Karina Leksy
ORCID 0000-0001-5907-7836
Uniwersytet Śląski w Katowicach

RÓŻNICE WE WDRAŻANIU ZASAD PROMOCJI ZDROWIA W SZKOŁACH W CZASIE PANDEMII COVID-19. ROZWAŻANIA OPARTE NA BADANIACH PRZEPROWADZONYCH WŚRÓD DYREKTORÓW POLSKICH SZKÓŁ

Abstract. Leksy Karina, *Różnice we wdrażaniu zasad promocji zdrowia w szkołach w czasie pandemii COVID-19. Rozważania oparte na badaniach przeprowadzonych wśród dyrektorów polskich szkół* [The Differences in Implementing Health Promotion Principles in Schools During the COVID-19 Pandemic. Considerations Based on Research Conducted Among Polish Schools Principals]. Studia Edukacyjne no. 68, 2023, Poznań 2023, pp. 47-61. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. Data przesłania tekstu: 29.03.2023. Data przyjęcia tekstu do druku: 12.04.2023. DOI: 10.14746/se.2023.68.4

During the coronavirus pandemic, health promotion became crucial for preventing COVID-19 disease and mitigating its consequences. Implementing health promotion principles was particularly essential in educational settings, where the possibility of infection was high. Simultaneously, only limited empirical studies have addressed school principals' perspectives on implementing health promotion issues during the COVID-19 pandemic. Thus, this study aims to examine the differences in implementing health promotion principles in schools during the COVID-19 pandemic. The results come from an online cross-sectional survey conducted in eight provinces of Poland from June to December 2021. The study was part of a global school principal health literacy survey under the COVID-HL Network. Research results have shown that schools in the Health Promoting Schools network tend to implement the whole-school approach to health more often. In addition, the longer the school belongs to the network, the more health promotion activities are implemented. It can be assumed that school principals play a crucial role in implementing health promotion principles in schools. Therefore, their health awareness and interest in health matters are essential for effectively promoting health in schools.

Key words: health promotion, health education, Health Promoting Schools, COVID-19, Polish school principals

Wprowadzenie

Nie ulega wątpliwości, że pandemia koronawirusa wpłynęła na wiele sfer życia społecznego, w tym także na system edukacji większości krajów

Studia Edukacyjne 68, 2023: 47-61. © The Author(s), Adam Mickiewicz University Press, 2023.
Open Access article, distributed under the terms of the CC licence (BY, https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

na świecie (Huber, Helm, 2020, ss. 237-270). W Polsce w okresie pandemii tryb kształcenia zmieniał się wielokrotnie, w zależności od sytuacji epidemiologicznej w kraju i poszczególnych jego regionach (Staszkiewicz-Grabarczyk, 2021, ss. 25-39). Zróżnicowanie sposobu nauczania było także związane z wiekiem uczniów – młodsi uczniowie (klasy I-III) w większości uczyli się w trybie stacjonarnym, starsi z kolei (klasy IV-VIII oraz uczniowie szkół ponadpodstawowych) – głównie w systemie online (Najwyższa Izba Kontroli, https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/21/021/). Globalny kryzys zdrowotny wymusił wdrażanie w szkołach wielu środków zapobiegawczych mających na celu powstrzymanie lub ograniczenie rozprzestrzeniania się koronawirusa. Należały do nich przede wszystkim: mycie i dezynfekcja rąk, noszenie maseczek oraz rękawiczek ochronnych, pomiar temperatury ciała, jak również zachowanie dystansu społecznego (Van den Broucke, 2020, ss. 181-186). Obok rekomendowanych zachowań profilaktycznych wdrażanych w większości szkół na świecie, istotne było także dostarczanie rzetelnych, opartych na wiedzy naukowej, informacji dotyczących ochrony przed panującym wirusem (zob. Chong i in., 2020).

Pomimo że w szkołach były podejmowane środki zapobiegawcze przeciwko zakażeniu, to jednak różniły się one pod względem stopnia i zakresu podejmowanych działań, jak też zaangażowania szkolnej kadry. Na przykład, w niektórych szkołach zwracano uwagę głównie na zdrowie fizyczne i psychiczne uczniów, w innych z kolei dbano również o zdrowie wszystkich członków społeczności szkolnej, a więc nauczycieli, pracowników szkolnej administracji i obsługi. Jedną z głównych przyczyn tak odmiennego podejścia do zdrowia w szkołach – zwłaszcza w obrębie tego samego kraju lub funkcjonujących w podobnych warunkach społeczno-kulturowych (np. w Europie) – mogły być różnice w podejściu do kwestii zdrowia kadry zarządzającej szkołami (zob. Betschart i in., 2022). Tymczasem, wdrażanie zasad promocji zdrowia w szkole (zgodnie z koncepcją Szkół Promujących Zdrowie) (Whole school approach | SHE (schoolsforhealth.org) może znacząco przyczynić się do poprawy/utrzymania zdrowia i dobrego samopoczucia wszystkich członków szkolnej społeczności (Sormuren i in., 2022, ss. 655-659), co w warunkach pandemicznego zagrożenia było szczególnie istotne (por. Velasco, 2021).

Szkolna edukacja zdrowotna oraz promocja zdrowia w poszczególnych krajach realizowana jest na różnych poziomach zaangażowania i entuzjazmu, jak też różne są rozwiązania systemowe w tym zakresie. Na przykład, w Polsce uczniowie zdobywają świadomość zdrowotną głównie poprzez realizację podstawy programowej z dziedziny edukacji zdrowotnej, szkolne programy profilaktyczno-wychowawcze oraz zewnętrzne inicjatywy i działania promujące zdrowie. Jednocześnie, w praktyce prowadzona w szkołach edukacja zdrowotna i jej efekty są często niejednoznaczne oraz zróżnicowane. Wydaje

się, że powodem takiego stanu jest to, iż w polskim systemie oświaty treści z dziedziny edukacji zdrowotnej są włączone do podstawy programowej wychowania fizycznego jako przedmiotu wiodącego. Powoduje to często brak czasu, przestrzeni i/lub motywacji do podejmowania zagadnień dotyczących edukacji zdrowotnej w trakcie zajęć wychowania fizycznego (Nowak, 2019; Leksy, 2020, ss. 241-251). Pewnym wsparciem są zapewne programy profilaktyczno-wychowawcze, które zwykle zawierają także treści z obszaru promocji zdrowia. Ich zaletę stanowi, że są one opracowywane na podstawie corocznej diagnozy potrzeb rozwojowych i zdrowotnych uczniów w środowisku szkolnym. Jednocześnie, wiele szkół w Polsce korzysta z zewnętrznych programów promocji zdrowia oferowanych przez rozmaite podmioty, jak na przykład stacje sanitarno-epidemiologiczne, stowarzyszenia, koalicje producentów żywności, Ministerstwo Edukacji i Nauki oraz ośrodki naukowe. Przykładami najpopularniejszych programów są: „Trzymaj formę"; „Śniadanie daje moc"; „Zdrowo jem, więcej wiem"; „Szkoła promująca zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem".

Niezależnie od wymienionych działań w zakresie promocji i edukacji zdrowotnej, w Polsce od wielu lat realizowana jest koncepcja Szkoły Promującej Zdrowie (SzPZ) (Szkoła Promująca Zdrowie w Polsce i w Europie. Kalendarium, fakty, ludzie – Ośrodek Rozwoju Edukacji (ore.edu.pl)), która po raz pierwszy została opisana w roku 1989 w raporcie „Zdrowa szkoła" (Young, Williams, 1989, za: Woynarowska, 20147, ss. 219-227). Natomiast, w roku 1992 Biuro Europejskie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Komisja Europejska i Rada Europy utworzyły Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie (*European Network of Health Promoting Schools* – ENHPS), która w 2007 roku została przekształcona w sieć pod nazwą Szkoły dla Zdrowia w Europie [*School for Health in Europe – SHE* (SHE | Schools for Health in Europe Network Foundation)]. W Polsce wdrażanie koncepcji SzPZ jest koordynowane przez Ośrodek Rozwoju Edukacji w Warszawie (ore.edu.pl). Uczestnictwo szkół w programie jest dobrowolne, jednakże szkoła musi spełniać określone kryteria przynależności do sieci. W związku z tym, niezwykle ważna rola przypada dyrektorom placówek oświatowych, którzy wraz ze szkolnymi koordynatorami promocji zdrowia są w największym stopniu odpowiedzialni za wdrażanie i realizację zasad SzPZ. Główną ideą SzPZ jest tworzenie warunków sprzyjających dobremu samopoczuciu całej społeczności szkolnej, przy czym samopoczucie jest tu rozumiane szeroko jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (Woynarowska-Sołdan, Węziak -Białowolska, 2012, ss. 211-216). Można zatem zakładać, że szkoły promujące zdrowie stwarzają warunki fizyczne i społeczne sprzyjające ochronie zdrowia oraz umożliwiają aktywne uczestnictwo całej społeczności szkolnej w działaniach prozdrowotnych.

Głównymi komponentami SzPZ są: polityka szkoły dotycząca promocji zdrowia; środowisko fizyczne i klimat społeczny szkoły; kompetencje zdrowotne; współpraca ze środowiskiem lokalnym; opieka zdrowotna (lokalna) lub usługi medyczne związane ze szkołą (np. opieka zdrowotna w szkole) (materials-for-teachers-2019-english.pdf [schoolsforhealth.org]). Ponadto, sieć wypracowała swoje wartości i filary. Wśród kluczowych wartości SzPZ znajdują się:

– równość szans – co oznacza między innymi równość płci, brak dyskryminacji i uprzedzeń, równy dostęp dla wszystkich oraz aktywne uczestnictwo w każdym przedsięwzięciu szkoły;

– zrównoważony rozwój – szkoły powinny przygotowywać uczniów między innymi do roli obywateli aktywnych społecznie;

– włączenie – uwzględnienie w działalności szkoły różnorodności, kreowanie atmosfery zaufania i poszanowania godności każdego jej członka;

– upodmiotowienie – odnosi się głównie do aktywnego angażowania się członków społeczności szkolnej w podejmowanie decyzji w szkole i – w długofalowej perspektywie – poza nią;

– demokracja – działaniom z zakresu promocji zdrowia w szkole powinna przyświecać idea dialogu, wymiany pomysłów oraz zaangażowania całej społeczności szkolnej (Teachers' resources | SHE [schoolsforhealth.org]).

Z kolei filarami SzPZ są:

– całościowe podejście do zdrowia w szkole – łączenie edukacji zdrowotnej z polityką szkoły, środowiskiem szkolnym oraz kształtowaniem umiejętności życiowych; powinna być realizowana w udziałem całej społeczności szkolnej i uwzględniać szersze środowisko społeczne;

– uczestnictwo – poprzez zaangażowanie w działania promujące zdrowie kształtowane jest poczucie przynależności, współtworzenia i wpływu na rzeczywistość szkolną;

– jakość szkoły – zakłada się tu, że zdrowie jest wyznacznikiem osiągnięć szkolnych uczniów, jak również efektów i satysfakcji z pracy nauczycieli;

– dowody naukowe – promocja zdrowia w europejskich szkołach opiera się na wynikach badań naukowych, potwierdzających skuteczność podejmowanych działań ukierunkowanych na zdrowie;

– interakcja między szkołą a społecznością lokalną – podkreślenie roli i znaczenia współpracy między szkołą a różnymi podmiotami zewnętrznymi (Young i in., SHE Factsheet 2 background paper_final (schoolsforhealth.org); Dadaczynski i in., 2020, ss. 11-19).

Należy podkreślić, że podstawowym założeniem SzPZ jest przekonanie, że całe środowisko szkolne stanowi „arenę" działań na rzecz zdrowia. Dlatego, nacisk kładzie się nie tylko na uczenie się i nauczanie, ale „cały etos i kulturę szkoły, to znaczy relacje międzyludzkie, zarządzanie szkołą, pro-

gram nauczania, zasady, praktyki i fizyczne środowisko szkoły"(materials -for-teachers-2019-english.pdf [schoolsforhealth.org]). Należy też podkreślić, że szkoła jest także środowiskiem niezbędnym do rozwoju i dobrego samopoczucia jej pracowników (Woynarowska-Sołdan, Węziak-Białowolska, 2012, ss. 211-216; por. Woynarowska-Sołdan, Tabak, 2013, ss. 659-670).

Pandemia COVID-19 potwierdziła, że promocja zdrowia może mieć jeszcze większe znaczenie w czasach kryzysu epidemiologicznego niż kiedykolwiek wcześniej (Van den Broucke, 2020, ss. 181-186). W tym szczególnym czasie ważne bowiem było nie tylko stosowanie się do wytycznych środowisk medycznych w celu ochrony przez zakażeniem, ale także rzetelna wiedza i świadomość zagrożenia, zrozumienie znaczenia i celowości nakładanych ograniczeń, jak również przekonania zdrowotne (Champion, Skinner, 2008, ss. 45-65) i wewnętrzna motywacja do zachowań prozdrowotnych (Prentice -Dunn, Rogers, 1986, ss. 153-161). Wydaje się, że wiedza i świadomość zdrowotna nabyta przed pandemią COVID-19 była istotnym czynnikiem sprzyjającym ochronie zdrowia swojego i innych osób oraz pozwoliła na spojrzenie na epidemię i jej potencjalne skutki z szerokiej, długofalowej perspektywy. Jednocześnie, biorąc pod uwagę, że edukacja zdrowotna w polskim systemie oświaty nie jest realizowana jako osobny przedmiot, co sprawia, że jej efekty nie są oczywiste i jednoznaczne, interesujące było sprawdzenie, czy podejmowane działania i szkolna polityka zdrowotna w czasie COVID-19 różniły się w szkołach należących do sieci SzPZ oraz tych, które do sieci nie przynależały. W celu zidentyfikowania potencjalnych różnic, analizie poddano opinie dyrektorów polskich szkół na temat realizacji działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki w zarządzanych przez nich szkołach w czasie pandemii koronawirusa. W związku z tym, w prezentowanych badaniach zmiennymi niezależnymi uczyniono przynależność lub brak przynależności szkoły (zarówno podstawowej, jak i ponadpodstawowej) do sieci SzPZ. Ponadto, pod uwagę wzięto także czas członkostwa szkoły w sieci SzPZ. Warto podkreślić, że było to pierwsze ogólnopolskie badanie opinii dyrektorów polskich szkół na temat realizacji działań z dziedziny promocji zdrowia i profilaktyki zakażenia koronawirusem w czasie pandemii COVID-19, które miało na celu ukazanie potencjalnych różnic w podejściu do kwestii zdrowotnych w szkołach, w zależności od przynależności do sieci SzPZ. W związku z powyższym, sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy i jaka istnieje różnica w realizacji promocji zdrowia w obliczu pandemii COVID-19 pomiędzy szkołami przynależącymi do sieci SzPZ a szkołami, które nie przynależą do sieci?

2. Czy i w jaki sposób czas przynależności szkoły do sieci SzPZ różnicował podejmowane w szkołach działania związane z promocją zdrowia w okresie pandemii koronawirusa?

W odniesieniu do tak sformułowanych pytań badawczych sprecyzowano następujące hipotezy badawcze.

H1. Istnieje różnica w realizacji zasad promocji zdrowia w obliczu pandemii COVID-19 pomiędzy szkołami przynależącymi do sieci SzPZ a szkołami, które nie przynależą do sieci. W tych pierwszych podejmowano więcej działań ukierunkowanych na całą społeczność szkolną, a nie tylko na uczniów i ich zdrowie (głównie fizyczne).

H2. Im dłużej szkoła przynależała do sieci SzPZ, tym częściej podejmowano działania promujące zdrowie wśród całej społeczności szkolnej.

Metodologia badań własnych

Informacja o badaniu i próbie badawczej

Niniejsze badanie opinii dyrektorów polskich szkół na temat wdrażania działań promujących zdrowie w ich szkołach w czasie pandemii koronawirusa zostało przeprowadzone jako badania o charakterze międzynarodowym, w ramach globalnej sieci badawczej COVID-HL (www.covid-hl.org). Badania przeprowadzono w 8 z 16 losowo wybranych województw w Polsce[1] – od czerwca 2021 do grudnia 2021 roku. Narzędzie badawcze – kwestionariusz ankiety został opracowany przez Dadaczyńskiego i in. (2021), który dostosowano do warunków polskich i rozesłano drogą elektroniczną do dyrektorów szkół, z zaproszeniem do wzięcia udziału i wypełnienia ankiety internetowej. Do badań przystąpiło łącznie 1899 dyrektorów, jednak całą ankietę wypełniło 832 respondentów. Biorąc pod uwagę zmienne społeczno-demograficzne, 80,4% reprezentowały kobiety, a 19,6% – mężczyźni. Największy odsetek badanych (46,1%) stanowili dyrektorzy w wieku 45-54 lata, natomiast 39,6% – osoby w wieku powyżej 55 roku życia. Analizując rodzaj szkoły, jaką reprezentowali respondenci, znaczącą większość stanowili dyrektorzy szkół podstawowych (76,6%). Ponadto, 49% badanych dyrektorów reprezentowało Szkoły Promujące Zdrowie.

Zmienne zależne i niezależne

Zmienną zależną (wynikową) w prezentowanych badaniach stanowił stopień wdrażania poszczególnych zasad SzPZ w polskich szkołach podczas COVID-19 w opinii badanych dyrektorów. Respondentów pytano, w jakim zakresie w ich szkołach prowadzono działania promujące zdrowie w czasie pandemii COVID-19 poprzez podanie czternastu stwierdzeń, do których ankietowani odnosili się w 4-stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało zdecydowanie nie, a 4 – zdecydowanie tak. Przykładowe stwierdzenia w ankiecie to:

[1] Województwa, w których przeprowadzono prezentowane badania to: śląskie, podkarpackie, podlaskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i lubuskie.

W naszej szkole uczniowie otrzymują wsparcie w radzeniu sobie z obawami i lękiem związanym z koronawirusem; *W naszej szkole uczniowie są angażowani w planowanie działań prewencyjnych i promujących zdrowie*. Opisywana skala została opracowana przez Dadaczyńskiego i innych (2021a), i dostosowana do kontekstu pandemii koronawirusa. Rzetelność polskiej adaptacji skali była wysoka (por. Bedyńska, Cypryańska, 2013, ss. 245-283) i wynosiła **α =** 0,954.

Za zmienne niezależne przyjęto przynależność szkoły do sieci SzPZ oraz czas przynależności. Na pytanie dotyczące przynależności do sieci SzPZ respondenci mieli dwie możliwości odpowiedzi: Tak/Nie. W przypadku odpowiedzi twierdzącej, badani byli proszeni o określenie czasu przynależności, gdzie mogli wskazać jedną z następujących opcji: krócej niż rok; 1-2 lata; 2-3 lata; powyżej 3 lat.

Sposób przedstawienia i interpretacji wyników

Dla sprawdzenia różnic w zakresie implementacji zasad SzPZ pomiędzy szkołami należącymi do SzPZ a nienależącymi do sieci zastosowano test U Manna-Whitneya, w którym przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$. Dane zostały przeanalizowane na poziomie poszczególnych *item'ów* (a nie całej skali czy poszczególnych wymiarów) w celu precyzyjniejszego zobrazowania różnic pomiędzy odpowiedziami dyrektorów reprezentujących obydwa typy szkół. Poszczególne *itemy* skali stanowią egzemplifikację całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia. Zawierają bowiem stwierdzenia odnoszące się nie tylko do działań z zakresu ochrony i promocji zdrowia uczniów (co prawdopodobnie miało miejsce we wszystkich szkołach w kraju), ale także w stosunku do pozostałych członków szkolnej społeczności (pracowników szkoły, rodziców), uwzględniając zasadę partycypacji uczniów, rodziców i przedstawicieli społeczności lokalnej. Znajdują się tu także stwierdzenia odnoszące się do dbałości o zdrowie psychospołeczne uczniów i pracowników szkoły oraz opinia stanowiąca przeświadczenie, że zdrowie uczniów i osiągane przez nich wyniki w nauce są ze sobą ściśle powiązane (co stanowi jeden z najważniejszych filarów SzPZ). W odniesieniu do szkół przynależących do sieci sprawdzono, czy czas przynależności jest powiązany z działaniami z zakresu promocji zdrowia w szkole. W tym celu zastosowano test Tau-b Kendalla, ze stopniem istotności statystycznej $p < 0,05$. Wszystkie analizy statystyczne zostały wykonane z użyciem IBM SPSS wersja 28.0 dla Windows.

Kwestie etyczne i finansowanie badań

Badanie zostało zweryfikowane i zatwierdzone przez Komisję Etyki Badań Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach (KEUS.118/04.2021). Osoby badane poinformowano o celu badania, jego dobrowolności i anonimowości. Działanie

badawcze zostało wsparte ze środków przyznanych w ramach programu Inicjatywa Doskonałości Badawczej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

Wyniki badań własnych

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że dla połowy stwierdzeń (7 z 14) występują istotne statystycznie różnice we wdrażaniu zasad promocji zdrowia w szkołach należących do sieci SzPZ oraz tych, które do niej nie przynależą. We wszystkich przypadkach wyniki średnich rang potwierdzały, że dyrektorzy szkół należących do sieci częściej zgadzali się z podanymi stwierdzeniami. Co więcej, znaczne różnice pomiędzy szkołami zaobserwowano w przypadku tych opinii, które były silnie związane z całościowym podejściem szkoły do promocji zdrowia (a zatem podejmowanie działań wspierających pracowników szkoły, zwrócenie uwagi na kwestie zdrowia psychospołecznego, udział rodziców i uczniów w planowaniu działań z zakresu promocji zdrowia, czy współpraca ze środowiskiem lokalnym). Dodatkowo, w przypadku czterech stwierdzeń zaobserwowano tendencję do różnic, gdzie ponownie szkoły należące do sieci osiągnęły lepsze wyniki średnich rang, wskazujące, że w szkołach tych podejmowano więcej działań z dziedziny promocji zdrowia w okresie pandemii (tab. 1).

Tabela 1

Wyniki testu U Manna-Whitneya dotyczące wdrażania zasad SzPZ w zależności od przynależności szkoły do sieci SzPZ

W naszej szkole…	**Średnia ranga – szkoła nie przynależy do sieci SzPZ**	**Średnia ranga – szkoła przynależy do sieci SzPZ**	**Z**	**p**	**r**
Uczniom przekazuje się podstawowe informacje na temat koronawirusa (np. przyczyn, dróg szerzenia się)	422,7	431,3	-0,77	0,441	0,020
Uczniowie uczą się, w jaki sposób należy chronić się przed zakażeniem	415,9	438,2	-1,83	0,068 (tend.)	0,052
Uczniowie uczą się, w jaki sposób zachować wystarczającą aktywność fizyczną mimo ograniczeń związanych z koronawirusem	416,2	437,0	-1,50	0,135	0,049

Uczniowie uczą się, jak się zdrowo odżywiać mimo ograniczeń związanych z koronawirusem	410,6	443,6	-2,31	0,021*	0,078
Uczniowie otrzymują wsparcie w radzeniu sobie z obawami i lękiem związanym z koronawirusem	413,7	440,4	-1,87	0,061 (tend.)	0,063
Pracownicy szkoły otrzymują wsparcie w radzeniu sobie ze stresującymi sytuacjami związanymi z koronawirusem	409,6	444,6	-2,31	0,021*	0,082
Aspekty związane z promocją zdrowia odgrywają istotną rolę w planowaniu warunków pracy (łącznie z nauczaniem w domu)	413,8	439,3	-1,72	0,085 (tend.)	0,060
Odbywają się regularne szkolenia odnośnie tematów dotyczących zdrowia (ochrona przed zakażeniem koronawirusem, postępowanie z uczniami poddanymi działaniu stresu)	405,7	447,5	-2,67	0,008*	0,098
Regularnie podejmowany jest problem stresu wynikającego z pandemii COVID-19 (obciążenie pracą, stres u uczniów)	411,7	441,4	-1,94	0,053 (tend.)	0,070
Współpracujemy ściśle z rodzicami w kwestiach związanych z promocją i ochroną zdrowia dzieci	403,6	448,7	-3,01	0,003*	0,106
Współpracujemy ściśle z przedstawicielami społeczności reprezentującymi sektor zdrowotny i społeczny w zakresie promocji i ochrony zdrowia naszych uczniów	404,1	446,3	-2,74	0,006*	0,099
Panuje zgoda, że zdrowie i wyniki osiągane w szkole przez uczniów są ze sobą powiązane	411,3	442,0	-2,04	0,041*	0,072

Uczniowie są angażowani w planowanie działań prewencyjnych i promujących zdrowie	406,1	448,1	-2,75	0,006*	0,098
Tworzone są przestrzenie (także cyfrowe) umożliwiające interakcje społeczne w warunkach ograniczeń związanych z koronawirusem	418,4	432,6	-0,93	0,351	0,033

Źródło: badania własne.

*Przyjęty poziom istotności $p < 0,05$.

Analizując znaczenie czasu przynależności szkoły do sieci SzPZ, w przypadku pięciu stwierdzeń dotyczących wdrażania zasad promocji zdrowia stwierdzono występowanie związku z czasem przynależności do sieci. Tu jednak związek ten częściej dotyczył działań ukierunkowanych na ochronę zdrowia uczniów w sytuacji pandemii. Ponadto, w szkołach dłużej przynależących do sieci częściej zwracano uwagę na planowanie pracy z uwzględnieniem zasad promocji zdrowia oraz częściej zgadzano się, że zdrowie i wyniki osiągane w szkole przez uczniów są ze sobą powiązane (tab. 2).

Tabela 2

Wyniki testu Tau-b Kendalla dotyczące wdrażania zasad SzPZ w zależności od czasu przynależności szkoły do sieci SzPZ

W naszej szkole…	**Kendall's τ coefficient**
Uczniom przekazuje się podstawowe informacje na temat koronawirusa (np. przyczyn, dróg szerzenia się)	0,11*
Uczniowie uczą się, w jaki sposób należy chronić się przed zakażeniem	0,07*
Uczniowie uczą się, w jaki sposób zachować wystarczającą aktywność fizyczną mimo ograniczeń związanych z koronawirusem	0,06*
Aspekty związane z promocją zdrowia odgrywają istotną rolę w planowaniu warunków pracy (łącznie z nauczaniem w domu)	0,10*
Panuje zgoda, że zdrowie i wyniki osiągane w szkole przez uczniów są ze sobą powiązane	0,12*

Źródło: badania własne; analiza tylko dla szkół należących do sieci SzPZ; przedstawiono tylko istotne statystycznie związki pomiędzy zmiennymi.

*Przyjęty poziom istotności $p < 0,05$.

Dyskusja wyników

Doświadczenia nauczania w czasie pandemii COVID-19 pozwoliły na wyciągnięcie wniosku, że „zasady promocji zdrowia w szkole są jeszcze ważniejsze w czasie pandemii" (WHO. Schooling during the COVID-19. Recommendations from the European Technical Advisory Group for schooling during COVID-19 (who.int)). Stwierdzenie to podkreśla związek między zdrowiem i edukacją oraz znaczenie wdrażania zasad SzPZ dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego uczniów (Velasco, 2021). Z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że kształtowanie świadomości zdrowotnej wśród uczniów (i całej społeczności szkolnej) przed pandemią mogło przyczyniać się do lepszego funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego w okresie COVID-19, jak również bardziej sumiennego stosowania się do zaleceń medycznych, większego rozumienia zasadności wprowadzanych ograniczeń i ich respektowania. Ku takiemu przekonaniu skłaniają zaprezentowane w niniejszym artykule wyniki badań własnych potwierdzających ważną rolę szkół należących do sieci SzPZ w kontekście dbałości o zdrowie i promowania zdrowia wśród całej społeczności szkolnej. Wyniki te potwierdziły bowiem obie postawione na wstępie hipotezy, głoszące, że istnieje różnica w realizacji zasad promocji zdrowia w obliczu pandemii COVID-19 pomiędzy szkołami przynależącymi do sieci SzPZ a szkołami do niej nie przynależącymi. Okazało się, że w tych pierwszych podejmowano więcej działań promujących zdrowie z uwzględnieniem całej społeczności szkolnej, a nie tylko samych uczniów. W analizowanym kontekście warto dodać, że literatura przedmiotu podkreśla znaczenie implementacji zasad SzPZ w czasie pandemii COVID-19:

– w zakresie przestrzegania przepisów sanitarnych i zaleceń dotyczących szczepień przeciwko COVID-19 – sugeruje się, że pozytywny klimat szkoły, nabyte umiejętności życiowe i wiedza na temat zdrowia mogły pozytywnie wpływać na stosowanie się do wytycznych służb medycznych. Ponadto, podejście partycypacyjne do promocji zdrowia, wsparcie społeczne oraz wyznawanie norm społecznych ukierunkowanych na zdrowie również mogły przyczyniać się do przestrzegania przepisów sanitarnych i zaleceń dotyczących szczepień przeciwko COVID-19;

– w kontekście uczenia i nauczania – szkoły promujące zdrowie propagują strategię równego traktowania zdrowia i edukacji. Badania wykazały, że zdrowsze dzieci uczą się lepiej, a zdrowsi nauczyciele są bardziej skuteczni w pracy (Kolbe, 2019, ss. 443-463);

– w obszarze zdrowia fizycznego i psychospołecznego uczniów oraz pracowników szkoły – niewątpliwe zamknięcie szkół, nauczanie na odległość i dystans społeczny wpłynęły na zdrowie i bezpieczeństwo uczniów. Jed-

nocześnie, badania sugerują, że sposób odżywiania się, poziom aktywności fizycznej, czy (nad)używanie mediów cyfrowych w okresie pandemii będą miały znaczący i długotrwały wpływ na zdrowie dzieci i młodzieży (Velasco, 2021). Stąd, realizacja edukacji i promocji zdrowia w szkole mogą w jakimś stopniu przeciwdziałać negatywnym skutkom pandemicznego *lockdownu*.

W odniesieniu do prezentowanych badań własnych warto także zwrócić uwagę, że w kontekście działań promujących zdrowie w okresie pandemii również znaczenie miał czas przynależności szkoły do sieci SzPZ. Ogólnie można stwierdzić, że im dłużej szkoła do niej przynależała, tym częściej podejmowano działania promujące zdrowie. Wyniki te potwierdzają potrzebę budowania prozdrowotnej polityki szkolnej oraz świadczą o zasadności przynależności szkół do sieci SzPZ. Wyniki badań sugerują, że w szkołach sieci świadomość zdrowotna była większa, dlatego oddziaływania promujące zdrowie kierowano nie tylko w stosunku do uczniów, ale i pracowników szkoły. Należy przy tym pamiętać, że to dyrektorzy szkół w największym stopniu odpowiadają za wdrażanie polityki zdrowotnej w szkole oraz potwierdzają chęć przynależności szkoły do sieci SzPZ. Zatem, nie ulega wątpliwości, że silnie wpływają oni na organizację pracy szkoły, podejmowane inicjatywy, zaangażowanie w działania promujące zdrowie i dobrostan wszystkich członków szkolnej społeczności (Dadaczynski, Paulus, 2015, ss. 253-273). Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w Niemczech wśród dyrektorów szkół w okresie pandemii koronawirusa także podkreślają znaczenie tej grupy zawodowej dla wdrażania zasad promocji zdrowia w szkole. Dyrektorzy o wyższym poziomie świadomości zdrowotnej częściej deklarowali realizację promocji zdrowia w szkole. Podobne powiązania stwierdzono dla postrzeganego stresu i dobrego samopoczucia dyrektorów szkół. Na przykład, gorszy stan zdrowia był powiązany z niższym stopniem realizacji działań prozdrowotnych w szkole (Dadaczynski i in., 2020a). W kontekście wdrażania i realizacji zasad promocji zdrowia w szkole duże znaczenie mają także postawy dyrektorów szkół względem zdrowia i jego promocji, co zostało potwierdzone w badaniach przeprowadzonych w okresie pandemii w Szwajcarii przez Betschart i współpracowników (2022).

Podsumowując, można przypuszczać, że świadomość zdrowotna i zainteresowanie sprawami zdrowia dyrektorów szkół stanowią istotne czynniki determinujące wdrażanie idei promocji zdrowia w szkołach. Uzyskane wyniki badań pozwalają przypuszczać, że świadomość zdrowotna dyrektorów szkół reprezentujących szkoły należące do sieci SzPZ była większa, co ma kluczowe znaczenie dla efektywnej realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. W związku z tym, myśląc o podnoszeniu kompetencji zdrowotnych uczniów i pozostałych członków społeczności szkolnej, należy mieć przede wszystkim na uwadze świadomość zdrowotną dyrektorów

szkół oraz ich postawy względem spraw związanych ze zdrowiem. Ważne jest także tak zwane „przywództwo promujące zdrowie" (*health promoting leadership*), zdefiniowane jako „(...) przywództwo, które zajmuje się tworzeniem kultury miejsc pracy promujących zdrowie i wartości, które mają inspirować i motywować pracowników do udziału w rozwoju ukierunkowanym na zdrowie" (Eriksson i in., 2010, ss. 109-123). Jednocześnie należy mieć na uwadze, że wdrażanie idei promocji zdrowia w szkołach jest także w dużym stopniu uzależnione od uwarunkowań politycznych i infrastrukturalnych na poziomie szkolnym, lokalnym oraz krajowym (Dadaczynski i in., 2022). Dlatego, niezbędne są rozwiązania systemowe i polityka edukacyjna ukierunkowana na zdrowie. Ułatwi to i zapewni efektywną realizację edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia w szkołach, które nie będą tylko i wyłącznie zależne od postaw względem zdrowia kadr zarządzających szkołami.

Wkład autorów

Autor deklaruje samodzielny wkład w powstanie pracy.

REFERENCES

Opracowania

Bedyńska, S., Cypryańska, M. (2013). *Zaawansowane metody tworzenia wskaźników – eksploracyjna analiza czynnikowa i testowanie rzetelności skali*. W: S. Bedyńska, M. Cypryańska (red.), *Statystyczny drogowskaz. Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno

Betschart, S., Sandmeier, A., Skedsmo, G., Hascher, T., Okan, O., Dadaczynski, K. (2022). *The Importance of School Leaders' Attitudes and Health Literacy to the Implementation of a Health-Promoting Schools Approach*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19

Champion, V.L., Skinner, C.S. (2008). *The health belief model*. W: K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (red.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass

Chong, Y.Y., Cheng, H.Y., Chan, H.Y.L., Chien, W.T., Wong, S.Y.S. (2020). *COVID-19 pandemic, infodemic and the role of eHealth literacy*. International Journal of Nursing Studies, 108

Dadaczynski, K., Carlsson, M., Gu, Q. (2022). *Guest editorial: Leadership in school health promotion. The multiple perspectives of a neglected research area*. Health Education, 122(3), 261-266

Dadaczynski, K., Hering, T. (2021a). *Health Promoting Schools in Germany. Mapping the Implementation of Holistic Strategies to Tackle NCDs and Promote Health*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 2623

Dadaczynski, K., Jensen, B.B., Viig, N.G., Sormunen, M., von Seelen, J., Kuchma, V., Vilaça, T. (2020). *Health, well-being and education: Building a sustainable future. The Moscow statement on Health Promoting Schools*. Health Education, 120(1), 11-19

Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M. (2021). *COVID-19 Health Literacy School Principals Survey (COVID-HL: School Principal). Questionnaire and Scale Documentation*. Bielefeld University, Interdisciplinary Centre for Health Literacy Research and Fulda University of Applied Sciences, Public Health Centre: Bielefeld, Germany

Dadaczynski, K., Paulus, P. (2015). *Healthy Principals – Healthy Schools? A Neglected Perspective to School Health Promotion*. W: V. Simovska, P. Mannix-McNamara (red.), *Schools for Health and Sustainability Theory, Research and Practice*. Dodrecht: Springer Science+Business Media.

Dadaczynski, K., Rathmann, K., Hering, T., Okan, O. (2020a). *The Role of School Leaders' Health Literacy for the Implementation of Health Promoting Schools*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 17, 1855

Eriksson, A., Axelsson, R. Axelsson, S.B. (2010). *Development of health promoting leadership– experiences of a training programme*. Health Education, 110, 109-123

Huber, S.G., Helm, C. (2020). *COVID-19 and schooling: evaluation, assessment and accountability in times of crises – reacting quickly to explore key issues for policy, practice and research with the school barometer*. Educational Assessment, Evaluation and Accountability, 32, 237-270

Kolbe, L.J. (2019). *School Health as a Strategy to Improve Both Public Health and Education*. Annu Rev Public Health, 40, 443-463

Leksy, K. (2020). *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej. Wybrane aspekty zdrowotne i pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Difin

Nowak, P.F. (2019). *Postawy nauczycieli wychowania fizycznego wobec edukacji zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Difin

Prentice-Dunn, S. Rogers, R.W. (1986). *Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model*. Health Education Research, 1

Sormuren, M., Lattke, L., Leksy, K., Dadaczynski, K., Sakellari, E., Velasco, V., Borzucka -Sitkiewicz, K., Miranda-Velasco, M.J., Rabaglietti, E., Rosario, R. (2022). *Health promoting schools and COVID-19: preparing for the future*. Scandinavian Journal of Public Health, 50, 655-659

Staszkiewicz-Grabarczyk, I. (2021). *Edukacja w czasie pandemii COVID-19 w świetle aktów prawnych*. Rozprawy Społeczne, 15(2), 25-39

Van den Broucke, S. (2020). *Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa*. Health Promotion International, 35(2), 181-186

Woynarowska, B. (2017). *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole.* W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Woynarowska-Sołdan, M., Tabak, I. (2013). *Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Medycyna Pracy, 64(5), 659-670

Woynarowska-Sołdan, M., Węziak-Białowolska, D. (2012). *Profile czynników sprzyjających dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli i sposób ich wykorzystania w Szkołach Promujących Zdrowie*. Medycyna Pracy, 63(2), 211-216

Young, I., Williams, T. (1989). *The healthy school*. Edinburgh: Scottish Health Education Group/WHO

Źródła internetowe

materials-for-teachers-2019-english.pdf (schoolsforhealth.org)

Najwyższa Izba Kontroli: *Funkcjonowanie szkół w sytuacji zagrożenia COVID-19*; pobrane z: https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/21/021/ [dostęp: 20 listopad 2022].

Ośrodek Rozwoju Edukacji – Strona główna (ore.edu.pl)

SHE | Schools for Health in Europe Network Foundation

Szkoła Promująca Zdrowie w Polsce i w Europie. Kalendarium, fakty, ludzie – Ośrodek Rozwoju Edukacji (ore.edu.pl) [dostęp 12.10.2021]

Teachers' resources | SHE (schoolsforhealth.org)

Velasco, V. (2021). *Health-Promoting Schools in the time of the Covid-19 pandemic*. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE), Haderslev, Denmark. SHE-HPS-in-time -of-pandemic.pdf (schoolsforhealth.org) [dostęp: 25 listopad 2022].

WHO. Schooling during the COVID-19. Recommendations from the European Technical Advisory Group for schooling during COVID-19 (who.int) [dostęp 25.01.2023].

Whole school approach | SHE (schoolsforhealth.org)

www.covid-hl.org

Young, I, Leger, L.St., Buijs, G. (2013). *School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2*. SHE Factsheet 2 background paper_final (schoolsforhealth.org) [dostęp 14.05.2018]