

Raport  
z badania

# Wdrażanie działań prozdrowotnych w placówkach należących do Krajowej Sieci Szkół Promujących Zdrowie

Wykonawcy  
badania



Skład zespołu  
badawczego

dr Karina Leksy – kierownik projektu  
dr Grzegorz Gawron  
mgr Valentina Todorovska-Sokołowska  
mgr Tomasz Wojtasik

konsultacja naukowa: prof. dr hab. Ewa Syrek

Termin realizacji

marzec – czerwiec 2023 r.

Katowice, 01.02.2024

## Spis treści

	strona
<b>I. TŁO PROJEKTU I METODOLOGIA BADANIA</b>	<b>3</b>
<b>II. ANALIZA MATERIAŁU BADAWCZEGO</b>	<b>5</b>
2.1. Charakterystyka placówek reprezentowanych w badaniu i respondentów	
2.2. Ocena stopnia oraz warunków realizacji działań z różnych obszarów tematycznych związanych ze zdrowiem w szkołach promujących zdrowie	
2.3. Identyfikacja grup biorących udział w planowaniu, realizacji i ewaluacji całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia	
2.4. Realizacja, koordynacja i zasoby umożliwiające wdrażanie całościowego podejścia do promocji zdrowia w szkole	
<b>III. WNIOSKI I REKOMENDACJE</b>	<b>24</b>

## I. TŁO PROJEKTU I METODOLOGIA BADANIA

Skuteczna realizacja zasad promocji zdrowia w szkołach jest niezbędna we wspieraniu zdrowia i prozdrowotnych zachowań uczniów oraz wszystkich członków szkolnej społeczności. Wiele krajów wdrożyło wytyczne Szkół Promujących Zdrowie (SzPZ) koncentrujące się na zdrowej polityce szkolnej, edukacji zdrowotnej, tworzeniu zdrowego środowiska fizycznego i społecznego szkoły oraz zaangażowaniu społeczności lokalnej i służby zdrowia. Istotą SzPZ jest całościowe podejście szkoły do promocji zdrowia uwzględniające dbałość o wszystkie wymiary zdrowia: fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny. Każda szkoła należąca do sieci SzPZ regularnie przeprowadza diagnozę potrzeb zdrowotnych oraz samopoczucia wszystkich członków społeczności szkolnej formułując na tej podstawie priorytetowe problemy oraz planując dalsze działania w zakresie promocji zdrowia. Dostępne wyniki badań wskazują na pozytywne efekty wdrażania polityki zdrowotnej w szkołach zgodnie z rekomendacjami SzPZ, chociaż ma miejsce także duże zróżnicowanie realizowanych działań oraz zakresu zaangażowania poszczególnych grup tworzących społeczności szkolne. Jednocześnie, w Polsce niewiele jest badań dotyczących praktycznej implementacji idei SzPZ, stąd zasadna była realizacja badań poświęconych analizie stopnia i zakresu implementacji programów zdrowotnych w polskich placówkach oświatowych należących do sieci SzPZ.

Projekt **„Wdrażanie działań prozdrowotnych w placówkach należących do krajowej sieci Szkół Promujących Zdrowie”** zrealizowany został przez interdyscyplinarny zespół badaczy reprezentujących **Uniwersytet Śląski w Katowicach; Ośrodek Rozwoju Edukacji w Warszawie oraz Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny „Metis” w Katowicach.**

Przedsięwzięcie miało charakter ogólnopolski. Zrealizowane zostało wśród szkolnych koordynatorów SzPZ w polskich szkołach podstawowych i ponadpodstawowych należących do krajowej sieci SzPZ. Głównym celem badania było poznanie opinii respondentów na temat zakresu i sposobów wdrażania zasad SzPZ w reprezentowanych placówkach oraz wskazanie czynników warunkujących skuteczność promocji zdrowia w szkołach.

Badanie było realizowane za pośrednictwem ankiety internetowej dystrybuowanej wśród respondentów w okresie od marca do czerwca 2023 roku, z wykorzystaniem uniwersyteckiej platformy LimeSurvey. Merytoryczną podstawę zastosowanego narzędzia badawczego stanowił standaryzowany kwestionariusz ankiety autorstwa zespołu w składzie: G. Vennegoor, P. Van Assema, I. Eekhout, J. Lezwijn, G. Molleman, M. Jansen, realizującego tożsame przedsięwzięcie w Holandii<sup>1</sup>. Wspomniane narzędzie poddano adaptacji służącej jego dostosowaniu do polskich warunków wdrażania idei SzPZ<sup>2</sup>.

Realizację polskiego badania poprzedzała weryfikacja i zatwierdzenie jego założeń metodologicznych oraz opracowanego narzędzia przez Komisję ds. Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach (KEUS351/02.2023).

Przed przystąpieniem do badania, jego uczestnicy zostali poinformowani o celu i znaczeniu realizacji całego przedsięwzięcia oraz fakcie, że uczestnictwo w nim ma charakter dobrowolny i zanonimizowany. Przystępując do wypełniania ankiety internetowej, respondenci jednocześnie wyrażali swoją zgodę na udział w badaniu.

Ostatecznie w badaniu wzięło udział ogółem 500 szkolnych koordynatorów promocji zdrowia, spośród których 426 osób udzieliło odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety. Z tego powodu informacje o wielkości próby badawczej odnoszące się do poszczególnych pytań są zróżnicowane i zależne od dynamiki udzielonych odpowiedzi.

---

<sup>1</sup> G. Vennegoor, P. Van Assema, I. Eekhout, J. Lezwijn, G. Molleman, M. Jansen: *Measuring implementation of Health Promoting School (HPS) programs: development and psychometric evaluation of the HPS implementation questionnaire*. *J Sch Health*. 2022; DOI: 10.1111/josh.13277.

<sup>2</sup> Polska adaptacja narzędzia: Karina Leksy, Grzegorz Gawron, Valentina Todorovska-Sokołowska, Tomasz Wojtasik.

## II. ANALIZA MATERIAŁU BADAWCZEGO

### 2.1. Charakterystyka placówek reprezentowanych w badaniu i respondentów

Biorąc pod uwagę próbę badawczą, wśród szkół reprezentowanych w przedmiotowym badaniu, 36,4% przynależało do sieci SzPZ w okresie od 1 roku do 5 lat (182 szkoły), a 19,0% szkół w przedziale od 6 do 10 lat (95 szkół). Jednocześnie Krajowy Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie posiadało 22,6% (113 szkół). W prezentowanym badaniu wzięli udział głównie koordynatorzy SzPZ ze szkół podstawowych (70,6%), zlokalizowanych na wsi i w małych miastach (56,8%). Respondentkami były najczęściej kobiety (78,8%) w wieku od 50 do 59 lat (35,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka demo-społeczna respondentów i szkół biorących udział w badaniu (n=500)

Wyszczególnienie	Kategoria	Liczba	Procent
Czas przynależności szkoły do sieci SzPZ	1-5	182	36,4
	6-10	95	19,0
	11-15	84	16,8
	≥16	79	15,8
	Brak odpowiedzi	60	12,0
Krajowy Certyfikat SzPZ	Tak	113	22,6
	Nie	315	63
	Brak odpowiedzi	72	14,4
Czas posiadania Krajowego Certyfikatu SzPZ	1-5	41	8,2
	6-10	36	7,2
	11-15	18	3,6
	≥16	11	2,2
	Brak odpowiedzi	394	78,8
Rodzaj szkoły	Szkoła podstawowa	353	70,6
	Szkoła ponadpodstwową	80	16
	Brak odpowiedzi	67	13,4
Lokalizacja szkoły	Wieś i małe miasto (do 50 tyś mieszkańców)	284	56,8
	Średnie i duże miasto (pow.200 tyś. mieszkańców)	153	30,6

		63	12,6
<b>Płeć respondenta</b>	Mężczyzna	37	7,4
	Kobieta	394	78,8
	Brak odpowiedzi	69	13,8
<b>Przedział wiekowy respondenta</b>	≤29	3	0,6
	30 - 39	65	13
	40 - 49	161	32,2
	50 - 59	178	35,6
	≥60	22	4,4
	Brak odpowiedzi	71	14,2

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

## 2.2. Ocena stopnia oraz warunków realizacji działań z różnych obszarów tematycznych związanych ze zdrowiem w szkołach promujących zdrowie

Pierwszy blok tematyczny w relacjonowanym badaniu dotyczył oceny **stopnia oraz warunków realizacji działań z różnych obszarów tematycznych związanych ze zdrowiem w szkołach promujących zdrowie**. Blok ten składał się z siedmiu pytań szczegółowych. Badani każdorazowo mogli wskazać dowolną liczbę obszarów tematycznych zgodnie z ich obecnością i realizacją w szkolnych programach promocji zdrowia. Obszary tematyczne, które mogli wskazać koordynatorzy to: żywienie; aktywność fizyczna; samopoczucie psychiczne; palenie wyrobów nikotynowych, picie alkoholu i używanie substancji psychoaktywnych; związki uczuciowe i edukacja seksualna; profilaktyka zaburzeń wzroku i słuchu; wpływ otoczenia fizycznego i społecznego na zdrowie uczniów; profilaktyka uzależnień od mediów i urządzeń cyfrowych; alfabetyzm medialny<sup>3</sup>.

Odnosząc się do pierwszego pytania szczegółowego dotyczącego wskazania tych obszarów tematycznych związanych ze zdrowiem uczniów, które w szkołach promujących zdrowie były poddawane cyklicznym (np. rocznym) pomiarom/ocenom (np. poprzez wykonywanie szkolnego bilansu zdrowia ucznia), większość badanych koordynatorów wskazała na następujące obszary: aktywność fizyczna (73,8%), samopoczucie psychiczne (56,0%), żywienie (55,2%) oraz profilaktyka uzależnień od mediów i urządzeń cyfrowych

<sup>3</sup> Pojęcie „alfabetyzm medialny” definiowany jest jako „zdolność lub umiejętności krytycznej analizy pod kątem dokładności, wiarygodności lub tendencyjności treści tworzonych i odbieranych w różnych mediach, w tym w radiu i telewizji, Internecie i mediach społecznościowych”. Źródło: [MEDIA LITERACY Definition & Usage Examples | Dictionary.com](#) [dostęp: 14.10.2023].

(52,4%). W nieco mniejszym stopniu ewaluacji poddawane były kwestie związane z paleniem wyrobów nikotynowych, piciem alkoholu, używaniem substancji psychoaktywnych oraz profilaktyką zaburzeń wzroku i słuchu (odpowiednio: 46,8% i 39,0%). Szkoły promujące zdrowie, których przedstawiciele wzięli udział w badaniu najrzadziej poddawały ocenie działania odnoszące się do takich tematów jak: związki uczuciowe i edukacja seksualna oraz alfabetizm medialny (odpowiednio: 17,4% i 16,6%). Podsumowując, można stwierdzić, że ostatnie z wymienionych obszarów tematycznych były najrzadziej podejmowane i omawiane w szkołach biorących udział w badaniach. Warto także zwrócić uwagę, że 5,6% (28) badanych koordynatorów szkół promujących zdrowie wskazało, że w ich szkołach nie dokonuje się regularnej ewaluacji działań dotyczących wymienionych obszarów tematycznych związanych z promocją zdrowia (Wykres 1).

**Wykres 1: Obszary tematyczne związane ze zdrowiem uczniów, które w szkołach promujących zdrowie były poddawane cyklicznym (np. rocznym) pomiarom/ocenom (n=500) [%]**



**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejne pytanie szczegółowe wiązało się ze wskazaniem tych aspektów zdrowia i profilaktyki, w odniesieniu do których zostało dostosowane fizyczne i/lub społeczne środowisko szkoły, w taki sposób, aby sprzyjało zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów. Z zestawienia odpowiedzi szkolnych koordynatorów SzPZ (Wykres 2) wynika, że

szkoły promujące zdrowie najczęściej dostosowywały środowisko szkolne do zasad odpowiadających całościowemu podejściu do promocji zdrowia w szkole w następujących obszarach: aktywność fizyczna (69,4%), żywienie (68,8%) oraz samopoczucie psychiczne (54,6%). W analizowanej kwestii - podobnie jak powyżej - w mniejszym stopniu szkoły podejmowały działania w zakresie dostosowania fizycznego i społecznego otoczenia do zasad promocji zdrowia w kontekście takich obszarów tematycznych, jak: profilaktyka uzależnień od mediów i urządzeń cyfrowych (35,2%); wpływ otoczenia fizycznego i społecznego na zdrowie uczniów (28,4%); picie alkoholu i używanie substancji psychoaktywnych (23,4%); profilaktyka zaburzeń wzroku i słuchu (17,8%); związki uczuciowe i edukacja seksualna (14,0%) oraz alfabetyzm medialny (14,0%). Jednocześnie, 6% (30) respondentów stwierdziło, że w stosunku do żadnego z wymienionych obszarów związanych ze zdrowiem i profilaktyką w szkole nie dostosowano środowiska szkoły, w taki sposób, aby sprzyjało zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów.

**Wykres 2: Aspekty zdrowia i profilaktyki, w odniesieniu do których zostało dostosowane fizyczne i/lub społeczne środowisko szkoły (n=500) [%].**



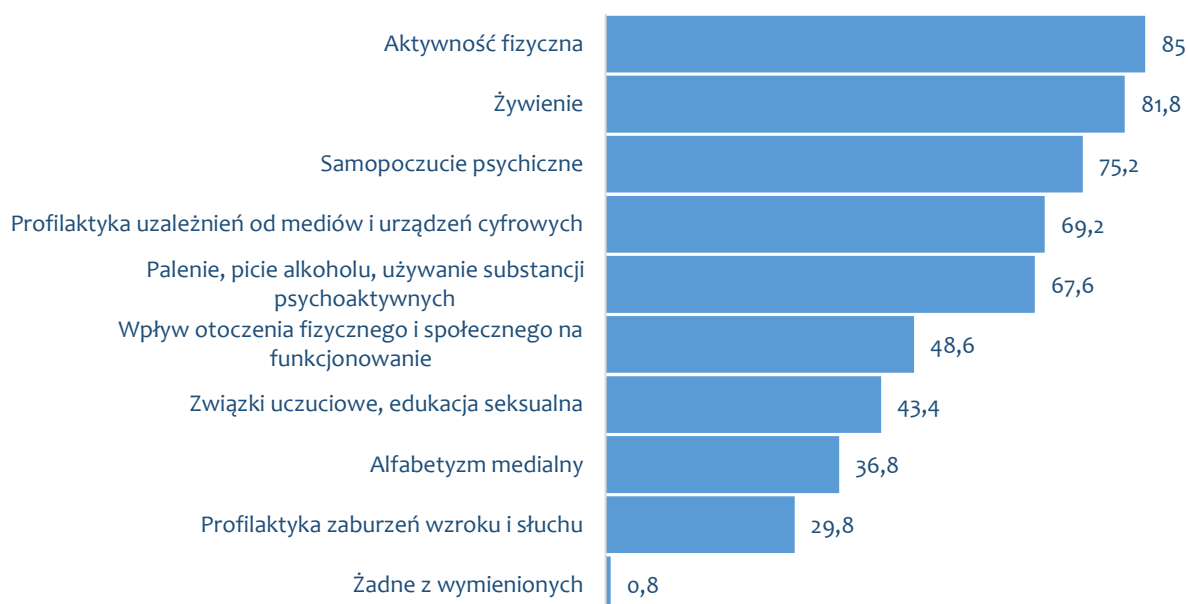
**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

W kontekście analizowanego bloku tematycznego, koordynatorzy SzPZ wskazywali także na to, które z podanych obszarów tematycznych były uwzględniane w ogólnych programach nauczania w reprezentowanych przez badanych szkołach (Wykres 3).



Z uzyskanych danych wynika, że najczęściej uwzględnianymi w programach nauczania kwestiami związanymi ze zdrowiem były kolejno: aktywność fizyczna (85,0%); żywienie (81,8%); samopoczucie psychiczne (75,2%); profilaktyka uzależnień od mediów i urządzeń cyfrowych (69,2%); palenie wyrobów nikotynowych, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych (67,6%). Rzadziej respondenci wskazywali na takie obszary tematyczne, jak: wpływ otoczenia fizycznego i społecznego na zdrowie uczniów (48,6%); związki uczuciowe i edukacja seksualna (43,4%); alfabetyzm medialny (36,8%); profilaktyka zaburzeń wzroku i słuchu (29,8%)

**Wykres 3: Obszary tematyczne uwzględniane w ogólnych programach nauczania w reprezentowanych przez badanych szkołach (n=500) [%]**



**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

W odniesieniu do pytania dotyczącego organizowania przez szkołę dodatkowych zajęć edukacyjnych związanych z wymienionymi obszarami tematycznymi<sup>4</sup>, badani koordynatorzy wskazywali, że szkoły promujące zdrowie najczęściej organizują zajęcia tego typu przede wszystkim w odniesieniu do zagadnień związanych z odżywianiem się (73,2%) oraz aktywnością fizyczną (72,4%). W szkołach promujących zdrowie były także organizowane dodatkowe działania edukacyjne odnoszące się do samopoczucie

<sup>4</sup> Np. tydzień projektowy, wycieczka tematyczna, spotkanie z zaproszonym gościem/specjalistą z danej dziedziny.

psychicznego (60,0%), profilaktyki uzależnień od mediów i urządzeń cyfrowych (59,6%) oraz profilaktyki picia alkoholu, używania substancji psychoaktywnych (57,0%). W mniejszym stopniu dodatkowe zajęcia w szkołach obejmują takie kwestie, jak: wpływ otoczenia fizycznego i społecznego na zdrowie uczniów (29,4%); alfabetyzm medialny (23,8%); związki uczuciowe i edukacja seksualna (16,8%); profilaktyka zaburzeń wzroku i słuchu (16,0%) (Wykres 4).

**Wykres 4: Organizowanie przez szkołę dodatkowych zajęć edukacyjnych związanych z badanymi obszarami tematycznymi (n=500) [%]**



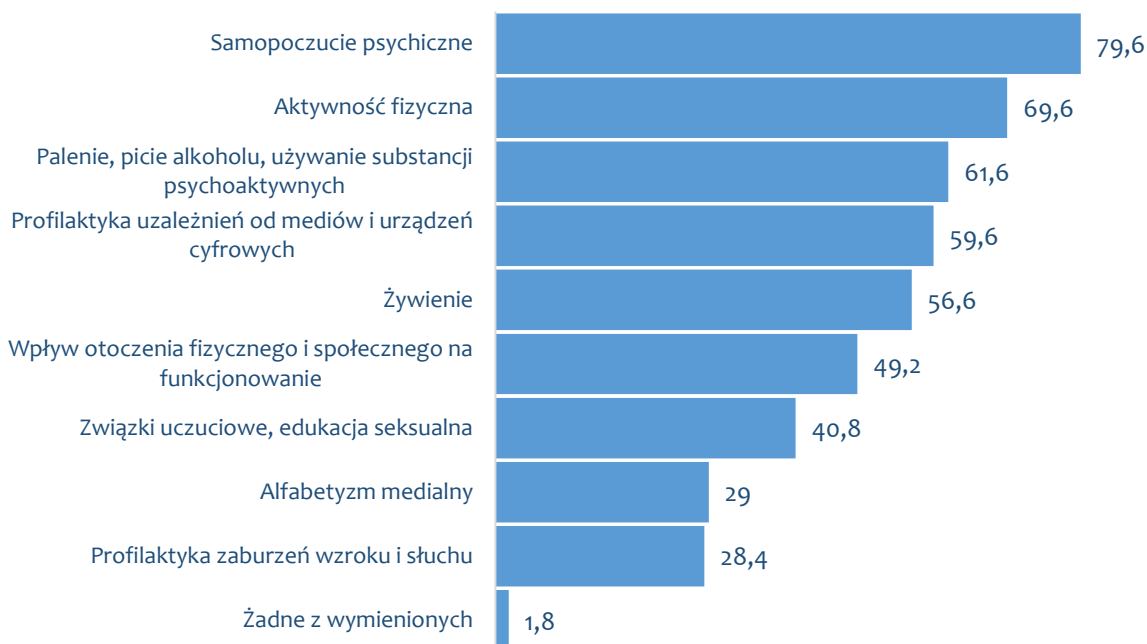
**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Istotną kwestią było pytanie o kompetencje pracowników szkoły w zakresie wczesnego rozpoznania problemów zdrowotnych wśród uczniów i podejmowania interwencji<sup>5</sup> w kontekście wymienionych w badaniu obszarach tematycznych (Wykres 5). Uzyskane dane wskazują, że pracownicy szkół promujących zdrowie posiadali głównie kompetencje niezbędne do wczesnego wykrywania i interwencji w obszarach dotyczących samopoczucia psychicznego (79,6%), aktywności fizycznej (69,6%) oraz palenia wyrobów nikotynowych, picia alkoholu, używania substancji psychoaktywnych (61,6%). W nieco mniejszym stopniu respondenci wskazywali na: profilaktykę uzależnień od mediów i urządzeń cyfrowych (59,6%), żywnienie (56,6%), wpływ otoczenia fizycznego i społecznego

<sup>5</sup> Np. rozmowy z rodzicami; konsultacje ze specjalistami (pedagogiem, psychologiem).

na zdrowie uczniów (49,2%) oraz związku uczuciowe i edukacja seksualna (40,8%). W opinii badanych koordynatorów pracownicy szkoły najrzadziej posiadali kompetencje odnoszące się do wczesnego identyfikowania problemów i interwencji w zakresie alfabetyzmu medialnego (29,0%) oraz profilaktyki zaburzeń wzroku i słuchu (28,4%).

**Wykres 5: Obszary tematyczne, w których pracownicy szkoły posiadają kompetencje do wczesnego identyfikowania problemów wśród uczniów oraz podejmowania interwencji (n=500) [%]**

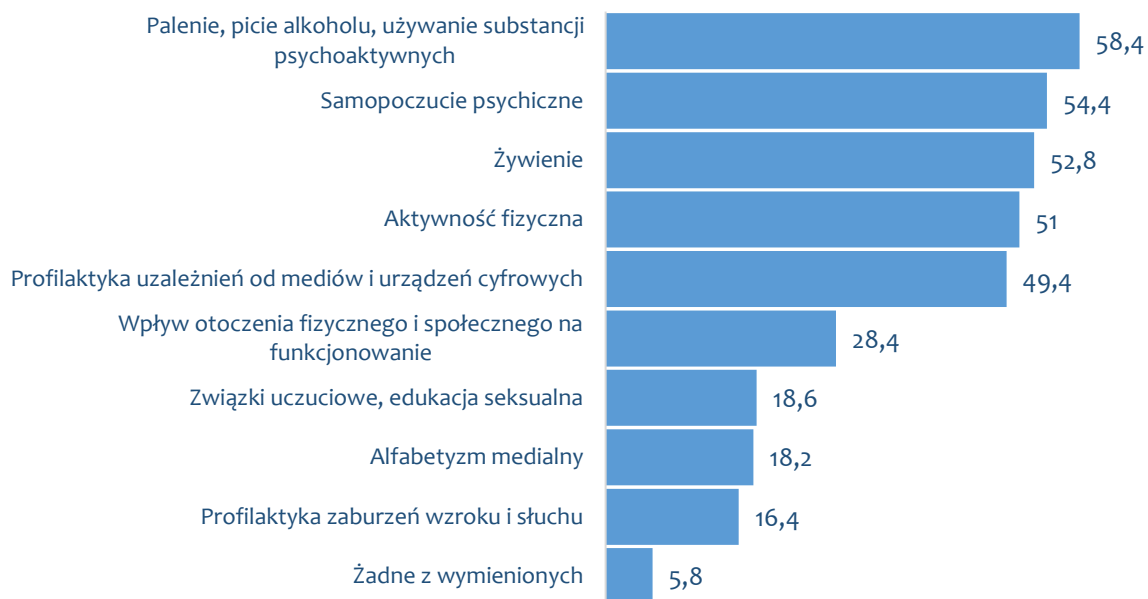


**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejne pytanie w obrębie pierwszego bloku tematycznego dotyczyło obecności zasad postępowania dla personelu szkoły, uczniów i/lub rodziców/opiekunów w zakresie analizowanych obszarów problemowych. Uzyskane w tym kontekście wyniki pokazują, że w porównaniu z innymi analizowanymi w pierwszym bloku tematycznym kwestiami, jest to obszar najbardziej zaniedbany i wymagający dodatkowych działań w szkołach (Wykres 6). Zgodnie z odpowiedziami szkolnych koordynatorów SzPZ najczęściej zasady takie opracowywane były w odniesieniu do problematyki palenia wyrobów nikotynowych, picia alkoholu, używania substancji psychoaktywnych (58,4%), samopoczucia psychicznego (54,4%), żywienia (52,8%), aktywności fizycznej (51,0%) i profilaktyki uzależnień od mediów oraz urządzeń cyfrowych (49,4%). W znacznie mniejszym zakresie zasady postępowania dla personelu szkoły, uczniów i/lub rodziców/opiekunów opracowywano w szkołach dla takich zagadnień, jak: wpływ otoczenia fizycznego i społecznego na zdrowie uczniów (28,4%);

związki uczuciowe i edukacja seksualna (18,6%); alfabetyzm medialny (18,2%); profilaktyka zaburzeń wzroku i słuchu (16,4%). Warto podkreślić, że w przypadku 5,8% (29) badanych szkół nie określono żadnych zasad postępowania w odniesieniu do obszarów zdrowotnych objętych tym badaniem (Wykres 6).

**Wykres 6: Obszary tematyczne, dla których określono zasady postępowania dla personelu szkoły, uczniów i/lub rodziców/opiekunów (n=500) [%]**



**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Zgodnie z standardem I programu SzPZ (wskaźnik 1a) w koncepcji pracy szkoły (lub w innym dokumencie szkoły) powinien widnieć zapis, że szkoła realizuje program SzPZ, zgodnie z przyjętą w Polsce koncepcją SzPZ. Program ten stanowi fundament modelu SzPZ, a zapisana w nim koncepcja promocji zdrowia dotyczy zarówno uczniów, jak i pracowników szkoły. Jest to ponadto jeden z warunków budowania szkoły promującej zdrowie. W związku z powyższym, szkolni koordynatorzy SzPZ zostali zapytani o zagadnienia zdrowotne, które stanowią stałą część polityki szkoły i zostały zapisane np. w statucie szkoły lub programie wychowawczo-profilaktycznym i innych dokumentach szkoły. Zgodnie z uzyskanymi danymi, częścią polityki zdrowotnej SzPZ były najczęściej zagadnienia dotyczące aktywności fizycznej (77,2%), żywienia (74,6%), samopoczucia psychicznego (74,4%), palenia wyrobów nikotynowych, picia alkoholu, używania substancji psychoaktywnych (72,2%) oraz profilaktyki uzależnień od mediów i urządzeń cyfrowych

(68,6%). Pozostałe zagadnienia odnoszące się do profilaktyki i promocji zdrowia stanowiły przedmiot polityki zdrowotnej szkoły w nieco mniejszym zakresie. Dotyczyło to kwestii związanych z wpływem otoczenia fizycznego i społecznego na zdrowie uczniów (48,4%), alfabetyzmu medialnego (29,4%), związków uczuciowych i edukacji seksualnej (28,0%) oraz profilaktyki zaburzeń wzroku i słuchu (22,2%). Biorąc pod uwagę wspomniane powyżej standardy programu SzPZ, zaskakiwać może fakt, że w przypadku 4 badanych szkół, obszary zdrowotne wymienione w niniejszym badaniu nie znalazły stałego miejsca w polityce szkoły w postaci zapisów w podstawowych dokumentach organizacji i pracy szkoły (Wykres 7).

**Wykres 7: Obszary tematyczne stanowiące stałą część polityki szkolnej (zapisane np. w statucie szkoły, programie profilaktyczno-wychowawczym) (n=500) [%]**



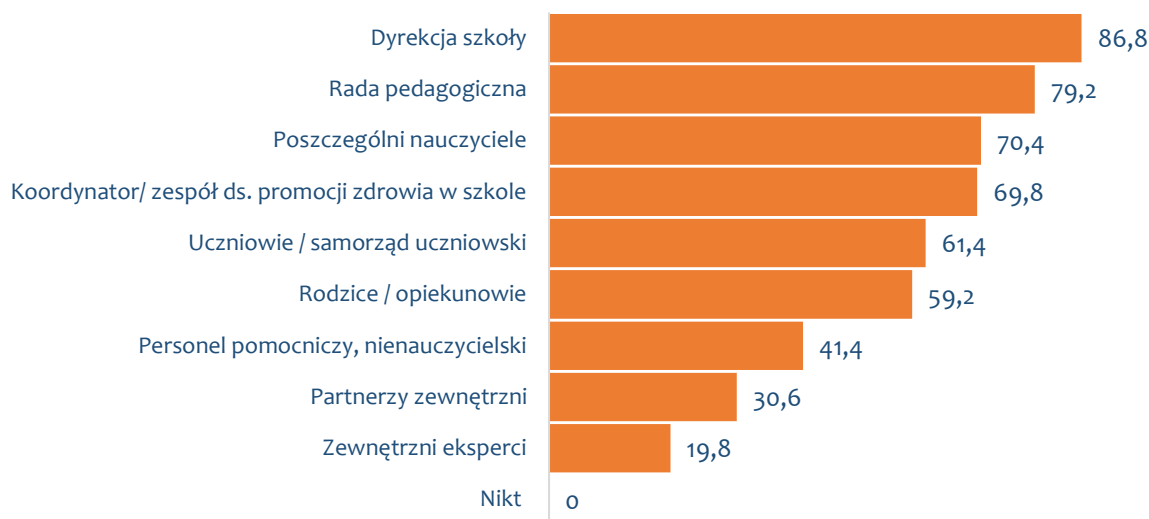
**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

### 2.3. Identyfikacja grup biorących udział w planowaniu, realizacji i ewaluacji całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia

Kolejny obszar problemowy prezentowanych wyników badań był związany z **identyfikacją grup biorących udział w planowaniu, realizacji i ewaluacji całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia w badanych szkołach**. Uzyskane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że w **planowaniu działań** odnoszących się do idei całościowego

podejścia szkoły do promocji zdrowia najczęściej zaangażowani byli: dyrektor szkoły (86,8%) oraz rada pedagogiczna (79,2%). W planowaniu działań tego typu brali także udział poszczególni nauczyciele (70,4%) i koordynator i/lub zespół ds. promocji zdrowia w szkole (69,8%). W nieco ponad 2/3 szkół udział w planowaniu działań i inicjatyw prozdrowotnych mieli także uczniowie/samorząd uczniowski (61,4%) oraz rodzice/opiekunowie (59,2%). Natomiast najmniej zaangażowani w planowanie całościowego podejścia do promocji zdrowia w szkole byli: personel pomocniczy/nienauczycielski (41,4%), osoby/instytucje z zewnętrznego otoczenia szkoły (30,6%) oraz zewnętrzni eksperci (19,8%) (Wykres 8).

**Wykres 8: Osoby zaangażowane w planowanie całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia (n=500) [%]**

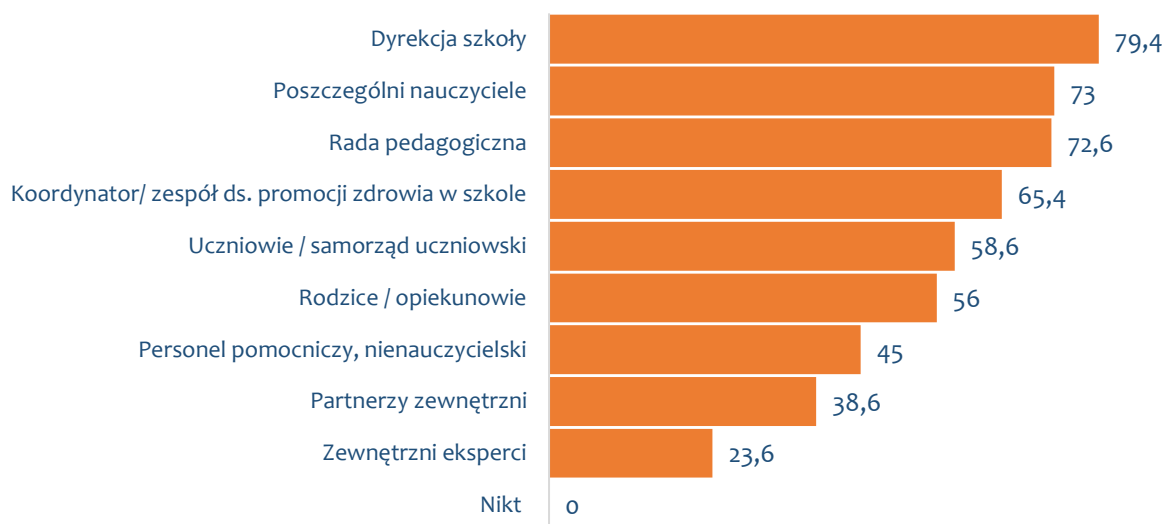


**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Biorąc z kolei pod uwagę **realizację działań** odpowiadających całościowemu podejściu szkoły do promocji zdrowia, uzyskane wyniki pokazują, że osobami/grupami najbardziej zaangażowanymi byli: dyrektor szkoły (79,4%), poszczególni nauczyciele (73,0%) i rada pedagogiczna (72,6%). Zastanawiać może fakt, że tylko 65,4% szkolnych koordynatorów i/lub zespołów ds. promocji zdrowia w szkole było zaangażowanych w przedmiotowe działania. W nieco mniejszym stopniu niż w przypadku planowania, zaangażowani w realizację całościowego podejścia do promocji zdrowia byli uczniowie/samorząd uczniowski (58,6%) oraz rodzice/opiekunowie (56,0%). Podobnie, jak w poprzednio, w realizację działań prozdrowotnych najrzadziej zaangażowani byli: personel

pomocniczy/nienauczycielski (45,0%), osoby/instytucje z zewnętrznego otoczenia szkoły (38,6%) oraz zewnętrzni eksperci (23,6%) (Wykres 9).

**Wykres 9: Osoby zaangażowane w realizację całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia (n=500) [%]**



**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Natomiast, w odniesieniu do **ewaluacji działań** w obrębie całościowego podejścia do promocji zdrowia w SzPZ w podobnym stopniu zaangażowani byli: szkolny koordynator i/lub zespół ds. promocji zdrowia (66,2%), dyrektor szkoły (64,0%) i poszczególni nauczyciele (60,8%). Tylko w połowie szkół biorących udział w badaniu zaangażowana w ocenę wdrażania całościowego podejścia do promocji zdrowia była rada pedagogiczna (47,4%). Jednocześnie, w przypadku tego pytania, wyraźnie spada zaangażowanie uczniów i rodziców (odpowiednio 25,4% i 25,6%), jak również pozostałych wyróżnionych w badaniu grup takich jak: personel pomocniczy/nienauczycielski (16,4%), osoby/instytucje z zewnętrznego otoczenia szkoły (7,4%) oraz zewnętrzni eksperci (3,4%). Ponadto, zgodnie z uzyskanymi danymi odnoszącymi się ewaluacji działań w szkole, w 3 z nich nie była ona dokonywana (Wykres 10). Tymczasem, planowanie interwencji z zakresu promocji zdrowia, jak i ich systematyczna ewaluacja stanowią cechę charakterystyczną szkół promujących zdrowie i jest jednym z zadań szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> B. Woynarowska, M. Woynarowska-Sołdan: *Koncepcja i zasady tworzenia oraz rozwoju szkół promujących zdrowie w Polsce*. W: B. Woynarowska, M. Woynarowska-Sołdan (red.): *Szkoła Promująca Zdrowie*.

**Wykres 10: Osoby zaangażowane w ewaluację całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia (n=500) [%]**



**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

## 2.4. Realizacja, koordynacja i zasoby umożliwiające wdrażanie całościowego podejścia do promocji zdrowia w szkole

Kolejny blok tematyczny w przedmiotowym badaniu dotyczył **realizacji, koordynacji i zasobów umożliwiających wdrażanie całościowego podejścia do promocji zdrowia w szkole**. W odniesieniu do powyższego, jak również dalszych zagadnień dotyczących wdrażania programu SzPZ w placówkach edukacyjnych należących do sieci SzPZ, badani koordynatorzy proszeni byli o ustosunkowanie się do podawanych stwierdzeń w skali 5-stopniowej (1 - zdecydowanie nie; 2 – nie; 3 – trudno ocenić; 4 – tak; 5 – zdecydowanie tak).

Z uzyskanych danych wynika, że w 64,2% badanych szkół były podejmowane działania w ramach całościowego podejścia do zdrowia i jego promocji w ciągu ostatniego roku. Jednocześnie, aż 20,4% respondentów wskazało, iż trudno im ocenić analizowaną kwestię, a 15,4% badanych stwierdziło, że działania tego typu nie były podejmowane w szkole w ostatnim roku. W kontekście pytania o osobę/osoby zatrudnioną/ne w szkole aktywnie koordynującą/ce zadania wynikające z całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia, 79,4% badanych uważało, że w szkole jest/są taka/takie osoba/osoby. 11,8% respondentów nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi w tym zakresie, a 8,8% zadeklarowało, że w szkole



nie jest zatrudniona osoba koordynująca zadania wynikające z całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia. Interesująco przedstawiają się wyniki odnoszące się do oceny liczby godzin, którymi dysponuje osoba odpowiedzialna za wdrażanie promocji zdrowia w szkole. Z uzyskanych danych wynika, że 42,8% szkół dysponowała wystarczającą ilością godzin przeznaczonych na realizację programu SzPZ, a jednocześnie w 29,8% przypadków liczba ta była niewystarczająca. Z kolei dla 27,4% respondentów trudno było ocenić analizowaną kwestię. Ostatnie, w tym bloku tematycznym stwierdzenie dotyczyło dostępności środków finansowych na realizację polityki zdrowotnej oraz wdrażanie programów promocji zdrowia w szkole. Badania pokazują, że w nieco ponad połowie szkół (51,6%) środki te były niewystarczające. 24,2% badanych wskazało, iż trudno ocenić, czy dostępne na realizację szkolnej polityki zdrowotnej środki finansowe są wystarczające. Tyle samo badanych uznało, że środki te są wystarczające (Tabela 2).

**Tabela 2: Realizacja działań w ramach całościowego podejścia do zdrowia i jego promocji w ciągu ostatniego roku (n=500) [%]**

Wyszczególnienie	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)
W minionym roku szkolnym podejmowane były działania w obszarach wymagających interwencji w ramach całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji.	15,4	20,4	64,2
Jedna lub więcej osób zatrudnionych w mojej szkole aktywnie koordynuje/ją zadania wynikające z całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji.	8,8	11,8	79,4
Osoba/osoby odpowiedzialna/e za wdrażanie zasad całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji dysponuje/ją wystarczającą ilością godzin przeznaczonych na realizację jego celów.	29,8	27,4	42,8
Dostępne w mojej szkole środki finansowe są wystarczające na realizację polityki zdrowotnej i wdrażanie zasad Szkół Promujących Zdrowie.	51,6	24,2	24,2

**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Następny blok tematyczny w prezentowanych badaniach odnosił się do **zakresu treści i przekazywania dobrego przykładu uczniom w zakresie całościowego podejścia do**

**zdrowia i dobrego samopoczucia.** Z deklaracji badanych koordynatorów wynika, że w 82,4% szkół wszyscy lub prawie wszyscy uczniowie zostali objęci działaniami w ramach programu promocji zdrowia i dobrego samopoczucia wynikającymi z przynależności szkoły do sieci SzPZ. 89,6% badanych wskazało, że personel szkoły przekazuje uczniom jednoznacznie dobry przykład w obszarze zdrowia i dbałości o dobre samopoczucie (np. poprzez zdrowe odżywianie, niepalenie w obecności uczniów, tworzenie bezpiecznego i przyjaznego klimatu społecznego szkoły). Dodatkowo, w opinii 87,6% respondentów, personel szkoły przestrzegał zasad postępowania i polityki szkoły w zakresie zdrowia i dobrego samopoczucia uczniów. Zgodnie z deklaracjami 76,0% badanych treści programowe nawiązujące do całościowego podejścia do zdrowia i promocji zdrowia stanowiły stały element programów spotkań z personelem szkoły. Kwestia ta była trudna do jednoznacznej oceny dla 18,6% badanych. Z kolei według 9,2% respondentów, treści odnoszące się do promocji zdrowia nie stanowiły stałego elementu programów spotkań z pracownikami szkoły. Ostatnim zagadnieniem, o które byli pytani respondenci w opisywanym bloku tematycznym, było aktywne komunikowanie się (np. kilka razy w roku) w kontekście promowania zdrowia i dobrego samopoczucia (np. za pośrednictwem strony internetowej, poczty elektronicznej lub spotkań). Uzyskane dane wskazują, że komunikacja ta dotyczyła w pierwszym rzędzie uczniów (82,3%), a w nieco mniejszym zakresie personelu szkoły i rodziców (odpowiednio w 73,0% i 72,8%) (Tabela 3).

**Tabela 3: Zakres treści i przekazywanie dobrego przykładu uczniom w zakresie całościowego podejścia do zdrowia i dobrego samopoczucia (n=500) [%]**

Wyszczególnienie	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)
Wszyscy lub prawie wszyscy uczniowie w mojej szkole zostali objęci programem promocji zdrowia i dobrego samopoczucia wynikającym z przynależności do sieci Szkół Promujących Zdrowie.	10,8	6,8	82,4
Personel szkolny przekazuje uczniom jednoznacznie dobry przykład w obszarze zdrowia i dobrego samopoczucia (np. poprzez zdrowe odżywianie, niepalenie papierosów w obecności uczniów, tworzenie bezpiecznego i przyjaznego klimatu szkoły).	4,4	6,0	89,6
Personel szkolny odpowiednio przestrzega zasad postępowania i polityki szkoły w zakresie zdrowia i dobrego samopoczucia uczniów (np. poprzez pociąganie do odpowiedzialności uczniów, rodziców/opiekunów i/lub współpracowników).	4,8	7,6	87,6
Treści całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia stanowią stały element programów spotkań z personelem szkolnym.	9,2	18,6	76,0

W mojej szkole prowadzi się aktywną komunikację (np. kilka razy w roku; np. za pośrednictwem strony internetowej, poczty elektronicznej lub spotkań) na temat zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia z personelem szkolnym	10,6	16,4	73,0
W mojej szkole prowadzi się aktywną komunikację (np. kilka razy w roku; np. za pośrednictwem strony internetowej, poczty elektronicznej lub spotkań) na temat zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia z uczniami	7,0	10,4	82,3
W mojej szkole prowadzi się aktywną komunikację (np. kilka razy w roku; np. za pośrednictwem strony internetowej, poczty elektronicznej lub spotkań) na temat zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia z rodzicami/opiekunami	11,4	15,8	72,8

**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

W następnym bloku tematycznym niniejszych badań respondenci byli proszeni o ocenę **zakresu, w jakim poszczególne osoby były zaangażowane w realizację całościowego podejścia szkoły do zdrowia i dobrego samopoczucia**. W tym kontekście badani wskazywali kolejno: dyrekcję szkoły (85,6%), poszczególnych nauczycieli (83,2%), radę pedagogiczną (72,8%), koordynatora/zespół ds. promocji zdrowia w szkole (77,8%), samorząd uczniowski (68,8%), personel pomocniczy, nienauczyielski (55,8%), rodzice uczniów (54,6%). Znacznie rzadziej badani koordynatorzy wskazywali na partnerów zewnętrznych (38,6%) oraz zewnętrznych ekspertów (31,6%). Warto podkreślić, że stosunkowo duży odsetek badanych wskazał, iż trudno ocenić zaangażowane w realizację całościowego podejścia szkoły do zdrowia i dobrego samopoczucia tak istotnych członków szkolnej społeczności, jakimi są uczniowie i rodzice (19,4% i 26,8%). Ponadto, z uzyskanych danych wynika, że aż 18,9% rodziców i 11,8% uczniów nie było w ogóle zaangażowanych w działania z obszaru promocji zdrowia w badanych szkołach. Co więcej, według 16,6% badanych w realizację całościowego podejścia szkoły do zdrowia nie byli zaangażowani koordynatorzy promocji zdrowia w szkole. Stosunkowo rzadko szkoły korzystały także z pomocy i fachowej wiedzy osób z zewnątrz (partnerzy szkoły; eksperci) (Tabela 4).

**Tabela 4: Osoby zaangażowane w realizację całościowego podejścia do promocji zdrowia w badanych szkołach (n=500) [%]**

Wyszczególnienie	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)
rada pedagogiczna	10,8	16,4	72,8
dyrekcja szkoły	6,0	8,4	85,6
koordynator/zespół ds. promocji zdrowia w szkole	16,6	5,6	77,8
poszczególni nauczyciele	6,6	10,2	83,2
personel pomocniczy, nienauczycielski	23,4	20,8	55,8
uczniowie/samorząd uczniowski	11,8	19,4	68,8
rodzice/opiekunowie	18,6	26,8	54,6
partnerzy zewnętrzni	38,8	22,6	38,6
zewnętrzni eksperci	49,2	19,2	31,6

**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejnym obszarem zainteresowania prezentowanych badań była ocena **jakości przekazywanych treści z zakresu promocji zdrowia w szkole oraz kompetencji osób przekazujących wiedzę z przedmiotowego zakresu**. Z rozkładów uzyskanych odpowiedzi wynika jednoznacznie, że w zdecydowanej większości reprezentowanych placówek miało miejsce właściwe merytoryczne przygotowanie do realizacji działań w ramach całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji (Tabela 5). Świadczą o tym następujące deklaracje badanych koordynatorów:

- „Nauczyciele w mojej szkole posiadają wystarczające kompetencje (wiedzę i doświadczenie) służące wdrażaniu zasad szkoły promującej zdrowie” - 82,8%;
- „Ogólnie profesjonaliści zewnętrzni posiadali/ją wystarczającą wiedzę fachową i doświadczenie do wdrożenia zasad szkoły promującej zdrowie” - 82,2%;
- „Nowi pracownicy szkoły są poinformowani o realizacji całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia i dobrego samopoczucia” - 83,1%;
- „Moja szkoła regularnie (np. kilka razy w roku) kontaktuje się z przedstawicielami zewnętrznych środowisk promujących zdrowie i dobre samopoczucie” - 62,2%;

- „Pracownicy szkoły mają wysokie poczucie odpowiedzialności za realizację zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia wszystkich członków społeczności szkolnej” - 82,3%.

**Tabela 5: Kompetencje osób realizujących całościowe podejście do promocji zdrowia w badanych szkołach (n=500) [%]**

Wyszczególnienie	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)
Nauczyciele w mojej szkole posiadają wystarczające kompetencje (wiedzę i doświadczenie) służące wdrażaniu zasad szkoły promującej zdrowie	4,6	10,8	82,8
Ogólnie profesjonalści zewnątrzni posiadali/ją wystarczającą wiedzę fachową i doświadczenie do wdrożenia zasad szkoły promującej zdrowie.	6,4	11,4	82,2
Nowi pracownicy szkoły są poinformowani o realizacji całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia i dobrego samopoczucia.	6,1	10,8	83,1
Moja szkoła regularnie (np. kilka razy w roku) kontaktuje się z przedstawicielami zewnętrznych środowisk promujących zdrowie i dobre samopoczucie.	15,1	22,7	62,2
Pracownicy szkoły mają wysokie poczucie odpowiedzialności* za realizację zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia wszystkich członków społeczności szkolnej (*Wysokie poczucie odpowiedzialności oznacza odpowiedzialność oraz wyraźne zaangażowanie w proces wdrażania promocji zdrowia w szkole).	4,0	13,7	82,3

**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Istotną kwestią była także ocena przez badanych, **na ile program odnoszący się do całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia i dobrego samopoczucia jest zintegrowany z funkcjonowaniem i organizacją pracy szkoły.** Z uzyskanych w tym zakresie danych wynika jednoznacznie, że programy promujące zdrowie stanowiły istotny trzon działalności badanych placówek. Świadczyć o tym może fakt, że 92,6% ankietowanych potwierdziło, iż podstawowe wartości, wizja lub misja reprezentowanych szkół są zgodne z zasadami i działaniem na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia uczniów. Stosunkowo najczęściej (87,0%) miało to swoje odzwierciedlenie w realizowanym procesie wychowawczo-edukacyjnym, między innymi poprzez ułatwianie uczniom dokonywania wyborów sprzyjających zdrowiu i dobremu samopoczuciu (np. poprzez brak oferty na niezdrowe produkty lub aranżowanie środowiska szkoły w taki sposób, aby dokonywanie zdrowych wyborów zachodziło w sposób naturalny). Zdecydowana większość badanych

koordynatorów (91,6% ) zgodziło się także ze stwierdzeniem, że w ich szkołach dbałość o zdrowie i dobre samopoczucie uczniów jest oczywiste (np. podczas organizowania zajęć lekcyjnych i pozalekcyjnych) (Tabela 6).

**Tabela 6: Zintegrowanie całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia z funkcjonowaniem i organizacją pracy szkoły (n=500) [%]**

Wyszczególnienie	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)
Podstawowe wartości, wizja lub misja mojej szkoły są zgodne z zasadami i działaniem na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia uczniów.	3,3	4,1	92,6
Uczniom z mojej szkoły ułatwia się dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu i dobremu samopoczuciu (np. poprzez brak oferty na niezdrowe produkty lub zaaranżowanie środowiska szkoły w taki sposób, aby dokonywanie zdrowych wyborów było naturalne/oczywiste).	4,1	8,9	87,0
W mojej szkole dbałość o zdrowie i dobre samopoczucie uczniów jest oczywiste (np. podczas organizowania zajęć lekcyjnych i pozalekcyjnych).	2,2	6,2	91,6

**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejny obszar poddany analizie w prezentowanym badaniu dotyczył oceny **stopnia zróżnicowania programu i realizacji w szkole dodatkowych aktywności dotyczących promocji zdrowia i dobrego samopoczucia**. Z deklaracji koordynatorów wynika, że w przeważającej większości reprezentowanych placówek szkolnych (85,5%) realizowane były tego typu dodatkowe aktywności. Należy podkreślić, że w opinii badanych, dodatkowe działania wyraźnie przyczyniły się do poprawy lub większej dbałości o zdrowie i dobre samopoczucie uczniów. Tylko 5,4% ankietowanych przyznało, że programy promujące zdrowie realizowane w ich szkołach nie obejmowały dodatkowych aktywności, które mogłyby spotęgować uzyskiwany efekt poprawy lub zwiększenia dbałości o zdrowie i dobre samopoczucie ich potencjalnych odbiorców (Tabela 7).

**Tabela 7: Ocena stopnia zróżnicowania programu i realizacji w szkole dodatkowych aktywności dotyczących promocji zdrowia (n=500) [%]**

Wyszczególnienie	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)
W mojej szkole realizowane były dodatkowe aktywności dotyczące promocji zdrowia i dobrego samopoczucia w szkole, które – w mojej opinii – wyraźnie przyczyniły się do poprawy lub większej dbałości o zdrowie i dobre samopoczucie uczniów.	5,4	9,1	85,5

**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

Ostatnim obszarem poddawanym ocenie w niniejszych badaniach była kwestia **dostosowania realizacji zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia do specyficznych warunków i możliwości, w których funkcjonują szkoły należące do sieci SzPZ**. W tym zakresie aż 85,5% badanych koordynatorów zadeklarowało, że placówki edukacyjne, w których pracują dostosowały otoczenie i klimat szkoły do idei promowania zdrowia i dobrego samopoczucia. Oznacza to, że w realizowanych programach uwzględnione zostały między innymi takie istotne kwestie jak: specyficzne potrzeby uczniów; pochodzenie uczniów i nauczycieli; struktura organizacyjna szkoły; czy możliwości techniczne, jakie stwarza budynek szkolny. Jednocześnie, dla 10,4% badanych trudno było jednoznacznie ocenić przedmiotową kwestię (Tabela 8).

**Tabela 8: Dostosowanie realizacji zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia do specyficznych warunków i możliwości, w których funkcjonują szkoły (n=500) [%]**

Wyszczególnienie	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)
Szkoła, w której pracuję dostosowała realizację zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia do specyficznych warunków i możliwości, w których funkcjonuje (np. specyficzne potrzeby uczniów; pochodzenie uczniów i nauczycieli; struktura organizacyjna szkoły; możliwości, jakie stwarza budynek szkolny).	4,2	10,4	85,5

**Źródło:** opracowanie na podstawie badań własnych.

### III. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Na podstawie wyników przeprowadzonego badania dotyczącego wdrażania programu **Szkoła Promująca Zdrowie** można stwierdzić, że w reprezentowanych szkołach należących do sieci SzPZ, całościowe podejście do promocji zdrowia było traktowane priorytetowo i stanowiło integralną część funkcjonowania oraz organizacji pracy. Jednocześnie, wyodrębniono **trzy główne elementy, od których zależała skuteczna implementacja programu:**

- I. **realizacja określonych obszarów tematycznych odnoszących się do problematyki zdrowia;**
- II. **przystosowanie środowiska fizycznego i społecznego szkoły do założeń SzPZ;**
- III. **kompetencje pracowników szkoły i zaangażowanie wszystkich członków społeczności szkolnej w zakresie planowania, realizacji i ewaluacji zagadnień zdrowotnych.**

W obrębie treści związanych ze zdrowiem najczęściej podejmowanych w badanych SzPZ znalazły się przede wszystkim: **żywność i aktywność fizyczna, zdrowie psychiczne oraz profilaktyka palenia wyrobów tytoniowych, picia alkoholu i używania substancji psychoaktywnych.** Można stwierdzić, że działania szkół w kontekście powyższej problematyki były wszechstronnie realizowane, a zapotrzebowanie na te obszary tematyczne było największe. Biorąc pod uwagę niepokojące statystyki nadwagi i otyłości wśród polskich uczniów, jak i coraz większe problemy zdrowia psychicznego, należy docenić działania szkół w tym obszarze. Jednocześnie, aktualnie pojawiają się nowe zagrożenia powiązane ze zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi oraz dobrostanem dzieci i młodzieży, które nie powinny być pomijane. Można tu wymienić kwestie związane z niekontrolowanym, nieograniczonym wręcz dostępem do mediów cyfrowych, których treści często okazują się sprzeczne ze sobą, niewiarygodne, prowadzące do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia. Szerząca się coraz bardziej dezinformacja w mediach masowych jest problemem, na który w większym stopniu szkoły – w szczególności Szkoły promujące zdrowie – powinny zwrócić uwagę. Dlatego **rekomendowane jest podejmowanie tematyki dotyczącej rozwijania/podnoszenia alfabetyzmu medialnego uczniów, która - zgodnie z uzyskanymi wynikami – jest często**



**pomijana w obszarze treści będących przedmiotem zainteresowania całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia.** Stosunkowo rzadko podejmowana była także tematyka związana z profilaktyką zaburzeń wzroku i słuchu, co także w kontekście powszechności i częstotliwości korzystania uczniów z urządzeń cyfrowych, jest kwestią niezwykle ważną i aktualną. Warto zatem w większym stopniu włączyć treści z zakresu higieny i ochrony narządów zmysłów w zakres treści uwzględnianych w rozmaitych działaniach promujących zdrowie i dobrostan dzieci i młodzieży. W badanych szkołach niewiele uwagi poświęcano także problematyce związków uczuciowych oraz edukacji w zakresie zdrowia seksualnego, w tym także prokreacyjnego. Tymczasem, oba wymiary stanowią integralną część zdrowia ujmowanego w sposób holistyczny, co oznacza, że różne wymiary zdrowia (zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne, duchowe, emocjonalne oraz seksualne i prokreacyjne) są równie istotne i powiązane ze sobą<sup>7</sup>. Obszary tematyczne, zidentyfikowane jako najrzadziej uwzględniane w pracy badanych szkół, nie znajdowały także swojego miejsca w dokumentach szkolnych tj.: w statucie, programie wychowawczo-profilaktycznym i in. Można przypuszczać, że nauczyciele nieświadomie pomijają wyżej wyszczególnione obszary, nie postrzegają ich jako istotnych problemów lub też nie czują się kompetentni, aby podejmować działania edukacyjne i profilaktyczne w tym zakresie. Dodatkowo, aktualnie wielość problemów i negatywnych zjawisk determinujących zdrowie uczniów powoduje, że w szkołach brakuje zasobów (osobowych, godzinowych, finansowych) na realizację całościowego podejścia do promocji zdrowia w sposób wszechstronny, wyczerpujący i efektywny. **Niezależnie jednak od przyczyn istnieje pilna potrzeba zwrócenia uwagi na wskazane, nieco zaniedbane obszary problemowe i przygotowanie nauczycieli do efektywnego wdrażania w placówkach szkolnych wiedzy i umiejętności z powyżej wymienionych obszarów, szczególnie w szkołach promujących zdrowie.**

**W kontekście przystosowania środowiska fizycznego i społecznego szkoły do założeń SzPZ, na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że szkoły promujące zdrowie dostosowywały środowisko szkolne do zasad odpowiadających całościowemu podejściu do zdrowia oraz idei promowania zdrowia i dobrego samopoczucia, szczególnie**

---

<sup>7</sup> Zob. B. Woynarowska (red.): *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 23-25.

**w obszarach takich jak aktywność fizyczna, żywienie oraz samopoczucie psychiczne.** W realizacji programu uwzględnione były specyficzne potrzeby ucznia, struktura organizacji szkoły, możliwości techniczne budynku szkoły itp. Ponadto, w większości badanych szkół, pracownicy (pedagogiczni i niepedagogiczni) przekazywali uczniom dobre wzory w obszarze zdrowia i dbałości o dobre samopoczucie (np. poprzez zdrowe odżywianie, niepalenie w obecności uczniów, tworzenie bezpiecznego i przyjaznego klimatu społecznego szkoły). **Rekomenduje się jednak, aby w realizacji działań z zakresu promocji zdrowia, szkoły należące do sieci SzPZ w większym stopniu uwzględniały i angażowały uczniów i rodziców, a także pracowników niepedagogicznych szkoły oraz zewnętrznych interesariuszy (np. specjalistów, ekspertów z określonych obszarów dotyczących zdrowia).** Warto w tym miejscu przypomnieć, że uczestnictwo i zaangażowanie to filary SzPZ oraz warunek skuteczności działań w myśl idei, mówiącej o tym, że programy promocji zdrowia są wdrażane „z ludźmi”, a nie „dla ludzi”<sup>8</sup>. W analizowanym kontekście warto zwrócić uwagę, że tylko w około 2/3 szkół należących do sieci uczniowie i rodzice byli zaangażowani w planowanie i realizację działań z zakresu całościowego podejścia do promocji zdrowia w szkole. Natomiast – zgodnie z deklaracjami respondentów – w zaledwie 25% szkół uczniowie i rodzice byli uwzględniani jako partnerzy w procesie ewaluacji inicjatyw promujących zdrowie. Należy dodatkowo podkreślić, że ewaluacja okazała się w ogóle takim elementem pracy SzPZ, który był realizowany w najmniejszym stopniu. **Zapewne ten wymiar pracy SzPZ wymaga poprawy, gdyż ewaluacja pełni rolę diagnostyczną w stosunku do podjętych inicjatyw, a ponadto stanowi niezwykle ważną podstawę dalszych działań prozdrowotnych szkoły.**

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że istotną przeszkodą w pełnej realizacji programu SzPZ był brak wystarczających zasobów finansowych oraz niewystarczająca liczba godzin przeznaczanych na działania w zakresie promocji zdrowia. Należy także zwrócić uwagę, że zgodnie z uzyskanymi wynikami, osobami odpowiedzialnym za realizację całościowego podejścia do promocji zdrowia byli przede wszystkim dyrektorzy szkół, którzy być może – w obliczu wielu obciążeń zawodowych –

---

<sup>8</sup> Zob. B. Woynarowska, M. Woynarowska-Sołdan (red.): *Szkoła Promująca Zdrowie. Podręcznik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. Wydanie drugie poprawione. Ośrodek Rozwoju Edukacji Warszawa 2019, s. 15; 129.

potrzebowaliby większego wsparcia w zakresie koordynacji działań m.in. z zakresu promocji zdrowia, aby także ich zdrowie i dobrostan były chronione. Warto bowiem przypomnieć i podkreślić, że całościowe podejście do promocji zdrowia w szkole oznacza, iż beneficjentami programu są w równym stopniu uczniowie, rodzice, pracownicy pedagogiczni oraz niepedagogiczni. Przeprowadzone badania wykazały także, że koordynator/zespół ds. promocji zdrowia w szkole był najczęściej zaangażowany w działania promujące zdrowie w ok. 60-70%. Wynik ten jest o tyle zaskakujący, że zgodnie ze standardami polskiej sieci SzPZ<sup>9</sup>, szkoły te są organizowane przez szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowia oraz szkolny zespół promocji zdrowia. Szkolny koordynator „pełni rolę lidera (przewodnika, przywódcy) i „agenta” (promotora, rzecznika) zmian, inicjuje i ułatwia ich dokonywanie, stwarza warunki do pracy przynoszącej sukcesy”<sup>10</sup>. Jednym z zadań szkolnego koordynatora ds. promocji zdrowie jest „inicjowanie, organizacja i koordynowanie prac związanych z dokonywaniem diagnozy, planowaniem działań, ich realizacją i ewaluacją wyników”<sup>11</sup>. **Biorąc jednak pod uwagę uzyskane wyniki badań, wydaje się, że w praktyce należy zwiększyć udział i potencjał szkolnych koordynatorów, a tym samym (o ile to możliwe) odciążyć dyrektorów szkół od zadań związanych z wdrażaniem programów i inicjatyw z zakresu promocji zdrowia w SzPZ.**

Na zakończenie należy podkreślić, iż nie ulega wątpliwości, że planując inicjatywy promujące zdrowie w szkołach należy zawsze brać pod uwagę specyficzny kontekst, w którym funkcjonuje dana szkoła, a działania powinny być poprzedzone ewaluacją potrzeb zdrowotnych całej społeczności szkolnej. Niemniej jednak, niniejszy Raport i zaprezentowane w nim wyniki oraz ogólne wnioski mogą stanowić ważne źródło informacji (m.in. dla krajowego, wojewódzkich, rejonowych i szkolnych koordynatorów SZPZ) wyznaczające kierunek dalszej działalności szkół promujących zdrowie w Polsce. **Rekomenduje się zatem organizowanie cyklicznych spotkań dla szkolnych koordynatorów promocji zdrowia służących wymianie doświadczeń oraz dzieleniu się dobrymi praktykami w zakresie wdrażania całościowego podejścia do promocji zdrowia w SzPZ.**

---

<sup>9</sup> B. Woynarowska, M. Woynarowska-Sołdan (red.): *Szkoła Promująca Zdrowie. Podręcznik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. Wydanie drugie poprawione. Ośrodek Rozwoju Edukacji Warszawa 2019.

<sup>10</sup> Tamże, s. 19.

<sup>11</sup> Tamże, s. 19.

## PODZIĘKOWANIA

Autorzy Raportu serdecznie dziękują Wojewódzkim i Rejonowym Koordynatorom Szkół Promujących Zdrowie za pomoc w realizacji badania oraz Szkolnym Koordynatorom SzPZ – za udział w przedmiotowym badaniu.

## BIBLIOGRAFIA:

[MEDIA LITERACY Definition & Usage Examples | Dictionary.com](#) [dostęp: 14.10.2023].

Vennegoor G., Van Assema P., Eekhout I., Lezwijn J., Molleman G., Jansen M.: *Measuring implementation of Health Promoting School (HPS) programs: development and psychometric evaluation of the HPS implementation questionnaire*. *J Sch Health*. 2022; DOI: 10.1111/josh.13277.

Woynarowska B. (red.): *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.

Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M. (red.): *Szkoła Promująca Zdrowie. Podręcznik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. Wydanie drugie poprawione. Ośrodek Rozwoju Edukacji Warszawa 2019.

## DANE KONTAKTOWE AUTORÓW:

**dr Karina Leksy**  
Uniwersytet Śląski  
w Katowicach  
Wydział Nauk  
Społecznych  
Instytut Pedagogiki  
ul. Grażyńskiego 53  
40-126 Katowice  
e-mail:  
[karina.leksy@us.edu.pl](mailto:karina.leksy@us.edu.pl)

**dr Grzegorz Gawron**  
Uniwersytet Śląski  
w Katowicach  
Wydział Nauk Społecznych  
Instytut Socjologii  
ul. Bankowa 11  
40-007 Katowice  
e-mail:  
[grzegorz.gawron@us.edu.pl](mailto:grzegorz.gawron@us.edu.pl)

**mgr Valentina Todorowska-Sokołowska**  
Ośrodek Rozwoju Edukacji  
w Warszawie  
Aleje Ujazdowskie 28  
00-478 Warszawa  
tel. 22 345 37 00  
e-mail:  
[valentina.todorowska@ore.edu.pl](mailto:valentina.todorowska@ore.edu.pl)

**mgr Tomasz Wojtasik**  
Regionalny  
Ośrodkiem  
Metodyczno-  
Edukacyjnym  
„Metis”  
ul. Drozdów 17 i 21  
40-530 Katowice  
e-mail:  
[twojtasik@metis.pl](mailto:twojtasik@metis.pl)  
[metis@metis.pl](mailto:metis@metis.pl)