 90. Zakład przeniesiono na ul. Chocimską 24.

Działalność z inspiracji WHO

W 1985 roku rządowa komisja sformułowała cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” (ZDW2000). Uwzględniono w nim kształtowanie stylu życia sprzyjającego zdrowiu oraz popieranie udziału społeczeństwa w tworzeniu polityki społecznej. Planowano opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych w celu rozwoju wiedzy, umiejętności i motywacji społeczeństwa potrzebnych do zachowania i umacniania zdrowia. Dokument nie był obowiązujący i nie wszedł w życie [37].

W latach 1990, 1993 i 1996 ukazały się trzy pierwsze edycje Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), które były kontynuacją ZDW2000. Cele związane z EZ ujęto w drugiej i trzeciej edycji. Wyniki monitorowania trzeciego NPZ na lata 1996–2005 wykazały, że efekty realizacji celu edukacyjnego – z wyjątkiem zintensyfikowania EZ w środkach masowego przekazu – nie zostaną osiągnięte. Stwierdzono, że „edukacja pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej napotyka na wiele przeszkód – począwszy od nie dość korzystnego nastawienia poszczególnych lekarzy, poprzez słabe oddziaływanie środowiskowe i społeczne sprzyjające temu procesowi, a kończąc na braku czasu i materiałów pomocniczych oraz złej organizacji pracy”. Stwierdzono brak silnych mechanizmów budowania polityki EZ i promocji zdrowia oraz brak koordynacji działalności [38]. Wymienione NPZ-y nie były źródłem prawa powszechnie obowiązującego.

Poziom wojewódzki

W latach 1975–1999 istniało 49 województw i ok. 2,5 tys. gmin; funkcjonowali państwowi wojewódzcy, terenowi (dla dzielnic, miast lub gmin) oraz portowi inspektorzy sanitarni. Do zadań inspektorów należało ustalanie kierunków pracy i wytycznych, mobilizowanie realizatorów OZ, koordynowanie pracy, nadzór nad nią i pomoc w jej realizacji. Na szczeblu wojewódzkim akcent padał na prace koncepcyjne i organizacyjne, a na terenowym – na wykonawcze.

W latach 80. inspektorów stopnia wojewódzkiego w wykonywaniu zadań wspierały kilkusobowe oddziały OZ w WSSE oraz zatrudnieni tam instruktorzy OZ. Zdecydowaną większość pracowników stanowiły kobiety. Wyjątkiem wśród kierowników oddziałów była lekarka, często stanowisko to zajmowały panie po studiach pedagogicznych i kulturalno-oświatowych. Pozostałe osoby miały najczęściej wykształcenie średnie pielęgniarzkie lub felczerskie.

W stacjach wojewódzkich działały pracownie metodyczne, które zapewniały wsparcie informacyjne i metodyczne dla realizatorów OZ. Zadaniem pracowni było prowadzenie indywidualnego i grupowego instruktażu w zakresie OZ, opracowywanie i inicjowanie nowych form oddziaływania, organizowanie szkoleń i kursów, gromadzenie i udostępnianie materiałów edukacyjnych, tworzenie listy kontaktów. Pracownie mogły powstawać również w TSSE. Wcześniej nazywano je domami oświaty lub poradniami.

Głównym partnerem dla WSSE był wojewódzki szpital zespółony, a w nim wojewódzki ośrodek doskonalenia kadr medycznych i komórka ds. OZ. Nawiązywano współpracę

z zarządami wojewódzkimi wymienionych organizacji oraz innymi podmiotami działającymi na poziomie województwa.

Poziom terenowy

W TSSE powoływano sekcje OZ bądź etatowe stanowiska instruktorów OZ zajmowane głównie przez pielęgniarki. Głównym partnerem był zespół opieki zdrowotnej, a w nim dział metodyczny-organizacyjny i sekcja lub stanowisko ds. OZ. Osoba pracująca na tym stanowisku organizowała OZ i kierowała nią we wszystkich placówkach danego zespołu. Powinna ona być z wykształcenia lekarzem, stomatologiem, farmaceutą, pedagogiem, psychologiem, pielęgniarką lub absolwentem Studium Nauczycielskiego o kierunku OZ [28]. Nie zawsze jednak tak to było.

Nawiązywano współpracę z organizacjami społeczno-politycznymi na poziomie zarządów miejsko-gminnych i terenowych oraz innymi podmiotami na danym obszarze. Współpraca ze szkołami realizowana była poprzez medycynę szkolną.

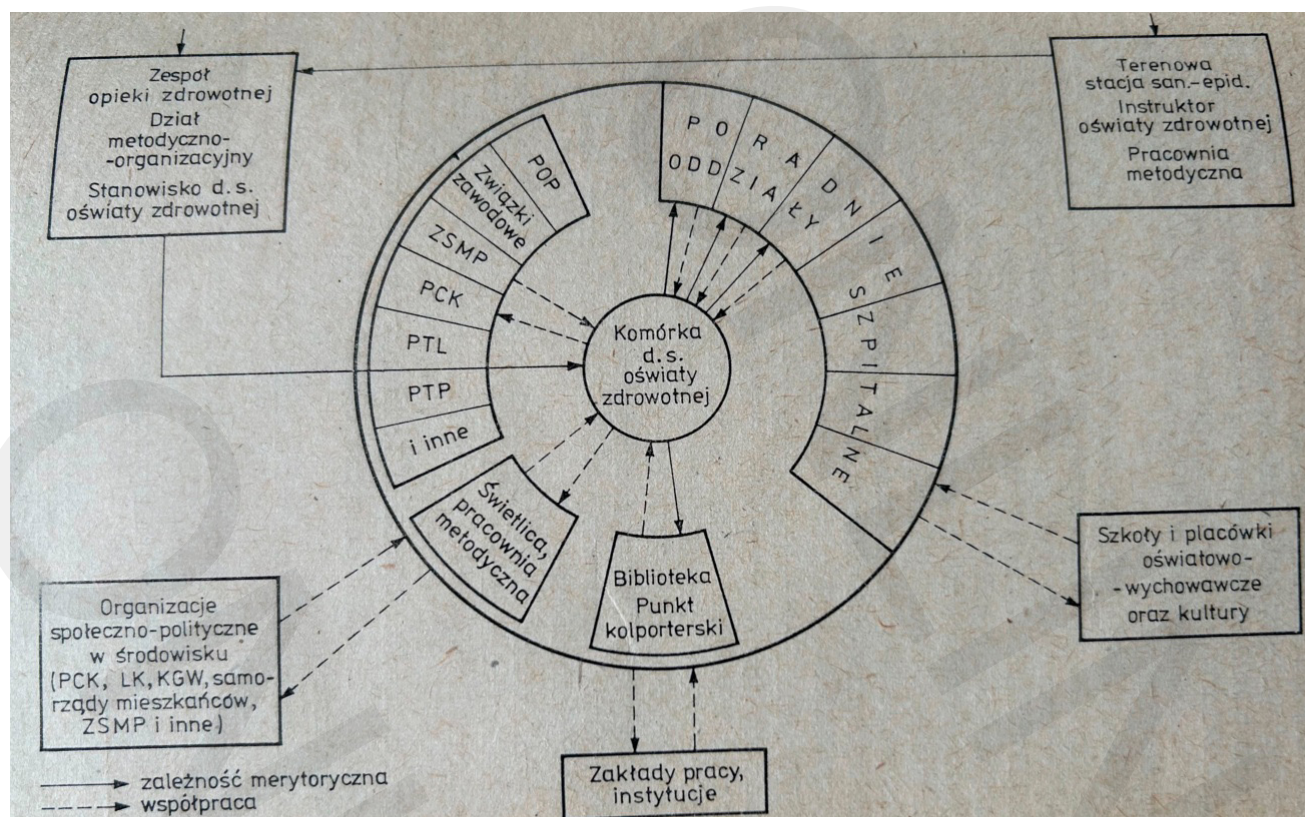
W poszczególnych placówkach służby zdrowia powoływano komórkę ds. OZ (ryc. 2), której rolą było rozpoznanie potrzeb w zakresie OZ, a także planowanie, szerzenie i wspieranie prowadzenia OZ w szkołach, placówkach oświaty i wychowania, domach kultury, zakładach pracy i organizacjach społecznych. Komórka ds. OZ w dużych placówkach (przychodnia, szpital, sanatorium) powinna posiadać 3–5 pracowników, w mniejszych (gminny ośrodek zdrowia, apteka) 2–3 pracowników. W placówkach małych (wiejski ośrodek zdrowia) typowano organizatora OZ, którym powinien być pracownik z wyższym wykształceniem [39].

Od lat 50. w każdej placówce służby zdrowia znajdował się wydany przez instruktora ze stacji zeszyt pracy oświaty sanitarnej, który stanowił podstawę do sprawozdawczości. Zasada ta była przestrzegana po ogłoszeniu ustawy o PIS. Zeszyty pracy były podstawą do sporządzenia co dwa lata opisanego sprawozdania z działalności o-z na druku Mz-69, do którego dodawano informacje od instruktorów OZ z TSSE i WSSE [40]. Na mocy ustawy z 1995 roku o statystyce publicznej wprowadzono obowiązek sporządzania sprawozdania z działalności o-z na druku Mz-49, który miał charakter ilościowy [41].

Metodyka OZ

Uznawano, że OZ główne treści czerpie z medycyny społecznej i pedagogiki społecznej oraz psychologii społecznej i socjologii. Podkreślano interdyscyplinarny charakter OZ, w tym korzystanie z dorobku nauk technicznych, prakseologii, demografii, etnografii, statystyki i innych (np. ekologii). Uważano, że interdyscyplinarność utrudnia rozwój podstaw teoretycznych, a działalność praktyczna wyprzedza teorię [26].

Propagowano metodykę popularyzowania wiedzy i działalności wychowawczej w kulturze zdrowotnej. Wyróżniano metodykę ogólną, dotyczącą procesu wychowawczego, oraz szczegółową, dotyczącą postępowania w aspekcie danych problemów zdrowotnych (np. zdrowie rodziny, stomatologia) lub środowisk (np. pracujący w rolnictwie). Zważano na interakcje między wychowawcą a wychowanikiem, co nazywano sytuacją wychowawczą. W latach 1955–1988 z inspiracji PZH wydano 52 tomy Biblioteczki Organizatora Oświaty Sanitarnej i Biblioteki Metodycznej Oświaty Zdrowotnej.



Rycina 2. Organizacja oświaty zdrowotnej w placówce służby zdrowia.
Źródło: Kloczyńska, 1980 [28]

W metodyce ogólnej sformułowano 10 zasad [42]:

- aktywności poprzez nauczanie problemowo-zadaniowe, dyskusję, konkursy,
- motywowania poprzez wskazanie korzystnego celu,
- oddziaływania zespołowego poprzez preferowanie pracy z grupą,
- wyboru treści pod kątem praktycznym,
- systematyczności i systemowości, powtórzeń sytuacji wychowawczych, logicznego układu treści i spójności,
- stopniowania trudności i etapowości, budowania na tym co znane,
- receptywności, czyli pogładowości, stosowania języka jasnego, zrozumiałego i posługiwania się przykładami,
- trwałości i elastyczności poprzez okresową rewizję treści i poglądów,
- intencjonalizowania niezamierzonych wpływów poprzez obserwację sytuacji i jej odpowiednią interpretację,
- poszanowania osobowości, przekonań i zwyczajów odbiorców, życzliwości i nieoceniania.

Za podstawowe metody uznawano dobry przykład (organizowanie wzorcowego środowiska, wzorce osobowe), oddziaływanie na świadomość (informowanie, wyjaśnianie, przekonywanie i wartościowanie), inspirowanie (stawianie wymagań), utrwalanie (werbalne, ćwiczenia) oraz kontrolowanie, ocenianie i egzekwowanie postępu.

Wyróżniano 7 grup form oddziaływania: kształcenie systematyczne, żywe słowo, słowo drukowane, formy wizualne i audiowizualne, artystyczno-rozrywkowe, współzawodnictwo oraz bezpośredni kontakt z rzeczywistością [43]. Środki dydaktyczne dzielono na drukowane, wizualne, audytywne i audiowizualne [44]. W grupie środków drukowanych

preferowano poręczne formaty. Aby oddziaływanie było jak najbardziej skuteczne, zalecano stosować różnorodne jego formy i środki.

Stosowano podział na profilaktykę I fazy (zapobieganie nieswoiste i swoiste), II oraz III fazy wg podejścia Bogdana Kleczkowskiego [45]. Głoszone treści odnosiły się głównie do profilaktyki I fazy (np. aktywność fizyczna, niepalenie, zapobieganie urazom, ochrona przed hałasem, odległość studni od szamba). Nie brakowało treści dotyczących fazy II i III (np. samobadanie piersi, diety w różnych chorobach, ćwiczenia usprawniające, dezynfekcja studni kopanych). Podkreślano, że ważne jest, aby treści były wolne od elementów „łękotwórczych” (cytat) oraz negatywnych emocji [42, 45].

Dbano o rozwój kompetencji pracowników OZ, wzmocnienie ich roli wychowawczej, dydaktycznej, organizacyjnej i inspiracyjnej. Średni personel medyczny mógł uczyć się OZ w zaocznym 3-letnim Studium Nauczycielskim Szkół Medycznych. Lekarze mieli możliwość zdobywania specjalizacji II stopnia w zakresie OZ. Postulowano utworzenie pełnowymiarowych studiów wyższych w zakresie OZ w akademiach medycznych i na uniwersytetach. Ubiegano się o wprowadzenie zagadnień OZ na wszystkich wyższych uczelniach, zwłaszcza typu humanistycznego, technicznego i rolniczego, oraz powołanie instytutu OZ z prawem kształcenia podyplomowego [46]. Ówczesznie w krajach bloku wschodniego, z wyjątkiem Polski i Rumunii, istniały wieloosobowe instytuty naukowo-badawcze zajmujące się OZ i podległe ministerstwu zdrowia [47]. Pod koniec lat 80. dwie osoby pracujące w oddziałach OZ w WSSE w Łodzi i Rzeszowie uzyskały stopnie doktorskie z nauk pedagogicznych pod opieką promotora prof. Jerzego Bończaka.

W pierwszej połowie lat 90. doszło do załamania produkcji materiałów dydaktycznych. Osobiście od jednego z decydentów usłyszałam, że „wystarczają kolorowe pisemka dla pań”. Chwilową pomocą było wsparcie biznesu i środków zagranicznych. W PZH opracowano kilka krajowych programów edukacyjnych, które były wyposażone w poradniki dla realizatorów, materiały dla adresatów, narzędzia do ewaluacji procesu i wyników programu. Przykładem są programy: „Czas przemian” opracowany z Procter & Gamble, „Bezpieczny dom” opracowany przy wsparciu IKEA i Banku Światowego oraz „Lubię zimno” przy wsparciu firm Danone i Bakoma i przy współpracy Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej. Wypracowany wtedy mechanizm prowadzenia OZ jest nadal wykorzystywany przez GIS.

PODSUMOWANIE

W latach 80. OZ była zakorzeniona w pedagogice zdrowia, aspirowała do pełnienia roli kulturotwórczej i opierała się na oryginalnej, rozwijanej metodyce. Jej zasady (np. aktywność, praktyczność) znalazły odzwierciedlenie w międzynarodowej praktyce EZ dopiero po 2011 roku [48]. A zalecenie, aby unikać komunikatów „łękotwórczych”, jest dzisiaj zawarte w kodeksie etycznym zdrowia publicznego opracowanym przez American Public Health Association [49].

Podstawą było podejście systemowe: OZ była częścią ogólnej polityki zdrowotnej, była zaplanowana, zorganizowana, wielopoziomowa, międzysektorowa, skoordynowana i poddawana superwizji. Była populacyjna i trafiała do wielu grup. Była intensywnie prowadzona na poziomie lokalnym przy wsparciu ze szczebla centralnego. Realizatorami były osoby o przygotowaniu kierunkowym, z dużym udziałem fachowych pracowników ochrony zdrowia. Zmiany legislacyjne nie zaburzały tego porządku. Wiele realizatorów to entuzjaści OZ. Oczywiście były też działania pozorowane, niedostatki i błędy w realizacji. W latach 90. doszło do rozmontowania tego systemu. Można gorzko ironizować, że OZ przepadła w wirze zmian politycznych (osiem kolejnych rządów w dekadzie lat 90.) oraz ustrojowych.

Co poszło nie tak? Stopniowo ograniczano zadania rządu centralnego w dostawie wielu usług, w tym tych dotyczących edukacji i zdrowia. Dla przykładu: z programów szkolnych zniknęła higiena człowieka, która w latach 80. była nauczana w 7. klasie szkoły podstawowej. Idąc dalej – w sferze zdrowia wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, ustanowiono płatników, utworzono trzystopniową administrację samorządową, a samorządy przejęły na własność wiele publicznych szpitali i przychodni. W lecznictwie znacząco rozwinął się sektor prywatny. Dochodziło do licznych zmian regulacji prawnych, ale nie zadbane o spójność prawa pod kątem zadań edukacyjnych organów administracji rządowej i samorządowej, placówek leczniczych, a także zawodów. Zmieniała się struktura MZ, PZH i PIS oraz ich priorytety i zadania. Rozwiązano stare, sprawdzone partnerskie organizacje społeczno-polityczne. Na ich miejscu wyrastały nowe organizacje pozarządowe (NGO), których liderzy dążyli do samodzielności i niezależności. Porzucono starą nazwę, zastępując ją edukacją zdrowotną, a nawet (błędnie!) promocją zdrowia. Wykreowano tym samym promocję zdrowia kosztem OZ, ale i ona została zmarginalizowana wraz z propagowaniem zdrowia publicznego w wyniku prac nad

akcesją Polski do UE. Takie procesy prawno-strukturalne doprowadziły do atomizacji działań.

Trzeba dodać, że załamanie systemu OZ jest też pochodną procesów społecznych, które towarzyszyły transformacji ustrojowej. W tym postępującej indywidualizacji i przewadze postawy „mieć” nad „być”. W miejsce OZ starego nurtu, głęboko humanistycznej, edukacja coraz bardziej opiera się na komunikacji i marketingu społecznym. Tak więc upadek OZ jest skutkiem wielu powiązanych czynników.

Dzisiaj trudno byłoby przywrócić stary system OZ. Niemniej jednak doświadczenie uczy, że zmierzając do sformułowania polityki populacyjnej EZ, trzeba znaleźć odpowiedzi na kilka kluczowych pytań: komu, co, kto, kiedy i gdzie, jak? A w szczególności:

- kto powinien być adresatem EZ w obrębie populacji, które grupy są priorytetowe, jakie mają problemy i potrzeby?
- kto, kiedy i gdzie, jaką metodą powinien prowadzić EZ dla tych grup?
- jak go przygotować do tej pracy, jakie powinien mieć kompetencje i zakres odpowiedzialności, jak ocenić jego przygotowanie, jakie powinien dostać wsparcie w pracy i od kogo?
- jak oceniać wyniki jego pracy, także w wymiarze populacyjnym?
- jak zorganizować, koordynować, zapewnić współpracę międzysektorową, nadzorować i finansować elementy takiej polityki?

Polityki zdrowotne nie pojawiają się szybko. Punktem wyjścia do ich tworzenia zawsze są propozycje rozwiązań, czym w przedmiotowym przypadku byłyby odpowiedzi na powyższe pytania. Potem przychodzi czas na konsultacje, dyskusje, analizy przez pryzmat istniejących informacji, dowodów i kontekstu. Aktualnie widoczne są symptomy szerszego zainteresowania OZ i byłoby błędem, gdyby z tych sprzyjających warunków nie skorzystać. Dlatego warto znaleźć odpowiedzi na powyższe pytania.

PIŚMIENICTWO

1. Sørensen K, Levin-Zamir D, Duong TV, et al. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promot Int*. 2021; 36 (Supplement_1):i13-i23. doi:10.1093/heapro/daab153
2. Santana S, Brach C, Harris L, et al. Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. *J Public Health Manag Pract*. 2021;27(Suppl 6):S258-S264. doi:10.1097/PHH.0000000000001324
3. Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. Biała księga: Rekomendacje ekspertów w obszarze ochrony zdrowia. Warszawa 2025. https://irss.org.pl/wp-content/uploads/Biala_Ksiega_IRSS_2025.pdf (access: 2025.06.08).
4. Senat Rzeczypospolitej Polskiej. Druk nr 118. Warszawa, 13 czerwca 2024 r. https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k11/dokumenty/druki/100/118.pdf (access: 2025.06.08).
5. Senat Rzeczypospolitej Polskiej. Uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 października 2024 r. o ustanowieniu roku 2025 Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki. <https://www.senat.gov.pl/rok-edukacji-zdrowotnej-i-profilaktyki/uchwala-senatu-rp/> (access: 2025.06.08).
6. Puchalski K. Standardy edukacji zdrowotnej w Polsce. <https://profibaza.pzh.gov.pl/sites/default/files/pliki/Archiwum/E-Learning/Konferencja%202024/Standardy%20edukacji%20zdrowotnej%20w%20Polsce.pdf> (access: 2025.06.08).
7. Centrum Badań Opinii Społecznej. Materialne warunki życia społeczeństwa. Analiza porównawcza na podstawie wyników badań ankietowych. Komunikat z badań BD/411/26/85.

8. Centrum Badania Opinii Społecznej. Rodzaje zagrożeń i zjawisk niepożądanych oraz ich ocena w opinii społecznej. Komunikat z badań BS/19/83.
9. Centrum Badania Opinii Społecznej. Obawy i niepokoje Polaków. Komunikat z badań BS/23/97. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/1997/K_023_97.PDF (access: 2025.06.08).
10. Główny Urząd Statystyczny. Ludność, ruch naturalny i migracje w latach 1946–2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html> (access: 2025.06.08).
11. Państwowy Zakład Higieny. Sytuacja zdrowotna ludności Polski w 1992 roku. Warszawa, listopad 1993.
12. Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia – tablice historyczne. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice-historyczne,1,2.html> (access: 2025.06.08).
13. Narodowy Program Zdrowia. Założenia polityki zdrowotnej państwa. Warszawa, listopad 1990.
14. Przybylska A. Zatrucia jadem kielbasianym w 1993 roku. *Przegl. Epid.* 1995;49(1–2):139–145. <https://www.przegl Epidemiol.pzh.go.v.pl/pdf-178552-99171?filename=Zatrucia%20jadem.pdf> (access: 2025.06.08).
15. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. DzU 1948 nr 55 poz. 434.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej. DzU 1975 nr 25 poz. 134.
17. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. DzU 1991 nr 91 poz. 408.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. w sprawie zakresu, organizacji i form opieki zdrowotnej nad uczniami. DzU 1992 nr 87 poz. 441.
19. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. DzU 1997 nr 28 poz. 153.
20. Uchwala Sejmu Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 29 września 1983 r. w sprawie ochrony zdrowia i opieki społecznej. MP 1983 nr 32, poz. 175.
21. Centrum Badania Opinii Społecznej. Opinie społeczne o funkcjonowaniu służby zdrowia. Komunikat z BD/33/1/85.
22. Centrum Badania Opinii Społecznej. Opinie o opiece zdrowotnej po wprowadzeniu reformy. Komunikat z badań BS/116/99. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/1999/K_116_99.PDF (access: 2025.06.08).
23. Tyszko P, Wierzbę WM, Kanecki K, et al. Transformation of the ownership structure in Polish Healthcare and its effects. *CEJMed* 2007;2(4):528–538. doi:10.2478/s11536-007-0045-z (access: 2025.07.24).
24. Centrum Badania Opinii Społecznej. Awaria elektrowni atomowej w Czernobylu i jej skutki w opinii społecznej. Komunikat z badań BS/159/5/86.
25. Wentlandtowa H. Oświata zdrowotna – jej miejsce w nauce i praktyce. Cele i zadania. Wprowadzenie. In: Wentlandtowa H, editor. Organizacja Oświaty Zdrowotnej. Biblioteka Metodyczna Oświaty Zdrowotnej Nr 38. Warszawa: PZWL; 1973. p. 6–7.
26. Wentlandtowa H. Istota oświaty zdrowotnej i jej podstawy teoretyczne. In: Wentlandtowa H, editor. Oświata zdrowotna. Biblioteka medycyny społecznej. Warszawa: PZWL; 1980. p. 7–13.
27. Instrukcja Nr 14/67 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967r. w sprawie oświaty zdrowotnej. Dziennik Urzędowy MZiOŚ 1967 Nr 16, poz. 64.
28. Kłoczyńska L. Oświata zdrowotna w Polsce – organizacja i zadania. In: Wentlandtowa H, editor. Oświata zdrowotna. Warszawa: PZWL; 1980. p. 52–75.
29. Letki J. Służba sanitarno-epidemiologiczna. In: Saldak B, editor. Podstawowe zagadnienia organizacji ochrony zdrowia i opieki społecznej. Warszawa: PZWL; 1963. p. 304–308.
30. Stępniewski T. Organizacja oświaty zdrowotnej w Polsce. Biblioteka Metodyczna Oświaty Zdrowotnej nr 38. Warszawa: PZWL; 1973. p. 35–39.
31. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dnia 15 września 1995 r. w sprawie powołania Rady Programowej Filmów Oświaty Zdrowotnej. DzUrmZiOŚ 1995.5.14
32. Technical Report Series no 89. Expert Committee on Health Education of the Public. Geneva: WHO; 1954. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/40254/WHO_TRS_89.pdf?sequence=1&isAllowed=y (access: 2025.06.08).
33. Gaweł A. Hanna Wentlandtowa (1906–1994) – Woman-Soldier, Promoter of Education, Precursor of Health Education and Health Promotion. *Polska Myśl Pedagogiczna* 2023;9(2):165–182. <https://doi.org/10.4467/24504564PMP.23.023.18252>
34. Stępniewski Tadeusz. Yad Vashem. <https://collections.yadvashem.org/en/righteous/6884261> (access: 2025.06.08).
35. Żmijewski J. Planowanie i sprawozdawczości w oświacie zdrowotnej. Biblioteka Metodyczna Oświaty Zdrowotnej nr 38. Warszawa: PZWL; 1973. p. 50–58.
36. Wentlandtowa H. Oświata zdrowotna – jej miejsce w nauce i praktyce, cele i zadania. Organizacja oświaty zdrowotnej. Biblioteka Metodyczna Oświaty Zdrowotnej nr 38. Warszawa: PZWL; 1973. p. 5–9.
37. Włodarczyk WC. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1998. p. 14–141.
38. Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na interpelację nr 5221 w sprawie aktualnego stanu realizacji rządowego dokumentu Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005. <https://orka2.sejm.gov.pl/IZ4.nsf/main/6BEF5C03>. (access: 2025.06.08).
39. Maleszewska T. Oświata zdrowotna na szczeblu powiatu i placówki służby zdrowia. Biblioteka Metodyczna Oświaty Zdrowotnej nr 38. Warszawa: PZWL; 1973. p. 40–48.
40. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 lipca 1986 r. w sprawie obowiązków sprawozdawczych Państwowej Inspekcji Sanitarnej. DzU MZiOŚ. 1986.10.39.
41. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 2004 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2004. DzU 2004 nr 217, poz. 2208.
42. Maleszewska T. Metodologia ogólna oświaty zdrowotnej. In: Wentlandtowa H, editor. Oświata zdrowotna. Biblioteka medycyny społecznej. Warszawa: PZWL; 1980. p. 84–101.
43. Liedtke Z. Formy oddziaływania w oświacie zdrowotnej. In: Wentlandtowa H, editor. Oświata zdrowotna. Biblioteka medycyny społecznej. Warszawa: PZWL; 1980. p. 101–108.
44. Martynińska M. Środki dydaktyczne – pomoce w oświacie zdrowotnej. In: Wentlandtowa H, editor. Oświata zdrowotna. Biblioteka medycyny społecznej. Warszawa: PZWL; 1980. p. 108–116.
45. Jokiel M. Nauki medyczne i ich rola w oświacie zdrowotnej. In: Wentlandtowa H, editor. Oświata zdrowotna. Biblioteka medycyny społecznej. Warszawa: PZWL; 1980. p. 76–79.
46. Wentlandtowa H. Systemy kształcenia i doskonalenia pracowników oświaty zdrowotnej. In: Wentlandtowa H, editor. Oświata zdrowotna. Biblioteka medycyny społecznej. Warszawa: PZWL; 1980. p. 30–39.
47. Liedtke Z. Oświata zdrowotna na świecie. In: Wentlandtowa H, editor. Oświata zdrowotna. Biblioteka medycyny społecznej. Warszawa: PZWL; 1980. p. 40–52.
48. Prokop-Dorner A, Piłat-Kobla A, Ślusarczyk M, et al. Teaching methods for critical thinking in health education of children up to high school: A scoping review. *PLoS One*. 2024;9(7):e0307094. doi:10.1371/journal.pone.0307094
49. American Public Health Association. Public health code of ethics. Washington, DC; 2019.
50. https://www.apha.org/getcontentasset/43d5fdee-4ccd-427d-90db-b1d585c880b0/7ca0dc9d-611d-46e2-9fd3-26a4c03ddcbb/code_of_ethics.pdf?language=en. (access: 2025.07.24).