

KARINA LEKSY

ORCID 0000-0001-5907-7836

GRZEGORZ GAWRON

ORCID 0000-0002-7044-4489

Uniwersytet Śląski w Katowicach

OCENA DOSTĘPNOŚCI ZASOBÓW SŁUŻĄCYCH REALIZACJI POLITYKI ZDROWOTNEJ W SZKOŁACH NALEŻĄCYCH DO SIECI SZKÓŁ PROMUJĄCYCH ZDROWIE W POLSCE

ABSTRACT. Leksy Karina, Gawron Grzegorz, *Ocena dostępności zasobów służących realizacji polityki zdrowotnej w szkołach należących do Sieci Szkół Promujących Zdrowie w Polsce* [Assessment of the Availability of Resources for Implementing Health Policy in Schools Belonging to the Health Promoting Schools Network in Poland] *Studia Edukacyjne* no. 76, 2025, Poznań 2025, pp. 59-74. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. Submitted: 01.04.2025. Accepted: 30.05.2025. DOI: 10.14746/se.2025.76.5

Health is the fundamental value of human life and the primary determinant of the functioning quality in the individual and collective dimensions. Health is the capital that the state must invest in at various policy levels. It should include the school system, with school health policy focused on effective prevention, education, and health promotion. The Polish Network of Health Promoting Schools (HPS) is trying to compensate for perceived systemic neglect. It is an association of schools attempting to implement a comprehensive approach to health promotion. However, the effectiveness of the activities is determined mainly by the availability of personal, time, and financial resources in schools. This issue was discussed in the 2023 nationwide survey (CAWI) carried out among school health promotion coordinators from the HPS Network. The article presents selected results relating directly to the assessment of the availability of resources for the implementation of school health policy and the declaration of adapting HPS principles to local conditions. Although there are significant differences in the assessment of school resources, the coordinators jointly emphasize their importance for the optimal implementation of school health policy. Therefore, for any school attempting to implement its health policy, it should be a priority to identify and provide resources that reflect the school environment's specific needs in the health field and its promotion.

Key words: health, sources, school health policy, Health Promoting Schools Network

Wprowadzenie

Zdrowie jako inwestycja

Zdrowie jest niewątpliwie jedną z najwyżej cenionych wartości indywidualnych i społecznych, jak również stanowi podstawowe prawo każdego człowieka (Magnuszewska-Otulak, 2008, s. 201). W 2023 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) obchodziła pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich” (#HealthForAll #WHO75) 75. rocznicę swojego powstania. Cel nadrzędny organizacji, pomimo upływu lat, pozostaje niezmiennie ten sam – prawo każdego człowieka do zdrowia. W praktyce oznacza to możliwość bezpłatnego dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych oraz satysfakcjonujące życie w pełnym zdrowiu fizycznym oraz psychicznym i społecznym (WHO, 2023). Optymalny dla jednostki stan zdrowia umożliwia czerpanie jej radości z życia, efektywne wykonywanie ról zawodowych i rodzinnych, osiąganie wyznaczonych celów. Zdrowie wpływa na jakość życia, rozwijane relacje społeczne, jak również determinuje wszechstronny oraz optymalny rozwój dzieci i młodzieży (por. Leksy i in., 2023). Dobre zdrowie daje również szansę prowadzenia wydajnego i sensownego, a zarazem twórczego życia w licznych sferach i obszarach funkcjonowania. Należy zwrócić uwagę, że jest ono także postrzegane jako zasób dla człowieka i społeczeństwa. Z perspektywy zasobu dla jednostki, zdrowie umożliwia bardziej satysfakcjonujące życie pod względem społecznym i ekonomicznym. Z kolei, z punktu widzenia społeczeństwa stanowi „bogactwo” dla kraju, jest gwarantem rozwoju i wysokiego poziomu życia ludzi (Syrek, 2000, s. 46; Woynarowska, 2017, s. 29). Jest to także środek służący osiągnięciu lepszej jakości życia, przejawiającej się między innymi większą wydajnością w pracy, satysfakcjonującymi zarobkami, czy utrzymaniem dobrej kondycji fizycznej i umysłowej w okresie starości (por. Syrek, 2000, s. 46).

Przeciwieństwem powyższego jest choroba i niepełnosprawność, które wiążą się nie tylko z gorszym funkcjonowaniem, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, ale również z niemożnością wykorzystania potencjału ludzkiego w rozwoju społeczeństwa (Magnuszewska-Otulak, 2008, s. 202). Zły stan zdrowia stanowi sprawczą siłę społecznego wykluczenia, bowiem osoby chore i z zaburzeniami zdrowia często nie podejmują oczekiwanych od nich ról, nie nawiązują więzi społecznych, doświadczając niejednokrotnie społecznego odrzucenia. Prowadzi to do nierówności w zdrowiu, wynikających zarówno z zajmowanej w społecznej hierarchii pozycji jednostki i jej rodziny, jak też z takich cech demospołecznych, jak płeć, wiek, poziom wykształcenia, czy miejsce zamieszkania. Należy zauważyć, że również niższa pozycja w społecznej hierarchii (często dziedziczona) jest powiązana z gorszym zdrowiem (por. Słońska, 2002, s. 19). Jednocze-

śnie, trwający od wielu lat niedostatek środków publicznych na ochronę zdrowia, niezadowolający stan zdrowia społeczeństwa, przy ograniczonym dostępie do specjalistycznych usług medycznych dużej części populacji powoduje, że niezbędne są wielosektorowe, systemowe rozwiązania na rzecz poprawy i utrzymania zdrowia fizycznego i psychospołecznego społeczeństwa (Magnuszewska-Otulak, 2008, ss. 202-203). Działania w dziedzinie promocji zdrowia wymagają zatem wsparcia oraz interwencji na poziomie rządów i społeczności, gdyż tworzenie środowiska sprzyjającego zachowaniu i pomnażaniu zdrowia zależne jest od adekwatnych rozwiązań legislacyjnych, nakładów finansowych oraz profesjonalnego zarządzania w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Jednocześnie, najważniejszymi „aktorami” promocji zdrowia są ludzie, stąd niezwykle istotne jest kształtowanie i poszerzanie ich prozdrowotnych postaw oraz kompetencji w zakresie identyfikowania i radzenia sobie z pojawiającymi się problemami zdrowotnymi poprzez kształtowanie odpowiednich umiejętności oraz świadomości i motywacji prozdrowotnej (por. Ostrowska, 1999, s. 167). Reasumując, zdrowie to kapitał, w który należy inwestować na różnych szczeblach i poziomach polityki państwa, w celu zwiększania dobrobytu i realnych korzyści dla całego społeczeństwa. Bez wątpienia, „inwestycja” ta musi obejmować system edukacji, który obecnie wymaga gruntownych zmian, ukierunkowanych na realną i efektywną profilaktykę, edukację i promocję zdrowia na wszystkich szczeblach edukacji.

O powodzeniu i efektywności prozdrowotnie ukierunkowanych zmian w systemie edukacji, w znacznej mierze decydować będzie dostępność zasobów finansowych i kadrowych polskich szkół. Należy zauważyć, że samo pojęcie zasobów ma interdyscyplinarny charakter, a pierwotnie było używane głównie w dziedzinie ekologii („zasoby naturalne”) oraz ekonomii („zasoby ludzkie”). W ostatnich latach termin ten jest często stosowany także na gruncie psychologii i pedagogiki zdrowia (Gaweł, 2014, ss. 29-31). O zasobach w kontekście środowiska szkolnego można myśleć dwojako – jako o siedlisku, które dysponuje zasobami (np. osobowymi, finansowymi, przestrzenno-fizycznymi i in.) sprzyjającymi efektywnej edukacji (w tym edukacji zdrowotnej), a jednocześnie jako takim, które poprzez swoje oddziaływania rozwija i wzbogaca zasoby (w tym zasoby zdrowotne) uczniów oraz innych członków szkolnej społeczności. Jak zauważa A. Gaweł:

Właściwości środowiska fizycznego, materialnego i psychospołecznego szkoły, wraz z realizowaną w niej edukacją zdrowotną, mają (...) nie tylko bezpośredni bądź pośredni udział w procesach zdrowia i choroby uczniów, ale mogą i powinny także służyć zdobywaniu i doskonaleniu przez nich zasobów podmiotowych, które mogą być wykorzystane w radzeniu sobie z wymaganiami życia i osiąganiu dobrostanu zarówno w młodości, jak i w dorosłym życiu (Gaweł, 2014, s. 31).

Realizacja edukacji i polityki zdrowotnej w polskich szkołach

Zgodnie z Ustawą z 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (DzU 2015, poz. 1916), do ważnych zadań z zakresu zdrowia publicznego należy edukacja zdrowotna, dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa (w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych) (Kowalewska, 2017, s. 145). Należy zwrócić uwagę, że edukacja ta jest nieodłącznym elementem promocji zdrowia i profilaktyki oraz działań leczniczych. W centrum zainteresowania promocji zdrowia znajduje się przede wszystkim potencjał zdrowotny każdego człowieka, stąd jest ona ukierunkowana na całe populacje, podkreślając znaczenie najważniejszych determinantów zdrowia, takich jak: styl życia, wzory codziennych zachowań, interakcje między jednostką a jej społecznym i fizycznym środowiskiem.

Szkolna edukacja zdrowotna, stanowiąca jedno z najważniejszych narzędzi promocji zdrowia, „nie doczekała się” w Polsce statusu osobnego przedmiotu, a treści z tego obszaru zawarte są w obrębie kilku przedmiotów (głównie wychowania fizycznego, edukacji dla bezpieczeństwa i przyrody/biologii) (zob. Leksy 2020, ss. 205-251). Niestety, w takim kształcie sytuacji trudno ocenić sposób realizacji, stopień zintegrowania i efektywność edukacji zdrowotnej w polskich szkołach. Stanowi to niewątpliwie istotną barierę, a zarazem lukę w systemie edukacji, szczególnie w obliczu pogarszającej się kondycji zdrowotnej dzieci i młodzieży (zob. np. Kleszczewska i in., 2018; Mazur, Małkowska-Szcutnik, 2018; Raport Rzecznika Praw Dziecka, 2021). Trudno także ocenić, na ile programy wychowawczo-profilaktyczne szkół (zob. art. 26, pkt. 2 Ustawa z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe), które także zawierają treści o charakterze promocji zdrowia, są realizowane w praktyce i przynoszą założone efekty.

Sieć Szkół Promujących Zdrowie

Braki dotyczące rzetelnej i skutecznej edukacji w dziedzinie zdrowia są do pewnego stopnia kompensowane w działaniach szkół należących do Sieci Szkół Promujących Zdrowie (SzPZ) i realizujących ideę „całościowego podejścia do promocji zdrowia” (zob. Woynarowska, Woynarowska-Sołdan, 2019, s. 15). Na podstawie danych, w grudniu 2023 roku w Polsce funkcjonowało 2990 szkół i przedszkoli promujących zdrowie, spośród których ponad 300 posiadało Krajowy Certyfikat Przedszkola/Szkoły Promującej Zdrowie (Szkoła Promująca Zdrowie – Ośrodek Rozwoju Edukacji (ore.edu.pl)). W dostępnych na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji podręcz-

nikach i poradnikach został opisany model i standardy SzPZ, narzędzia do autoewaluacji działań placówki oraz kryteria przynależności szkół i przedszkoli do wojewódzkich i krajowych sieci, jak również zasady nadawania im wojewódzkiego, a następnie (po upływie min. 3 lat) Krajowego Certyfikatu SzPZ. Zatem, szkoły i przedszkola ubiegające się o jego nadanie muszą spełniać ściśle określone warunki zawarte w procedurze nadania Krajowego Certyfikatu SzPZ. Warto dodać, że jest on przyznawany na 5 lat, a po upływie tego okresu placówki edukacyjne mogą ubiegać się o ponowne nadanie certyfikatu (Krajowy Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie – Ośrodek Rozwoju Edukacji (ore.edu.pl)).

Zgodnie z przyjętą w 2015 roku definicją Szkoły Promującej Zdrowie, jest to placówka, która

we współpracy z rodzicami uczniów i społecznością lokalną: (1) systematycznie i planowo tworzy środowisko społeczne i fizyczne sprzyjające zdrowiu i dobremu samopoczuciu społeczności szkolnej; (2) wspiera rozwój kompetencji uczniów i pracowników w zakresie dbałości o zdrowie przez całe życie (Wojnarowska, Wojnarowska-Sołdan, 2019, s. 16).

W obrębie rodzimego dyskursu naukowego brakuje jednak opracowań stanowiących analizę praktycznej implementacji powyższych założeń w codziennej rzeczywistości polskich szkół. Dlatego, wymienione elementy stały się przedmiotem ogólnopolskiego badania, zrealizowanego w roku 2023 wśród szkolnych koordynatorów do spraw promocji zdrowia w polskich szkołach podstawowych i ponadpodstawowych należących do Krajowej Sieci SzPZ. Głównym celem badania było poznanie opinii respondentów na temat zakresu i sposobów wdrażania zasad SzPZ w reprezentowanych placówkach oraz wskazanie czynników warunkujących skuteczność promocji zdrowia w szkołach należących do Sieci. W artykule przedstawione zostały wybrane wyniki wyżej wymienionego badania, odnoszące się bezpośrednio do oceny dostępności zasobów (osobowych, czasowych i finansowych) służących realizacji szkolnej polityki zdrowotnej w placówkach należących do Sieci SzPZ oraz deklaracji dostosowania zasad SzPZ do warunków i możliwości badanych szkół. W związku z powyższym, sformułowane pytania badawcze przyjęły następującą postać:

1. Jak badani koordynatorzy oceniają dostępność zasobów (osobowych, czasowych, finansowych) przeznaczanych na realizację szkolnej polityki zdrowotnej w szkołach należących do sieci SzPZ?

2. Czy i jakie istnieją różnice w ocenach dostępności zasobów (osobowych, czasowych, finansowych) przeznaczanych na realizację szkolnej polityki zdrowotnej, ze względu na wybrane zmienne charakteryzujące placówki reprezentowane w badaniu?

3. Czy występują zależności pomiędzy ocenami dostępności zasobów szkół służących realizacji szkolnej polityki zdrowotnej a deklaracjami na temat dostosowania realizacji zasad SzPZ do warunków i możliwości badanych szkół?

W odniesieniu do postawionych pytań badawczych o charakterze weryfikacyjnym sformułowano hipotezę potwierdzającą istnienie różnic w zakresie oceny dostępności zasobów służących realizacji szkolnej polityki zdrowotnej w placówkach należących do Sieci SzPZ. Postawiono również hipotezę dotyczącą występowania zależności między ocenami dostępności zasobów służących wdrażaniu realizacji szkolnej polityki zdrowotnej a deklaracjami dostosowania realizacji zasad SzPZ do warunków i możliwości poszczególnych placówek. Tym samym założono, że:

- badani koordynatorzy reprezentujący SzPZ należące do Sieci dłużej i posiadające Krajowy Certyfikat SzPZ częściej wyżej oceniają dostępność zasobów (osobowych, czasowych i finansowych) służących realizacji szkolnej polityki zdrowotnej;
- wyższe oceny dostępności zasobów SzPZ (osobowych, czasowych i finansowych) korelują pozytywnie z deklaracjami dostosowania realizacji zasad SzPZ do specyficznych warunków i możliwości badanych szkół.

Metoda badawcza

Badanie zostało przeprowadzone wśród szkolnych koordynatorów SzPZ w polskich szkołach podstawowych i ponadpodstawowych należących do Krajowej Sieci SzPZ. Zrealizowano je za pośrednictwem ankiety internetowej, dystrybuowanej wśród respondentów od marca do czerwca 2023 roku, z wykorzystaniem uniwersyteckiej platformy LimeSurvey. Merytoryczną podstawę zastosowanego narzędzia badawczego stanowił standaryzowany kwestionariusz ankiety, zatytułowany „*The HPS Implementation Questionnaire*” (Vennegoor i in., 2022). Narzędzie to poddano adaptacji służącej jego dostosowaniu do polskich warunków wdrażania idei SzPZ. Przed przystąpieniem do badania, respondenci zostali poinformowani o jego celu, zapewnieni o anonimowości oraz fakcie dobrowolnego udziału. Zatem, przystępując do wypełniania ankiety, respondenci wyrażali jednocześnie zgodę na udział w badaniu. Przed realizacją projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji Etyki Uniwersytetu Śląskiego nr KEUS351/02.2023.

Zmienne zależne i niezależne

Przeprowadzone analizy statystyczne wyników badania miały charakter dwuetapowy. W pierwszym etapie za zmienną zależną przyjęto stopień oceny dostępności zasobów służących wdrażaniu szkolnej polityki zdrowotnej w pla-

cówkach należących do sieci SzPZ. Pod uwagę wzięto trzy pytania szczegółowe wchodzące w skład subskali (*Koordinacja i Zasoby* – ang. *Coordination and resources*), na które respondenci odpowiadali w 5-stopniowej skali Likerta (od 1 – *zdecydowanie nie*, do 5 – *zdecydowanie tak*). Pytania te odnosiły się do trzech rodzajów zasobów: osobowych (osoby zatrudnione w szkole delegowane do aktywnej koordynacji zadań wynikających z całościowego podejścia placówki do zdrowia i jego promocji); czasowych (zoptymalizowana liczba godzin przeznaczanych na aktywną koordynację zadań wynikających z całościowego podejścia placówki do zdrowia i jego promocji); finansowych (wewnętrzne lub zewnętrzne środki finansowe przeznaczane na aktywną koordynację zadań wynikających z całościowego podejścia placówki do zdrowia i jego promocji).

Za zmienne niezależne przyjęto czas przynależności placówki do Sieci SzPZ oraz posiadanie Krajowego Certyfikatu SzPZ. W drugim etapie analizy starano się zweryfikować, czy i na ile oceny dostępności zasobów szkół (zmienne niezależne) są powiązane z deklaracjami dotyczącymi dostosowania realizacji zasad SzPZ do specyficznych warunków i możliwości, w których funkcjonują placówki reprezentowane w badaniu (zmienna zależna).

Analiza statystyczna

Poniżej przedstawione zostały wyniki częstości, wartości średnich i odchyłeń standardowych dla wymienionych zmiennych zależnych. Ponadto, dla sprawdzenia różnic w zakresie oceny dostępności zasobów (osobowych, czasowych i finansowych) w zależności od czasu przynależności szkoły do Sieci SzPZ (gdzie przyjęto dwa przedziały czasowe: do 5 lat/powyżej 5 lat) zastosowano test U Manna-Whitneya, przy poziomie istotności statystycznej $p < 0,05$. Test ten został także zastosowany celem zweryfikowania różnic w zakresie oceny dostępności wyżej wymienionych zasobów w zależności od posiadania Krajowego Certyfikatu SzPZ. Z kolei, celem stwierdzenia istnienia związku pomiędzy ocenami dostępności zasobów szkoły a deklaracjami dostosowania realizacji zasad SzPZ do warunków i możliwości poszczególnych placówek użyty został współczynnik korelacji tau Kendalla, z przyjętym poziomem istotności $p < 0,01$. Wszystkie analizy statystyczne wykonano z użyciem IBM SPSS wersja 28.0 dla Windows.

Charakterystyka próby badawczej

W badaniu wzięło udział ogółem 500 szkolnych koordynatorów promocji zdrowia, spośród których 426 osób udzieliło odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety. Wśród placówek reprezentowanych w przedmiotowym badaniu, 36,4% przynależało do sieci SzPZ od 1 roku do 5 lat (182 szkoły), a 19,0% szkół w przedziale od 6 do 10 lat (95 szkół). Jednocześnie, Krajowy Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie posiadało 22,6% (113

szkół). W badaniu wzięli udział głównie reprezentanci szkół podstawowych (70,6%), zlokalizowanych na wsiach i w małych miastach (56,8%). Respondentkami były najczęściej kobiety (78,8%) liczące od 50 do 59 lat (35,6%).

Wyniki badań własnych

Ocena dostępności zasobów (osobowych, czasowych, finansowych) przeznaczanych na realizację szkolnej polityki zdrowotnej w szkołach należących do Sieci SzPZ

Zgodnie z uzyskanymi wynikami badania, w większości szkół należących do Sieci SzPZ zapewniane są odpowiednie zasoby ludzkie służące realizacji szkolnej polityki zdrowotnej, a więc jedna lub więcej osób aktywnie koordynuje/ją zadania wynikające z całościowego podejścia placówki do zdrowia i jego promocji (79,4%; śr. 4,25; odch. stand. 1,08).

Widoczne są jednak różnice w ocenie dostępności w tym zakresie właściwych zasobów czasowych. Niemal 30% koordynatorów uznało, że osoby i zespoły odpowiedzialne za wdrażanie szkolnej polityki zdrowotnej nie dysponują wystarczającą liczbą godzin przeznaczonych na realizację jej celów, a niemal tyle samo wskazało, iż trudno ocenić przedmiotową kwestię. W opinii pozostałych 42,8% (śr. 3,19; odch. stand. 1,32) respondentów, liczba godzin przeznaczana na implementację promocji zdrowia w szkołach jest wystarczająca.

Przeprowadzone badanie wykazało jednocześnie dostrzeganie przez respondentów znacznego deficytu środków finansowych służących realizacji celów polityki zdrowotnej placówek należących do Sieci SzPZ. Ponad połowa badanych koordynatorów (51,6%) uznała, że środki te są niewystarczające, a przeciwnego zdania było jedynie 24,2% ankietowanych (śr. 2,55; odch. stand. 1,27) – tabela 1.

Tabela 1

Częstości i statystyki opisowe dotyczące dostępności zasobów (osobowych, czasowych, finansowych) przeznaczanych na realizację szkolnej polityki zdrowotnej w szkołach należących do Sieci SzPZ (n = 500)

	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)	Średnia, odchylenie stand.
Jedna lub więcej osób zatrudnionych w mojej szkole aktywnie koordynuje/ją zadania wynikające z całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji.	8,8	11,8	79,4	4,25 (1,08)

cd. tabeli 1

	Zdecydowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecydowanie tak/Tak (%)	Średnia, odchylenie stand.
Osoba/osoby odpowiedzialna/e za wdrażanie zasad całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji dysponuje/ją wystarczającą liczbą godzin przeznaczonych na realizację jego celów.	29,8	27,4	42,8	3,19 (1,32)
Dostępne w mojej szkole środki finansowe są wystarczające na realizację polityki zdrowotnej i wdrażanie zasad Szkół Promujących Zdrowie.	51,6	24,2	24,2	2,55 (1,27)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Biorąc pod uwagę różnice ocen zakresu dostępności zasobów służących wdrażaniu szkolnej polityki zdrowotnej w zależności od czasu przynależności poszczególnych placówek do Sieci SzPZ, analiza statystyczna wykazała bardzo słabe, ale statystycznie istotne różnice w odniesieniu do dwóch z trzech analizowanych kwestii. Zgodnie z wynikami (tab. 2), w szkołach należących do Sieci SzPZ dłużej (powyżej 5 lat) częściej zapewniane są odpowiednie zasoby ludzkie, a więc zatrudnione osoby aktywnie koordynujące zadania wynikające z całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia ($p = 0,019$; $r = 0,12$). Jednocześnie, w szkołach tych częściej osoby odpowiedzialne za wdrażanie szkolnej polityki zdrowotnej dysponują wystarczającą liczbą godzin przeznaczonych na jej realizację ($p = 0,022$; $r = 0,13$).

Tabela 2

Wyniki testu U Manna-Whitneya dotyczące promocji zdrowia w szkołach w zależności od czasu przynależności szkoły do Sieci SzPZ ($n = 440$).

	Średnia ranga (1-5 lat)	Średnia ranga (> 5 lat)	Z	p	r
Jedna lub więcej osób zatrudnionych w mojej szkole aktywnie koordynuje/ją zadania wynikające z całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji.	205,67	230,96	-2,342	0,019*	0,12

cd. tabeli 2

	Średnia ranga (1-5 lat)	Średnia ranga (> 5 lat)	Z	p	r
Osoba/osoby odpowiedzialna/e za wdrażanie zasad całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji dysponuje/ ją wystarczającą liczbą godzin przeznaczonych na realizację jego celów.	204,35	231,89	-2,292	0,022*	0,13
Dostępne w mojej szkole środki finansowe są wystarczające na realizację polityki zdrowotnej i wdrażanie zasad Szkół Promujących Zdrowie.	210,46	227,58	-1,428	0,153	---

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zastosowano dwa przedziały czasowe: 1-5 lat oraz powyżej 5 lat.

Przyjęty poziom istotności * $p < 0,05$. Współczynnik korelacji rangowo-dwuseryjnej Wendensta (r) został obliczony tylko dla różnic istotnych statystycznie.

Za jeden z elementów potencjalnie różnicujących oceny dostępności zasobów służących wdrażaniu szkolnej polityki zdrowotnej w badanych placówkach uznano fakt posiadania Krajowego Certyfikatu SzPZ. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że w przypadku dwóch zmiennych zależnych (dotyczących zasobów osobowych i czasowych) wystąpiły bardzo słabe, choć istotne statystycznie różnice pomiędzy szkołami ze względu na posiadanie przedmiotowego certyfikatu. Ponadto, w odniesieniu do trzeciej zmiennej (dotyczącej zasobów finansowych) wynikowej zaobserwowano tendencję do różnic pomiędzy badanymi szkołami ($p = 0,054$). Ponownie istotne statystycznie różnice odnotowano w kontekście dostępności zasobów ludzkich, a więc występowania aktywnej koordynacji działań związanych z realizacją całościowego podejścia szkoły do promocji zdrowia – częściej miało to miejsce w placówkach, które posiadały Krajowy Certyfikat SzPZ ($p = 0,008$; $r = 0,15$). Również w tych szkołach koordynatorzy częściej deklarowali dysponowanie wystarczającą liczbą godzin przeznaczonych na realizację całościowego podejścia do promocji zdrowia ($p = 0,022$; $r = 0,14$) – tabela 3.

Tabela 3

Wyniki testu U Manna-Whitneya
dotyczące promocji zdrowia w szkołach w zależności od posiadania
Krajowego Certyfikatu SzPZ n = 428)

	Średnia ranga (certyfikat SzPZ)	Średnia ranga (brak certyfi- katu SzPZ)	Z	p	r
Jedna lub więcej osób zatrudnionych w mojej szkole aktywnie koordynuje/ją zadania wynikające z całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji.	237,66	206,19	-2,654	0,008*	0,15
Osoba/osoby odpowiedzialna/e za wdrażanie zasad całościowego podejścia szkoły do zdrowia i jego promocji dysponuje/ją wystarczającą liczbą godzin przeznaczonych na realizację jego celów.	236,75	206,52	-2,284	0,022*	0,14
Dostępne w mojej szkole środki finansowe są wystarczające na realizację polityki zdrowotnej i wdrażanie zasad Szkół Promujących Zdrowie.	233,20	207,79	-1,923	0,054 (tend.)	---

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Przyjęty poziom istotności *p < 0,05. Współczynnik korelacji rangowo-dwuseryjnej Wendensta (r) został obliczony tylko dla różnic istotnych statystycznie.

Zależności między ocenami dostępności zasobów służących realizacji szkolnej polityki zdrowotnej a deklaracjami dostosowania realizacji zasad SzPZ do warunków i możliwości poszczególnych placówek

Analiza uzyskanych wyników dotyczących dostosowania badanych szkół w zakresie realizacji zasad promocji zdrowia do indywidualnych warunków szkoły wskazuje, że w znaczącej większości szkoły realizują politykę zdrowotną wynikającą z przynależności do Sieci SzPZ adekwatnie do swoich rzeczywistych możliwości (85,5%; śr. 4,40; odch. stand. 0,88). Tylko 10,4% koordynatorów SzPZ wskazało, iż trudno ocenić powyższą kwestię, a 4,2% z nich oceniło, że szkoły nie dostosowały realizacji działań dotyczących promocji zdrowia do specyficznych warunków, w jakich funkcjonują – tabela 4.

Tabela 4

Częstości i statystyki opisowe
dotyczące dostosowania realizacji zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia
do specyficznych warunków i możliwości, w których funkcjonują szkoły (n = 500)

	Zdecy- dowanie nie/Nie (%)	Trudno ocenić (%)	Zdecy- dowanie tak/Tak (%)	Średnia, odchyle- nie stand.
Szkoła, w której pracuję dostosowa- ła realizację zasad promocji zdrowia i dobrego samopoczucia do specy- ficznych warunków i możliwości, w których funkcjonuje.	4,2	10,4	85,5	4,40 (0,88)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Z kolei, wyniki analizy statystycznej wykazały istnienie dodatniej korelacji pomiędzy dostępnością zasobów szkoły (osobowych, godzinowych, finansowych) a deklaracjami dotyczącymi realizacji zasad SzPZ do specyficznych warunków i możliwości poszczególnych placówek. W przypadku zasobów osobowych przeprowadzona analiza wykazała istnienie umiarkowanej zależności ($\tau = 0,49$; $p < 0,001$), natomiast w odniesieniu do zasobów czasowych i finansowych zachodzące korelacje są słabe, ale istotne statystycznie (odpowiednio: $\tau = 0,34$; $p < 0,001$ oraz $\tau = 0,49$; $p < 0,001$) (tab. 5). Należy dodać, że zarówno posiadanie certyfikatu SzPZ, jak i czas przynależności do Sieci nie różnicowały wykazanych powyżej związków pomiędzy zmiennymi.

Tabela 5

Wyniki korelacji tau Kendalla zależności pomiędzy dostępnością zasobów SzPZ
służących realizacji całościowego podejścia do promocji zdrowia
a dostosowaniem wyżej wymienionych działań do warunków i możliwości szkoły

Zamienne		Zasoby osobowe	Zasoby godzinowe	Zasoby finansowe
Szkoła, w której pracuję dostosowała realizację zasad SzPZ do specyficznych warunków i możliwości, w których funkcjonuje (np. specyficzne potrzeby uczniów; pochodzenie uczniów i na- uczycieli; struktura organizacyjna szko- ły; możliwości, jakie stwarza budynek szkolny).	n	482	482	482
	τ	0,49	0,34	0,27
	p	<0,001	<0,001	<0,001

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.
Przyjęty poziom istotności: $p < 0,01$.

Dyskusja wyników

Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników badań własnych można stwierdzić, że tylko częściowo potwierdziła się hipoteza, że: *badani koordynatorzy reprezentujący SzPZ należące do Sieci dłużej i posiadające Krajowy Certyfikat SzPZ częściej wyżej oceniają dostępność zasobów (osobowych, czasowych i finansowych) służących realizacji szkolnej polityki zdrowotnej*. Uzyskane wyniki wskazują bowiem znaczne zróżnicowanie opinii szkolnych koordynatorów na ten temat. Stosunkowo najwyżej oceniona została dostępność zasobów osobowych, czemu z pewnością sprzyjał fakt, że już na etapie aplikowania placówki do Sieci SzPZ wymagane jest powołanie szkolnego koordynatora oraz zespołu do spraw zdrowia (zob. Woynarowska, Woynarowska-Sołdan, 2019, ss. 9-20). Zatem, zapewnienie właściwych zasobów osobowych stanowi formalny warunek uczestnictwa w tej inicjatywie. Warto przy tym zwrócić uwagę, że wedle opinii badanych koordynatorów, w co piątej placówce wytyczna ta nie została spełniona. Można zatem domniemywać, że w tych szkołach dążono jedynie do spełniania regulaminowych wymogów, a nie stworzenia optymalnego podejścia do potrzeb zespołu odpowiedzialnego za wdrażanie polityki zdrowotnej. Warto także podkreślić, że dłuższy czas funkcjonowania placówek w Sieci oraz posiadanie Krajowego Certyfikatu SzPZ koresponduje z wysoką oceną dostępności zasobów ludzkich. Tutaj z kolei istotną determinantą może być nabyte doświadczenie kadry zajmującej się wdrażaniem szkolnej polityki zdrowotnej. Bez wątpienia, sprzyja to efektywnej realizacji działań prozdrowotnych oraz dokonywaniu ich regularnej ewaluacji.

Jednocześnie, jak wykazano, oceny dostępności zasobów czasowych są silnie zróżnicowane. Tylko niewiele ponad 40% ankietowanych uznaje je za wystarczające. Oznacza to, że w pozostałej części badanych szkół koordynatorzy mogą dostrzegać trudności w realizacji szerokiej polityki zdrowotnej ze względu na ograniczenia czasowe w tym zakresie. Stosunkowo najczęściej funkcja ta powierzana jest etatowym nauczycielom, których podstawowa działalność w szkole związana jest bezpośrednio z procesem dydaktycznym, a nie wdrażaniem szkolnej polityki zdrowotnej (por. Nowak, 2019). Poza tym, można domniemywać, że koordynatorzy mając świadomość tych ograniczeń, jednocześnie dostrzegają wielowymiarowość polityki zdrowotnej i obszary, które wymagają właściwego zagospodarowania. Ponownie wysokim ocenom dostępności zasobów czasowych sprzyjał fakt posiadania Krajowego Certyfikatu SzPZ oraz długoletni staż w Sieci, co może wskazywać na znaczenie zdobytego doświadczenia sprzyjającego optymalnemu wykorzystaniu ograniczonych zasobów szkolnych.

Ostatecznie, zdecydowanie najniżej oceniana jest dostępność zasobów finansowych potrzebnych na realizację szkolnej polityki zdrowotnej. Ponad połowa ankietowanych wyraziła opinie, że nie dysponuje zasobami finansowymi wystarczającymi na realizację polityki zdrowotnej i wdrażanie zasad SzPZ. W tym przypadku czas przynależności do Sieci oraz posiadanie Krajowego Certyfikatu SzPZ nie różnicowały uzyskanych w przedmiotowej kwestii wyników. Niestety, sam fakt członkostwa w Sieci SzPZ nie obejmuje finansowania planowanych działań prozdrowotnych i nie daje również żadnych gwarancji odnośnie możliwości pozyskania zewnętrznych środków finansowych. Przynależność do Sieci daje jedynie możliwość budowania relacji członkowskich, wymianę informacji lub organizację współpracy, jednak bez bezpośredniego finansowania tych działań. Dlatego, to poszczególne placówki zobowiązane są do zdobywania potrzebnych funduszy we własnym zakresie. Z pewnością, rozwiązaniem skutecznie poprawiającym tę sytuację mogłoby być powołanie funduszu lub innej formy finansowej partycypacji członkowskiej, która przy dodatkowym wsparciu zewnętrznym (np. ze strony administracji regionalnej i/lub centralnej) dawałaby szansę na aplikowanie o zabezpieczenie niezbędnych środków.

Analiza danych potwierdziła hipotezę, zakładającą, że *wyższe oceny dostępności zasobów SzPZ (osobowych, czasowych i finansowych) korelują pozytywnie z deklaracjami dostosowania realizacji zasad SzPZ do specyficznych warunków i możliwości badanych szkół*. Warto dodać, że zarówno posiadanie Krajowego Certyfikatu SzPZ, jak i czas przynależności do Sieci nie różnicowały wykazanych powyżej związków pomiędzy zmiennymi. Wydaje się więc, że optymalne wdrażanie szkolnej polityki zdrowotnej warunkowane jest, w opiniach koordynatorów, przede wszystkim dostępem do niezbędnych zasobów. To osoby dysponujące czasem i finansami na realizację szkolnej polityki zdrowotnej określają realne możliwości właściwego dostosowania podejmowanych i planowanych działań do specyficznych warunków szkolnej rzeczywistości kształtującej się w poszczególnych placówkach. Okazuje się, że chociaż staż i formalne potwierdzenie realizacji działań (Krajowy Certyfikat SzPZ) mogą sprzyjać podwyższeniu oceny dostępności zasobów, to jednak już o efektywnym wdrażaniu zasad SzPZ w głównej mierze decydują realne możliwości ich wykorzystania. Dlatego, dla każdej placówki podejmującej starania w kierunku wdrażania szkolnej polityki zdrowotnej, priorytetowe powinno być określenie i zapewnienie optymalnych zasobów (osobowych, czasowych, finansowych) odzwierciedlających specyficzne potrzeby zdiagnozowane w obrębie szerokiego środowiska szkolnego.

Zakończenie i wnioski

Szkoły należące do Sieci SzPZ pełnią niezwykle ważną rolę w szerzeniu oświaty zdrowotnej, zapewniając – przynajmniej do pewnego stopnia – lukę w zakresie efektywnej realizacji edukacji zdrowotnej. Brakuje tu jednak wsparcia finansowego i zaplecza kadrowego, dysponującego płatnymi godzinami dydaktycznymi w celu pełnego wykorzystania potencjału szkoły promującej zdrowie. Zapewne wymaga to wsparcia i rozwiązań systemowych, z jednoczesnym zapewnieniem zasobów potrzebnych do realizacji celów i zadań szkół ukierunkowanych na promocję zdrowia. Rozwiązania te powinny także brać pod uwagę kształcenie przyszłych i obecnych nauczycieli do roli edukatora/promotora zdrowia. Być może należałoby powrócić do koncepcji uniwersyteckiego kształcenia pedagogów w ramach specjalności „Pedagogika Zdrowia”? Nie ulega wątpliwości, że w obliczu wielości problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży warto podejmować wysiłki na rzecz tego, aby każda polska szkoła była placówką promującą zdrowie.

Wkład autorów

Autorzy deklarują równy wkład w organizację badań i powstanie pracy.

REFERENCES

Opracowania

- Gaweł, A. (2014). *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Kleszczewska, D., Mazur, J., Dzielska, A., Michalska, A., Gaspar de Matos, M., Santos, T., Gaspar, T., Branquinho, C., Antão, M.I., Guedes, F. (2018). *Improve the youth. Zdrowie psychiczne młodzieży. Raport z badań*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka
- Kowalewska, A. (2017). *Zdrowie i zagrożenia zdrowia a edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży* (ss. 145-162). W: B. Zawadzka, T. Łączka (red.), *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Kielce: Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
- Leksy, K. (2020). *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej: wybrane aspekty zdrowotne i pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Difin
- Leksy, K., Nawój-Poloczańska, J., Skowrońska-Pućka, A. (2023). *Ocena alfabetyzmu zdrowotnego studentów w oparciu o kwestionariusz Health Literacy Questionnaire (HLQ) – badania wstępne*. *Studia Edukacyjne*, 69, 57-76
- Magnuszewska-Otulak, G. (2008). *Ochrona zdrowia w polityce społecznej* (ss. 201-216). W: G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Mazur, J., Małkowska-Szkutnik, A. (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka
- Nowak, P.F. (2019). *Postawy nauczycieli wychowania fizycznego wobec edukacji zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Difin
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: IFiS PAN
- Słońska, Z. (2002). *Edukacja zdrowotna w zmieniającym się społeczeństwie* (ss. 19-25). W: Z. Żukowska, R. Żukowski (red.), *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Estrella
- Syrek, E. (2000). *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
- Vennegoor, G., Van Assema, P., Eekhout, I., Lezwijn, J., Molleman, G., Jansen, M. (2022). *Measuring implementation of Health Promoting School (HPS) programs: development and psychometric evaluation of the HPS implementation questionnaire*. *Journal of School Health*
- Woynarowska, B. (2017). *Zdrowie jako wartość i zasób dla jednostki oraz zasób dla społeczeństwa* (ss. 27-29). W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Woynarowska, B., Woynarowska-Soldan, M. (2019). *Koncepcja i zasady tworzenia oraz rozwoju szkół promujących zdrowie w Polsce*. W: B. Woynarowska, M. Woynarowska-Soldan (red.), *Szkola Promująca Zdrowie. Podręcznik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. (ss. 13-52). Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji

Źródła internetowe

- Krajowy Certyfikat Szkoły Promującej Zdrowie – Ośrodek Rozwoju Edukacji (ore.edu.pl) [dostęp: 26.02.2024]
- Raport Rzecznika Praw Dziecka (2021). *Raport-RPD-samopoczucie-psychiczne*-PDF.pdf (brpd.gov.pl) [dostęp: 12.11.2023]
- Szkola Promująca Zdrowie – Ośrodek Rozwoju Edukacji (ore.edu.pl) [dostęp: 26.02.2024]
- World Health Organization (2023). *75 years of improving public health. World Health Day 2023. 5 years of improving public health* (who.int) [dostęp: 03.04.2024]