

Magdalena Woynarowska-Sołdan

Projekt "Promocja zdrowia pracowników szkoły" : podstawy teoretyczne i koncepcja

Chowanna 2, 239-259

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Magdalena Woynarowska-Sołdan

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Projekt *Promocja zdrowia pracowników szkoły* Podstawy teoretyczne i koncepcja

Wstęp

Od 1992 roku wdrażana jest w Europie koncepcja szkoły promującej zdrowie (SzPZ). Już w pierwszym roku działania programu trzy organizacje międzynarodowe: Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO/EURO), Rada Europy i Komisja Europejska, utworzyły Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ – European Network of Health Promoting School, ENHPS). W 2008 roku przekształciła się ona w sieć Szkoły dla Zdrowia w Europie (Schools for Health in Europe, SHE), do której należą 43 kraje regionu europejskiego. Od 1996 roku sieci takie rozwijane są także na innych kontynentach w ramach inicjatywy *Promoting Health through School*, podjętej przez Kwaterę Główną WHO. Można zatem uznać, że działania na rzecz tworzenia SzPZ mają charakter globalny. Są to najdłużej trwające i wciąż rozwijane w Europie i na innych kontynentach skoordynowane, systemowe działania na rzecz zdrowia w szkole. Ich istotą są inicjatywy oddolne i całościowe podejście do zdrowia w szkole („whole school approach to health”)¹. Podejście to zakłada istnienie spójności między określoną na piśmie polityką szkoły a jej codzienną praktyką i uwzględnia:

- edukację zdrowotną ukierunkowaną na uczestnictwo, rozwijanie kompetencji do działania i umiejętności życiowych,

¹ B. Woynarowska: *Szkoła promująca zdrowie po 20 latach. Dorobek, bariery, perspektywy*. „Remedium” 2012, nr 12, s. 1-3.

- branie pod uwagę tego, jak uczniowie rozumieją zdrowie i dobre samopoczucie,
- tworzenie w szkole polityki na rzecz zdrowia,
- tworzenie środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu,
- budowanie dobrych relacji między szkołą, rodzicami i społecznością lokalną,
- efektywne korzystanie ze świadczeń pracowników medycznych².

Obok Czech, Słowacji i Węgier, Polska należy do krajów, które jako pierwsze w Europie rozpoczęły prace nad tworzeniem SzPZ w ramach pilotażowego projektu *Szkoła promująca zdrowie* realizowanego pod patronatem WHO/EURO (1992–1995). Była też jednym z 8 pierwszych krajów przyjętych do ESSzPZ i jest aktywnym członkiem sieci SHE. W realizowanym w Polsce projekcie pilotażowym uczestniczyło 14 szkół. Stopniowo tworzyły się wojewódzkie sieci SzPZ. Od 2006 roku sieci SzPZ istnieją we wszystkich 16 województwach, w 2014 roku należało do nich prawie 3 tys. szkół różnego typu i przedszkoli³.

Zgodnie z przyjętą w Polsce koncepcją, SzPZ to szkoła, która powinna tworzyć warunki i podejmować działania sprzyjające dobremu samopoczuciu członków całej społeczności szkolnej (uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły, rodziców) oraz podejmowaniu przez nich działań na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi, a także tworzeniu w szkole środowiska sprzyjającego zdrowiu⁴. Działania w SzPZ są więc ukierunkowane na zmiany dotyczące jednostek oraz środowiska ich nauki i pracy.

W Polsce, a także w większości krajów europejskich w programie SzPZ koncentrowano się dotychczas na zdrowiu uczniów, gdyż powszechnie uważa się, że „szkoła jest dla uczniów” i oni są w niej najważniejsi. Potrzebę zajęcia się również promocją zdrowia pracowników szkoły dostrzeżono najwcześniej w USA. Od końca lat osiemdziesiątych XX wieku we wszystkich stanach realizowany jest Wszechstronny Program Zdrowia w Szkole (The Comprehensive School Health Program⁵, obecna nazwa: The Coordinated School Health Program). Program ten, podobnie jak SzPZ, zakłada całościowe podejście do zdrowia w szkole i ma na celu poprawę efektów

² *The Egmond Agenda*. In: *Education & Health in Partnership. A European Conference on Linking Education with the Promotion of Health in Schools*. Conference report. Copenhagen: International Planning Committee, 2002, s. 69–73.

³ Dane Zespołu ds. Promocji Zdrowia w Szkole Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie.

⁴ B. Woynarowska, M. Sokołowska: *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie*. „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole” 2006, z. 10–11, s. 16.

⁵ D.D. Allensworth, L.J. Kolbe: *The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept*. „Journal of School Health” 1987, vol. 60, no. 1, s. 409–412.

uczenia się/nauczania oraz samopoczucia dzieci i dorosłych. Jednym z 8 komponentów programu jest promocja zdrowia personelu szkoły mająca na celu stwarzanie warunków do poprawy zdrowia pracowników, a tym samym wydajności pracy, zmniejszenia absencji i kosztów opieki zdrowotnej. Pracowników zachęca się do prozdrowotnego stylu życia i większego zaangażowania w realizację pozostałych komponentów programu (są nimi: edukacja zdrowotna, aktywność fizyczna, opieka zdrowotna, żywienie, poradnictwo psychospołeczne, zdrowe i bezpieczne środowisko szkoły, współpraca z rodzicami) oraz tworzenia pozytywnych wzorców zachowań zdrowotnych dla uczniów⁶.

W ostatnich latach w dokumentach międzynarodowych i zapisach przyjętych w niektórych krajach należących do sieci SHE zwrócono uwagę na potrzebę uwzględnienia w większym stopniu promocji zdrowia pracowników szkoły. Na przykład:

- Międzynarodowa Unia Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej (International Union for Health Promotion and Education, IUHPE) uznała „uwzględnianie zdrowia i dobrego samopoczucia pracowników szkoły” za jedną z 11 zasad SzPZ⁷;
- w *Stanowisku z Odense*, przyjętym na Czwartej Europejskiej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie, zapisano, że „poprawa zdrowia, samopoczucia nauczycieli przez tworzenie w szkole zdrowego miejsca pracy” jest jedną z 12 korzyści/cech SzPZ⁸;
- w Szkocji promocja zdrowia pracowników szkoły jest jednym z 6 obszarów działań w SzPZ⁹; w Walii jednym z celów SzPZ jest dążenie do tego, aby szkoła stawała się miejscem pracy promującym zdrowie wszystkich pracowników¹⁰; w Finlandii i Estonii wdraża się programy poprawy samopoczucia zawodowego pracowników¹¹.

⁶ J.A. Grunbaum, S.J. Rutman, P.R. Sathrum: *Faculty and Staff Health Promotion: Results from the School Health Policies and Programs Study 2000*. „Journal of School Health” 2001, vol. 71, no. 7, s. 335–339.

⁷ International Union for Health Promotion and Education: *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*. Version 2. Saint-Denis: IUHPE, 2008.

⁸ *The Odense Statement: Our ABC for Equity, Education and Health*. The 4th European Conference on Health Promoting Schools (2012). <http://www.school-for-health.eu> [5.12.2014].

⁹ *Healthy Schools Edinburgh and Lothians: Scheme and resource pack*. Edinburgh: NHS Lothian, [s.a.].

¹⁰ Public Health Improvement Division: *Healthy Schools Assessment Tool*. Cardiff: PHID, [s.a.].

¹¹ T. Saaranen et al.: *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 Education” 2012, vol. 112, no. 3, s. 236–255.

Te inicjatywy stały się inspiracją do podjęcia w Polsce prac dotyczących rozszerzenia dotychczasowych działań SzPZ na rzecz zdrowia nauczycieli i innych pracowników szkoły.

Celem artykułu jest przedstawienie projektu *Promocja zdrowia pracowników szkoły* (zwanego dalej projektem): uzasadnienie jego podjęcia, zaprezentowanie podstaw teoretycznych, założeń i modelu. Projekt realizowany był w latach 2012–2015 na mocy porozumienia między Zakładem Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego a Ośrodkiem Rozwoju Edukacji w Warszawie¹².

Uzasadnienie podjęcia projektu

Podjęcie realizacji projektu nawiązuje do opisanych tendencji rozszerzenia zakresu działań SzPZ; wpływa także z przekonania, że zdrowie i samopoczucie pracowników szkoły jest – obok ich zawodowych, osobistych i społecznych kompetencji – jednym z podstawowych czynników sprzyjających realizacji zadań szkoły oraz ma wpływ na zdrowie, samopoczucie i efekty uczenia się uczniów.

Za szczególnie potrzebną uznano „inwestycję” w zdrowie nauczycieli. Wynika to z następujących przesłanek:

1. „Nauczyciel jest najważniejszy” – tak zaczyna się *Raport o stanie edukacji 2013*¹³. Nauczyciel jest „głównym agentem zmiany” w systemie edukacji. Stwierdzenie to, sformułowane na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku przez Michaela G. Fullana¹⁴, jest szczególnie aktualne w SzPZ¹⁵. Zdaniem Trefora Williama, jednego z twórców europejskiej koncepcji SzPZ, w jej „sercu znajduje się nowoczesny, pełen zrozumienia stosunek nauczycieli do tej koncepcji; bez tego szkoła promująca zdrowie pozostanie marzeniem”¹⁶.

¹² Koordynatorami „centralnymi” projektu były: ze strony Zakładu Zdrowia Publicznego – Magdalena Woynarowska-Sołdan, ze strony Ośrodka Rozwoju Edukacji – Grażyna Skoczek.

¹³ Instytut Badań Edukacyjnych: *Liczą się nauczyciele. Raport o stanie edukacji 2013*. Warszawa: IBE, 2014, s. 7.

¹⁴ M.G. Fullan: *Why Teachers Must Become Change Agents*. „Educational Leadership” 1993, vol. 50, no. 6. <http://www.ascd.org/publications/educational-leadership/mar93/vol50/num06/Why-Teachers-Must-Become-Change-Agents.aspx> [13.12.2014].

¹⁵ L.St. Leger: *Reducing the Barriers to the Expansion of Health Promoting Schools by Focusing on Teachers*. „Health Education” 2000, no. 100, s. 81–87.

¹⁶ T. Williams: *Szkoła promująca zdrowie – rzeczywistość czy mit*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 7/8, s. 193–194.

2. Nauczyciele we wszystkich krajach są grupą zawodową narażoną na specyficzne obciążenia zawodowe i wypalenie zawodowe¹⁷.
3. Stan zdrowia nauczycieli w Polsce, w ich samoocenie, nie odbiega od stanu zdrowia przeciętnej populacji osób dorosłych z wyższym wykształceniem. Mimo że większość nauczycieli (75%) ocenia swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, to jednak u około 40% występują długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, osoby z tej grupy często odczuwają ból/dyskomfort fizyczny¹⁸.
4. Większość (78%) nauczycieli uważa, że raczej lub bardzo dba o swoje zdrowie, choć nie znajduje to potwierdzenia w ich stylu życia. Niedostatki zachowań prozdrowotnych nauczycieli utrudniają im dostarczanie uczniom pozytywnych wzorców w tym zakresie¹⁹.

Drugą – obok nauczycieli – grupą personelu szkoły są pracownicy obsługi, administracji, stołówki szkolnej. Tworzą oni odrębny, „własny” system oddziaływania na uczniów i wzorce zachowań zdrowotnych (nie zawsze pozytywnych). Nie mają przygotowania do pracy z uczniami, nie prowadzi się dla nich szkoleń (poza szkoleniami bhp). Ta grupa pracowników pozostaje poza głównym nurtem życia szkoły, na marginesie systemu edukacji, znaczna część tych pracowników jest zatrudniana przez samorządy lokalne. Większość pracowników niepedagogicznych szkoły ma niski status społeczno-ekonomiczny i poziom wykształcenia. Wykazano, że pracownicy o niskim poziomie wykształcenia, w porównaniu z lepiej wykształconymi, gorzej oceniają swoje zdrowie, rzadziej prowadzą prozdrowotny styl życia i mają mniejsze kompetencje do dbałości o zdrowie²⁰. Potwierdziły to wyniki badań własnych, w których stwierdzono, że pracownicy niepedagogiczni szkoły, w porównaniu z nauczycielami (prawie wszyscy z wykształceniem wyższym), mają gorszy stan zdrowia, częściej

¹⁷ Wskazują na to wyniki licznych badań w Polsce i innych krajach. Zob. np.: J. Pyżalski: *Stresory w środowisku pracy nauczyciela*. W: *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomędzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem*. Red. J. Pyżalski, D. Merecz. Kraków: Impuls, 2010, s. 53–74; S. Weiß, E. Kiel: *Lehrergesundheit – Belastung, Ressourcen und Prävention*. In: *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Hrsg. M.M. Marchwacka. Wisbaden: Springer VS, 2013, s. 347–359.

¹⁸ M. Woynarowska-Sołdan, I. Tabak: *Zdrowie subiektywne i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół podstawowych i gimnazjów*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” [Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia] 2013, T. 11, nr 4, s. 349–357.

¹⁹ M. Woynarowska, D. Węziak-Białowolska: *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, T. 93, nr 4, s. 739–745.

²⁰ *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Red. E. Korzeniowska, K. Puchalski. Łódź: Instytut Medycyny Pracy, 2010.

występują u nich długotrwałe problemy zdrowotne, choroby przewlekłe oraz różnorodne dolegliwości²¹; rzadziej podejmują zachowania sprzyjające zdrowiu, a częściej ryzykowne dla zdrowia²².

Potrzebę uczestnictwa pracowników niepedagogicznych szkoły w tworzeniu SzPZ dostrzegano w Polsce już na początku lat dziewięćdziesiątych w czasie projektu pilotażowego *Szkoła promująca zdrowie*. Podjęto wówczas próby organizacji warsztatów adresowanych do tej grupy pracowników²³, lecz w następnych latach działań tych nie kontynuowano.

Podstawy teoretyczne projektu

Podstawę teoretyczną projektu stanowi koncepcja promocji zdrowia, rozwijająca się od lat osiemdziesiątych XX wieku dziedziną/strategią działań na rzecz umacniania zdrowia jednostek i społeczności. Przyjęto, że promocja zdrowia:

- to „proces umożliwiania (*enabling*) ludziom zwiększenia kontroli nad czynnikami warunkującymi ich zdrowie w celu jego poprawy”²⁴;
- dotyczy przede wszystkim systemów społecznych i jest sztuką interwencji w te systemy oraz zachęcania ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych systemów/środowisk²⁵.

Tworzenie SzPZ jest przykładem takiej interwencji w systemie społecznym. W prezentowanym projekcie podjęto próbę rozszerzenia zakresu dotychczasowej interwencji o działania dotyczące również personelu szkoły. Terminu „interwencja” powszechnie używa się w promocji zdrowia i oznacza on planowane działanie lub grupę działań, których celem jest zapobieganie chorobom, urazom oraz promocja (umacnianie) zdrowia w grupie ludzi (społeczności)²⁶.

²¹ M. Woynarowska-Sołdan, I. Tabak: *Zdrowie subiektywne i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół podstawowych i gimnazjów...*, s. 349–357.

²² M. Woynarowska-Sołdan, I. Tabak: *Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkoły*. „Medycyna Pracy” 2013, T. 64, nr 5, s. 659–670.

²³ *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Po trzech latach*. Red. B. Woynarowska. Warszawa 1995, s. 83.

²⁴ WHO: *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization, 1998. www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/ [12.12.2014].

²⁵ R. Grossmann, K. Scala: *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1997, s. 23.

²⁶ *The Guide to Community Preventive Services: What works to promote health?* Eds. S. Zaza, P.A. Briss, K.W. Harris. Task Force on Community Preventive Services. Oxford: Oxford University Press, 2005.

W projekcie zastosowano specyficzne dla promocji zdrowia podejścia i kierunki działań, w tym szczególnie:

1. **Podejście siedliskowe (*settings approach*)**. Podejście to ma korzenie w strategii WHO *Zdrowie dla Wszystkich w 2000 roku*²⁷ i w *Karcie Ottawskiej*²⁸. Zapisano w niej, że: „zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, tam, gdzie uczą się, pracują, bawią i kochają”²⁹. Siedlisko dla zdrowia to miejsce lub kontekst społeczny; ma określone granice, strukturę organizacyjną, a ludzie pełnią tu określone role. W siedlisku ludzie: wykonują swoje codzienne czynności, podlegają wpływowi różnych czynników środowiskowych, organizacyjnych i osobistych, które oddziałują na ich zdrowie i samopoczucie, oraz kształtują środowisko i rozwiązują problemy zdrowotne³⁰. Szkoła jest jednym z siedlisk, podobnie jak zakład pracy, miasto, a także rodzina.
2. **Uczestnictwo**. Ludzie dobrowolnie uczestniczą w programach promocji zdrowia na wszystkich ich etapach w: planowaniu, realizacji i ewaluacji (są to programy „z ludźmi”, a nie „dla ludzi”).
3. **Upodmiotowienie (*empowerment*) jednostek i społeczności**. Upodmiotowienie oznacza, że ludzie uzyskują możliwość działania oraz zdolność (*capacity*) i moc (*power*) kontrolowania czynników warunkujących ich zdrowie, a także wprowadzania zmian w swoim życiu i środowisku. Na upodmiotowienie społeczności składa się upodmiotowienie jednostek, rodzin, organizacji. Efektem upodmiotowienia są zmiany społeczne i polityczne dotyczące warunków życia/pracy, organizacji, zarządzania, podejmowania decyzji³¹. Upodmiotowienie jednostek i społeczności sprzyja motywacji do wprowadzania zmian korzystnych dla zdrowia. Zadaniem osób koordynujących projekt promocji zdrowia jest wspieranie jednostek i społeczności w procesie upodmiotowienia.
4. **Podejście „od dołu do góry” (*bottom-up*)**. Podejście to oznacza, że interwencja jest powiązana z rzeczywistymi problemami/potrzeba-

²⁷ Zdrowie dla Wszystkich (*Health for All*) jest to polityka i strategia działań na rzecz zdrowia, zainicjowana na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1977 r., przyjęta na całym świecie. Pierwszy dokument zawierający priorytety i zadania dla regionu Europy ukazał się w 1985 r. (*WHO. Targets for All 2000*), kolejny – *Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku* – w 1999 r. (*WHO Health 21. The Health Policy Framework for the WHO European Region*).

²⁸ *Karta Ottawska (1986)*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski. Warszawa: Sanmedia, 1994, s. 423–429.

²⁹ *Ibidem*, s. 428.

³⁰ WHO: *Health Promotion Glossary...*, s. 19.

³¹ G. Laverack: *A-Z of Health Promotion*. New York: Palgrave Macmillan, 2014, s. 54–56.

mi danej społeczności. Zadanie osób koordynujących/wspierających działania polega na motywowaniu praktyków – członków tej społeczności – do uczestnictwa oraz samodzielnego poszukiwania sposobów rozwiązania przez te osoby ich problemów i udzielaniu tym osobom wsparcia i środków³².

W promocji zdrowia wykorzystuje się elementy wielu teorii wywodzących się z nauk społecznych i behawioralnych – psychologii, socjologii, zarządzania, marketingu, nauk politycznych³³. Z punktu widzenia praktyki promocji zdrowia (interwencji) w projekcie promocji zdrowia pracowników szkoły korzystano z elementów dwóch grup teorii:

1. Teorie stanowiące podstawę podejścia siedliskowego, wśród których za najważniejsze uważa się³⁴:
 - ekologiczny model promocji zdrowia (podejście społeczno-ekologiczne) – oznacza przesunięcie akcentów z podejścia patogenetycznego, koncentrującego się na chorobach i czynnikach ich ryzyka, w kierunku podejścia salutogenetycznego (koncepcja A. Antonovsky'ego³⁵), które skupia się na zasobach dla zdrowia; jest to bardziej holistyczna wizja, w której podkreśla się, że zdrowie i dobre samopoczucie zależą od kompleksowej interakcji między czynnikami środowiskowymi, organizacyjnymi i osobistymi ludzi w kontekście ich codziennego życia;
 - perspektywa systemowa – siedlisko (szkoła) postrzegane jest jako dynamiczny system, w którym istnieją wzajemne powiązania oraz synergia między różnymi jego elementami; szkoła stanowi złożony, ale równocześnie otwarty system, powiązany z innymi systemami;
 - całościowy rozwój i zmiana systemu – zakłada się, że rozwój organizacji (szkoły) i jej społeczności wymaga wprowadzenia i utrzymania zmiany w siedlisku jako całości, z uwzględnieniem istniejących w nim norm, wartości, powiązań; w teorii tej kładzie się nacisk na tworzenie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu i wydajności ludzi, powiązanie zdrowia z kulturą, ze sposobem życia i z interesami danego siedliska oraz poprawę samopoczucia całej społeczności.
2. Teorie zmian zachowań odnoszące się do zachowań zdrowotnych ludzi. Teorie te wyjaśniają, w jaki sposób ludzie dokonują zmian tych

³² G. Laverack: *Where are the Champions of Global Health Promotion?* „Global Health Promotion” 2012, vol. 19, no. 2, s. 63–65.

³³ G. Laverack: *A-Z of Health Promotion...*, s. 183–185.

³⁴ M. Dooris: *Healthy Settings: Challenges to Generating Evidence and Effectiveness*. „Health Promotion International” 2006, vol. 21, no. 1, s. 55–65.

³⁵ A. Antonovsky: *The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion*. „Health Promotion International” 1996, vol. 11, no. 1, s. 11–18.

zachowań. Biorąc pod uwagę poziom oddziaływań, James F. McKenzie, Brad L. Neiger i Rosemary Thackeray³⁶ wyróżnili trzy grupy teorii przydatnych w programach promocji zdrowia, w tym teorie z następujących poziomów:

- poziomu intrapersonalnego – koncentrujące się na czynnikach indywidualnych, takich jak wiedza, przekonania, postawy, koncepcja „ja”, odczucia, dotychczasowe doświadczenia, umiejętności i zachowania człowieka (na przykład teoria uzasadnionego działania, model przekonań zdrowotnych, transteoretyczny model zmian zachowań);
- poziomu interpersonalnego – wyjaśniające zachowania zdrowotne ludzi w kontekście czynników związanych z ich środowiskiem społecznym – opiniami, zachowaniami, radami, wzorcami, wsparciem ze strony innych, zwłaszcza rodziny, znajomych, rówieśników, członków grup społecznych, liderów, lekarzy itd. (na przykład teoria społecznego uczenia się, teoria sieci społecznych, teoria kapitału społecznego);
- poziomu społeczności – wyjaśniające, w jaki sposób funkcjonują i zmieniają się systemy społeczne i jak mobilizować do zmiany członków społeczności i organizacji; teorie z tego poziomu oferują także strategie działań w różnych siedliskach – w szkole, miejscu pracy, grupach społeczności lokalnej, placówkach ochrony zdrowia (na przykład teoria komunikowania się, teoria dyfuzji i innowacji).

Strukturę i organizację interwencji warunkujących skuteczność działań i osiągnięcie założonych celów ułatwiają modele do planowania programów, które są graficzną i opisową formą przedstawiającą etapy procesu planowania. W literaturze z zakresu promocji zdrowia opisano wiele takich modeli³⁷. Zdaniem McKenziego, Neigera i Thackeraya³⁸, szczególnie przydatny w planowaniu i ewaluacji programów promocji zdrowia jest Model Uogólniony (The Generalized Model). W Polsce taki model wykorzystywany jest od wielu lat w tworzeniu SzPZ³⁹. Został on również zastosowany w prezentowanym w niniejszej pracy projekcie (model ten omówiono szczegółowo w dalszej części artykułu).

³⁶ J.F. McKenzie, L.B. Neiger, R. Thackeray: *Planning, Implementing & Evaluating Health Promotion Programs*. Boston: Pearson Education Inc, 2013, s. 169.

³⁷ Ibidem, s. 43–70.

³⁸ Ibidem, s. 49.

³⁹ B. Woynarowska, M. Sokołowska: *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie...*, s. 30–46.

Podstawowe założenia projektu

Projekt *Promocja zdrowia pracowników szkoły* jest ściśle powiązany z koncepcją SzPZ. Przyjęto, że:

- w projekcie uczestniczyć będą szkoły, które mają kilkuletnie doświadczenia w tworzeniu SzPZ, znają tę koncepcję i zasady jej wdrażania oraz zgłosiły się do projektu dobrowolnie,
- doświadczenia uzyskane w czasie realizacji projektu oraz dane z ewaluacji jego procesu i wyników będą upowszechnione w przyszłości w szkołach należących do wojewódzkich sieci SzPZ.

Projekt jest realizowany w resorcie edukacji wspólnie z Zespołem ds. Promocji Zdrowia Ośrodka Rozwoju Edukacji, który w Polsce wspiera rozwój SzPZ na poziomie krajowym.

Wyróżnić można dwa nowe aspekty projektu. Pierwszy to próba powiązania realizowanych w Europie i Polsce dwóch programów promocji zdrowia, opartych na podejściu siedliskowym: *Szkoła promująca zdrowie* i *Promocja zdrowia w miejscu pracy*. Ten ostatni program realizowany jest od 1996 roku w Polsce i 27 krajach należących do Europejskiej Sieci Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy (The European Network for Workplace Health Promotion). Wizja sieci zawiera się w hasło: „Zdrowi pracownicy w zdrowej organizacji”⁴⁰. Szkoła – prócz tego, że jest miejscem dla uczniów – jest także miejscem pracy dla licznej grupy nauczycieli i pracowników niepedagogicznych. Wykorzystanie teorii i doświadczeń programu promocji zdrowia w miejscu pracy umożliwia podjęcie działań, które są pomijane, gdy interwencje prozdrowotne dotyczą głównie uczniów. Na potrzebę budowania programów promocji zdrowia nauczycieli zwrócili uwagę koordynatorzy programu *Promocja zdrowia w miejscu pracy* (Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy działające w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi). Ich zdaniem, „uczniowie uzyskują większą korzyść z promocji zdrowia wtedy, kiedy będą angażować się w taką działalność wspólnie z nauczycielami umiejętnie radzącymi sobie z przeciążeniami psychospołecznymi i własnym zdrowiem, niż wówczas, gdy przyjdzie im uczestniczyć w programie pilotowanym przez pedagogów przeciążonych problemami”⁴¹. Projekt jest pierwszą w Polsce (a być może także w Europie) próbą powiązania obu tych programów.

⁴⁰ G. Bruecker, R. Sochert: *Healthy Employees in Health Enterprises – the European Network for Workplace Health Promotion*. In: *Workplace Health Promotion in Enlarging Europe*. Eds. E. Korzeniowska, K. Puchalski. Łódź: Nofer Institute of Occupational Health, 2006, s. 9–22.

⁴¹ K. Puchalski, E. Korzeniowska: *Struktura, strategie i metodologia programu promocji zdrowia psychicznego nauczycieli*. W: *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli...*, s. 134.

Drugim nowym aspektem projektu jest uwzględnienie w nim, poza nauczycielami, pracowników administracyjno-technicznych, obsługi, kuchni i stołówki.

Prezentowany projekt ma charakter badawczy. W projekcie zastosowano metodę „badania w działaniu” (Action Research, AR), określaną jako:

- organizacyjna forma badań pomagająca w zmianie dotychczasowej praktyki, w której praktyk (na przykład nauczyciel, dyrektor szkoły) jest jednocześnie badaczem i organizatorem zmiany⁴²;
- proces, w którym badacze wspólnie z praktykami (adresatami badań), czyli ludźmi wywodzącymi się ze środowiska, w którym wystąpił problem, systematycznie poszukują odpowiedzi na nurtujące ich problemy⁴³.

Podstawą metody AR jest połączenie trzech elementów: badania, działania oraz uczestnictwa praktyków i badaczy. Badanie odbywa się w naturalnym środowisku (szkole), służy planowaniu i monitorowaniu zmian w danym środowisku. Kluczową rolę w tej metodzie odgrywa badacz, który ściśle współpracuje z uczestnikami (praktykami), ustala z nimi podstawowe sprawy, jest doradcą; bierze udział w dyskusjach, wspólnie z członkami danej społeczności ustala plan badań, gromadzi wiedzę niezbędną do wprowadzenia zmian, omawia wyniki itd.⁴⁴ Badaczami w opisywanym projekcie byli koordynatorzy „centralni” projektu, a uczestnikami – pracownicy szkół biorący w nim udział.

Metoda AR ma najdłuższe tradycje i jest najczęściej stosowana w edukacji⁴⁵. W ostatnich latach w literaturze z zakresu promocji zdrowia i zdrowia publicznego zwraca się uwagę na przydatność metody AR⁴⁶. Metoda AR ma wiele powiązań z zasadami i podejściami w promocji zdrowia:

- umożliwia danej społeczności (praktykom) rozwiązywanie jej priorytetowych problemów związanych ze zdrowiem i dokonywanie zmian w stylu życia jej członków oraz w warunkach ich życia, pracy, nauki,
- umożliwia uczenie się uczestniczące (*participatory learning*), wspierające nowoczesną edukację zdrowotną,
- sprzyja upodmiotowieniu uczestników – jednostek i społeczności, motywuje do kontynuacji działań i rozwiązywania kolejnych problemów,

⁴² A. Czerepaniak-Walczak: *Badanie w działaniu*. W: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. Pałka. Gdańsk: GWP, 2010, s. 321.

⁴³ A. Chrostowski, D. Jemieliński: *Skuteczne doradztwo strategiczne. Metoda Action Research w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Poltext, 2011, s. 18.

⁴⁴ A. Żukiewicz: *Koncepcja Action Research i jej zastosowanie w procesach poznawania i przetwarzania rzeczywistości życia ludzkiego. Rozważania z perspektywy pedagogiki społecznej*. „Pedagogika Społeczna” 2011, nr 2, s. 36.

⁴⁵ M. McAteer: *Action Research in Education*. Los Angeles: Sage, 2013.

⁴⁶ M. Woynarowska-Sołdan: *Badanie w działaniu (Action Research) i jej wykorzystanie w promocji zdrowia*. „Hygeia Public Health” (w druku).

- jest procesem demokratycznym, w którym ludzie sami dokonują wyborów rodzaju i przebiegu badania, mogą być jego uczestnikami lub badaczami, pracować w zespole lub indywidualnie,
- stwarza badaczom bezpośrednio pracującym z daną społecznością możliwości rozwoju i wspierania skutecznych działań dostosowanych do potrzeb lokalnych.

Cechą metody AR jest cykliczność (wieloetapowość) i spiralność działań (każdy cykl ujawnia zwykle potrzebę dalszych działań i rozpoczęcia nowego cyklu, co tworzy spiralę). Cykliczność i spiralność działań to również cechy projektów promocji zdrowia, które powinny być długotrwałe i spiralne (rozwiązanie jednego problemu ujawnia nowe). Podejście zakładające cykliczność i spiralność działań zastosowano w Polsce w SzPZ. Model działań oparty na systemowym podejściu do planowania i wdrażania programów interwencyjnych obejmuje, podobnie jak w metodzie AR, 5 etapów:

- przygotowanie,
- diagnoza stanu wyjściowego,
- planowanie działań i ewaluacji,
- działanie,
- ewaluacja wyników⁴⁷.

Zakończenie ewaluacji rozpoczyna nowy cykl działań, w którym społeczność szkolna wykorzystuje dotychczas zdobytą wiedzę, doświadczenia i umiejętności. Podobne podejście cykliczne i spiralne wdrożono w prezentowanym projekcie *Promocja zdrowia pracowników szkoły* (omówiono je na s. 251-254 artykułu).

Uczestnicy projektu

Realizację projektu rozpoczęto w społecznościach pracowników 22 SzPZ⁴⁸ (zwanymi dalej szkołami projektowymi) zlokalizowanych w 6 województwach (dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie). Wśród 21 szkół, które realizowały projekt przez 3 lata, było 15 szkół podstawowych i 6 gimnazjów; 14 szkół było w mieście, 7 na wsi. W szkołach tych zatrudnionych było od 18 do 83 pracowników.

Informacje o założeniach projektu oraz warunkach uczestnictwa w nim przekazano szkołom za pośrednictwem wojewódzkich koordynatorów SzPZ. Kryteriami włączenia do projektu były:

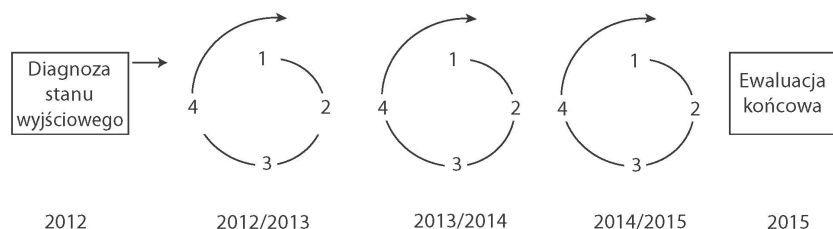
⁴⁷ B. Woynarowska, M. Sokołowska: *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie...*, s. 33.

⁴⁸ W końcu pierwszego roku funkcjonowania programu jedna szkoła zrezygnowała z uczestnictwa w projekcie.

- przynależność szkoły do wojewódzkiej sieci od co najmniej 5 lat, posiadanie certyfikatu tej sieci oraz uzyskanie rekomendacji wojewódzkiego koordynatora,
- zgłoszenie przez większość pracowników (co najmniej 60%) chęci uczestnictwa w projekcie,
- powołanie szkolnego koordynatora ds. projektu, który wspólnie z dyrektorem szkoły podpisze porozumienie w sprawie realizacji projektu z koordynatorami „centralnymi”.

Model projektu i jego etapy

Projekt *Promocja zdrowia pracowników szkoły* rozpoczynał się od diagnozy stanu wyjściowego. Trzy cykle w kolejnych latach szkolnych składały się z 4 etapów: 1) wybór problemu priorytetowego w danym roku szkolnym, 2) planowanie działań i ich ewaluacji w danym roku szkolnym, 3) realizacja działań, 4) ewaluacja działań w danym roku szkolnym. Ostatnim elementem projektu była jego ewaluacja końcowa (model projektu przedstawiono na rys. 1).



Rys. 1. Model projektu *Promocja zdrowia pracowników szkoły*.

Objaśnienia: 1 - wybór problemu priorytetowego w danym roku szkolnym, 2 - planowanie działań i ich ewaluacji w danym roku szkolnym, 3 - realizacja działań, 4 - ewaluacja działań w danym roku szkolnym.

Diagnoza stanu wyjściowego

Podstawą do planowania działań w zakresie promocji zdrowia pracowników szkół była diagnoza stanu wyjściowego, która ujawniła specyficzne potrzeby konkretnej grupy. W diagnozie wykorzystano metodę sondażu oraz technikę anonimowej ankiety. Narzędziem badawczym był tutaj kwestionariusz ankiety składający się z trzech części:

1. Samopoczucie zawodowe pracowników szkoły i czynniki je warunkujące. W tej części kwestionariusza wykorzystano Skalę Czynniki Sprzyjających Dobremu Samopoczuciu Nauczycieli własnego autorstwa o sprawdzonych właściwościach psychometrycz-

- nych⁴⁹. Skala dla nauczycieli zawierała 5 podskal: (1) warunki pracy, (2) społeczność nauczycieli/pracowników (relacje, współpraca, przepływy informacji), (3) społeczność uczniów i rodziców, (4) organizacja i obciążenie pracą, (5) kompetencje zawodowe. Skalę dostosowano do badań innych pracowników szkoły. W skali dla nich zawarto 3 podskale: (1) warunki pracy, (2) społeczność pracowników i uczniów, (3) organizacja, obciążenie pracą i przygotowanie do pracy w szkole.
2. **Dbałość o zdrowie.** Zastosowano Skalę Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla dorosłych (to skala własnego autorstwa, której analizy psychometrycznej dokonano we wcześniejszych badaniach⁵⁰). Skala ta zawierała 5 podskal: żywienie, odpoczynek i zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym, zachowanie bezpieczeństwa, dbałość o ciało, aktywność fizyczna. W kwestionariuszu uwzględniono także pytania o niepodejmowanie zachowań ryzykownych.
 3. **Samoocena zdrowia.** Wykorzystano pytania z kwestionariusza indywidualnego dla osoby dorosłej *Zdrowie-2 z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia 2009*⁵¹. Pytania dotyczyły: samooceny zdrowia, występowania długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, bólu lub dyskomfortu fizycznego oraz wybranych pozytywnych i negatywnych uczuć i nastrojów. Osoby biorące udział w badaniu zapytano także o wzrost oraz masę ciała w celu wyliczenia wskaźnika BMI.

Etap 1 - wybór problemów priorytetowych w danym roku szkolnym

Po przedstawieniu pracownikom szkoły (w sposób ustalony w danej szkole) analizy wyników diagnozy stanu wyjściowego w każdej ze szkół wybrano problemy priorytetowe (z długiej listy), których rozwiązanie/eliminowanie miało być przedmiotem działań w kolejnych latach.

Etap 2 - planowanie działań i ich ewaluacji w danym roku szkolnym

Szkoły projektowe na początku każdego roku przygotowywały plany działań i ich ewaluacji zgodnie z zasadami przyjętymi w SzPZ⁵². Plan działań i ich ewaluacji składał się z 2 części:

⁴⁹ M. Woynarowska-Sołdan, D. Węziak-Białowolska: *Skala czynników sprzyjających dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli w szkołach promujących zdrowie - analiza psychometryczna*. „Medycyna Pracy” 2012, T. 63, nr 1, s. 73–83.

⁵⁰ M. Woynarowska-Sołdan, D. Węziak-Białowolska: *Analiza psychometryczna Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla dorosłych*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, T. 93, nr 2, s. 369–376.

⁵¹ GUS: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Warszawa: GUS, 2011.

⁵² B. Woynarowska, M. Sokołowska: *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie...*, s. 30–46.

- części wstępnej – zawierającej: opis problemu priorytetowego, uzasadnienie jego wyboru, przyczyny istnienia problemu, sposoby rozwiązania problemu,
- planu działań, w którym określano: cel, kryterium sukcesu, sposób sprawdzenia (ewaluacji) stopnia osiągnięcia celu oraz zadania (kryterium sukcesu, metody realizacji, terminy, wykonawcy, środki, sposób monitorowania, sposób sprawdzenia realizacji zadania).

Zasady planowania omówiono na spotkaniu roboczym „centralnych” i szkolnych koordynatorów projektu i przekazano je szkołom na piśmie. Na początku każdego roku projektu plany każdej szkoły (sporządzone na jednolitych formularzach) były przysyłane do koordynatora „centralnego” i analizowane pod względem przestrzegania ustalonych zasad. Ujawniło się wiele trudności i niedostatków w zakresie umiejętności planowania. Było to przedmiotem dyskusji i szkoleń dla szkolnych koordynatorów i dyrektorów szkół na kolejnych spotkaniach roboczych.

Etap 3 – realizacja działań

Zaplanowane działania były wdrażane w praktyce w czasie całego roku szkolnego. Szkoły zachęcano do monitorowania przebiegu działań (ewaluacji procesu).

Etap 4 – ewaluacja działań w danym roku szkolnym

W czerwcu każdego roku trwania projektu szkoły dokonywały ewaluacji podjętych działań zgodnie z zasadami ustalonymi w czasie planowania. Na ewaluację tę składały się:

- ewaluacja procesu – ocena przebiegu działań, korzyści z nich wynikających, trudności w realizacji działań oraz wnioski dotyczące rodzaju i kierunku działań w kolejnym roku projektu,
- ewaluacja wyników – ocena osiągnięcia założonego kryterium sukcesu dla celu oraz poszczególnych zadań.

Szkoły sporządzały raporty z ewaluacji i przysyłały je do koordynatorów „centralnych”. Raporty były analizowane pod kątem ich zgodności z ustalonymi zasadami oraz osiągnięć i trudności. Szkoły otrzymywały informacje zwrotne.

Ewaluacja końcowa projektu

W ostatnich miesiącach 3-letniego projektu (marzec-czerwiec 2015) zaplanowano ewaluację końcową projektu. Przewidziano dwa jej rodzaje:

1. Ewaluacja procesu – przebieg i organizacja projektu, zdobyte doświadczenia. Ewaluacja procesu uwzględniała:

- a) największe osiągnięcia i trudności;
 - b) stosunek obu grup pracowników (nauczycieli i pracowników niebędących nauczycielami) do projektu i ich zaangażowanie (uczestnictwo);
 - c) doświadczenia i satysfakcję szkolnego koordynatora;
 - d) miejsce projektu w pracy szkoły, zaangażowanie, korzyści i satysfakcję dyrektora szkoły;
 - e) odczuwanie przez pracowników potrzeby i ich gotowość do kontynuacji.
2. Ewaluacja wyników – korzystne zmiany, jakie dokonały się w czasie trwania projektu. W ewaluacji uwzględniono:
- a) zmiany indywidualne w zakresie:
 - samooceny samopoczucia zawodowego, satysfakcji z pracy w szkole, stanu zdrowia i dbałości o zdrowie w stosunku do diagnozy stanu wyjściowego,
 - świadomości zdrowia, wiedzy, jak o nie dbać, i dbałości o zdrowie,
 - zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym i psychospołecznym;
 - b) zmiany zbiorowe w zakresie:
 - zainteresowania w szkole zdrowiem pracowników,
 - warunków i organizacji pracy,
 - relacji interpersonalnych.

Monitorowanie i wspieranie realizacji działań szkół uczestniczących w projekcie

Decyzję o wyborze problemu priorytetowego i sposobów jego rozwiązania podejmowała każda szkoła samodzielnie. Koordynatorzy „centralni” nie przekazywali szkołom żadnych propozycji i nie wpływali na decyzje pracowników szkoły, w razie potrzeby udzielali im konsultacji. Nie porównywano planów i wyników działań szkół projektowych, eliminowano wszelkie formy współzawodnictwa. Szkoły zachęcano do wymiany doświadczeń, upowszechniano na bieżąco jedynie przykłady dobrej praktyki.

W związku z krótkim (3-letnim) okresem trwania projektu nie zakładano, że jego efektem będą istotne zmiany w stanie zdrowia i stylu życia pracowników oraz w środowisku fizycznym i społecznym szkoły. W sieci SHE przyjęto, że pewnych efektów zdrowotnych i edukacyjnych można oczekiwać dopiero po 5-7 latach działań. Dlatego też skoncentrowano się na systematycznym monitorowaniu (śledzeniu) przebiegu projektu w poszczególnych szkołach, czyli ewaluacji procesu (ewaluacji

formatywnej). Koordynatorzy „centralni” podejmowali w tym celu następujące działania:

- systematycznie analizowali plany działań i raporty z ich ewaluacji z punktu widzenia ich zgodności z ustalonymi zasadami; szkolni koordynatorzy i dyrektorzy otrzymywali informacje zwrotne i wskazówki, w jaki sposób dokonać niezbędnych korekt;
- organizowali spotkania szkolnych koordynatorów i dyrektorów dwukrotnie w każdym roku w celu wymiany doświadczeń i wzajemnego uczenia się; spotkaniom towarzyszyły wykłady na temat promocji zdrowia w miejscu pracy oraz warsztaty dotyczące między innymi: planowania, motywowania ludzi do wprowadzania zmian, dbałości o zdrowie, umiejętności życiowych;
- przygotowali materiały metodyczne i szkoleniowe dotyczące między innymi zasad racjonalnego żywienia, aktywności fizycznej, higieny narządu głosu, zapobiegania osteoporozie, chorobie żylnej kończyn dolnych, współpracy z pielęgniarką szkolną, ograniczenia hałasu w szkole;
- utrzymywali stały kontakt ze szkolnymi koordynatorami i udzielali im konsultacji (droga elektroniczna, telefony, wizyty w szkołach, spotkania w poszczególnych województwach).

Uwagi końcowe

Prezentowany projekt miał charakter pilotażowy i stanowił pierwszą próbę włączenia promocji zdrowia pracowników szkoły do działań SzPZ w Polsce. Był adresowany do tej części społeczności szkolnej, która ma największy wpływ na codzienne życie szkoły i realizację jej zadań. Można uznać, że obecnie wobec zmian, jakie zaistniały w ostatnich latach w systemie edukacji (między innymi obowiązek realizacji edukacji zdrowotnej, ewaluacja zewnętrzna), ten obszar działań jest specyficzną cechą szkoły promującej zdrowie, odróżniającą ją od innych szkół. Można też zakładać, że inwestycja w zdrowie pracowników szkoły – zwiększenie świadomości znaczenia zdrowia, rozbudzenie potrzeby i umiejętności dbałości o zdrowie własne i innych – wpłynie korzystnie na rozwój SzPZ, efekty nauczania/uczenia się oraz zdrowie uczniów. Można także oczekiwać korzyści ekonomicznych, na przykład zwiększenia wydajności pracy, zmniejszenia absencji chorobowej.

W prezentowanym artykule omówiono jedynie metodologiczne aspekty projektu. Doświadczenia i wyniki uzyskane w pierwszym roku realizacji projektu przedstawiono w odrębnych artykułach⁵³. Wyniki ewaluacji

⁵³ M. Woynarowska-Sołdan, G. Skoczek: *Health Promotion for School Staff as Part of a Whole School Approach to Health in Poland*. In: *Equity, Educa-*

końcowej projektu *Promocja zdrowia pracowników szkoły* będą przedmiotem późniejszych publikacji.

Bibliografia

- Allensworth D.D., Kolbe L.J.: *The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept*. „Journal of School Health” 1987, vol. 60, no. 1.
- Antonovsky A.: *The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion*. „Health Promotion International” 1996, vol. 11, no. 1.
- Bruecker G., Sochert R.: *Healthy Employees in Health Enterprises – the European Network for Workplace Health Promotion*. In: *Workplace Health Promotion in Enlarging Europe*. Eds. E. Korzeniowska, K. Puchalski. Łódź: Nofer Institute of Occupational Health, 2006.
- Chrostowski A., Jemielniak D.: *Skuteczne doradztwo strategiczne. Metoda Action Research w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Poltext, 2011.
- Czerepaniak-Walczak A.: *Badanie w działaniu*. W: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. Pałka. Gdańsk: GWP, 2010.
- Dooris M.: *Healthy Settings: Challenges to Generating Evidence and Effectiveness*. „Health Promotion International” 2006, vol. 21, no. 1.
- The Egmond Agenda*. In: *Education & Health in Partnership. A European Conference on Linking Education with the Promotion of Health in Schools*. Conference report. Copenhagen: International Planning Committee, 2002.
- Fullan M.G.: *Why Teachers Must Become Change Agents*. „Educational Leadership” 1993, vol. 50, no. 6. <http://www.ascd.org/publications/educational-leadership/mar93/vol50/num06/Why-Teachers-Must-Become-Change-Agents.aspx> [13.12.2014].
- Grossman R., Scala K.: *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 1997.
- Grunbaum J.A., Rutman S.J., Sathrum P.R.: *Faculty and Staff Health Promotion: Results from the School Health Policies and Programs Study 2000*. „Journal of School Health” 2001, vol. 71, no. 7.
- The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health?* Eds. S. Zaza, P.A. Briss, K.W. Harris. Task Force on Community Preventive Services. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- GUS: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Warszawa: GUS, 2011.
- Healthy Schools Edinburgh and Lothians: *Scheme and resource pack NHS Lothian*. Edinburgh: NHS Lothian, [s.a.].
-
- tion and Health: Learning from Practice*. Eds. G. Buijs et al. Utrecht: CBO, 2014, s. 77–82; M. Woynarowska-Sołdan: *Project on School Staff Health Promotion in Poland: The First Experiences*. „Health Education” (w druku).

- Instytut Badań Edukacyjnych: *Liczą się nauczyciele. Raport o stanie edukacji 2013*. Warszawa: IBE, 2014.
- International Union for Health Promotion and Education: *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*. Version 2. Saint-Denis: IUHPE, 2008.
- Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Po trzech latach*. Red. B. Woynarowska. Warszawa: Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, 1995.
- Karta Ottawska (1986)*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski. Warszawa: Sanmedia, 1994.
- Laverack G.: *A-Z of Health Promotion*. New York: Palgrave Macmillan, 2014.
- Laverack G.: *Where are the Champions of Global Health Promotion?* „Global Health Promotion” 2012, vol. 19, no. 2.
- McAteer M.: *Action Research in Education*. Los Angeles: Sage, 2013.
- McKenzie J.F., Neiger L.B., Thackeray R.: *Planning, Implementing & Evaluating Health Promotion Programs*. Boston: Pearson Education Inc, 2013.
- Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Red. E. Korzeniowska, K. Puchalski. Łódź: Instytut Medycyny Pracy, 2010.
- The Odense Statement: Our ABC for Equity, Education and Health*. The 4th European Conference on Health Promoting Schools (2012). <http://www.school-for-health.eu> [5.12.2014].
- Public Health Improvement Division: *Healthy Schools Assessment Tool*. Cardiff: PHID, [s.a.].
- Puchalski K., Korzeniowska E.: *Struktura, strategie i metodologia programu promocji zdrowia psychicznego nauczycieli*. W: *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiędzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem*. Red. J. Pyżalski, D. Merez. Kraków: Impuls, 2010.
- Pyżalski J.: *Stresory w środowisku pracy nauczyciela*. W: *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiędzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem*. Red. J. Pyżalski, D. Merez. Kraków: Impuls, 2010.
- Saaranen T. et al.: *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 Education” 2012, vol. 112, no. 3.
- St. Leger L.: *Reducing the Barriers to the Expansion of Health Promoting Schools by Focusing on Teachers*. „Health Education” 2000, no. 100.
- Weiß S., Kiel E.: *Lehrergesundheit – Belastung, Ressourcen und Prävention*. In: *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. Hrsg. M.M. Marchwacka. Wisbaden: Springer VS, 2013.

- WHO: *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization, 1998. www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/ [12.12.2014].
- Williams T.: *Szkoła promująca zdrowie – rzeczywistość czy mit*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 7/8.
- Woynarowska B.: *Szkoła promująca zdrowie po 20 latach. Dorobek, bariery, perspektywy*. „Remedium” 2012, nr 12.
- Woynarowska B., Sokołowska M.: *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej zdrowie*. „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole” 2006, z. 10–11.
- Woynarowska M., Węziak-Białowska D.: *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, T. 93, nr 4.
- Woynarowska-Sołdan M.: *Badanie w działaniu (Action Research) i jej wykorzystanie w promocji zdrowia*. „Hygeia Public Health” (w druku).
- Woynarowska-Sołdan M.: *Project on School Staff Health Promotion in Poland: The First Experiences*. „Health Education” (w druku).
- Woynarowska-Sołdan M., Skoczek G.: *Health Promotion for School Staff as Part of a Whole School Approach to Health in Poland*. In: *Equity, Education and Health: Learning from Practice*. Eds. G. Buijs et al. Utrecht: CBO, 2014.
- Woynarowska-Sołdan M., Tabak I.: *Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkoły*. „Medycyna Pracy” 2013, T. 64, nr 5.
- Woynarowska-Sołdan M., Tabak I.: *Zdrowie subiektywne i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół podstawowych i gimnazjów*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” [Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia] 2013, T. 11, nr 4.
- Woynarowska-Sołdan M., Węziak-Białowska D.: *Analiza psychometryczna Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla dorosłych*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, T. 93, nr 2.
- Woynarowska-Sołdan M., Węziak-Białowska D.: *Skala czynników sprzyjających dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli w szkołach promujących zdrowie – analiza psychometryczna*. „Medycyna Pracy” 2012, T. 63, nr 1.
- Żukiewicz A.: *Koncepcja Action Research i jej zastosowanie w procesach poznawania i przetwarzania rzeczywistości życia ludzkiego. Rozważania z perspektywy pedagogiki społecznej*. „Pedagogika Społeczna” 2011, nr 2.

Magdalena Woynarowska-Soldan

Project *Health Promoting of School Staff*

Theoretical Basis and Concept

Summary: The *Health Promoting School* (HPS) programme, with the main component of the whole school approach to health, is developed in Poland and in Europe over 22 years. Up to now the activities focused mainly on the health of students, but in last years in some countries school staff health promotion is being implemented. In this article the concept, theoretical basis, model and stages of the first in Poland pilot project on *Health Promoting of School Staff* are presented. The project was implemented in 21 primary and lower secondary schools, belonging to six regional network of HPSs in 2012–2015. The project attempts to link two programmes based on the setting approach: the health promoting schools and workplace health promotion.

Key words: health promoting school, teachers, non teaching staff, project

Magdalena Woynarowska-Soldan

Projekt *Gesundheitsförderung der Schulmitarbeiter*

Theoretische Grundlagen und Konzeption

Zusammenfassung: Das Programm *Gesundheitsfördernde Schule*, dessen Wesen eine komplexe Betrachtung von Gesundheit in der Schule bildet, wird in Polen und in Europa seit über 22 Jahren umgesetzt. Bisher wurde der Schwerpunkt auf die Gesundheit der Schüler gelegt, aber in den letzten Jahren wird in vielen Ländern auch die Gesundheitsförderung der Mitarbeiter berücksichtigt. In dem Artikel wurden das Konzept, die theoretischen Grundlagen, das Modell und die Handlungsetappen in dem ersten in Polen Pilotprojekt *Gesundheitsförderung der Schulmitarbeiter* dargestellt. Es wurde in den Jahren 2012–2015 in 21 Grundschulen und Gymnasien, die zu dem Netz der Gesundheitsfördernden Schulen in 6 Wojewodschaften gehören, realisiert. Das Projekt stellt den ersten Versuch der Verknüpfung der beiden auf dem sozialen Ansatz basierenden Programme: „Gesundheitsfördernde Schule“ und „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“ dar.

Schlüsselwörter: Gesundheitsfördernde Schule, Lehrer, Schulmitarbeiter, Projekt