

Magdalena Woynarowska-Soldan

## EWALUACJA WYNIKÓW PROJEKTU PROMOCJI ZDROWIA PRACOWNIKÓW SZKÓŁ PROMUJĄCYCH ZDROWIE

OUTCOMES EVALUATION OF THE SCHOOL STAFF HEALTH PROMOTION PROJECT

Warszawski Uniwersytet Medyczny / Medical University of Warsaw, Warszawa, Poland  
Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Zdrowia Publicznego / Faculty of Health Sciences, Public Health Division

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Przedstawiono wybrane wyniki ewaluacji 3-letniego projektu „Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie” oraz osiągnięcia i trudności w jego wdrażaniu. **Materiał i metody:** W 21 szkołach zbadano 644 nauczycieli i 226 pracowników niepedagogicznych. Opracowano 2-częściowy model ewaluacji wyników. Zastosowano metodę sondażu i autorskie kwestionariusze ankiet. **Wyniki:** Większość nauczycieli i pracowników niepedagogicznych podała, że w czasie 3 lat nastąpiły korzystne zmiany w poziomie ich wiedzy o zdrowiu i zachowaniach zdrowotnych (62–93% badanych) oraz w środowisku fizycznym i społecznym szkoły (50–92%). Częściej zmiany te wymieniali nauczyciele. Większość pracowników (około 80%) deklarowała pozytywny stosunek do projektu, ale tylko 20% oceniło swoje zaangażowanie w jego realizację jako duże. Około 90% badanych uważało, że działania na rzecz promocji zdrowia powinny być kontynuowane. Według liderów projektu największą trudnością były: zmotywowanie pracowników, zwłaszcza niepedagogicznych, do działań na rzecz zdrowia własnego i instytucjonalnego, a także niewystarczające wsparcie i brak środków finansowych. **Wnioski:** Wyniki projektu można uznać za satysfakcjonujące. Świadczy o możliwości inicjowania w szkołach działań w zakresie promocji zdrowia pracowników. Warunkiem ich skuteczności jest motywacja i aktywne uczestnictwo pracowników oraz wsparcie ze strony dyrekcji szkoły i środowiska lokalnego. Istnieje potrzeba przygotowania szkolnych liderów w zakresie promocji zdrowia dorosłych oraz pozyskanie dla niej sojuszników wśród twórców polityki oświatowej, przedstawicieli administracji szkolnej, uczelni kształcących nauczycieli i związków zawodowych. Med. Pr. 2016;67(2):187–200

**Słowa kluczowe:** nauczyciele, promocja zdrowia, projekt, ewaluacja wyników, pracownicy niepedagogiczni, szkoła promująca zdrowie

### ABSTRACT

**Background:** This article presents selected outcomes of a 3-year project “Health promotion of school staff in health-promoting schools,” as well as the achievements and difficulties in its implementation. **Material and Methods:** The research was conducted on 644 teachers and 226 members of non-teaching staff in 21 schools. The method involved opinion poll and authored questionnaires. A 2-part model of outcome evaluation was developed. **Results:** Most participants appreciated the changes that took place within the 3 years of the project implementation. These included the improved level of their knowledge about health, health-conducive behaviors (62–93%) and the physical and social environment of the school (50–92%). Changes were more frequently acknowledged by teachers. About 80% of the participants had a positive attitude to the project, but only 20% assessed their involvement as considerable. About 90% believed that health promotion activities should be continued. According to the project leaders, insufficient support and financial resources, and difficulties in motivating school employees, particularly the non-teaching staff, to undertake health-promotion activities were the major handicaps in the project implementation. **Conclusions:** The project outcomes can be assessed as satisfying. They revealed that it is possible to initiate health promotion among school staff. This can be effective on condition that participants are motivated, actively engaged in the project and supported by the head teacher and the local community. Necessarily, school leaders should be prepared to promote health among adults and to gain support from school policy decision makers, school administration, trade unions and universities involved in teacher training. Med Pr 2016;67(2):187–200

**Key words:** teachers, health promotion, project, outcomes evaluation, non-teaching staff, health promoting school

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Magdalena Woynarowska-Soldan, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Zdrowia Publicznego, ul. Banacha 1A, blok F, 02-097 Warszawa, e-mail: m.woynarowska@op.pl  
Nadesłano: 16 sierpnia 2015, zatwierdzono: 10 listopada 2015

## WSTĘP

W 2012 r. w ramach programu „Szkoła promująca zdrowie” (SzPZ) rozpoczęto w Polsce realizację 3-letniego projektu „Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie” (zwanego dalej projektem). Jego celem było zainicjowanie w wybranych SzPZ działań w zakresie promocji zdrowia nauczycieli i innych pracowników oraz ocena przebiegu realizacji (ewaluacja procesu) i efektów tych działań (ewaluacja wyników).

Uzasadnieniem podjęcia projektu była potrzeba uwzględnienia w działaniach SzPZ promocji zdrowia nie tylko uczniów, ale także dorosłych członków społeczności szkolnej, która tworzy powiązaną i wzajemnie na siebie oddziałującą całość (wspólnotę). Zdrowie i samopoczucie pracowników wpływa na realizację zadań szkoły, osiągnięcia uczniów oraz ich rozwój i zdrowie. Zdaniem Puchalskiego i Korzeniowskiej [1] zdrowie nauczycieli powinno być centralnym punktem promocji zdrowia w środowisku szkolnym. Dobry program promocji zdrowia nauczycieli może być wsparciem dla zdrowia pozostałych grup społeczności szkolnej.

W USA działania ukierunkowane na zdrowie pracowników podejmowane są od ponad 35 lat w ramach Skoordinowanego Programu Zdrowia w Szkole (The Coordinated School Health Program), którego jednym z 8 komponentów jest promocja zdrowia pracowników szkoły [2,3]. Od ok. 10 lat podobne działania podejmowane są w ramach programu SzPZ w niektórych krajach Europy, np. w Szkocji [4], Finlandii i Estonii [5]. Na potrzebę ich wdrażania zwraca się obecnie uwagę w Sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie (School for Health in Europe – SHE) [6].

W Polsce przez 23 lata realizacji programu SzPZ koncentrowano się na zdrowiu uczniów [7]. Korzenie takiego podejścia tkwią w tradycyjnej higienie szkolnej, która zaczęła się rozwijać w Europie i w Polsce na przełomie XIX i XX w. Treści zamieszczone we wszystkich podręcznikach higieny szkolnej, które ukazały się w Polsce w połowie XX w. [8,9], dotyczyły przede wszystkim uczniów. Jedynie krótkie rozdziały traktowały o higienie zawodu nauczyciela. Po przekształceniu się w latach 70. XX w. higieny szkolnej w medycynę szkolną powiązaną ściśle z pediatrią [10] sprawy zdrowia nauczycieli zeszły na dalszy plan. W latach 70. w kształceniu nauczycieli przedmiot „higiena szkolna” zastąpiono przedmiotem „biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania” [11]. Zagadnienia dotyczące zdro-

wia nauczycieli są w nim uwzględniane w niewielkim stopniu lub nie są omawiane wcale. Kwestia zdrowia nauczycieli, a tym bardziej innych pracowników szkoły, nie jest przedmiotem zainteresowania twórców polityki edukacyjnej, a nauczycielskie związki zawodowe interesują się nią w niewielkim stopniu.

Projekt „Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie” był realizowany w latach 2012–2015 w 21 SzPZ (do projektu przystąpiły 22 szkoły, ale jedna z nich zrezygnowała z udziału po pierwszym roku). Społeczność pracowników tych szkół (co najmniej 60%) dobrowolnie zgłosiła chęć udziału w projekcie. Szkoły przystępujące do projektu co najmniej 3 lata należały do wojewódzkich sieci SzPZ w 6 województwach (dolnośląskim, łódzkim, małopolskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim). W każdej szkole stworzono zespół zarządzający projektem. Na jego czele stał szkolny koordynator ds. projektu. Projekt był koordynowany na mocy porozumienia o współpracy zawartego przez Zespół ds. Promocji Zdrowia w Szkole Ośrodka Rozwoju Edukacji, reprezentowany przez Grażynę Skoczek, i Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, reprezentowany przez Magdalenę Woynarowską-Sołdan. Osoby te pełniły rolę centralnych koordynatorów projektu (dalej nazywane są centralnymi liderami projektu).

W projekcie zastosowano metodę badania w działaniu (action research), wykorzystywaną w wielu krajach w systemie edukacji [12], a także w promocji zdrowia [13]. Wyróżniono następujące etapy:

1. Diagnoza stanu wyjściowego.
2. Planowanie działań i ich ewaluacji.
3. Realizacja działań.
4. Ewaluacja procesu i wyników.

Cykl obejmujący etapy 2–4 był powtarzany w kolejnych 3 latach projektu. Na jego zakończenie przeprowadzono ewaluację końcową, której wyniki są przedmiotem niniejszego artykułu. Podczas realizacji projektu szczególną uwagę zwracano na ewaluację procesu, analizowano przebieg działań, realizację zadań i stopień osiągnięcia celów w kolejnych latach.

Szczegółowy opis podstaw teoretycznych projektu, jego koncepcji, etapów i organizacji jest przedmiotem innego artykułu [14]. Wyniki ewaluacji pierwszego roku projektu zaprezentowano na IV Europejskiej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie w Odense (Dania) [15] oraz w odrębnej publikacji [16]. Wykorzystano je także w zmodyfikowanym w 2014 r. modelu i standardach SzPZ, w których uwzględniono kwestię promocji zdrowia pracowników szkoły [7].

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie:

- wybranych wyników ewaluacji projektu przeprowadzonej w 2015 r. po jego zakończeniu i zmian w stosunku do stanu wyjściowego w 2012 r.,
- osiągnięć i trudności we wdrażaniu promocji zdrowia pracowników w SzPZ.

## MATERIAŁ I METODY

### Założenia ewaluacji wyników

Opracowanie koncepcji ewaluacji wyników 3-letniego projektu nie było zadaniem łatwym, ponieważ:

- Projekt nie był pojedynczą interwencją. W czasie jego trwania każda szkoła podejmowała działania służące rozwiązaniu problemów, które na podstawie wyników dokonanej w 2012 r. diagnozy stanu wyjściowego uznawała za priorytetowe. Cele tych działań były bardzo zróżnicowane. Dotyczyły one poprawy:
  - w zakresie dbałości o zdrowie (zachęcanie do poprawy żywienia, zwiększenia aktywności fizycznej, samobadania i samokontroli zdrowia, dbałości o narząd głosu, zaprzestania palenia tytoniu);
  - warunków środowiska społecznego i fizycznego szkoły (poprawa relacji interpersonalnych, doskonalenie umiejętności radzenia sobie ze stresem, redukcja natężenia hałasu, urządzenie miejsca odpoczynku / cichej pracy / indywidualnych rozmów z uczniami i rodzicami).

W tej sytuacji zaplanowanie ewaluacji wyników całego projektu i określenie kryterium sukcesu na początku projektu nie było możliwe.

- Nie ma gotowych, standaryzowanych metod, a zwłaszcza narzędzi, do ewaluacji projektów promocji zdrowia [17].

W pracach nad koncepcją ewaluacji przyjęto, że zgodnie z założeniami promocji zdrowia i SzPZ:

- efektem projektu powinno być zainicjowanie w szkołach sprzyjających zdrowiu i dobremu samopoczuciu zmian w zakresie stylu życia pracowników szkoły (zmiany indywidualne, jednostkowe) oraz środowiska fizycznego i społecznego szkoły jako miejsca ich pracy;
- warunkiem wprowadzania tych zmian jest uczestnictwo pracowników szkoły i ich zaangażowanie w realizację projektu;
- wyniki uzyskane w różnych szkołach nie są porównywane.

Przyjęto także, że w pracach związanych z ewaluacją rezultatów projektu powinno uczestniczyć jak najwięcej

pracowników i powinna brać w nich udział także dyrekcja szkoły [1].

Na tej podstawie skonstruowano model ewaluacji wyników projektu, w którym wyróżniono 2 części:

1. Część przeznaczona dla wszystkich pracowników szkoły uwzględniająca 2 aspekty:

- korzystne zmiany wprowadzone w czasie realizacji projektu:
  - indywidualne, jednostkowe – w samopoczuciu zawodowym, zadowoleniu z pracy, samocenie zdrowia i dbałości o zdrowie w stosunku do stanu wyjściowego; w wiedzy na temat dbałości o zdrowie oraz w wybranych zachowaniach zdrowotnych;
  - instytucjonalne – w szkole jako miejscu pracy: wprowadzenie promocji zdrowia pracowników do życia szkoły; zachęcanie pracowników do dbałości o zdrowie; działania służące poprawie: warunków pracy, organizacji pracy, przepływu informacji, umiejętności zawodowych nauczycieli ważnych z punktu widzenia zdrowia psychicznego; działania mające na celu budowanie dobrych relacji i integracji pracowników.

Skoncentrowano się na pytaniach dotyczących zmian korzystnych (pozytywnych), których można było oczekiwać na podstawie działań podejmowanych w poszczególnych szkołach w czasie 3 lat realizowania projektu.

- stosunek do działań podejmowanych w szkołach w ramach projektu – stosunek do projektu w czasie jego trwania, samoocena zaangażowania w realizację projektu, przekonanie o potrzebie kontynuowania działań w zakresie promocji zdrowia pracowników.

2. Część przeznaczona dla szkolnych liderów projektu – szkolnego koordynatora projektu i dyrektora/ wicedyrektora szkoły, dotycząca postrzegania przez nich podejmowanych działań, w tym osobistych korzyści z uczestnictwa w projekcie, największych osiągnięć i trudności w realizacji projektu.

Można uznać, że przedstawione wyżej założenia są najbliższe modelowi humanistyczno-rozumiejącemu (tzw. miękkiemu) ewaluacji. Model ten akcentuje niepowtarzalność projektu, umożliwia lepsze zrozumienie jego przebiegu, do ewaluacji włączeni są uczestnicy projektu i zakłada się, „że ich punkty widzenia mają kluczowe znaczenie oraz że dokonywane ustalenia służyć będą rozwojowi ich samoświadomości i całego programu” [17].

### Teren badań i badane osoby

Badania przeprowadzono w 21 szkołach, które uczestniczyły w projekcie do końca, zwanych dalej szkołami projektowymi. Znajdowało się wśród nich 15 szkół podstawowych i 6 gimnazjów (16 szkół było zlokalizowanych w miastach różnej wielkości, 5 – na wsi). Liczba ich pracowników była zróżnicowana i mieściła się w zakresie 17–83 osób.

W ramach ewaluacji końcowej w 2015 r. zebrano dane od 644 nauczycieli i 226 pracowników niepedagogicznych (administracji, obsługi, stołówki). Stanowiło to odpowiednio 90,3% i 87,3% ogółu osób pracujących w szkołach w roku szkolnym 2014/2015. Zbadano tylko osoby, które w czasie 3-letniego projektu pracowały w danej szkole co najmniej 2 lata. W diagnozie stanu wyjściowego w 2012 r. uczestniczyło odpowiednio: 691 i 249 osób. Charakterystykę demograficzno-społeczną badanych podano w tabeli 1. W obu badaniach odsetek badanych kobiet i mężczyzn był podobny, natomiast w 2015 r. zwiększył się odsetek osób w wieku 41 lat lub więcej (naturalne starzenie się pracowników).

### Metody badań

W badaniach zastosowano metodę sondażu, technikę ankiety. Narzędziem badawczym były 2 rodzaje kwestionariuszy, których zakres odpowiada opisanemu wyżej modelowi ewaluacji:

1. Kwestionariusz anonimowy dla nauczycieli i pracowników niepedagogicznych, składający się z 3 części:

- pytań (analogicznych do zadanych w 2012 r.) dotyczących: samopoczucia zawodowego (czyli samopoczucia fizycznego i psychospołecznego związanego z pracą w szkole), zadowolenia z pracy w szkole oraz samooceny zdrowia i dbałości o zdrowie;
- stwierdzeń dotyczących zmian, jakie dokonały się w czasie trwania projektu – indywidualnych (jednostkowych) oraz w środowisku fizycznym i społecznym szkoły jako miejscu pracy. Uwzględniono zmiany, które odpowiadały celom ustalonym przez szkoły w kolejnych latach projektu. Dla ułatwienia w kwestionariuszu przy większości stwierdzeń podano przykłady działań (badani przy każdym stwierdzeniu wybierali odpowiedź „tak” lub „nie”), np.:
  - a) zmiany indywidualne:
    - zwracam większą uwagę na to, jak się odżywiam (np. jem codziennie śniadanie, owoce i warzywa, piję więcej mleka lub kefiru/jogurtu, ograniczam słodycze, tłuszcz, sól);
    - znajduję częściej czas na relaks/odpoczynek (np. „wyluzowuję się”, robię to, co lubię).
  - b) zmiany w środowisku szkoły:
    - pracownicy szkoły byli zachęceni do większej dbałości o swoje zdrowie (np. organizowano spotkania (szkolenia, warsztaty) ze

**Tabela 1.** Charakterystyka demograficzna nauczycieli i pracowników niepedagogicznych 21 szkół projektowych zbadanych w roku 2012 i 2015

**Table 1.** The demographic characteristics of teachers and non-teaching staff of the 21 project schools involved in the research, 2012 and 2015

Zmienna Variable	Nauczyciele Teachers		p	Pracownicy niepedagogiczni Non-teaching staff		p
	2012 (N = 691) [n (%)]	2015 (N = 644) [n (%)]		2012 (N = 249) [n (%)]	2015 (N = 226) [n (%)]	
Płeć / Gender			n.s.			n.s.
kobiety / women	589 (85,2)	536 (83,2)		188 (75,5)	161 (71,2)	
mężczyźni / men	76 (11,0)	67 (10,4)		43 (17,3)	36 (15,9)	
brak odpowiedzi / no answer	26 (3,8)	41 (6,4)		18 (7,2)	29 (12,8)	
Wiek [w latach] / Age [in years]			< 0,001			0,036
≤ 40	280 (40,5)	198 (30,7)		58 (23,3)	34 (15,0)	
≥ 41	395 (57,2)	413 (64,2)		180 (72,3)	179 (79,2)	
brak odpowiedzi / no answer	16 (2,3)	33 (5,1)		11 (4,4)	13 (5,8)	

N – liczba respondentów / number of respondents, n.s. – nieistotne statystycznie / statistically not significant.

specjalistami (dietetykiem, lekarzem, psychologiem), organizowano zajęcia i wyjazdy rekreacyjne i sportowe, udostępniano materiały na temat zdrowia, dbałości o zdrowie i zapobiegania chorobom);

- podjęto działania służące poprawie warunków pracy (np. zorganizowano pomieszczenie do indywidualnej pracy, odpoczynku lub rozmów z uczniami i rodzicami, podejmowano działania mające na celu zmniejszenie natężenia hałasu, zakupiono meble lub inny sprzęt do użytku pracowników, np. lodówkę, mikrofalówkę, sprzęt sportowy, rolety, komputery).
  - pytań dotyczących stosunku do działań podejmowanych w szkole w ramach projektu i zaangażowania w te działania oraz opinii o potrzebie ich kontynuowania.
2. Kwestionariusze nieanonimowe dla szkolnych liderów projektu, w tym:
- oddzielny dla szkolnego koordynatora projektu i dyrektora/wicedyrektora szkoły zawierający pytania dotyczące m.in. osobistych korzyści z uczestnictwa w projekcie, trudności w jego realizacji;
  - wspólny dla szkolnego koordynatora i dyrektora/wicedyrektora szkoły, m.in. pytanie dotyczące największych osiągnięć w realizacji projektu.

Zastosowana metoda służyła autoewaluacji. Jej słabością były: zbadanie jedynie subiektywnej oceny dokonywanych zmian, brak możliwości odwiedzenia szkół projektowych i przeprowadzenia wywiadów z pracownikami oraz zastosowanie kwestionariuszy nieanonimowych w przypadku liderów projektu.

### Organizacja badań

Treść kwestionariuszy skonsultowano ze szkolnymi koordynatorami, a następnie przesłano je do szkół w styczniu 2015 r. wraz ze szczegółową instrukcją przeprowadzania badania. Zwrócono szczególną uwagę na zachowanie anonimowości badanych osób. Szkolni koordynatorzy przesłali wypełnione ankiety w kopertach zbiorczych do koordynatorów centralnych. Odpowiedzi z ankiet zakodowano i opracowano tabele z wynikami odrębnie dla każdej szkoły, w celu ich przeanalizowania i interpretacji wyników w kontekście działań podejmowanych przez każdą szkołę. Opracowano także zbiorcze tabele wyników dla 21 szkół. Dane te wykorzystano w niniejszym artykule oraz przedstawiono szkołom projektowym na konferencji

podsumowującej realizację i wyniki projektu (Warszawa, 3 czerwca 2015 r.).

Analizy danych dokonano za pomocą programu Epi Info™ v. 7. Różnice statystyczne między danymi uzyskanymi w 2012 r. i 2015 r. oraz między nauczycielami a pracownikami niepedagogicznymi badano za pomocą testu Chi<sup>2</sup>. W wyliczeniu nie brano pod uwagę braku odpowiedzi. Przyjęto, że wartość  $p < 0,05$  oznacza różnice istotne statystycznie.

## WYNIKI

### Korzystne zmiany indywidualne (jednostkowe) u pracowników szkół zaistniałe w czasie trwania projektu

W tabeli 2. przedstawiono odpowiedzi na pytania dotyczące samopoczucia zawodowego, zadowolenia z pracy w szkole oraz samooceny zdrowia i dbałości o zdrowie pracowników szkół w 2012 r. i 2015 r.

W czasie trwania projektu więcej korzystnych zmian stwierdzono u nauczycieli – zwiększył się odsetek osób, które określiły samopoczucie zawodowe i zdrowie jako bardzo dobre oraz które bardzo dbają o swoje zdrowie (różnice istotne statystycznie). U pracowników niepedagogicznych korzystne, istotne statystycznie zmiany dotyczyły tylko dbałości o zdrowie. W obu grupach nie zmienił się poziom zadowolenia z pracy w szkole.

Tabela 3. zawiera dane ilustrujące pozytywne zmiany w poziomie wiedzy o zdrowiu i w wybranych zachowaniach zdrowotnych w czasie trwania projektu. Dotyczą one osób, które wprowadziły takie zmiany (udzieliły odpowiedzi „tak”).

W obu grupach bardzo duży odsetek badanych (61–93%) podał, że podczas 3 lat trwania projektu nastąpiły korzystne zmiany w poziomie wiedzy dotyczącej zdrowia i we wszystkich analizowanych zachowaniach zdrowotnych. Największy odsetek stwierdzono w zakresie utrzymywania dobrych relacji z bliskimi osobami (ok. 92%), poprawy sposobu odżywiania się (nauczyciele (N) = 84,9%, pracownicy niepedagogiczni (PN) = 77,9%) oraz wiedzy o zdrowiu (ok. 83%). Około 62% osób podejmujących wcześniej zachowania ryzykowne dla zdrowia (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu) wyeliminowało je lub podjęło takie próby. Odsetek osób, które wskazały na zmiany zachowań zdrowotnych, był na ogół nieco większy u nauczycieli, ale różnice są nieistotne statystycznie. Odsetek osób, które systematycznie wykonywały samobadanie, był większy u pracowników niepedagogicznych niż nauczycieli (odpowiednio: 74,8% i 67,4%, różnica istotna statystycznie).

**Tabela 2.** Samopoczucie zawodowe, zadowolenie z pracy w szkole oraz samoocena zdrowia i dbałości o zdrowie nauczycieli i pracowników niepedagogicznych w roku 2012 i 2015

**Table 2.** Teachers' and non-teaching staff's occupational well-being, satisfaction with their jobs at school, self-assessment regarding their health and the way they take care of their health, 2012 and 2015

Zmienna Variable	Nauczyciele Teachers		p	Pracownicy niepedagogiczni Non-teaching staff		p
	2012 (N = 691) [%]	2015 (N = 644) [%]		2012 (N = 249) [%]	2015 (N = 226) [%]	
Samopoczucie zawodowe / Occupational well-being			0,027			n.s.
bardzo dobre / very good	27,1	34,8		28,9	26,5	
raczej dobre / rather good	50,8	48,8		46,2	46,5	
ani dobre, ani złe / either good, nor bad	16,2	12,1		18,1	21,7	
raczej złe lub bardzo złe / rather bad or very bad	3,9	3,9		4,8	3,1	
brak odpowiedzi / no answer	2,0	0,5		2,0	2,2	
Zadowolenie z pracy w szkole / Satisfaction with one's job at school			n.s.			n.s.
zgadzam się / I agree <sup>1</sup>	83,2	86,5		76,7	78,3	
ani się zgadzam, ani nie zgadzam / neither agree, nor disagree	13,5	9,5		14,9	18,6	
nie zgadzam się / I don't agree <sup>2</sup>	2,6	3,3		5,6	2,2	
brak odpowiedzi / no answer	0,7	0,8		2,8	0,9	
Samoocena zdrowia / Self-assessment of health			< 0,001			n.s.
bardzo dobre / very good	16,6	25,0		8,0	10,2	
dobre / good	58,2	57,5		53,4	58,8	
takie sobie, ani dobre ani złe / neither good nor bad	20,8	14,9		32,1	27,4	
złe lub bardzo złe / bad or very bad	3,5	1,9		4,4	1,8	
brak odpowiedzi / no answer	0,9	0,8		2,0	1,8	
Samoocena dbałości o zdrowie / Self-assessment of taking care of one's health			0,02			0,037
bardzo dbam / take very good care	9,6	16,1		10,4	14,6	
raczej dbam / take rather good care	59,9	72,0		56,2	66,8	
ani dbam, ani nie dbam / neither take care, nor abandon care	10,7	8,7		14,1	14,6	
raczej nie dbam lub wcale nie dbam / rather don't take care or don't take care at all	2,6	2,2		6,4	1,8	
brak odpowiedzi / no answer	17,2	0,9		12,9	2,2	

<sup>1</sup> W tym: zdecydowanie zgadzam się / Including: strongly agree about this.

<sup>2</sup> W tym: zdecydowanie nie zgadzam się / Including: strongly disagree about this.

Skróty jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

### Korzystne zmiany instytucjonalne – w środowisku fizycznym i społecznym szkoły jako miejscu pracy

Dane dotyczące opinii badanych o korzystnych zmianach, które wprowadzono w celu poprawy warunków, organizacji pracy w szkole oraz relacji między pracownikami w czasie realizacji projektu, przedstawiono w tabeli 4. Liczba stwierdzeń zamieszczonych w kwestionariuszu dla nauczycieli była większa niż w kwestionariuszu dla pracowników niepedagogicznych.

Większość badanych w obu grupach uznała, że w czasie projektu podjęto działania wymienione w kwestionariuszu, służące tworzeniu w szkole fizycznego i społecznego środowiska sprzyjającego zdrowiu pracowników. Najczęściej wybierano odpowiedź twierdzącą w przypadku zachęcania pracowników do dbałości o swoje zdrowie (N = 92,1%, PN = 76,1%) oraz stwierdzenia „zaczęliśmy więcej mówić o promocji zdrowia pracowników” (odpowiednio: 88,5% i 77,9%). Zmiany w wymienionych obu obszarach i zmiany w warunkach pracy

**Tabela 3.** Korzystne zmiany w wiedzy o zdrowiu i zachowaniach zdrowotnych nauczycieli i pracowników niepedagogicznych w czasie 3 lat projektu

**Table 3.** Advantageous changes in teachers' and non-teaching staff's knowledge about health and health-conducive behaviors during the 3 years of the project

Wiedza i zachowania zdrowotne Health knowledge and behaviors	Nauczyciele* Teachers* (N = 644) [%]	Pracownicy niepedagogiczni** Non-teaching staff** (N = 226) [%]	p
Zwiększenie wiedzy dotyczącej zdrowia / Increasing of knowledge about health	84,6	82,7	n.s.
Zwiększenie aktywności fizycznej / Increasing physical activity	74,7	72,1	n.s.
Zwracanie większej uwagi na sposób odżywiania się / Paying more attention to nutrition	84,9	77,9	n.s.
Wykonywanie bardziej systematycznie samobadania / Performing self-examination more systematically	67,4	74,8	0,01
Znajdowanie częściej czasu na odpoczynek/relaks / Finding more time to rest/relax	70,2	69,5	n.s.
Rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem, napięciami / Developing stress-coping skills, coping with stress/tension	73,0	69,9	n.s.
Zwracanie większej uwagi na utrzymywanie dobrych relacji z bliskimi osobami / Paying more attention to maintaining good relations with one's close people	91,3	92,9	n.s.
Zwracanie się częściej do innych osób o pomoc w sytuacjach dla nich trudnych / More frequently turning to other people for support in difficult situations	61,6	64,2	n.s.
Wyminiowanie jakiegos zachowania ryzykownego dla zdrowia: np. rzucenie palenia, nienaduzywanie alkoholu, lub podjecie próby w tym kierunku (dotyczy to osób, które poprzednio podejmowały wymienione zachowania ryzykowne dla zdrowia) / Eliminating some risk behavior, e.g., giving up smoking, alcohol abuse, or trying to do this (concerns people who practiced risk behavior earlier)	63,9	61,2	n.s.

\* Brak odpowiedzi / No answer: 0,2–3%.

\*\* Brak odpowiedzi / No answer: 1,8–4%.

Skróty jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

**Tabela 4.** Korzystne zmiany w szkole jako miejscu pracy w czasie 3 lat projektu w opinii nauczycieli i pracowników niepedagogicznych

**Table 4.** Advantageous changes in school as a workplace during the 3 years of the project – teachers' and non-teaching staff's opinions

Korzystne zmiany Advantageous changes	Nauczyciele* Teachers* (N = 644) [%]	Pracownicy niepedagogiczni** Non-teaching staff** (N = 226) [%]	p
Zaczęto więcej mówić o promocji zdrowia pracowników / Starting to talk more about school staff health promotion	88,5	77,9	< 0,001
Pracowników szkoły zachęcano do większej dbałości o swoje zdrowie / Encouraging staff to take better care of their health	92,1	76,1	< 0,001
Podjęto działania dla / Undertaking activities to:			
poprawy warunków pracy pracowników / improve the staff's work conditions	75,0	50,0	< 0,001
zwiększenia integracji nauczycieli i pracowników niepedagogicznych / improve the integration of teachers and non-teaching staff	79,3	85,0	n.s.
poprawy organizacji pracy nauczycieli / improving the organization of teachers' work	66,9	–	–
poprawy przepływu informacji / improving information flow	73,0	–	–
doskonalenia umiejętności zawodowych ważnych z punktu widzenia zdrowia psychicznego nauczycieli / developing occupational skills important for teachers' mental health	67,9	–	–
budowania dobrych relacji między nauczycielami / building good relations among teachers	82,6	–	–

\* Brak odpowiedzi / no answer: 2,3–4%, nie wiem / I don't know: 2,8–11,6%.

\*\* Brak odpowiedzi / no answer: 0,9–2,2%, nie wiem / I don't know: 5,8–11,5%.

Skróty jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

częściej wymieniali nauczyciele niż pracownicy niepedagogiczni (różnice istotne statystycznie). W tej ostatniej grupie, częściej niż u nauczycieli, dostrzeżono działania w celu integracji obu grup pracowników szkoły (odpowiednio: 85% i 79,3%, różnica nieistotna statystycznie).

Warto podkreślić, że w 9 szkołach część środków z funduszu socjalnego przeznaczono na dofinansowanie indywidualnych zajęć ruchowych (np. karty sportowe, karnety na basen i inne zajęcia ruchowe).

### Stosunek pracowników do działań podejmowanych w szkole w ramach projektu

Wyniki zawarte w tabeli 5. wskazują, że:

- Większość nauczycieli (88,2%) i pracowników niepedagogicznych (75,3%) pozytywnie postrzegają projekt w czasie jego realizacji. Obojętny stosunek do projektu miał co dziesiąty nauczyciel i co piąty pracownik administracji i obsługi, natomiast nega-

tywne nastawienie miało jedynie kilku (0,2%) nauczycieli. Różnice między nauczycielami a pracownikami niepedagogicznymi są istotne statystycznie.

- Własne zaangażowanie w realizację projektu badani ocenili niezbyt wysoko. W obu grupach ponad połowa oceniała je jako średnie, a tylko około 20% ankietowanych uznało je za duże. Ocena zaangażowania była zdecydowanie niższa u pracowników niepedagogicznych niż u nauczycieli (różnica istotna statystycznie). W grupie szkolnych liderów w realizację projektu bardzo zaangażowało się, włożyło dużo wysiłku i serca (odpowiedź „tak”) 57% dyrektorów i 60% szkolnych koordynatorów.

- Na potrzebę kontynuowania w szkole działań w zakresie promocji zdrowia pracowników wskazała zdecydowana większość pracowników (odpowiedź „tak” lub „raczej tak” – N = 90,7%, PN = 89%). Opinie te były podobne w obu badanych grupach.

**Tabela 5.** Stosunek nauczycieli i pracowników niepedagogicznych do działań podejmowanych w szkole w ramach projektu i opinie o potrzebie ich kontynuowania

**Table 5.** Teachers' and non-teaching staff' attitude towards activities undertaken in school within the project and their opinions concerning the need for continuation

Zmienna Variable	Nauczyciele* Teachers* (N = 644) [%]	Pracownicy niepedagogiczni** Non-teaching staff** (N = 226) [%]	P
Stosunek do projektu w czasie jego realizacji / Attitude towards the project during its implementation			< 0,001
zdecydowanie pozytywny / strongly positive	47,2	28,8	
raczej pozytywny / rather positive	41,0	46,5	
obojętny / neutral	9,6	22,1	
negatywny (raczej lub zdecydowanie) / negative (rather or strongly)	0,2	0,0	
Samoocena własnego zaangażowania w realizację projektu / Self-assessment of one's own engagement in the project implementation			< 0,001
duże / great	23,1	17,3	
średnie / medium	57,3	51,8	
małe / little	15,7	19,5	
brak zaangażowania / lack of engagement	1,7	10,6	
Opinie o potrzebie kontynuowania w szkole działań na rzecz promocji zdrowia pracowników / Opinions concerning the need for continuation of activities in school staff health promotion			n.s.
tak / yes	55,0	50,9	
raczej tak / rather yes	35,7	38,1	
raczej nie / rather no	5,1	7,1	
nie / no	1,9	3,1	

\* Brak odpowiedzi / No answer: 2–2,3%.

\*\* Brak odpowiedzi / No answer: 0,9–2,7%.

Skróty jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.



### **Postrzeganie podejmowanych działań przez szkolnych liderów projektu**

Szkolni liderzy projektu – koordynatorzy (N = 20) i dyrektorzy/wicedyrektorzy (N = 21) – uznali, że projekt był wartościową inicjatywą. Ponad 90% dyrektorów uznało, że projekt był dla szkoły zadaniem ważnym i większość z nich (81%) odczuwała satysfakcję z realizacji projektu w szkole, którą kierują.

Wszyscy badani dyrektorzy/wicedyrektorzy i prawie wszyscy koordynatorzy (poza jedną osobą) stwierdzili, że odnieśli osobiste korzyści z uczestnictwa w projekcie. Zdecydowana większość badanych z obu grup (N = 19) określiła rodzaj tych korzyści. Były nimi: wprowadzenie prozdrowotnych zmian w stylu życia (wymieniło je 15 koordynatorów i 16 dyrektorów), zwiększenie wiedzy o zdrowiu i dbałości o nie (odpowiednio: 11 i 8 osób), poznanie nowych ludzi, zawarcie przyjaźni, zdobycie nowych doświadczeń i umiejętności, np. planowania (odpowiednio: 10 osób i 4 osoby). Niemal połowa koordynatorów za korzyść uznała zdobycie doświadczeń w pracy z dorosłymi, lepsze poznanie współpracowników i relacje z nimi, zdobycie ich zaufania, sprawdzenie się w roli koordynatora projektu i satysfakcję z pełnienia tej roli.

Za największe osiągnięcia w realizacji projektu jego szkolni liderzy z 20 szkół uznali:

- zainteresowanie pracowników szkoły własnym zdrowiem, dostrzeżenie przez nich potrzeby wprowadzania zmian w swoim stylu życia (głównie przez zwiększenie aktywności fizycznej, poprawę sposobu żywienia, samobadanie) – w 17 szkołach;
- zaoferowanie pracownikom zajęć ruchowych w szkole lub poza nią (wykorzystanie na ten cel środków z funduszu socjalnego) i zmianę produktów spożywanych w szkole przez nauczycieli – w 9 szkołach;
- większą integrację pracowników i poprawę relacji między nimi (wspólne wyjazdy, szkolenia) – w 6 szkołach;
- poprawę warunków pracy (pokój dla nauczycieli do indywidualnych spotkań, pracy i odpoczynku; zmniejszenie natężenia hałasu na przerwach międzylekcyjnych) – w 5 szkołach.

Trudności w realizacji projektu podała większość szkolnych liderów (18 dyrektorów i 19 koordynatorów):

- szkolni koordynatorzy wymieniali najczęściej następujące trudności:
  - zachęcenie części pracowników szkół, zwłaszcza niepedagogicznych, do uczestnictwa w projekcie i działań na rzecz swojego zdrowia oraz wprowadzania zmian w środowisku pracy i udziału

we wspólnych zajęciach poza godzinami pracy – w 14 szkołach;

- poczucie osamotnienia, brak wsparcia ze strony głównego dyrektora szkoły, członków szkolnego zespołu i nauczycieli – w 7 szkołach;
  - obciążenie wieloma zadaniami w szkole, nieumiejętność planowania – w 4 szkołach.
- dyrektorzy/wicedyrektorzy szkół za największe trudności uznali:
- zmotywowanie pracowników do uczestnictwa w projekcie, opór ze strony niektórych osób – w 10 szkołach;
  - brak czasu na zaangażowanie się w realizację projektu – w 5 szkołach;
  - brak funduszy na zakup nowych mebli dla nauczycieli i remonty pomieszczeń – w 5 szkołach.

### **OMÓWIENIE**

Projekt promocji zdrowia pracowników szkoły, którego wyniki ewaluacji zaprezentowano w niniejszym artykule, był próbą realizacji praktycznych działań w zakresie promocji zdrowia opartych na dowodach (evidence-based practice). W tym podejściu niezbędne są: odpowiednie planowanie i systematyczne badania w celu wykazania efektów działań [18]. W projekcie zastosowano model planowania opracowany dla SzPZ w Polsce [19] oraz metodę badania w działaniu (action research), która wdrażana była przez profesjonalistów i praktyków.

W planowaniu 3-letniego projektu, realizowanego w 21 szkołach, założono, że ma on charakter pilotażowy i innowacyjny. Ze względu na krótki czas jego trwania nie spodziewano się, że możliwe będzie osiągnięcie znaczących zmian w stanie zdrowia i stylu życia pracowników oraz warunkach ich pracy. W Sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie zakłada się, że zmian można oczekiwać dopiero po 5–7 latach [20]. Na potrzebę długotrwałych działań wskazują także m.in. wyniki programu profilaktyki chorób przewlekłych w Północnej Karelii [21]. Zdawano sobie również sprawę, że:

- promocja zdrowia pracowników jest zupełnie nowym zadaniem dla szkół – szkolni liderzy nie byli dotychczas przygotowywani do tego typu działań, nie ma też żadnej struktury, która mogłaby wspierać ich realizację;
- szkoły, próbując sprostać oczekiwaniom, podejmują wiele nowych obciążających nauczycieli zadań, borykają się z trudnościami związanymi z częstymi reformami w systemie edukacji i zmianami demo-

graficznym (niż demograficzny – zagrożenie likwidacją szkoły, utratą pracy);

- projekt będzie realizowany bez dodatkowych środków finansowych (jedyne nakłady to koszty 6 dwudniowych spotkań szkolnych liderów pokrywane przez Ośrodek Rozwoju Edukacji).

Z tego powodu cel projektu sformułowano ostrożnie – jako zainicjowanie w szkołach projektowych działań w zakresie promocji zdrowia nauczycieli i innych pracowników.

Prezentowane w niniejszym artykule wyniki ewaluacji projektu, w której uczestniczyło prawie 90% ogółu pracowników 21 szkół, znacznie przekroczyły wstępne oczekiwania. Stwierdzono, że:

- w 2015 r. w stosunku do 2012 r. zwiększył się odsetek:
  - nauczycieli i pracowników niepedagogicznych, którzy podali, że bardzo dbają o swoje zdrowie;
  - nauczycieli, którzy określili zdrowie i samopoczucie zawodowe jako bardzo dobre;
- w czasie 3 lat trwania projektu zdecydowana większość nauczycieli i pracowników niepedagogicznych podała, że:
  - zwiększyła się ich wiedza dotycząca zdrowia;
  - dokonali zmian lub podejmowali próby zmian zachowań w kierunku prozdrowotnym (w tym zwłaszcza w zakresie utrzymywania dobrych relacji z bliskimi osobami i w sposobie odżywiania się); odsetek osób, które podały, że wprowadziły takie zmiany, był w obu grupach pracowników podobny (poza wykonywaniem samobadania, które częściej wymienili pracownicy niepedagogiczni);
  - wprowadzono korzystne zmiany w warunkach i organizacji pracy oraz relacjach interpersonalnych; zmiany te w poszczególnych szkołach były zróżnicowane, w zależności od przyjętych celów, wynikających z potrzeb i możliwości szkoły; częściej poczucie wprowadzenia zmian mieli nauczyciele niż pracownicy niepedagogiczni.

Zachowanie pełnej anonimowości badanych pozwala uznać ich odpowiedzi w ankiecie za wiarygodne, jednak należy zdać sobie sprawę, że uzyskane wyniki mogą być zawyżone. Na ich podstawie nie można też ocenić rzeczywistego poziomu wprowadzonych zmian. Nawet jeśli zmiany w zachowaniach zdrowotnych oraz warunkach i organizacji pracy szkoły były niewielkie, deklarowane przez badanych poczucie wprowadzenia zmian należy uznać za zjawisko korzystne, stwarzające szansę na ich kontynuowanie w przyszłości. Moż-

na uznać, że w społecznościach pracowników nastąpiło rozbudzenie gotowości do troski o swoje zdrowie. Według Samdal i Rowling [22] jest to jeden z trzech podstawowych komponentów, od których zależy skuteczne wdrażanie programu SzPZ.

Za największe osiągnięcia szkolni liderzy projektu uznali zainteresowanie pracowników szkoły własnym zdrowiem, dostrzeżenie przez nich potrzeby wprowadzania zmian w swoim stylu życia, zaoferowanie im zajęć ruchowych w szkole lub poza nią oraz zmianę produktów spożywanych w szkole przez nauczycieli. Zdaniem autorki niniejszego artykułu, jednej z koordynatorek centralnych projektu, do osiągnięć w realizacji projektu można zaliczyć:

- aktywne uczestnictwo w projekcie przez 3 lata 21 z 22 szkół, które do niego przystąpiły – na początku projektu przewidywano, że z różnych powodów z udziału w projekcie zrezygnuje więcej szkół;
- prezentowane w niniejszym artykule wyniki ewaluacji końcowej wskazujące, że nastąpiło wiele korzystnych zmian w zachowaniach zdrowotnych pracowników szkoły oraz w warunkach i klimacie społecznym szkół, a także to, że ponad 90% pracowników uważa, że działania na rzecz promocji zdrowia pracowników powinny być w szkole kontynuowane;
- integrację grupy szkolnych liderów: konstruktywną wymianę doświadczeń, bez rywalizacji; atmosferę współpracy, życzliwości i wzajemnego zaufania na dwukrotnych w każdym roku spotkaniach i warsztatach;
- terminowe i systematyczne wywiązywanie się z ustalonych zadań;
- zwiększenie u szkolnych koordynatorów umiejętności planowania działań i ich ewaluacji.

W czasie realizacji projektu szkolni liderzy napotkali wiele trudności. Główną trudnością było zachęcanie/zmotywowanie pracowników, zwłaszcza niepedagogicznych, do działań na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia (ponad połowa samych badanych oceniała swoje zaangażowanie w realizację projektu jako średnie, a tylko ok. 20% jako duże). Uczestnictwo w planowaniu, wdrażaniu i ewaluacji projektów promocji zdrowia jest podstawowym warunkiem ich skuteczności. Jest ono jednym z pięciu filarów SzPZ [20]. Trudnością był także niedostatek środków finansowych, obciążenie szkolnych liderów zbyt dużą liczbą zadań do wykonania w szkole, niedostateczne zaangażowanie dyrekcji szkoły w ok. 1/3 szkół. Podobne trudności obserwowano w projektach promocji zdrowia w miejscu

pracy. Do głównych utrudnień w realizacji nieobligatoryjnych działań prozdrowotnych należały: brak środków finansowych, małe zainteresowanie pracowników działaniami prozdrowotnymi i zaabsorbowanie kadry zarządzającej realizowaniem innych ważnych celów [23,24].

Zdaniem autorki niniejszego artykułu w realizacji projektu ujawniły się także następujące trudności:

- niedostatek wiedzy i niepełne zrozumienie koncepcji promocji zdrowia przez pracowników szkół projektowych;
- niedostatek umiejętności: planowania działań i ich ewaluacji, pełnienia przez koordynatorów szkolnych roli lidera promocji zdrowia w pracy z dorosłymi;
- podejmowanie przez szkoły równocześnie wielu projektów/programów oferowanych (a nawet narzucanych) przez różne instytucje (centralne, lokalne), powodujących duże obciążenie nauczycieli różnymi, zwykle akcyjnymi zadaniami;
- brak środków finansowych na realizację projektu na poziomie centralnym (np. na wizyty i organizację warsztatów w szkołach, opracowanie materiałów), co utrudniało wspieranie pracy szkół;
- niedostateczne zainteresowanie i wspieranie szkół ze strony większości wojewódzkich koordynatorów SzPZ oraz lokalnych organów prowadzących; trudności w pozyskaniu specjalistów (np. lekarzy) do prowadzenia szkoleń w szkołach na wsi i w małych miastach (szkoły były w tym zdane w dużym stopniu na własne siły).

Wyniki badań wskazują także, że w trakcie realizacji projektu koncentrowano się w znacznie większym stopniu na nauczycielach niż pracownikach niepedagogicznych. Pracownicy ci w porównaniu z nauczycielami rzadziej stwierdzali, że w czasie realizacji projektu dokonano zmian w warunkach ich pracy, nie zgłaszały zmian w samopoczuciu zawodowym oraz wprowadzili nieco mniej zmian w swoich zachowaniach zdrowotnych (choć różnice nie były istotne statystycznie). Rzadziej też byli pozytywnie nastawieni do projektu i gorzej ocenili swoje zaangażowanie w jego realizację. Przyczyny tego były złożone:

- Projekt był nową sytuacją dla obu grup pracowników, które dotychczas nie były zintegrowane i nie podejmowały wspólnych działań na rzecz zdrowia.
- Szkolni koordynatorzy nie mieli doświadczeń we współpracy z pracownikami niepedagogicznymi i podali, że główną trudnością było zachęcenie ich do uczestnictwa w projekcie.

- Status społeczno-ekonomiczny większości osób w grupie pracowników niepedagogicznych był niższy (niższy poziom wykształcenia, niższe zarobki):
  - osoby o niskim poziomie wykształcenia (zakończenie edukacji najwyżej na poziomie szkoły zawodowej) często nie czują się odpowiedzialne za własne zdrowie, są nastawione niechętnie do zdobywania wiedzy o sposobach dbania o zdrowie i krytycznie oceniają swoje możliwości stosowania jej w praktyce – wskazuje to na potrzebę innego podejścia do edukacji zdrowotnej tej grupy osób [25,26];
  - zgodnie z modelem kulturowego pozostawania w tyle (opóźnienia), zaproponowanym przez Siegrista w 1988 r. [27, cyt. za 28], przebieg procesu socjalizacji zależy od czynników społeczno-kulturowych – w wyższych i średnich klasach społecznych proces tworzenia wzorów zachowań zdrowotnych jest długotrwały i ukierunkowany na osiągnięcie korzyści, które mogą pojawiać się w znacznym odstępnie czasu. W klasach niższych wzory zachowań zdrowotnych związane są z aktualną sytuacją zdrowotną. Osoby z tych klas nie są przygotowane do działań prewencyjnych, których efekty mogą ujawnić się w odległej przyszłości. Odkładają w czasie decyzję o podjęciu tych działań, mają mniejszą świadomość skutków niektórych zachowań i bronią się przed koniecznością zmiany zachowań niepożądanych.

Podsumowując wyniki ewaluacji końcowej 3-letniego projektu, można uznać, że są one satysfakcjonujące i obiecujące, szczególnie biorąc pod uwagę warunki, w jakich był on prowadzony (bardzo ograniczone fundusze, obciążenie szkół realizacją wielu projektów, niedostateczne zainteresowanie i wsparcie ze strony organów prowadzących, a także większości wojewódzkich koordynatorów SzPZ). Osiągnięciu tych wyników sprzyjał zapewne wysiłek podejmowany przez szkoły, a także promowana w mediach „moda na zdrowie”. Pozytywnym zjawiskiem jest gotowość pracowników szkół projektowych do kontynuowania działań w zakresie promocji zdrowia.

Systematyczne monitorowanie przebiegu projektu (ewaluacja procesu) i wyniki ewaluacji końcowej wskazują, że wdrażanie promocji zdrowia pracowników szkoły w obecnych warunkach systemu edukacji i społeczno-kulturowych nie jest zadaniem łatwym. Jest to złożony, wieloletni proces, w którym niezbędne jest udzielanie szkołom systematycznego wsparcia – po-

przez szkolenia, konsultacje, materiały dostosowane do specyficznych potrzeb obu grup pracowników i przygotowanie szkolnych koordynatorów.

W realizowanym w Polsce programie „Promocja zdrowia w miejscu pracy” działania zakładów pracy są wspierane przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP) [17,29]. W systemie edukacji nie ma struktury wspierającej promocję zdrowia pracowników szkół. Wydaje się także, że szkoły rzadko korzystają ze wsparcia WOMP-ów (tylko 2 szkoły projektowe zwróciły się do tych instytucji z prośbą o wsparcie).

Przykładem struktury wspierającej działania w zakresie promocji zdrowia pracowników szkoły jest utworzona w ostatnich latach w Szwajcarii Koalicja na rzecz Promocji Zdrowia Pracowników Szkoły (Alliance pour la Promotion de la Santé des Professionnels de l'École). Koalicja funkcjonuje w powiązaniu z programem SzPZ. Jej celem jest uświadamianie decydentom na poziomie lokalnym, kantonalnym i krajowym znaczenia zdrowia indywidualnego i instytucjonalnego pracowników szkoły, udostępnienie szkołom platformy informacyjnej zawierającej materiały na temat zdrowia pracowników szkoły oraz ofertę szkoleń i konsultacji indywidualnych w przypadku trudności, narzędzia do diagnozowania poziomu stresu i identyfikacji zasobów dla zdrowia oraz wskazywanie przykładów dobrej praktyki w zakresie promocji zdrowia pracowników szkół [30].

Podjęcie w Polsce działań w zakresie promocji zdrowia pracowników szkoły wymaga zrozumienia takiej potrzeby przez decydentów na wszystkich poziomach – szkolnym, lokalnym i krajowym. Warto uświadomić im korzyści zdrowotne, organizacyjne i ekonomiczne z tych działań. Doświadczenia z wieloletniej realizacji Skoordynowanego Programu Zdrowia w Szkole w USA wskazują, że dzięki nim poprawił się dobór do zawodu oraz morale, utrzymanie w zawodzie i wydajność (produktywność) pracowników szkoły. Zmniejszyły się u nich: częstość występowania czynników ryzyka (np. małej aktywności fizycznej), niektórych chorób, urazów związanych z pracą, absencja chorobowa, koszty związane z opieką medyczną i ubezpieczeniami. Pracownicy szkoły pełnią rolę wzorców stylu życia dla uczniów, co zwiększa skuteczność szkolnych programów promocji zdrowia i poprawia wizerunek szkoły w społeczności [31,32]. Podkreśla się także, że pracownicy szkoły są dużą grupą zawodową i dzięki efektom promocji ich zdrowia oszczędza się środki wydawane na leczenie chorób i renty, które można przeznaczyć na inne wydatki [33].

Wieloletnie doświadczenia znanego na świecie projektu profilaktyki chorób przewlekłych w Północnej Karelii wskazują, że osiągnięcie sukcesu w interwencji w społeczności jest możliwe dzięki wielostronnemu podejściu, starannemu planowaniu i uczestnictwu samych członków społeczności oraz wspólnemu pokonywaniu trudności zarówno przez jednostki, jak i całą społeczność [21]. Wymieniony projekt – początkowo zaplanowany jako demonstracyjny (pilotażowy) – po 5 latach stał się programem narodowym, co przyczyniło się do znaczącej poprawy zdrowia całej ludności w Finlandii. Podobne warunki, co najmniej częściowo, stwarza prawidłowo realizowany program „Szkoła promująca zdrowie”, którego istotą jest całościowe podejście do zdrowia w szkole [20]. Promocja zdrowia pracowników szkoły jest jednym z jego elementów. Obecnie w Polsce w nowym modelu i standardach SzPZ zwrócono na nią większą uwagę niż dotychczas [7].

### Ograniczenia wyników badań

Uzyskane wyniki należy interpretować z ostrożnością. Szczególnie dotyczy to danych uzyskanych na podstawie nieanonimowych ankiet. Możliwe, że niektóre dane z ankiet anonimowych są zawyżone, ponieważ istnieje „naturalna” tendencja badanych, że chcą „lepiej wypaść”. Warto przeprowadzić badania np. po 6 miesiącach, żeby sprawdzić, czy szkoły kontynuują działania w zakresie promocji zdrowia pracowników i czy utrzymują się indywidualne zmiany w stylu życia ankietowanych. Pewnym ograniczeniem artykułu jest także brak porównania z wynikami innych projektów promocji zdrowia pracowników szkoły. W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono informacji o podobnych projektach dotyczących szkół. Trudno też byłoby porównywać wyniki projektów realizowanych na podstawie różnych koncepcji, w różnych warunkach kulturowych, społeczno-ekonomicznych i w różnych systemach edukacyjnych.

### WNIOSKI

1. Wyniki ewaluacji 3-letniego projektu „Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie” wskazują, że w uczestniczących w nim szkołach nastąpiło wiele korzystnych zmian w dbałości o zdrowie nauczycieli i pracowników niepedagogicznych oraz w środowisku społecznym i fizycznym szkoły, a także że zdecydowana większość pracowników ww. szkół opowiedziała się za kontynuowaniem działań w zakresie promocji ich zdrowia. Świad-

- czy to o możliwości inicjowania skutecznych działań w tym zakresie w szkołach, zwłaszcza w szkołach promujących zdrowie, oraz uzasadnia potrzebę ich podejmowania.
2. Działania podejmowane w projekcie dotyczyły w większym stopniu nauczycieli niż pracowników niepedagogicznych. Ci ostatni rzadziej mieli pozytywny stosunek do projektu, gorzej ocenili swoje zaangażowanie w jego realizację i rzadziej dostrzegali korzystne zmiany w szkole jako miejscu pracy. Włączenie tej grupy pracowników do działań w zakresie promocji zdrowia wymaga – ze względu na ich niższy status społeczno-ekonomiczny, a także specyficzną pozycję w szkole – odrębnego podejścia.
  3. Wdrażanie promocji zdrowia pracowników szkoły wymaga:
    - motywacji i aktywnego uczestnictwa pracowników w działaniach na rzecz własnego zdrowia i zmian w środowisku pracy,
    - wsparcia ze strony dyrekcji, środowiska lokalnego, w tym organów prowadzących szkoły,
    - zabezpieczenia środków finansowych na wprowadzanie sprzyjających zdrowiu pracowników zmian w środowisku materialnym szkoły.
  4. Istnieje potrzeba:
    - przygotowania szkolnych liderów w zakresie promocji zdrowia i pracy z dorosłymi,
    - zainteresowania twórców polityki oświatowej, przedstawicieli uczelni kształcących nauczycieli, administracji szkolnej i związków zawodowych zdrowiem pracowników szkoły i jego promocją oraz zachęcania ich do wspierania działań pracowników szkół w tym kierunku.
- ## PIŚMIENNICTWO
1. Puchalski K., Korzeniowska E.: Struktura, strategie i metodologia programu promocji zdrowia psychicznego nauczycieli. W: Pyżalski J., Merecz D. [red.]. *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiędzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem*. Impuls, Kraków 2010, ss. 133–155
  2. Allensworth D.D., Kolbe L.J.: The comprehensive school health program: Exploring an expanded concept. *J. Sch. Health* 1987;60(1):409–412, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.1987.tb03183.x>
  3. Centres for Disease Control and Prevention: Coordinated school health [Internet]: Centres [cytowany 26 czerwca 2015]. Adres: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/cshp/components.htm>
  4. *Healthy Schools Edinburgh and Lothians: Scheme and resource pack*. NHS Lothian, Edinburgh 2004
  5. Saaranen T., Sormunen M., Pertel T., Streimann K., Hansen S., Varava L. i wsp.: The occupational well-being of school staff and maintenance of their ability to work in Finland and Estonia – Focus on the school community and professional competence. *Health Educ.* 2012;112(3): 236–255, <http://dx.doi.org/10.1108/09654281211217777>
  6. *The Odense Statement: Our ABC for equity, education and health*. W: Buijs G., Dadaczynski K., Schulz A., Vilaça T. [red.]. *Equity, education and health: Learning from practice. Case studies of practice presented during the 4th European Conference on Health Promoting Schools, held in Odense, Denmark, 7–9 October 2013; 7–9 października 2013; Odense, Denmark*. CBO, Utrecht 2014, ss. 16–21
  7. Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M.: Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce. *Rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015*. *Pedagog. Społ.* 2015;3(57):163–184
  8. Kopczyński S.: *Higiena szkolna*. Wyd. 2. M. Arcta, Warszawa 1933
  9. Kacprzak M.: *Higiena szkolna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1956
  10. Radiukiewicz S.B.: *Medycyna szkolna*. PZWL, Warszawa 1987
  11. Wolański N. [red.]: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1979
  12. Czerepaniak-Walczak A.: *Badanie w działaniu*. W: Pałka S. [red.]. *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010, ss. 319–337
  13. Woynarowska-Sołdan M.: Metoda badanie w działaniu (action research) i jej wykorzystanie w promocji zdrowia. *Hygeia Public Health* 2014;49(4):672–678
  14. Woynarowska-Sołdan M.: Projekt „Promocja zdrowia pracowników szkoły”. *Podstawy teoretyczne i koncepcja*. *Chowanna*, 2015;2:239–259
  15. Woynarowska-Sołdan M., Skoczek G.: Health promotion for school staff as a part of a whole school approach to health in Poland. W: Buijs G., Dadaczynski K., Schultz A., Vilaça T. [red.]. *Equity, education and health: Learning from practice. Case studies of practice presented during the 4th European Conference on Health Promoting Schools, held in Odense, Denmark, 7–9 October 2013; 7–9 października 2013; Odense, Denmark*. CBO, Utrecht 2014, ss. 77–82
  16. Woynarowska-Sołdan M.: Project on school staff health promotion in Poland: The first experiences. *Health Educ.* 2015;115(3–4):405–419, <http://dx.doi.org/10.1108/HE-02-2014-0008>

17. Puchalski K., Korzeniowska E., Kaczanowska-Burker E., Kurkowska K.: Ewaluacja kujawsko-pomorskiego programu promocji zdrowia psychicznego w miejscu pracy w oparciu o kwestionariusz samooceny organizacji – doświadczenia, wyniki i wnioski z realizacji pierwszego etapu wdrożenia. *Med. Pr.* 2011;62(6):609–622
18. Laverack G.: *A–Z of health promotion*. Palgrave Macmillan, London 2014
19. Woynarowska B., Sokołowska M.: Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie. *Eduk. Zdrow.* *Promocja Zdrow. Szkole* 2006;10–11:9–46
20. Better schools through health: The Third European Conference on Health Promoting Schools. 15–17 czerwca 2009, Wilno, Litwa [Internet]: European Commission 2015 [cytowany 15 maja 2015]. Adres: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/Vilnius\\_resolution.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/Vilnius_resolution.pdf)
21. Puska P.: The North Karelia project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice* [Internet]: 2008 [cytowany 10 lipca 2015];53(6–9):26–29. Adres: [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_593\\_en.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_593_en.pdf)
22. Samdal O., Rowling L. [red.]: *Cross fertilisation of national experiences and need for future developments. The implementation of health promoting schools. Exploring the theories of what, why and how*. Routledge, London, New York 2013, ss. 149–161
23. Puchalski K., Korzeniowska E.: Próba oceny jakości wdrożeń promocji zdrowia w zakładach pracy na tle jej uwarunkowań. *Med. Pr.* 2003;54(1):1–7
24. Puchalski K., Korzeniowska E.: Health promotion – The rationale and the obstacles in workplaces with different employment and financial soundness. *Med. Pr.* 2013;64(6):743–754, <http://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0076>
25. Korzeniowska E., Puchalski K.: Edukacja zdrowotna pracowników – wyzwania związane z poziomem wykształcenia. *Med. Pr.* 2012;63(1):55–71
26. Pyżalski J.: *Metodyka edukacji zdrowotnej osób o niskim poziomie wykształcenia – przegląd propozycji*. W: Korzeniowska E., Puchalski K. [red.]. *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2010, ss. 44–50
27. Siegrist J.: Model of health behavior. *Eur. Heart J.* 1988; 9:709–714
28. Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, ss. 49
29. Puchalski K., Korzeniowska E.: Promocja zdrowia w miejscu pracy w politykach zdrowia publicznego w Polsce. *Med. Pr.* 2008;59(1):55–64
30. Radix [Internet]: Radix 2015 [cytowany 27 lipca 2015]. [Koalicja na rzecz Promocji Zdrowia Pracowników Szkoły]. Adres: <http://www.radix.ch/pse>. Po francusku
31. Kolbe L.J., Tirozzi G.N., Marx E., Bobbit-Cooke M., Riedel S., Jones J.I. i wsp.: Health programmes for school employees: Improving quality of life, health and productivity. *Promot. Educ.* 2005;12(3–4):157–161, <http://dx.doi.org/10.1177/10253823050120030115>
32. Alker H.J, Wang M.L., Thorsen N., Lemon S.C.: Impact of school staff health on work productivity in secondary schools in Massachusetts. *J. Sch. Health* 2015;85: 398–404, <http://dx.doi.org/10.1111/josh.12266>
33. Demissie Z., Brener N.D., Goekler S.F.: Faculty and staff health promotion. W: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. *Results from the school health policies and practices study 2012* [Internet]: Centers 2013, ss. 123–128 [cytowany 28 czerwca 2015]. Adres: [http://www.cdc.gov/healthyyouth/shpps/2012/pdf/shpps-results\\_2012.pdf](http://www.cdc.gov/healthyyouth/shpps/2012/pdf/shpps-results_2012.pdf)