

Karina Leksy
Agnieszka Skowrońska-Pućka
Joanna Nawój-Połoczańska

Alfabetyzm zdrowotny studentów z perspektywy uczestnictwa w szkolnej edukacji zdrowotnej

young diet joy
welfare lifestyle fun
habits medical food
care HEALTH active
wellbeing balance
fit energy clean
beauty exercise



UNIwersYTET ŚLĄSKI
WYDAWNICTWO

**Alfabetyzm zdrowotny studentów
z perspektywy uczestnictwa
w szkolnej edukacji zdrowotnej**

Karina Leksy
Agnieszka Skowrońska-Pućka
Joanna Nawój-Połoczańska

**Alfabetyzm zdrowotny studentów
z perspektywy uczestnictwa
w szkolnej edukacji zdrowotnej**

RECENZJE

Paulina Forma

Agata Matysiak-Błaszczyk

Monografia współfinansowana ze środków
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Spis treści

Przedmowa	9
Wstęp	13
I. Wybrane zagadnienia związane ze zdrowiem	23
1. Zdrowie – kluczowe pojęcie w obszarze wychowania prozdrowotnego (Agnieszka Skowrońska-Pućka)	23
2. Alfabetyzm zdrowotny jako efekt procesu uczenia się o zdrowiu (Karina Leksy)	39
3. Socjalizacja zdrowotna, edukacja i promocja zdrowia (Karina Leksy)	53
4. Zdrowie w systemie wartości młodych dorosłych Polaków (Joanna Nawój-Połoczańska)	78
5. Potrzeby zdrowotne osób w okresie wczesnej dorosłości (Joanna Nawój-Połoczańska)	94
II. Metodologiczne podstawy zespołowego projektu badawczego (Karina Leksy)	105
1. Założenia, cel badań i problematyka badawcza	105
2. Metoda, technika i narzędzie badawcze	113
3. Procedura badawcza – dobór próby badawczej	115
III. Diagnoza alfabetyzmu zdrowotnego studentów i doświadczeń związa- nych z realizacją szkolnej edukacji zdrowotnej	123
1. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów na podstawie kwestionariusza Health Literacy Questionnaire (HLQ) (Karina Leksy)	124
2. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpod- stawowej w retrospektywnej ocenie badanych studentów (Agnieszka Skowrońska-Pućka)	132

2.1. Obecność, częstotliwość oraz realizacja edukacji zdrowotnej w ramach wybranych przedmiotów	132
2.2. Ocena szkolnej edukacji zdrowotnej w kontekście jej skuteczności, praktycznej użyteczności, podejmowanej tematyki i atrakcyjności dla ucznia	137
2.3. Pozaszkolne źródła edukacji zdrowotnej wskazane przez badanych studentów	149
2.4. Ocena stopnia znaczenia szkolnej i pozaszkolnej edukacji zdrowotnej dla wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem badanych studentów	153
3. Obecne i nieobecne zagadnienia i treści zdrowotne z perspektywy szkolnej edukacji zdrowotnej w ocenach i opiniach respondentów (<i>Joanna Nawój-Połoczańska</i>)	154
 IV. Korelacje pomiędzy zmiennymi demo-społecznymi, realizacją edukacji zdrowotnej i oceną jej jakości a poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów – weryfikacja hipotez badawczych (<i>Karina Leksy</i>)	183
1. Zmienne demo-społeczne a poziom alfabetyzmu zdrowotnego respondentów	185
2. Korelacje pomiędzy realizacją szkolnej edukacji zdrowotnej a poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów	187
3. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów a ocena jakości realizowanej edukacji zdrowotnej	191
 Wnioski i rekomendacje dla praktyki edukacyjnej (<i>Karina Leksy, Joanna Nawój-Połoczańska, Agnieszka Skowrońska-Pućka</i>)	193
 Zamiast zakończenia: Edukacja zdrowotna 2025 – nowe perspektywy i wielkie nadzieje (<i>Karina Leksy</i>)	205
 Aneks 1 – Kwestionariusz ankiety do oceny alfabetyzmu zdrowotnego studentów w kontekście realizacji edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej	211
Aneks 2 – Wyciąg treści z podstawy programowej przedmiotu „Edukacja zdrowotna” z roku 2025	221

Bibliografia 247

Indeks osobowy 263

Spis tabel, wykresów i rysunków 269

Summary 273

Przedmowa

Zdrowie to jeden z najcenniejszych zasobów, jakie posiada człowiek. Warunkuje ono realizację celów i zadań życiowych w pełnionych rolach społecznych, decyduje w znacznym stopniu o jakości życia jednostek, grup i społeczności. Współczesne dynamiczne zmiany społeczno-ekonomiczne, cywilizacyjne, demokratyzacja życia społecznego zwiększają możliwości wykorzystywania indywidualnych potencjałów/zasobów do poprawy jakości życia, traktując zdrowie/dobrostan jak instrumentalną wartość w osiąganiu sukcesów i satysfakcji życiowej. Jakość życia jest pojęciem szerokim i wielowymiarowym. Odnosi się ono do dobrostanu jednostki w sensie fizycznym, psychicznym, społecznym i ekonomicznym, a także wiąże się m.in. ze stanem zdrowia, edukacją i poziomem satysfakcji życiowej. Każdego dnia ludzie dokonują wyborów, które wpływają na ich zdrowie (pozytywnie lub negatywnie). Zdrowie jest także zasobem i znaczącym kapitałem społecznym, które trudno przecenić. Traktowanie zdrowia jako wartości jest w społeczeństwie zróżnicowane kulturowo i środowiskowo, podobnie jak stosunek społeczeństwa do choroby, ludzi chorych, z niepełnosprawnościami czy ludzi starszych. Alfabetyzm zdrowotny jest zdolnością do rozumienia, analizowania oraz świadomego wykorzystywania wiedzy/informacji dotyczących zdrowia – jest kluczowym elementem prozdrowotnego stylu życia.

Wiedza naukowa o zdrowiu i zagrożeniach zdrowia pozwala dbać i doskonalić zdrowie własne i innych, a także tworzyć zdrowe środowisko życia. Edukacja zdrowotna zwiększa alfabetyzm zdrowotny – oparta na wiedzy naukowej jest jednym z narzędzi promocji zdrowia w różnych grupach i instytucjach społecznych (np. w szkole). Jest procesem całościowym, a jej celem jest podnoszenie świadomości zdrowotnej, która pozwala nie tylko dbać o dobrostan swój i innych, lecz także krytycznie oceniać informacje dostępne w internecie i innych mediach. Świadomość zdrowotna jest fundamentem budowania dobrostanu jednostek, grup i społeczności. Nierówności w zdrowiu stanowią problem globalny i dotyczą wielu społeczności (w wielu państwach) na świecie; istnieją także

w naszym społeczeństwie. Są one związane z różnicami w stanie zdrowia grup społecznych i społeczności, a wynikają m.in. ze statusu społecznego, warunków i stylu życia, dostępu do edukacji zdrowotnej, dyskryminacji/marginalizacji społecznej i wielu innych czynników. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w społeczeństwie jest długofalowym procesem wymagającym zaangażowania wielu instytucji państwa. Jedną z takich instytucji jest system oświaty, w którym edukacja zdrowotna, jako oddzielny przedmiot nauczania, powinna być obowiązkowa na wszystkich etapach kształcenia ogólnego. Trudno jest w dzisiejszych czasach przecenić znaczenie edukacji dla rozwoju indywidualnego oraz pomnażania kapitału społeczno-kulturowego i ekonomicznego społeczeństwa. System edukacji zajmuje określone miejsce w społeczeństwie, a przekazywana wiedza i umiejętności powinny stanowić kapitał niezbędny do funkcjonowania w życiu osobistym, społecznym i radzeniu sobie z trudnościami dnia codziennego, innymi słowy, muszą one mieć praktyczne zastosowanie. Efektem edukacji zdrowotnej w szkole powinna być wiedza i umiejętności pozwalające na dbanie o swój dobrostan fizyczny, psychiczny oraz społeczny. Uczniowie dowiadują się m.in., jak dbać o zdrowie fizyczne i psychiczne, jak unikać chorób cywilizacyjnych, w jaki sposób radzić sobie z zagrożeniami. Ponadto przedmiot ten kształtuje nawyki i zachowania prozdrowotne, pozwala doskonalić zdrowy styl życia. Należy podkreślić, że efekty te mają wymiar długofalowy, wpływają bowiem na życie jednostki w dorosłości i przekazywanie kolejnym pokoleniom (dzieciom, wnukom) wzorów zachowań zdrowotnych w procesie wychowania i socjalizacji.

Przygotowanie i realizacja projektu badawczego dotyczącego diagnozy alfabetyzmu zdrowotnego studentów, analizowanej z perspektywy realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej w kontekście retrospektywnym, odpowiada na szereg aktualnie ważnych pytań i wątpliwości związanych z projektem wprowadzenia do szkół podstawowych i średnich w następnym roku szkolnym (2025/2026) przedmiotu nauczania – edukacja zdrowotna (w trybie przedmiotu nieobowiązkowego). W książce pt. *Alfabetyzm zdrowotny studentów z perspektywy uczestnictwa w szkolnej edukacji zdrowotnej* czytelnicy znajdą wiele interesujących zagadnień związanych ze zdrowiem, edukacją zdrowotną, alfabetyzmem zdrowotnym zarówno w kontekście analiz literatury przedmiotu, jak i wyników przeprowadzonych badań dotyczących m.in.: poziomu alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów, oceny realizacji edukacji zdrowotnej w szkole przez badanych studentów, oceny i opinie

studentów w zakresie treści obecnych i nieobecnych w szkolnej edukacji zdrowotnej, analizę korelacji między zmiennymi demo-społecznymi, realizacją edukacji zdrowotnej i oceną jej jakości a poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów. Wyniki z przeprowadzonych badań były podstawą do sformułowania interesujących i ważnych wniosków i rekomendacji dla praktyki edukacyjnej. Ukazały one także obszary, w których bardzo wiele jest jeszcze do zrobienia, by edukacja zdrowotna zyskała status przedmiotu obowiązkowego w systemie kształcenia ogólnego oraz by była prowadzona przez nauczycieli/edukatorów zdrowia na wysokim poziomie merytorycznym i metodycznym. Należy podkreślić, że przeprowadzone badania mają charakter nowatorski, nie tylko ze względu na podjętą problematykę badawczą, wyniki badań i wnioski z nich płynące, lecz także zastosowaną procedurę badawczą.

Zakończenie zatytułowane „Edukacja zdrowotna 2025 – nowe perspektywy i wielkie nadzieje” podkreśla, jakie są pozytywne możliwości aktualnych zmian w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej w systemie oświaty i trudno się nie zgodzić z tym, że są to wielkie nadzieje. Oby nadzieje znalazły odzwierciedlenie w praktyce edukacyjnej. Niniejsza książka, którą bardzo polecam, z całą pewnością znajdzie wielu odbiorców z różnych środowisk i instytucji, dla których wszelkie działania związane z promowaniem zdrowia w naszym społeczeństwie są priorytetowe.

Prof. dr hab. Ewa Syrek

*Dziecko powinno wyjść ze szkoły zdrowsze niż do niej przyszło,
w szkole musi być wychowane w zasadach higieny i uświadomione
o indywidualnej i społecznej wartości zdrowia¹.*

M. Kacprzak

Szkoła jest instytucją realizującą od wieków ważną misję, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i ogólnospołecznym². Jako organ społeczny, pełni niezmiennie trzy podstawowe funkcje: dydaktyczną, wychowawczą oraz opiekuńczą. Jest odpowiedzialna za przekaz informacji, rozwój, kształtowanie umiejętności, wprowadzanie w świat wartości istotnych i społecznie znaczących z perspektywy optymalnego rozwoju i funkcjonowania w świecie³. Edukacja szkolna od początku swojego istnienia służy kształtowaniu różnych umiejętności – instrumentalnych i elementarnych (tj. umiejętność czytania, pisania, liczenia), jak również specjalistycznych (np. zawodowych) i intelektualnych⁴. T. Lewowicki zwraca uwagę, że szkoła sprzyja rozwojowi osobowości, sfery emocjonalno-wolicjonalnej, uspołecznieniu, jak również rozwojowi fizycznemu. Szkoła często także kształtuje czy wręcz narzuca uczniom świat wartości, ideologii, światopoglądu, przygotowując ich do pełnego (w miarę możliwości każdej jednostki

¹ M. Kacprzak: *Nasz program*. „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1960, nr 1, s. 3–5. Podano za: B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 87.

² T. Lewowicki: *Problemy pedagogiki szkolnej: szkoła – przemiany instytucji i jej funkcji*. W: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*. Red. L. Turowski. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999, s. 167.

³ T. Willk: *Szkoła jako instytucja, przestrzeń, misja, wartość, zadanie, możliwość, instrument...; czyli o potrzebie tworzenia szkoły zorientowanej na przyszłość. Kultura i sztuka jako źródło wsparcia i rozwoju*. W: *Współczesna szkoła w następstwie przemian społeczno-kulturowych. Studia i refleksje socjopedagogiczne*. Red. A. Rzymelka-Frąckiewicz. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2014, s. 17–18.

⁴ T. Lewowicki: *Problemy pedagogiki szkolnej...*, s. 172.

poddawanej oddziaływaniom systemu edukacji) uczestnictwa w życiu społecznym. Należy podkreślić istotną rolę szkoły w kontekście rozwijania u uczniów umiejętności kierowania własnym rozwojem i dokonywania świadomych wyborów życiowych, zachęcając jednocześnie do samorealizacji i samokształcenia. Nie ulega wątpliwości, że wymienione role i funkcje szkoły podlegają zmianom w zależności od uwarunkowań społeczno-kulturowych, gospodarczych i ekonomicznych czy ideowych⁵. Szkoła wraz z jej programem może również podlegać zmianom ze względu na dostrzegane/zdiagnozowane potrzeby społeczne, epidemiologiczne, zdrowotne, co, jak się wydaje, ma miejsce obecnie.

Jak zostało powyżej wspomniane, podstawowym zadaniem i efektem edukacji jest kształtowanie umiejętności instrumentalnych i elementarnych, tj. umiejętność czytania, pisania, liczenia. Te podstawowe umiejętności składają się na pojęcie dosłownie rozumianego alfabetyzmu. Jednak pojęcie to ma w gruncie rzeczy wiele znaczeń. Przykładowo, w raporcie UNESCO dotyczącym problematyki uczenia się dorosłych i edukacji zaproponowano pięć (alternatywnych) interpretacji alfabetyzmu funkcjonalnego (ang. *literacy*). W ramach tych propozycji, oprócz rozumienia pojęcia alfabetyzmu (piśmienności) jako umiejętności czytania, pisania i liczenia (ujmowanego także jako umiejętność kognitywna lub zespół procesów kognitywnych), alfabetyzm oznacza także „zespół praktyk społecznych i kulturowych, zachodzących w specyficznych kontekstach socjoekonomicznych, politycznych, kulturowych i językowych” czy „instrument krytycznej refleksji i działania na rzecz społecznych procesów przemian”⁶. Warto jednocześnie dodać, że eksperci Unii Europejskiej ds. alfabetyzacji wskazali trzy wymiary alfabetyzmu:

1. **Alfabetyzm bazowy, podstawowy (ang. *baseline literacy*)** – rozumiany jako „umiejętność czytania i pisania na poziomie, który daje jednostce pewność siebie i wyzwala motywację do dalszego rozwoju”.
2. **Alfabetyzm funkcjonalny (ang. *functional literacy*)** – definiowany jako „umiejętność czytania i pisania umożliwiająca jednostce rozwój oraz codzienne funkcjonowanie w społeczeństwie, w domu, szkole i pracy”.

⁵ Ibidem, s. 173.

⁶ UNESCO Institute for Lifelong Learning: *2nd global report on adult learning and education: Rethinking literacy*. Hamburg 2013, s. 21. 2nd global report on adult learning and education: rethinking literacy – UNESCO Digital Library [dostęp: 04.04.2025]. Podano za: E. Przybylska: *Alfabetyzacja i edukacja podstawowa osób dorosłych jako wyzwanie teraźniejszości*. „Przegląd Pedagogiczny” 2014, nr 2, s. 28–39. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-f863d4d1-fd18-4c29-b323-d867ad1a7e89> [dostęp: 15.10.2024].

3. **Alfabetyzm złożony (ang. *multiple literacy/literacies*)** – oznaczający „umiejętność czytania i pisania predysponująca do tworzenia, rozumienia, interpretowania i krytycznej percepcji złożonych tekstów”⁷.

Mając na uwadze cechy charakteryzujące współczesną rzeczywistość (m.in. zmienność, złożoność, kruchość, niepewność, niejednoznaczność, niezrozumiałość⁸), najbardziej optymalnym rodzajem alfabetyzmu wydaje się być ostatni z wymienionych. Termin „alfabetyzm złożony” (org. *multiple literacy/literacies*), zwany także „nowymi alfabetyzmami” (org. *new literacies*) lub „wieloalfabetyzmami” (*multi-literacies*) zakłada, że „istnieje wiele sposobów przekazywania i odbierania informacji oraz że uczniowie powinni być kompetentni w zakresie każdego z nich”⁹. Dlatego, aby posiadać optymalny poziom alfabetyzmu niezbędny do jak najlepszego funkcjonowania we współczesnym świecie, ludzie muszą dostosować się i nabyć biegłości chociażby w zakresie użytkowania i rozumienia nowych technologii XXI wieku, jeśli mają świadomie i aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym na wszystkich jego poziomach¹⁰.

Aby sprostać aktualnym wyzwaniom związanym ze złożoną i stale zmieniającą się rzeczywistością (w tym przede wszystkim przestrzenią cyfrową) redefinicji powinna podlegać dotychczasowa wiedza i umiejętności z uwzględnieniem „nowych alfabetyzmów”, takich jak: alfabetyzm zdrowotny, naukowy, cyfrowy, informacyjny czy medialny¹¹. Jednocześnie obecnie toczy się debata na temat tego, czym rzeczywiście są te nowe alfabetyzmy. W odniesieniu do wymienionych powyżej przykładów alfabetyzmów wyróżnione zostały cztery

⁷ European Commission: Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, *EU high level group of experts on literacy – Final report, September 2012*, Publications Office, 2012. <https://data.europa.eu/doi/10.2766/34382> [dostęp: 04.04.2025].

⁸ Por. Czym jest świat VUCA i BANI i jak sobie w nim poradzić?; BANI – Nowy akronim naszego świata oparty na świadomości – Growth Advisors [dostęp: 15.03.2025].

⁹ K. Bales: *Multiple literacies in the classroom: Tips & strategies*. ThoughtCo. 2019. <https://www.thoughtco.com/multiple-literacies-types-classroom-strategies-4177323> [dostęp: 15.10.2024].

¹⁰ International Reading Association: *New literacies and 21st-century technologies: A position statement of the international reading association*. 2009. <https://www.literacyworldwide.org/docs/default-source/where-we-stand/new-literacies-21st-century-position-statement.pdf> [dostęp: 15.10.2024].

¹¹ K. Sørensen: *Smart health! Expanding the need for new literacies*. W: *Managing infodemics in the 21st Century. Addressing new public health challenges in the information ecosystem*. Red. T.D. Purnat, T. Nguyen, S. Briand. Springer, Cham 2023, s. 71–83. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-27789-4> [dostęp: 15.10.2024].

wspólne elementy, które odnoszą się do wielu perspektyw i badań w zakresie nowych alfabetyzmów¹²:

1. Internet i inne technologie informacyjno-komunikacyjne wymagają nowych praktyk społecznych, umiejętności i strategii, aby efektywnie z nich korzystać.
2. Nowe alfabetyzmy są kluczowe dla pełnego obywatelskiego, ekonomicznego i osobistego uczestnictwa społecznego.
3. Nowe alfabetyzmy szybko się zmieniają wraz ze zmieniającymi się technologiami.
4. Nowe alfabetyzmy są wielorakie, multimodalne i wieloaspektowe; w związku z tym korzystają z różnych możliwości celem wspierania uczniów w erze cyfrowej.

Odwołując się do kontekstu zdrowia, można stwierdzić, że wszystkie wymienione „alfabetyzmy” są ze sobą ściśle powiązane. Można je rozpatrywać zarówno z perspektywy jednostki, jak i systemu, uwzględniając wpływy kulturowe i kontekstualne. Umożliwienie ludziom nabycia kompetencji w zakresie w/w alfabetyzmów w procesie systematycznej, planowej **edukacji** stanowi aktualnie jedną z najważniejszych, długoterminowych strategii stanowiących swoistą „szczepionkę”, mającą uodpornić człowieka na coraz bardziej szerzącą się dezinformację i ułatwić podejmowanie decyzji służących zdrowiu¹³.

Zgodnie z podpisanym 6 marca 2025 r. rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej¹⁴, kształtowanie alfabetyzmu zdrowotnego odbywa się w procesie wieloetapowej, wielopłaszczyznowej i interdyscyplinarnej **edukacji zdrowotnej**. W dokumencie tym, **alfabetyzm zdrowotny** jest rozumiany jako wiedza, umiejętności i kompetencje społeczne pozwalające na trafne rozpoznanie potrzeb zdrowotnych własnych i otoczenia oraz podejmowanie odpowiednich działań profilaktycznych czy naprawczych. Edukacja zdrowotna jest zatem

¹² J. Coiro, M. Knobel, C. Lankshear, D.J. Leu: *Handbook of research on new literacies*, 1st edn. Routledge, New York/London 2008. Podano za: K. Sørensen: *Smart health! Expanding the need for new literacies...*, s. 74.

¹³ K. Sørensen: *Smart health! Expanding the need for new literacies...*, s. 73.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2025 r. poz. 378).

podstawowym narzędziem „nauki zdrowia”¹⁵, stanowiącym jednocześnie element praktyki pedagogicznej¹⁶. Źródła owej praktyki (edukacji zdrowotnej) rozpatrywane są dwojako. Z jednej strony edukację zdrowotną wiąże się ściśle z promocją zdrowia i jej założeniami zawartymi w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z uwzględnieniem kolejnych wydań Narodowego Programu Zdrowia. Z drugiej strony edukacja zdrowotna jest pojmowana jako obszar **pedagogiki zdrowia**, co stanowi szczególny dorobek polskiej pedagogiki, rzadziej spotykany w innych krajach europejskich¹⁷. Stawiane w centrum zainteresowania pedagogiki ludzkie ciało i zdrowie pozwoliło na wyodrębnienie się pedagogiki zdrowia i uznanie jej współcześnie za jedną z fundamentalnych subdyscyplin wiedzy pedagogicznej¹⁸. Pedagogika zdrowia stanowi – jak pisze M. Demel – „teoretyczną podstawę **wychowania zdrowotnego**. Głównym jej zadaniem jest wypracowanie formuły kooperacji pedagogiki z medycyną, a następnie przekładanie kategorii medycznych na kategorie pedagogiczne. Kluczowym dla niej pojęciem jest pojęcie zdrowia. Od tego bowiem, jak to pojęcie będziemy rozumieć, zależy koncepcja wychowania zdrowotnego, jego strategia i program”¹⁹. Użycie przez M. Demela pojęcia „wychowanie”, jak również zwrócenie uwagi na znaczenie zdrowia jednostki dla efektywności oddziaływań edukacyjnych i wychowawczych pozwala odwoływać się do klasycznej koncepcji pedagogiki społecznej²⁰ (w wymiarze poznawczo-teoretycznym, praktyki edukacyjnej oraz pracy socjalnej), w ramach której współczesna pedagogika zdrowia znajduje

¹⁵ M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. W: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*. Red. L. Turowski. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999, s. 243.

¹⁶ B. Fedyn: *Pedagogika zdrowia a edukacja zdrowotna (wybrane zagadnienia)*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 78.

¹⁷ B. Fedyn: *Pedagogika zdrowia a edukacja zdrowotna (wybrane zagadnienia)*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce...*, s. 75.

¹⁸ Zob. B. Śliwowski: *Pedagogika*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 4. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2005, s. 100–105; A. Gawęł: *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 9.

¹⁹ M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. W: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny...*, s. 236.

²⁰ H. Radlińska pojmowała pedagogikę społeczną jako „naukę o środowiskowych uwarunkowaniach procesów wychowawczych oraz potrzebach rozwojowych człowieka w różnych fazach jego życia i sytuacjach losowych” (podano za: B. Matyjas: *Integralna koncepcja wychowania w ujęciu Heleny Radlińskiej (punkt widzenia pedagogiki społecznej)*). W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 102.

swoje oparcie²¹. W rozumieniu Heleny Radlińskiej samo pojęcie wychowania, oparte na holistycznym ujęciu człowieka (jako istoty biopsychospołecznej), wiąże się ze „wspomaganiem autonomicznych przebiegów rozwoju i wzrastania”²². A. Gawęł zwraca uwagę, że daje to podstawę do stwierdzenia, że „zdrowie jest fenomenem przenikającym rzeczywistość wychowawczą i edukacyjną”²³. Holistyczne ujęcie człowieka wymusza i nakazuje przyjmowanie perspektywy interdyscyplinarnej, nie tylko w wymiarze analiz badawczych, lecz także w aspekcie praktyki pedagogicznej. Człowiek bowiem rodzi się, dorasta i funkcjonuje zawsze w określonym środowisku²⁴ rozumianym w pedagogice społecznej jako element struktury przyrodniczej, społecznej i kulturowej²⁵. Pedagogika społeczna, stanowiąca teorię środowiska życia, nie tylko bada wpływy wychowawcze, których źródło jest ułożone w środowisku, lecz także ustala reguły organizowania tego środowiska w kontekście potrzeb wychowania, opieki, pracy socjalnej, kulturalnej, kompensacyjnej, resocjalizacyjnej, psycho- i socjoterapeutycznej²⁶.

U źródeł współcześnie pojmowanej **pedagogiki zdrowia** leży sposób pojmowania pedagogiki społecznej przez H. Radlińską, która podkreślała, iż pedagogika społeczna musi sięgać bezpośrednio do nauk biologicznych i lekarskich oraz akcentowała, że w zestawieniu z pedagogiką leczniczą pedagogika społeczna korzysta z „badań nad zahamowaniami i skrzywieniami rozwoju indywidualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach, o możliwościach i sposobach zapobiegania im i wyrównywania”²⁷. Wychowanie zdrowotne

²¹ Por. E. Syrek: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej*. W: S. Kawula (red.): *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 599–624.

²² Podano za: A. Gawęł: *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej...*, s. 9.

²³ Ibidem, s. 9.

²⁴ Jeśli oddziaływanie środowiska jest naturalne (samorzutne) to jest rozumiane jako środowisko życia. Jeśli z kolei oddziaływanie to jest celowe i zorganizowane, uznaje się je za środowisko wychowawcze (S. Kawula: *Pedagogika społeczna*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 4. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2005, s. 269).

²⁵ Por. E. Syrek: *Subdyscypliny pedagogiki, socjologii i psychologii. Konteksty interdyscyplinarnego zainteresowania zdrowiem i chorobą w naukach społecznych*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 46.

²⁶ B. Matyjas: *Integralna koncepcja wychowania w ujęciu Heleny Radlińskiej (punkt widzenia pedagogiki społecznej)*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce...*, s. 102.

²⁷ E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, s. 33.

traktowała jako element kultury zdrowotnej, a szczególne znaczenie nadawała kształtowaniu czynnej postawy pacjentów, podmiotowe ich traktowanie oraz usamodzielnianie. Akcentowała przede wszystkim profilaktykę zaburzeń zdrowia oraz higienę indywidualną i społeczną²⁸. Sam termin „pedagogika zdrowia” został wprowadzony przez E. Mazurkiewicza (ucznia H. Radlińskiej), M. Demel jest zaś autorem pierwszej monografii w tym zakresie²⁹. Pedagogikę zdrowia zdefiniowano wówczas jako „teorię, doktrynę edukacyjnej ingerencji w życie i zdrowie człowieka”³⁰. M. Kapica natomiast zauważa, że przedmiotem badań i analiz pedagogiki zdrowia jest „proces wychowania do zdrowia i nauczania zdrowia, których istotą jest rozwijanie dyspozycji osobowościowych człowieka [...] przez udzielanie wiedzy, kształtowanie systemu wartości oraz zachowań związanych ze zdrowiem”³¹. Z kolei w rozumieniu E. Syrek,

Pedagogika zdrowia jest subdyscypliną pedagogiki. Jej przedmiotem zainteresowań badawczych i analiz są społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesu edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia) ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego i umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia w każdym okresie życia człowieka celem projektowania pedagogicznych (w tym edukacyjnych) działań kompensacyjnych na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej³².

²⁸ E. Syrek: *Problematyka „spraw zdrowia” w dziełach polskich klasyków pedagogiki społecznej – Heleny Radlińskiej, Aleksandra Kamińskiego, Ryszarda Wroczyńskiego*. „Pedagogika Społeczna Nova” 2021, t. 1, nr 1, s. 152.

²⁹ M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980. Podano za: B. Woynarowska: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 94.

³⁰ Ibidem, s. 94–95.

³¹ M. Kapica: *Czy edukacji zdrowotnej potrzebna jest teoria?* W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Wydawnictwo KOWEZ, Warszawa 2001, s. 79. Podano za: B. Woynarowska: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej...*, s. 95.

³² E. Syrek: *Subdyscypliny pedagogiki, socjologii i psychologii. Konteksty interdyscyplinarnego zainteresowania zdrowiem i chorobą w naukach społecznych*. W: *Pedagogika zdrowia...*, s. 46.

W nawiązaniu do wyżej przytoczonej definicji, należy podkreślić, że dla pedagoga społecznego i pedagoga zdrowia rzeczywistość społeczno-kulturowa oraz dociekanie kontekstowych powiązań środowiskowych z życiem człowieka i wynikających z tego potrzeb egzystencjalnych, powinno stanowić fundament planowania pedagogicznych oddziaływań kompensacyjnych dla dobra człowieka i jego środowiska. Warto dodać, że na kompensacyjną funkcję edukacji zdrowotnej zwracał uwagę M. Demel, odpowiadając na pytanie: *Czy szkoła może przyczynić się do fizycznego rozwoju młodzieży i doskonalenia jej zdrowia?* W opinii tego badacza szkoła może pełnić tę funkcję poprzez tworzenie uczniom warunków do prawidłowego rozwoju i funkcjonowania, których być może nie mają w swoich domach rodzinnych. Dzięki temu „szkoła awansowała do roli ważnego ogniwa promocji zdrowia, walki o zdrowie publiczne”³³.

Nie ulega wątpliwości, że obecnie zagadnienia związane ze zdrowiem, socjalizacją i wychowaniem są coraz częściej badane i analizowane w kontekście uwarunkowań społeczno-kulturowych z podkreśleniem znaczenia czynników stratyfikacyjnych, psychologicznych czy systemowych³⁴. Jednocześnie w obliczu złożoności i nieprzewidywalności współczesnego świata, obserwując trudności i problemy funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży, instytucje edukacyjne nie mogą pozostać obojętne wobec wyzwań, przed którymi niewątpliwie stoją. W myśl słów M. Kacprzaka: „nie tylko mózg dziecka chodzi do szkoły, lecz ono całe”³⁵, współczesna szkoła musi uwzględniać sprawy zdrowia w swojej codziennej pracy i misji. Wynika to – jak wskazuje M. Demel – z co najmniej dwóch powodów:

- I. Zdrowie stanowi kardynalny warunek pomyślnego przebiegu procesu wychowania; „dobre zdrowie, wysoka odporność i sprawność organizmu, higieniczny tryb życia ucznia – są sprzymierzeńcami szkoły w uzyskiwaniu najlepszych wyników nauczania i wychowania”³⁶.

³³ M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. W: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny...*, s. 245.

³⁴ Zob. np. K. Leksy: *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej. Wybrane aspekty zdrowotne i pedagogiczne*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020; A. Kowalewska: *Zdrowie i zagrożenia zdrowia a edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 159.

³⁵ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 87.

³⁶ M. Demel: *Pedagogika zdrowia*. W: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny...*, s. 245.

II. Wychowanie jest jednym z ważniejszych warunków zdrowia; „nad utrzymaniem zdrowia trzeba pracować, i praca ta ma charakter pedagogiczny. Chodzi [...] o wykształcenie trwałych nawyków, odpowiednich postaw wobec spraw zdrowia, [...] kwantum wiedzy i umiejętności”³⁷.

Analizując dzieje edukacji zdrowotnej w polskim systemie oświaty, można jednak stwierdzić, że przez wiele lat, pomimo licznych prób i inicjatyw ukierunkowanych na ukonstytuowanie się edukacji zdrowotnej w formie samodzielnego przedmiotu nauczania, treści z zakresu edukacji prozdrowotnej były rozproszone w ramach innych przedmiotów szkolnych (przyroda/biologia, edukacja dla bezpieczeństwa, wychowanie do życia w rodzinie) ze szczególnym jej miejscem w podstawie programowej wychowania fizycznego jako głównego przedmiotu dla treści związanych ze zdrowiem³⁸. Rozproszenie treści w obrębie różnych przedmiotów i niejako rozmycie się odpowiedzialności za ich wdrażanie, może prowadzić nie tylko do nierealizowania zapisanych w podstawach programowych poszczególnych przedmiotów treści dotyczących ochrony i promocji zdrowia, lecz także – powiązanego z tym stanem rzeczy – brakiem efektywności i długofalowej skuteczności w postaci prozdrowotnych postaw uczniów, a w efekcie poprawy ich zdrowia i funkcjonowania. I choć trudno zaprzeczyć, że zapisy dotychczas obowiązujących podstaw programowych zawierały wartościowe treści odnoszące się do ludzkiego zdrowia, to w sytuacji trudnego do oceny stopnia ich realizacji nie można stwierdzić na ile przekładają się one na kompetencje ludzi związane z dbałością o zdrowie własne i innych osób. W związku z powyższym, celem, który od początku przyświecał podjętym badaniom, była z jednej strony dwutorowa diagnoza: (a) poziomu alfabetyzmu zdrowotnego studentów I i II roku studiów na kierunkach nauk społecznych oraz (b) doświadczeń respondentów związanych z realizacją edukacji zdrowotnej na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej, z drugiej zaś weryfikacja tego, na ile doświadczenie (bądź jego brak) zajęć z zakresu szkolnej edukacji zdrowotnej może być powiązane z aktualnym poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów.

Niniejsze opracowanie obejmuje dziewięć rozdziałów, z których pięć pierwszych tworzy część teoretyczną, koncentrującą się na kluczowych zagadnieniach związanych z pojęciem zdrowia jako fundamentalnym elementem edukacji

³⁷ Ibidem, s. 245–246.

³⁸ Zob. K. Leksy: *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej...*, s. 241–251.

i promocji zdrowia. W ramach tych rozdziałów podjęto również problematykę socjalizacji zdrowotnej, edukacji zdrowotnej oraz przedstawiono koncepcję alfabetyzmu zdrowotnego jako rezultatu procesu uczenia się o zdrowiu. Kolejne dwa rozdziały teoretyczne poświęcono analizie zdrowia jako wartości w życiu jednostki oraz identyfikacji potrzeb zdrowotnych osób znajdujących się w okresie wczesnej dorosłości. Szósty rozdział stanowi część metodologiczną pracy, w której szczegółowo omówiono założenia oraz cele badań, sformułowane problemy i hipotezy badawcze, a także zastosowane metody, techniki i narzędzia badawcze. Uwzględniono również opis procedury badawczej oraz charakterystykę i sposób doboru próby badawczej. Rozdziały siódmy i ósmy zawierają prezentację wyników badań diagnostyczno-weryfikacyjnych, mających na celu określenie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego wśród badanych studentów oraz zbadanie relacji między przebytą szkolną edukacją zdrowotną a aktualnymi kompetencjami zdrowotnymi respondentów. W rozdziale siódmym dokonano również retrospektywnej analizy doświadczeń edukacyjnych badanych z zakresu edukacji zdrowotnej na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej. Ponadto przeprowadzono jakościową analizę wypowiedzi studentów na temat treści i zagadnień, które – w ich opinii – były nieobecne lub niewystarczająco obecne w dotychczasowej edukacji zdrowotnej. Uwzględniono także pozaszkolne źródła zdobywania wiedzy zdrowotnej oraz ocenę ich znaczenia w kontekście obecnej wiedzy i umiejętności dotyczących troski o zdrowie. Rozdział dziewiąty obejmuje wnioski z przeprowadzonych badań oraz rekomendacje i wskazówki dla praktyki edukacyjnej w zakresie edukacji zdrowotnej. Zakończenie niniejszego opracowania zostało poświęcone najważniejszym kwestiom związanym z wdrażaniem nowej podstawy programowej edukacji zdrowotnej.

* * *

Serdeczne podziękowania kierujemy do Pani Profesor dr hab. Ewy Syrek za napisanie Przedmowy do niniejszej monografii. Wyrazy wdzięczności składamy również Recenzentkom – Pani dr hab. Paulinie Formie, Prof. UJK, oraz Pani dr hab. Agacie Matysiak-Błaszczyk, Prof. UAM – za wykonanie recenzji naszej pracy, a także za cenne uwagi i sugestie, które zostały uwzględnione w jej ostatecznej wersji.

Autorki

I. Wybrane zagadnienia związane ze zdrowiem

1. Zdrowie – kluczowe pojęcie w obszarze wychowania prozdrowotnego (Agnieszka Skowrońska-Pućka)

Zdrowie od wieków stanowiło przedmiot zainteresowania badaczy, filozofów i praktyków różnych dziedzin nauki. Jego definicja i sposób rozumienia zmieniały się na przestrzeni czasu, od starożytnej koncepcji harmonii ciała i ducha, po współczesne holistyczne podejście uwzględniające zarówno fizyczne, psychiczne, jak i społeczne aspekty zdrowia. Zdrowie jest warunkiem niezbędnym do optymalnego funkcjonowania i satysfakcjonującego życia. Jednak już sam termin „zdrowie” należy do pojęć wieloznacznych i jest trudny do jednoznacznego, precyzyjnego zdefiniowania. Jego definiowanie ma niezwykle długą historię i trwa nieprzerwanie od czasów Hipokratesa (IV w. p.n.e.)¹. W ostatnim czasie problematyka ta jest nie tylko terenem wzmożonej, w kontekście teoretycznym, aktywności specjalistów reprezentujących różne dyscypliny naukowe, lecz także staje się ona coraz częściej przedmiotem pogłębionej refleksji empirycznej. Problematyka zdrowia i choroby od zawsze była obszarem zainteresowania medycyny, definiowaniem zdrowia (i choroby) zaś zajmowali się więc w pierwszej kolejności lekarze. Aktualnie, co wyraźnie widoczne, problematyką zdrowia interesują się również przedstawiciele innych nauk, w tym nauk społecznych – psychologowie, pedagodzy, socjologowie. To rosnące zainteresowanie fenomenem zdrowia należy łączyć zarówno z rozwojem medycyny (przesunięcie koncentracji z choroby w kierunku zdrowia, leczenia w kierunku zapobiegania, z jednostki na zbiorowość, z prawa do leczenia na obowiązek bycia zdrowym²,

¹ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: *Biomedyczne podstawy rozwoju i edukacji*. Red. B. Woynarowska, A. Kowalewska, Z. Izdebski. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2021, s. 210.

² B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 11.

jak i zjawiskami natury społecznej (choroby przewlekłe, choroby cywilizacyjne)³.

Jak zauważa B. Woynarowska, termin ten może mieć różne znaczenie dla specjalistów, jak i ludzi niezajmujących się wskazaną problematyką zawodowo. Dlatego wyróżnić możemy **profesjonalne i potoczne ujmowanie zdrowia**. Mimo podejmowania licznych prób definiowania tego pojęcia, dominuje pogląd, iż stworzenie jednej uniwersalnej definicji zdrowia w duchu profesjonalnym nie jest możliwe. Wartym zaakcentowania jest natomiast fakt, że zdrowie jest opisywane z perspektywy różnych dyscyplin naukowych – akcentuje się różne obszary i aspekty zdrowia. Przykładem profesjonalnego ujmowania zdrowia jest jedna z najczęściej cytowanych definicji, w myśl której zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia: fizycznego (somatycznego), co oznacza prawidłowe funkcjonowanie organizmu, jego poszczególnych narządów i układów; psychicznego, w obrębie którego można wyróżnić: zdrowie umysłowe (mentalne) – zdolność do logicznego i jasnego myślenia, zdrowie emocjonalne, które ujmuje się jako zdolność do rozpoznawania przeżywanych uczuć i emocji oraz wyrażania ich w adekwatny sposób, a także umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami, lękiem czy depresją. Zdrowie, w myśl wskazywanej koncepcji, to również poczucie dobrostanu społecznego, które przejawia się umiejętnością nawiązywania i utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych, a nie wyłącznie niewystępowaniem choroby lub niedomagania (ułomności, niepełnosprawności). Warto zauważyć, że w omawianym ujęciu akcentuje się, że „zdrowie jest stanem pozytywnym (termin w języku angielskim *well-being* tłumaczy się także jako „dobrostan”), ma kilka, co wskazano powyżej, wymiarów, podlega subiektywnej ocenie (samopoczucie)”⁴. We współczesnej koncepcji zdrowia (zawartej w dokumentach WHO) podkreśla się, że jest ono: wartością, zasobem (bogactwem), środkiem (a nie celem) do codziennego funkcjonowania, koncepcją eksponującą korzyści płynące z „bycia zdrowym” w miejsce negatywnych konsekwencji choroby. Takie ujęcie zdrowia ma swoje konsekwencje dla praktyki, można bowiem z powyższego wysunąć następujące wnioski: zdrowie nie jest stanem danym

³ G. Dolińska-Zygmunt: *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 11.

⁴ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące...*, s. 210.

raz na zawsze, należy o nie dbać, czasami je zdobywać, a nade wszystko chronić i wzmacniać⁵.

Potoczne definiowanie zdrowia stanowi wyraz własnych, osobistych doświadczeń oraz doświadczeń innych osób w tym obszarze. Przejawem czego jest ujmowanie i rozumienie zdrowia „na swój własny sposób”, co uzależnione jest od „wieku, poziomu wykształcenia, statusu społeczno-ekonomicznego, doświadczeń życiowych zdobytych w określonych warunkach kulturowych, od tego, czy ludzie myślą o zdrowiu ogólnie, czy zwracają uwagę na własny stan zdrowia, czy czują się zdrowo, czy im coś dolega [...]”⁶. Najnowsze badania, jak wskazuje B. Woynarowska, pokazują, że potoczne rozumienie zdrowia jest często tak samo skomplikowane i wieloznaczne, jak w ujęciu specjalistów zajmujących się charakteryzowaną problematyką, co może wynikać ze wzrostu świadomości zdrowotnej w społeczeństwie. Osoby, które nie zajmują się zawodowo problematyką zdrowia, określają je najczęściej, choć to się zmienia, jako brak choroby i dolegliwości. Nie ulega wątpliwości, że takie ujęcie nie obejmuje pełnego zakresu zdrowia i coraz częściej jest wzbogacane pełniejszą charakterystyką⁷.

W dalszej kolejności termin zdrowie jest definiowany jako **dobrostan biopsychospołeczny**, tj. pełen dobrostan fizyczny, psychiczny oraz społeczny. To klasyczne ujęcie poddawane jest krytyce z uwagi na jego idealizm, jak zauważają znawcy problematyki, tak definiowane zdrowie jest w zasadzie niemożliwe do osiągnięcia. Przedstawiciele nauk społecznych ujmują zdrowie w kategoriach funkcjonalno-strukturalnych, opisują charakteryzowany stan jako **potencjał i właściwość**, a także kontekst życia człowieka. Tak rozumiane **zdrowie stanowi dyspozycję umożliwiającą adaptacyjne funkcjonowanie** w określonym kontekście środowiskowym⁸. W tym ujęciu zdrowie traktowane jest jako **zasób** warunkujący wszechstronny rozwój człowieka i jednocześnie potencjał umożliwiający stawianie czoła aktualnym wyzwaniom⁹. W kolejnym, dynamicznym i interakcyjnym ujęciu, zdrowie nie jest definiowane ani jako

⁵ B. Woynarowska: *Zdrowie jako wartość i zasób dla jednostki oraz zasób dla społeczeństwa*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 27–29.

⁶ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące...*, s. 210.

⁷ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące...*, s. 210.

⁸ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 48.

⁹ Ibidem, s. 48.

stan, ani stały zasób – charakteryzowane jest zaś jako **proces** przemieszczania się na kontinuum między biegunami zdrowie-choroba. To wyposażenie genetyczne i psychospołeczne zasoby odpornościowe, obejmujące poziom wsparcia społecznego, strategie radzenia sobie, zaangażowanie i spójność Ja oraz kontekst społeczno-kulturowy, decydują o aktualnej (możliwej do zmiany) pozycji na kontinuum zdrowie-choroba¹⁰. Jak precyzują to I. Heszen i H. Sęk proces zdrowia ma określoną dynamikę w czasie, ulega zmianie w odpowiedzi na aktualne wymagania zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne oraz „jest regulacyjny i adaptacyjny wobec tych wymagań. Choroba jest traktowana jako następstwo niewydolności tego procesu, załamanie zdrowia. Dochodzi do niej wtedy, kiedy brakuje energii i/lub umiejętności, aby sprostać wymaganiom i obciążeniom, zachowując poczucie równowagi i harmonii”¹¹. Wskazane wyżej charakterystyki, ujmujące zdrowie jako **stan**, **dyspozycję** i **proces**, wzajemnie się uzupełniają.

Zdrowie człowieka można także ujmować w szerszym kontekście biologicznym, psychologicznym, socjologicznym i kulturowym. Dlatego też warto dokonać krótkiego przeglądu najważniejszych modeli zdrowia, bowiem one stanowią w konsekwencji wyraz określonych poglądów obecnych w przestrzeni publicznej i wpływają tym samym na codzienną praktykę realizowaną w obszarze zdrowia. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, iż poznanie czynników mających wpływ na zdrowie, pozwala jednostce podejmować jeszcze efektywniejsze działania sprzyjające umacnianiu jego potencjału.

Biomedyczny paradygmat zdrowia – zdrowie jako brak objawów choroby (antyteza choroby)

Zrozumienie czynników warunkujących zdrowie wymaga przyjęcia perspektywy wielowymiarowej, ponieważ jest ono kształtowane przez liczne, wzajemnie oddziałujące determinanty. Modele teoretyczne służą nie tylko do opisu tych czynników, lecz także do analizy ich wpływu i hierarchii. Kluczowe znaczenie w tym kontekście mają modele zdrowia. Poniżej omówione zostaną główne modele czynników warunkujących zdrowie. Ich analiza pozwoli lepiej zrozumieć złożoność procesów wpływających na zdrowie jednostki oraz populacji, a także podkreślić znaczenie interdyscyplinarnego podejścia do jego ochrony i promocji.

¹⁰ A. Antonovsky: *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1979.

¹¹ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 49.

Renesansowa idea dualizmu ciała i duszy stworzyła fundamenty do szybkiego rozwoju nauk medycznych, równolegle jednak, jak zauważają A. Ostrzyżek i J.T. Marcinkowski¹², na wiele lat, skierowała uwagę środowiska medycznego, na sferę somatyczną, dostępną obiektywnemu badaniu klinicznemu. Zgodnie bowiem z **ujęciem biomedycznym** ciało ujmowane jest w kategoriach maszyny, choroba zaś traktowana jest jako konsekwencja jej uszkodzenia, akcentuje się też rolę lekarza, jako tego, który może zreperować zepsute urządzenie¹³. W tym paradygmacie zdrowie ujmowane jedynie w wymiarze fizjologicznym. „Odkrycie zewnętrznych przyczyn chorób, takich jak wirusy, bakterie, środki chemiczne i niedobory witamin wzmocniło pozycję tego modelu. Modelu, w którym zwraca się uwagę jedynie na biochemiczne przyczyny chorób. Wymiary społeczny, psychologiczny i behawioralny nie mieszczą się w tym wąskim schemacie, są więc pomijane”¹⁴.

Zgodnie z tym ujęciem zdrowie traktowane jest jako uniwersalna kategoria, a głównym obszarem zainteresowania jest nie tyle samo zdrowie (które zgodnie z założeniami tego ujęcia – tkwi w człowieku, a nie poza nim), ile jego brak, czyli choroba¹⁵. Zdrowie, w myśl charakteryzowanego modelu, „jest stanem sprawnego funkcjonowania poszczególnych części organizmu, a choroba to zakłócenie tego procesu, model ten sprowadza zarazem oba fenomeny do poziomu jednostki [...]. Zakłada się bowiem, że nawet najbardziej złożone procesy psychiczne i zachowania człowieka można wyrazić w kategoriach zakłóceń procesów zachodzących w organizmie”¹⁶. Takiemu opisywaniu zdrowia/choroby sprzyjały wielkie odkrycia w dziedzinie biologii (Pasteura, Kocha), które stanowiły swoiste podwaliny pod deterministyczną doktrynę, zakładającą istnienie ściśle określonej przyczyny każdej choroby. W prezentowanym paradygmacie pacjent nie jest integralną całością, a w praktyce (np. lekarskiej)

¹² A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski: *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, nr 93 (4), s. 682–686.

¹³ G. Dolińska-Zygmunt: *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu...*; B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące...*

¹⁴ Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998, s. 4.

¹⁵ E. Wojtyna, P. Stawiarska: *O współczesnym rozumieniu zdrowia*. W: *Kultura współczesna a zdrowie*. Red. M. Górnik-Durose. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013, s. 53.

¹⁶ J. Domaradzki: *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*. „Hygeia Public Health” 2013, nr 48 (4), s. 409.

przejawia się to całkowitym skupieniem na chorym narządzie. Model ten, jak wskazuje Z. Melosik, charakteryzuje redukcjonizm, gdyż skupia on uwagę na coraz to mniejszych fragmentach ciała, czego konsekwencją jest fakt, iż „współczesna medycyna traci z oczu samego pacjenta, jako istotę ludzką, traktuje człowieka jakby funkcjonował on w sposób całkowicie mechaniczny”¹⁷. Z uwagi na umieszczenie choroby w centrum zainteresowania wysiłki praktyków koncentrować się będą na wykrywaniu patologii, nie zaś na rozpoznawaniu i wzmacnianiu zdrowia. Człowiek, w charakteryzowanym ujęciu, uznany jest za zdrowego pod warunkiem wykluczenia zjawisk chorobowych w jego organizmie¹⁸. W prezentowanym paradygmacie „lekarz jest «dostarczycielem» zdrowia, chory zaś biernym «konsumentem», bezwolnie poddającym się interwencji medycznej”¹⁹. Centralne miejsce, o czym już wspomniano, zajmuje choroba, przez którą, jak wskazują I. Heszen i H. Sęk, rozumie się „odstępstwa od prawidłowej struktury i funkcjonowania organizmu biologicznego. Zdrowie natomiast definiowane jest jako normalna budowa i prawidłowe funkcjonowanie ciała człowieka”²⁰. Charakteryzowany model, ujmując zdrowie jedynie z perspektywy choroby, ze swoją koncentracją na wymiarze biologicznym, w odezwaniu od wpływu szeregu innych czynników, jest dziś podważany i poddawany krytyce.

Biomedyczny model zdrowia podkreślał znaczenie opieki medycznej, w której upatrywano szans na poprawę zdrowia społeczeństwa. Zauważono jednak, że podejmowane działania związane z opieką medyczną nie przynoszą oczekiwanego efektu. Poglądy na temat czynników warunkujących zdrowie zmieniła treść raportu kanadyjskiego ministra zdrowia M. Lalonde’a z 1974 roku. W dokumencie ujęto cztery grupy czynników warunkujących zdrowie człowieka:

- styl życia i zachowania zdrowotne – ogół działań jednostki wpływających na jego zdrowie podlegających kontroli jednostki;
- środowisko fizyczne i społeczne – elementy środowiska zewnętrznego w stosunku do człowieka, na które człowiek nie ma wpływu lub jest on znikomy;
- czynniki genetyczne – biologia człowieka;

¹⁷ Z. Melosik: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Wydawnictwo Edytor. Toruń-Poznań 1998, s. 8.

¹⁸ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 47.

¹⁹ G. Dolińska-Zygmunt: *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu...*, s. 13.

²⁰ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 47.

- organizacja opieki medycznej (medycyna naprawcza, służba zdrowia – struktura, funkcjonowanie, jakość świadczeń medycznych²¹).

Warto zauważyć, iż w proponowanym przez Lalonde’a modelu nie uwzględniono relacji zachodzących między poszczególnymi polami w kreowaniu potencjału zdrowia.

Ograniczenia biomedycznego modelu stały się impulsem do poszukiwania innych egzemplifikacji, które ujmowałyby szersze spectrum zjawisk wpływających na zdrowie. Zaowocowało to powstaniem kilku alternatywnych interpretacji, z których najbardziej znaną jest zaproponowana przez WHO tzw. holistyczna definicja zdrowia.

Zdrowie jako dobrostan biopsychospołeczny (model holistyczno-funkcjonalny)

Zdrowie w tym ujęciu utożsamiane jest z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie z brakiem objawów chorobowych. Pojęcie *zdrowie* często jest zastępowane terminem dobrostan (*well-being*), który rozumie się jako pewną cechę, gwarantującą człowiekowi szczęśliwe, efektywne i kreatywne życie. Charakteryzowane podejście (**biopsychospołeczne, holistyczno-funkcjonalne**) jest odmienne od wcześniej zaprezentowanego, akcentuje bowiem pozytywną perspektywę. Jest to ujęcie znacznie szersze, które w definiowaniu zdrowia ujmuje, oprócz organizmu człowieka, także jego psychikę oraz środowisko, w którym człowiek funkcjonuje (sferę społeczną)²².

Zdrowie oznacza równowagę między poszczególnymi jego wymiarami:

- zdrowiem fizycznym (odnoszącym się do ciała, fizjologicznego funkcjonowania organizmu i jego poszczególnych układów);
- zdrowiem psychicznym (rozumianym jako dobrostan, poczucie szczęścia, zasoby psychologiczne, dzięki którym jednostka może radzić sobie ze stresem, rozwijać swój potencjał, wydajnie funkcjonować w różnych obszarach życia);

²¹ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 45.

²² I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 48; H. Wrona-Polańska: *Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy*. W: *Zdrowie-stres-choroba*. Red. H. Wrona-Polańska. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2008, s. 20.

- zdrowiem społecznym (przejawiającym się zrównoważonymi relacjami między jednostką a szerszą społecznością, optymalną realizacją ról społecznych);
- zdrowiem duchowym, które oznacza „doświadczanie wewnętrznego spokoju i zgody z samym sobą oraz rozpoznawanie i wdrażanie w życie zasad i przekonań religijnych lub moralnych”²³;
- zdrowiem seksualnym, które w ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) łączy biologiczne, emocjonalne, intelektualne i społeczne aspekty życia seksualnego, konieczne do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości²⁴.
- zdrowiem prokreacyjnym (rozumianym jako stan pełnego dobrostanu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym związanym z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich etapach życia człowieka)²⁵.

W charakteryzowanym ujęciu na poszczególne wymiary zdrowia człowieka wpływają różne elementy, m.in.:

- zdrowie społecznościowe (rozumiane jako zespół zasad i norm kulturowych, wartości i praktyk sprzyjających lub stanowiących zagrożenie dla zdrowia);
- zdrowie środowiskowe, tj. aspekty zdrowia wobec jego zagrożeń uwarunkowanych czynnikami fizycznymi, chemicznymi, biologicznymi, społecznymi i psychicznymi²⁶.

Człowiek, jako złożona i świadoma jednostka, powiązana ze środowiskiem, „adaptuje się do zmieniających się wymagań, równoważy wymagania z możliwościami, wykorzystując i rozwijając zasoby odpornościowe”²⁷. Dlatego też zdrowie, w tym modelu, opisywane jest jako „proces adaptacji zmierzający do zachowania dynamicznej równowagi między systemami”²⁸. To przeświadczenie

²³ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące...*, s. 212.

²⁴ Z. Lew-Starowicz, K. Krajka, B. Darewicz, B. Ciesielska, A. Robacha, S. Jakima, A. Windak, J. Haczyński: *Zdrowie seksualne – trudny problem dla lekarzy*. „Seksuologia Polska” 2004, nr 2, s. 33.

²⁵ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące...*, s. 213.

²⁶ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące...*, s. 213; I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 62.

²⁷ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 63.

²⁸ Ibidem, s. 63.

o holistycznym, systemowym i procesualnym charakterze zdrowia i choroby, jak zaznacza Wrześniewski²⁹, znalazło swoje egzemplifikacje w weryfikacjach empirycznych na temat natury zależności psychosomatycznych i somatopsychicznych. Podsumowując, należy wskazać, iż w myśl charakteryzowanego modelu zdrowie i chorobę ujmuje się w jednym wymiarze – to zasoby i deficyty człowieka (w szerokim ujęciu – wewnętrzne (indywidualne) i zewnętrzne (środowiskowe) decydują o stanie jednostki. Model holistyczno-funkcjonalny charakteryzuje **zdrowie jako proces**. W przedstawianym modelu zaakcentowano rolę świadomej aktywności jednostki, która „może się zdrowia uczyć, może je promować, ochraniać i uczestniczyć w procesie leczenia [...]”. W tym modelu mówimy też częściej, że człowiek tworzy swoje zdrowie i człowiek choruje, a nie o bezosobowej chorobie³⁰. Coraz bardziej istotne stają się rozważania teoretyczno-badawcze skoncentrowane wokół problematyki wyznaczników zdrowia, zamiast koncentracji na czynnikach sprzyjających zachorowaniu. To podejście, zwane w literaturze przedmiotu **salutogenetycznym**, opiera się na założeniu, że normalnym stanem organizmu nie jest stan równowagi, lecz przeciwnie: nieporządek, entropia, zakłócenie homeostazy³¹, czy jak ujmuje to I. Heszen i H. Sęk, „stan chwiejnej równowagi”³². Rzeczywistość bowiem i pozostający w niej człowiek nieustannie podlega przemianom, gdyż właśnie zmienność stanowi immanentny atrybut życia. „Pozostawienie i osiągnięcie idealnego stanu zdrowia jest zatem fikcją, postulatem wręcz fantastycznym, niemożliwym do spełnienia. Wszyscy jesteśmy «gdzieś» ulokowani na kontinuum między wyobrażonymi biegunami: z jednej strony pełnego (idealnego) zdrowia, z drugiej – choroby”³³. A. Antonovsky koncentruje swoje rozważania badawczo-teoretyczne na interesującym pytaniu: „co”, jakie mechanizmy pozwalają człowiekowi przesunąć się w wymiarze idealne zdrowie – choroba w kierunku bieguna zdrowia? Jakie czynniki wpływają na proces zdrowienia? Niezwykle istotne w tym ujęciu jest, iż badacz „nie poszukuje przy tym czynników specyficznych dla tej lub innej jednostki chorobowej, ale ogólnych (globalnych) zmiennych wyjaśniających «tajemnicę» zdrowienia”³⁴. Dlatego też w ujęciu salutogenetycznym

²⁹ Ibidem, s. 63.

³⁰ Ibidem, s. 64.

³¹ A. Antonovsky: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Fundacja IPiN, Warszawa 1995.

³² I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 77.

³³ G. Dolińska-Zygmunt: *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu...*, s. 22.

³⁴ Ibidem, s. 22.

pytamy o zasoby, potencjały zdrowia, czyli podmiotowe i środowiskowe właściwości, które w interakcji zdrowotnej pełnią funkcję pozytywną³⁵. Odpowiedzi na wskazane pytania A. Antonovsky upatruje w przekonaniu (znajdującym swoje potwierdzenie w licznych badaniach empirycznych), iż w procesie osiągnięcia zdrowia współdecydujące znaczenie odgrywają:

- rodzaje i poziom stresów (patogenów) pochodzące ze środowiska, struktury biologicznej i psychologicznej podmiotu, z natury interakcji osoba–otoczenie;
- zgeneralizowane (globalne) zasoby odpornościowe biologiczno-konstytucjonalne (genetyczne) i psychospołeczne, a w szczególności:
- poczucie koherencji³⁶ (*sense of coherence* – SOC). Tej kategorii autor nadaje centralne miejsce i znaczenie dla efektywnego zmagania się i przezwyciężania zagrożeń zdrowia.

³⁵ Ibidem, s. 22.

³⁶ Według Aarona Antonovsky'ego **poczucie koherencji** to: ogólna orientacja wyrażająca, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek (A. Antonovsky: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995, s. 11).

Składają się na nie trzy elementy: **poczucie zrozumiałości**, **poczucie zaradności (sterowalności)** i **poczucie sensowności**. Poczucie zrozumiałości to stopień, w jakim człowiek spostrzega napływające bodźce ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako poznawczo sensowne i spójne – takie, z którymi można sobie poradzić. Przez poczucie zaradności Antonovsky rozumiał stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające do sprostania wymogom życiowym. Z kolei poczucie sensowności to stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z emocjonalnego punktu widzenia. Sensowność wyraża stronę motywacyjną i jest najważniejszym elementem poczucia koherencji. Pomimo takiego wartościowania Antonovsky (Ibidem, s. 11–12) podkreślał mocno, że poczucie koherencji jest całością. Poczucie koherencji jako względnie stała i stabilna w czasie dyspozycja do postrzegania świata jako bardziej zrozumiałego, możliwego do sterowania jest powiązane z większą odpornością na stres oraz pozwala zrozumieć indywidualne różnice w reakcji na trudne zdarzenia (M.A. Basińska, A. Andruszkiewicz: *Poczucie koherencji a zdrowie – koncepcja Aarona Antonovsky'ego*. W: *Zdrowie – stres – choroba*. Red. H. Wrona-Polańska. Impuls, Kraków 2008, s. 64).

Wiele miejsca w swojej koncepcji Antonovsky poświęca także uogólnionym zasobom odpornościowym. **Uogólnione zasoby odpornościowe** (*generalized resistance resources*) „stanowią bufora dla czynników ryzyka [...] i są to właściwości jednostki, grupy, jej środowiska i kultury, które [...] umożliwiają uniknięcie stresorów i usprawnienie procesu radzenia sobie z wymaganiami w ten sposób, że zapobiegają przekształcaniu się napięcia w stan stresu” (H. Sęk: *Poczucie koherencji i zasoby odpornościowe jako czynniki zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen, H. Sęk. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 46).

Salutogeniczny sposób myślenia stanowi cenne uzupełnienie tradycyjnego (patogenetycznego) spojrzenia na zdrowie. Obie orientacje są jednak w stosunku do siebie komplementarne. Na zakończenie przedstawionych tu rozważań skoncentrowanych wokół zdrowia ujmowanego jako proces, nie można pominąć faktu, iż salutogeniczne ujęcie zdrowia znajduje oparcie w obecnie szeroko rozwijających się, różnego typu ruchach alternatywnych, proekologicznych. Teoretyczne założenia salutogenicznego modelu zdrowia i towarzysząca mu filozofia partycypacyjna (będąca zaprzeczeniem filozofii walki z chorobą, obecnej w patogenetycznym podejściu do zagadnień zdrowia) znajduje przede wszystkim odzwierciedlenie w idei promocji zdrowia.

Promocja zdrowia, zgodnie z określeniem zawartym w dokumencie opracowanym przez ekspertów WHO do spraw promocji zdrowia (Health promotion 1996), określana jest jako proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad ich zdrowiem oraz jego polepszenie i wzbogacenie. Uszczegóławiając, promocja zdrowia:

- koncentruje się na życiu codziennym całej populacji, a nie tylko na osobach znajdujących się w sytuacji zagrożenia określoną chorobą;
- jest ukierunkowana na działania w obszarze determinant zdrowia, wymaga pełnej kooperacji różnych sektorów zarządzania, od szczebla centralnego po lokalne;
- łączy w sobie różne, lecz uzupełniające się sposoby oddziaływań, skierowane przeciwko zagrożeniom zdrowia;

Do zasobów tych należą:

- właściwości człowieka – cechy biologiczne (genetyczne, konstytucjonalne) i psychiczne (m.in. poczucie tożsamości, sprawstwa i kontroli, zdolności, inteligencja, wiedza), zdolności interpersonalne;
- cechy środowiska fizycznego (naturalnego i wytworzonego przez człowieka);
- czynniki społeczno-kulturowe – wsparcie społeczne, stabilność kulturowa, religia, opieka zdrowotna, warunki materialne, pozycja zawodowa.

Zasoby te sprzyjają ochronie zdrowia i procesom zdrowienia. Termin „uogólnione” oznacza, że dzięki doświadczeniu „działają” one niezależnie od sytuacji. Niektóre zasoby, zwłaszcza biologiczne, są wrodzone (dziedziczne), większość jednak rozwija się w procesie rozwoju osobniczego i socjalizacji. Ważna jest umiejętność wykorzystywania przez człowieka dostępnych mu zasobów. Umiejętność ta wiąże się z centralnym pojęciem koncepcji salutogenezy – poczuciem koherencji (B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 26).

- kieruje się ku efektywnemu i konkretnemu udziałowi społeczeństwa (różnych jego grup) w definiowaniu problemów zdrowia i podejmowaniu decyzji związanych z zagrożeniami zdrowia;
- odwołuje się do pomocy profesjonalistów medycznych jako szczególnie istotnych podmiotów społecznych w kształtowaniu i w promocii zdrowia.

W nawiązaniu do tego ujęcia zauważa się więc rolę edukacji zdrowotnej w życiu człowieka, potrzebę ochrony środowiska oraz akcentuje rolę współpracy między pracownikami sektora związanego z ochroną zdrowia i klientami opieki zdrowotnej³⁷.

Zdrowie jako stan równowagi – ujęcie socjoekologiczne

Wraz z przeobrażeniami cywilizacyjnymi koniecznym stało się wypracowanie nowej definicji zdrowia, która uwzględniałaby jeszcze szerzej perspektywę społeczną i środowiskową. Sieć skomplikowanych powiązań między jednostką a otaczającym go środowiskiem znalazła odzwierciedlenie w społeczno-ekologicznym modelu zdrowia, nazywanym również mandalą zdrowia (*the mandala of health*). Twórcami tej koncepcji byli T. Hancock i F. Perkins. **Model socjoekologiczny** jest bardziej złożony i obejmuje jeszcze więcej elementów niż wyżej charakteryzowany model biopsychospołeczny. Zdrowie charakteryzuje się tu jako „potencjał i dynamiczną równowagę lub jako: jedność i harmonię między umysłem, ciałem i duchem, która jest unikalna dla każdego człowieka i definiowana jest przez każdego indywidualnie. [...] W ujęciu tym zdrowie jest więc pewnym kontinuum między stanem optymalnego dobrostanu i dyskomfortu”³⁸. Graficzne ujęcie modelu odwołuje się do metafory mandali – figury symbolizującej wszechświat³⁹. Prymarnym założeniem tego modelu – zbliżonego w swej istocie do modelu holistyczno-funkcjonalnego – jest założenie o hierarchii systemów, „w myśl którego każdy podsystem jest częścią ogólniejszego i pozostaje z nim we wzajemnych związkach. Człowiek zajmuje w tym modelu centralne miejsce. Biosfera i kultura – jako najszersze kręgi – i człowiek – punkt centralny – tworzą podstawowe odniesienia w definiowaniu zdrowia. Te systemy wyznaczają odniesienia przedmiotowe i wartościujące dla zdrowia”⁴⁰.

³⁷ B. Woynarowska: *Zdrowie i czynniki je warunkujące...*, s. 212.

³⁸ J. Domaradzki: *O skrytości zdrowia...*, s. 411.

³⁹ Graficzne ujęcie mandali zdrowia – zob. np. B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007, s. 29.

⁴⁰ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia...*, s. 65.

W człowieku, stanowiącym centralną część modelu, wyodrębniono aspekt fizyczny (ciało), intelektualny (umysł) i duchowy (hart ducha), nie wskazując aspektu społecznego, natomiast zaakcentowano pola zdrowia – tj. czynniki warunkujące zdrowie, do których zaliczono:

- czynniki natury biologicznej (wyposażenie genetyczne, cechy wrodzone, system immunologiczny, cechy biochemiczne, fizjologiczne i anatomiczne);
- zachowania człowieka związane ze zdrowiem (prozdrowotne i antyzdrowotne);
- środowisko fizyczne (warunki mieszkaniowe, cechy otoczenia człowieka, siedliska jego aktywności) oraz środowisko społeczno-kulturowe⁴¹.

W przywoływanym modelu wyraźnie wyeksponowano rolę rodziny. Do mandali zdrowia dodano bowiem krąg rodziny, który umiejscowiono najbliżej człowieka w taki sposób, że przenika on pola uwarunkowań zdrowotnych. Stąd wniosek, że rodzina jest bliskim i niezwykle istotnym „systemem pośredniczącym między człowiekiem, «polami zdrowia» a instytucjami zdrowotnymi i że należy ją brać pod uwagę tak w promocji zdrowia, prewencji, jak i leczeniu, jako bardzo znaczący kontekst wpływający na przebieg procesów zdrowia i choroby”⁴². Do systemów znajdujących się na styku „pól zdrowia” zaliczono system opieki zdrowotnej, łączący czynniki biologiczne z behawioralnymi, zależny zarówno od czynników społeczno-kulturowych, jak i biosfery. W dalszej kolejności wskazano na styl życia, który nie jest prostym zbiorem zachowań, ale zależy od środowiska społeczno-ekonomicznego, w jakim funkcjonuje jednostka. Uwzględniono rolę systemu związanego z pracą człowieka oraz powiązanie biologicznego aspektu funkcjonowania człowieka ze środowiskiem. W mandali zdrowia człowiek ukazany został jako holistyczny system funkcjonujący w obszarze biologicznym, umysłowym i duchowym. Wyeksponowano fakt, iż zdrowie człowieka podlega oddziaływaniu różnych czynników, spośród których niezwykle istotny jest wysiłek człowieka zmierzający w kierunku rozwoju swoich potencjałów. Co szczególnie ważne, w ujęciu tym zakłada się, że każda jednostka ma własne pojęcie zdrowia. „Wynika z tego, że człowiek jest wprawdzie zależny od wielu systemów socjalizujących, ale jako autonomiczny podmiot może swojemu zdrowiu nadawać indywidualny sens i umieścić je w systemie

⁴¹ J. Karński: *Zdrowie i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B Karński, Z. Słońska, B.W. Wasilewski. Sanmedia, Warszawa 1994, s. 10; I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 65.

⁴² I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 65.

swoich wartości”⁴³. Centralnymi hasłami modelu socjoeologicznego jest dynamiczna równowaga pomiędzy powiązаныmi systemami oraz potencjał zdrowia. W tym ujęciu zdrowie charakteryzowane jest jako „proces dynamicznej równowagi systemów, np. między potrzebami jednostki a wymaganiami otoczenia. Ten stan dynamicznej równowagi jest spostrzegany przez człowieka i oceniany jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Stan zdrowia mogą określać obiektywnie profesjonaliści na różnych poziomach metodami odpowiednimi do danego systemu [...]”⁴⁴. Wart zaakcentowania jest fakt, iż w każdym z systemów przedstawionych w charakteryzowanej mandali zdrowia można wyodrębnić potencjały zdrowia i deficyty zdrowia. Potencjały zdrowia, czy też inaczej zasoby, które mogą sprzyjać utrzymywaniu dynamicznej równowagi, oraz deficyty i defekty, które stanowią zagrożenie dla równowagi i procesów zdrowia. W tym ujęciu, jak w żadnym wcześniej, wyeksponowane zostało założenie, iż nie można myśleć o zdrowiu i działać na jego rzecz, w oderwaniu od szerszego kontekstu i powiązań pomiędzy różnymi systemami⁴⁵.

Na początku lat pięćdziesiątych XX w. G. Dahlgren i M. Whitehead opracowali model zwany „tęczą czynników zdrowia”⁴⁶. Autorzy charakteryzowanego modelu wyodrębnili cztery grupy czynników, w których centrum umieścili czynniki biologiczne, takie jak: płeć, wiek i czynniki genetyczne; nad nimi zaś, na łuku tęczy znajdują się: styl życia i sieci wsparcia społecznego, a na największym, zewnętrznym łuku, czynniki społeczno-ekonomiczne, środowiskowe i kulturowe. Model ten akcentuje nie tylko rolę indywidualnych uwarunkowań zdrowia człowieka, lecz także społeczno-ekonomiczne, środowiskowe i kulturowe determinanty zdrowia vs choroby, co w konsekwencji spowodowało zainteresowanie tematyką zdrowia przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych.

W literaturze przedmiotu zdrowie bywa charakteryzowane także jako **możliwość pełnienia ról społecznych** i wywiązywania się z zadań przypisanych poszczególnym rolom. W ujęciu tym zdrowie jest traktowane jako warunek optymalnego uczestnictwa jednostki w życiu społecznym i oznacza zdolność do wykonywania cenionych zadań. „Ponieważ równowaga systemu społecznego zależy, [...] od właściwego umotywowania jego uczestników do pełnienia ról

⁴³ Ibidem, s. 66.

⁴⁴ Ibidem, s. 66.

⁴⁵ H. Wrona-Polańska: *Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy...*, s. 21.

⁴⁶ Graficzne ujęcie „tęczy czynników zdrowia” – Zob. np. B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007, s. 46.

społecznych, choroba jest zagrożeniem dla równowagi systemu. Definicja ta zakłada więc, że problem zdrowotny nie istnieje dopóki jednostka wypełnia swoje role społeczne⁴⁷. Można też charakteryzować **zdrowie jako zdolność adaptacji** do zmieniającego się otoczenia. W tym ujęciu zdrowie jest traktowane jako **zasób**, czy **kapitał**, dzięki któremu możliwe jest przystosowanie i realizacja indywidualnego potencjału jednostki, a także zaspokojenie jej potrzeb, pragnień i aspiracji. Tak rozumiane zdrowie umożliwia sensowne, twórcze i aktywne życie. Niejednokrotnie utożsamia się też zdrowie z dobrem, szczęściem, aktywnością, sprawnością, pomysłnością, siłą, urodą i dobrobytem – i opisuje się je w kontekście **wartości**. Warto zauważyć, iż zdrowie ma przy tym charakter wartości uniwersalnej i obecne jest w większości systemów kulturowych.

Powyżej przedstawiono pogłębioną analizę teoretyczną pojęcia zdrowia oraz jego uwarunkowań w ujęciu interdyscyplinarnym. Wskazano, że zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz także złożony stan dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, który podlega subiektywnej ocenie i jest dynamiczny. Omówiono ewolucję rozumienia zdrowia – od klasycznego, biomedycznego modelu do współczesnych, holistycznych i socjoeologicznych ujęć, uwzględniających kontekst społeczny, kulturowy i środowiskowy.

Przedstawiono różne modele teoretyczne zdrowia, takie jak:

- **Biomedyczny model zdrowia** – definiujący zdrowie jako brak objawów choroby; krytykowany za redukcjonizm i ignorowanie aspektów psychicznych i społecznych.
- **Model holistyczno-funkcjonalny** – traktujący zdrowie jako proces dynamicznej adaptacji i równowagi między wymiarami: fizycznym, psychicznym, społecznym, duchowym, seksualnym i prokreacyjnym.
- **Model salutogenetyczny (A. Antonovsky)** – koncentrujący się na zasobach jednostki i procesie przesuwania się w kontinuum zdrowie–choroba, z centralnym pojęciem „poczucia koherencji”.
- **Model socjoeologiczny (mandala zdrowia)** – eksponujący wpływ wielu systemów (rodziny, środowiska fizycznego, społeczno-kulturowego, stylu życia) na stan zdrowia jednostki.
- **Tęcza czynników zdrowia (G. Dahlgren i M. Whitehead)** – ukazująca hierarchiczne uwarunkowania zdrowotne: od genetyki, przez styl życia, aż po uwarunkowania społeczne i środowiskowe.

⁴⁷ J. Domaradzki: *O skrytości zdrowia...*, s. 413.

Podkreślone zostało znaczenie promocji zdrowia jako procesu wzmacniania kontroli nad własnym zdrowiem, w którym kluczowe jest zaangażowanie społeczne, edukacja i międzysektorowa współpraca.

Przedstawione powyżej modele zdrowia, opierające się na odmiennych założeniach metateoretycznych, stanowią doskonałą egzemplifikację relatywności pojęcia zdrowie. Mimo odmiennych charakterystyk, nie wykluczają się wzajemnie, wręcz przeciwnie – mogą stanowić uzupełniające się ujęcia, które „odpowiednio wyważone mogą prowadzić do wzbogacenia wiedzy o uwarunkowaniach kondycji zdrowotnej człowieka”⁴⁸. Modele czynników warunkujących zdrowie są istotnym narzędziem w analizie wpływu różnorodnych elementów na stan zdrowia jednostki i populacji. Dzięki nim możemy lepiej zrozumieć kompleksowe zależności między biologicznymi, środowiskowymi, społecznymi i behawioralnymi determinantami zdrowia. Rozwój tych modeli pozwolił na przesunięcie akcentu w badaniach nad zdrowiem z samego leczenia chorób na zapobieganie ich powstawaniu oraz promowanie zdrowego stylu życia. Modele te są również podstawą do planowania działań w zakresie zdrowia publicznego, takich jak programy edukacyjne, polityki prozdrowotne czy interwencje społeczne. Uwzględnienie czynników warunkujących zdrowie jest kluczowe dla efektywnego planowania i realizacji działań prozdrowotnych. Analiza modeli zdrowia nie tylko pomaga w zrozumieniu różnorodnych determinant, lecz także stanowi podstawę do wdrażania strategii prewencyjnych i terapeutycznych.

Podsumowując tę część rozważań warto zaakcentować tendencje widoczne we współczesnych charakterystykach zdrowia. Niewątpliwie pierwszą taką tendencją, ważną i zasługującą na wyeksponowanie, jest **poszerzanie się zakresu pojęciowego zdrowia**, nie może się ono ograniczać do sfery somatycznej funkcjonowania człowieka. W dalszej kolejności, równie istotną tendencją występującą w większości współczesnych ujęć zdrowia jest **akcentowanie jego zmienności**. Zostało to szczególnie zaakcentowane w tych koncepcjach, które traktują **zdrowie jako proces**. Kolejny ważki trend to dostrzeganie możliwości rozwoju przynajmniej niektórych aspektów zdrowia, aż do późnego wieku, co stało się możliwe dzięki **tendencji do pozytywnego rozumienia zdrowia jako potencjału, dyspozycji czy zasobu**. Nie należy zapominać także o współczesnej **tendencji do przypisywania człowiekowi odpowiedzialności za własne zdrowie** i nacisk na podmiotowość człowieka w tym obszarze⁴⁹.

⁴⁸ G. Dolińska-Zygmunt: *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu...*, s. 15.

⁴⁹ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia...*, s. 53–54.

Przyszłość badań nad zdrowiem wymaga dalszego integrowania różnych perspektyw i czynników, co może prowadzić do bardziej holistycznego podejścia do promocji zdrowia. Zintegrowane podejście, które uwzględnia wielowymiarowość zdrowia, jest konieczne w kontekście współczesnych wyzwań, takich jak choroby cywilizacyjne, zmiany klimatyczne czy globalne nierówności zdrowotne. W przyszłości warto poświęcić więcej uwagi tworzeniu modeli dynamicznych, które uwzględniają zmieniające się uwarunkowania zdrowotne oraz rosnącą rolę technologii w diagnostyce i leczeniu.

2. Alfabetyzm zdrowotny jako efekt procesu uczenia się o zdrowiu (Karina Leksy)

Alfabetyzm zdrowotny to pojęcie wprowadzone w obszar zdrowia publicznego już w latach 70. ubiegłego wieku⁵⁰. Pojęcie to – w oryginale *health literacy* – było początkowo stosowane w Stanach Zjednoczonych oraz w Kanadzie, ale współcześnie koncepcja ta ma zasięg międzynarodowy i dotyczy już nie tylko opieki zdrowotnej, lecz także w szerszym kontekście zdrowia publicznego społeczeństw⁵¹. Według *Słownika języka polskiego PWN*, pojęcie „alfabetyzmu” w najbardziej podstawowym rozumieniu oznacza „umiejętność rozumienia czytanego tekstu i przetwarzania informacji w zakresie pisania, czytania, liczenia”⁵². Posiadanie tych umiejętności nie oznacza jednak, że osoba może każdorazowo je wykorzystywać celem pozyskiwania i rozumienia nowych informacji, szczególnie w sytuacjach wymagających specjalistycznej wiedzy lub też w nowych kontekstach sytuacyjnych. Badacze alfabetyzmu zaznaczają, że jest to koncept

⁵⁰ S.K. Simonds: *Health education as social policy*. „Health Education Monograph” 1974, vol. 2, s. 1–25. <https://doi.org/10.1177/10901981740020s102>. Podano za: M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy: A systematic review of literature*. „International Journal of Health” 2017, vol. 5, no. 2, s. 107–114. <https://doi.org/10.14419/ijh.v5i2.7745>.

⁵¹ European Commission: *Together for health. A strategic approach for the EU 2008–2013*. COM, 2007, 630 final. Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf [dostęp: 27.05.2016]; World Health Organization: *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. „Health Policy for Children and Adolescents” 2012, 6; M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy*...

⁵² *Alfabetyzm – Słownik języka polskiego PWN* [dostęp: 17.03.2025].

dynamiczny, co oznacza, że może być doskonalony w procesie edukacji, prowadząc do osiągnięcia coraz większego poziomu wiedzy i umiejętności, także specjalistycznych. Takie rozumienie alfabetyzmu doprowadziło do wyodrębnienia rozmaitych „alfabetyzmów”, takich jak np. alfabetyzm finansowy czy medialny⁵³. Podobnie **alfabetyzm zdrowotny**, który stał się współcześnie jednym z kluczowych wyzwań w obrębie zdrowia publicznego.

Sposoby rozumienia i definiowania pojęcia „alfabetyzm zdrowotny”

Alfabetyzm zdrowotny jest rozumiany i analizowany na różne sposoby – jako nowa koncepcja teoretyczna, proces, rezultat, a coraz częściej także jako priorytet zdrowia publicznego. Aktualnie funkcjonuje wiele definicji alfabetyzmu zdrowotnego, co wynika z tego, że może on dotyczyć zarówno określonego kontekstu/środowiska, w którym potrzebne są określone umiejętności w zakresie rozumienia zdrowia (np. opieka zdrowotna, media, internet). Przykładowo, jedna z definicji alfabetyzmu zdrowotnego określa go jako „stopień, w jakim osoby potrafią uzyskać, przetworzyć i zrozumieć podstawowe informacje i usługi zdrowotne, których potrzebują do podejmowania świadomych i właściwych decyzji dotyczących zdrowia”. Umiejętności te mają na celu podejmowanie właściwych decyzji dotyczących zdrowia i przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia⁵⁴. Światowa Organizacja Zdrowia z kolei definiuje alfabetyzm zdrowotny jako „umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu, rozumienia i wykorzystywania informacji w taki sposób, aby promować i utrzymywać dobre zdrowie”⁵⁵. Natomiast według K. Sørensen et al. alfabetyzm zdrowotny to pojęcie wieloaspektowe, które odnosi się do „wiedzy, motywacji i umiejętności jednostki potrzebnych do pozyskiwania, rozumienia, oceniania oraz wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia”⁵⁶.

⁵³ D. Nutbeam: *Health literacy as a population strategy for health promotion*. „Japanese Journal of Health Economics and Policy” 2017, vol. 25, no. 3, s. 210–222.

⁵⁴ X. Sun, Y. Shi, Q. Zeng, Y. Wang, W. Du, N. Wei, R. Xie, C. Chang: *Determinants of health literacy and health behaviour regarding infectious respiratory diseases: A pathway model*. „BMC Public Health” 2013, vol. 13, s. 261. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-261>; M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁵⁵ D. Nutbeam: *Health promotion glossary*. „Health Promotion International” 1998, vol. 13, no. 4, s. 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349> [dostęp: 17.03.2025].

⁵⁶ K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam et al.: *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. „BMC Public Health” 2012, vol. 12, no. 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.

Celem tych działań jest podejmowanie świadomych decyzji w codziennym życiu, zarówno w zakresie opieki zdrowotnej, profilaktyki chorób, jak i promocji zdrowia – wszystko po to, by utrzymać lub poprawić jakość życia. W kontekście alfabetyzmu zdrowotnego ważnym aspektem jest umiejętność korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, czyli kompetencje praktyczne, takie jak opisywanie objawów chorobowych, właściwe korzystanie z opieki medycznej, interpretacja informacji o charakterze medycznym czy bezpieczne i świadome stosowanie farmakoterapii⁵⁷.

Mając na uwadze różne ujęcia i sposoby definiowania alfabetyzmu zdrowotnego, ogólnie przyjmuje się, że jest to:

1. zdolność do uzyskania, przetworzenia, zrozumienia i przekazania podstawowych informacji i usług zdrowotnych potrzebnych do podejmowania właściwych decyzji zdrowotnych,
2. zestaw umiejętności poznawczych i społecznych, które determinują motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu do informacji, rozumienia i wykorzystywania tychże informacji w sposób sprzyjający i utrzymujący dobre zdrowie⁵⁸.

Komponenty oraz modele teoretyczne alfabetyzmu zdrowotnego

W literaturze przedmiotu można odnaleźć różne podejścia do tego, jakie **komponenty** składają się na alfabetyzm zdrowotny. Różnice te wynikają z jednej strony z interpretacji badaczy zajmujących się przedmiotowym zjawiskiem, z drugiej z kolei, z braku jednoznaczności w definiowaniu poszczególnych terminów opisujących alfabetyzm zdrowotny. Elementy składające się na pojęcie alfabetyzmu zdrowotnego w ujęciu różnych autorów zostały przedstawione w tabeli 1.

⁵⁷ K. Sørensen: *Smart health! Expanding the need for new literacies*. W: *Managing infodemics in the 21st century. Addressing new public health challenges in the information ecosystem*. Red. T.D. Purnat, T. Nguyen, S. Briand. Springer, Cham 2023, s. 71–83. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-27789-4> [dostęp: 15.10.2024].

⁵⁸ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

Tabela 1. Komponenty alfabetyzmu zdrowotnego w ujęciu różnych autorów

Autor/Autorzy	Komponenty alfabetyzmu zdrowotnego
D. Nutbeam ⁵⁹	wiedza dotycząca umiejętności zdrowotnych; wiedza i zdolności osobiste; umiejętności osobiste; umiejętności społeczne; zdolność do uzyskiwania dostępu do informacji i wiedzy; motywacja; poczucie własnej skuteczności; rozumienie i personalizowanie uzyskanych informacji zdrowotnych; właściwe stosowanie istotnych informacji zdrowotnych dla osobistej korzyści
D. Nutbeam i I. Kickbusch ⁶⁰	umiejętności poznawcze; umiejętności społeczne
I. Kickbusch ⁶¹	zdolność do uzyskiwania dostępu do informacji i wiedzy
C. Zarcadoolas, A. Pleasant, D. Greer ⁶²	umiejętność korzystania z mediów
T. Abel ⁶³	umiejętność krytycznego myślenia; zdolność do uzyskiwania dostępu do informacji i wiedzy; rozumienie warunków, które determinują zdrowie i wiedzę oraz sposobów ich zmiany
J.A. Manganello ⁶⁴	umiejętność korzystania z mediów
J.M. Mancuso ⁶⁵	umiejętności poznawcze; umiejętności osobiste; umiejętności społeczne; umiejętność krytycznego myślenia; umiejętność rozwiązywania problemów

Opracowanie własne na podstawie: L. Paakkari, O. Paakkari: *Health literacy as a learning outcome in schools*. „Journal of Health Education” 2012, vol. 112, no. 2, s. 133–152. <https://doi.org/1108/09654281211203411>.

⁵⁹ D. Nutbeam: *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. „Health Promotion International” 2000, vol. 15, no. 3, s. 259–267; D. Nutbeam: *The evolving concept of health literacy*. „Social Science & Medicine” 2008, vol. 67, no. 12, s. 2072–2078.

⁶⁰ D. Nutbeam, I.S. Kickbusch: *Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century*. „Health Promotion International” 2000, vol. 15, no. 3, s. 183–184.

⁶¹ I.S. Kickbusch: *Health literacy: Addressing the health and education divide*. „Health Promotion International” 2001, vol. 16, no. 3, s. 289–297.

⁶² C. Zarcadoolas, A. Pleasant, D. Greer: *Understanding health literacy: An expanded model*. „Health Promotion International” 2005, vol. 20, no. 2, s. 195–203.

⁶³ T. Abel: *Cultural capital in health promotion*. W: *Health and modernity: The role of theory in health promotion*. Red. D.V. McQueen, I. Kickbusch. Wydawnictwo Springer, New York 2007, s. 43–73.

⁶⁴ J.A. Manganello: *Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research*. „Health Education Research” 2008, vol. 23, no. 5, s. 840–847.

⁶⁵ J.M. Mancuso: *Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature*. „Nursing and Health Sciences” 2009, vol. 11, s. 77–89.

Jak wynika z powyższego zestawienia komponentów alfabetyzmu zdrowotnego, koncept ten ujmowany jest jako zbiór złożonych kompetencji, obejmujących zarówno umiejętności poznawcze, jak i społeczne, osobiste czy medialne. D. Nutbeam i I. Kickbusch podkreślają znaczenie wiedzy, motywacji, umiejętności osobistych i społecznych, a także zdolności dostępu do informacji i ich adekwatnego zastosowania. Z kolei I. Kickbusch oraz T. Abel zwracają uwagę na krytyczne myślenie i rozumienie uwarunkowań zdrowia. C. Zarcadoolas, A. Pleasant, D. Greer oraz J.A. Manganello eksponują umiejętność korzystania z mediów jako istotny element kompetencji zdrowotnych. Można zatem założyć, że wspólnym mianownikiem tych ujęć jest szerokie, wielowymiarowe rozumienie alfabetyzmu zdrowotnego jako kompetencji niezbędnej do efektywnego funkcjonowania jednostki w złożonym środowisku zdrowotnym.

W literaturze przedmiotu istnieje kilka **modeli teoretycznych** wyjaśniających alfabetyzm zdrowotny. U ich podłoża leży słuszne przekonanie, że poziom alfabetyzmu zdrowotnego determinują nie tylko cechy poznawcze i osobowościowe, lecz także czynniki społeczno-kulturowe, środowiskowe i ekonomiczne⁶⁶.

Jednym z kluczowych modeli teoretycznych wykorzystywanych w psychologii zdrowia oraz promocji zdrowia jest **model przekonań zdrowotnych**⁶⁷ (*Health Belief Model, HBM*). Model ten zakłada, iż zmiana zachowania zdrowotnego jest możliwa wówczas, gdy jednostka spełnia określone warunki poznawcze.

- I. Po pierwsze, musi dostrzegać istotność danego problemu zdrowotnego, co wiąże się z subiektywną oceną podatności na chorobę oraz ciężkości jej potencjalnych konsekwencji.
- II. Po drugie, konieczne jest uświadomienie sobie realnego zagrożenia, jakie niesie brak zmiany – innymi słowy, postrzeganie ryzyka zdrowotnego.
- III. Po trzecie, jednostka powinna być przekonana, że wprowadzenie zmiany przyniesie wymierne korzyści, które przewyższą ewentualne koszty czy trudności z nią związane – mowa tu o bilansie postrzeganych barier i korzyści.

⁶⁶ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁶⁷ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 123–125; B. Woynarowska: *Teorie i modele wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 132–133; Zob. też: I. Kropińska: *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2000.

Model ten znajduje zastosowanie w analizie zachowań zdrowotnych poprzez badanie indywidualnych przekonań i postaw dotyczących choroby oraz potencjalnych skutków działań lub ich braku. W kontekście alfabetyzmu zdrowotnego istotne jest, że sposób pozyskiwania, rozumienia oraz komunikowania informacji zdrowotnych wpływa bezpośrednio na percepcję zagrożenia zdrowotnego. Postrzegane ryzyko choroby oraz przewidywane rokowania są zatem w dużym stopniu kształtowane przez poziom i jakość dostępnej wiedzy, która wynika z rodzaju oraz źródła otrzymywanych informacji dotyczących danego problemu zdrowotnego⁶⁸.

W kontekście alfabetyzmu zdrowotnego istotnym odniesieniem teoretycznym jest również **teoria społecznego uczenia się**⁶⁹ (*Social Learning Theory*), która akcentuje znaczenie wzajemnych zależności pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. Zgodnie z tym podejściem zachowania jednostki są kształtowane w wyniku oddziaływań środowiskowych, w tym bodźców społecznych, które sprzyjają internalizacji określonych wzorców działania. Kluczowymi mechanizmami tego modelu są: obserwacyjne uczenie się (modelowanie), wpływ społeczny oraz poczucie własnej skuteczności, czyli przekonanie o zdolności do skutecznego podejmowania i realizowania działań. W odniesieniu do alfabetyzmu zdrowotnego teoria ta podkreśla, że kompetencje zdrowotne jednostki rozwijają się poprzez interakcje społeczne, w ramach których jednostka nabywa wiedzę, umiejętności oraz schematy interpretacyjne dotyczące zdrowia i choroby. Oznacza to, że zarówno treść otrzymywanych informacji zdrowotnych, jak i sposób ich przekazywania – w tym kontekst interpersonalny – odgrywają istotną rolę w kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych. Procesy uczenia się przez obserwację i naśladowanie modeli społecznych stanowią zatem podstawę podejmowanych decyzji zdrowotnych oraz sposobu ich realizacji⁷⁰.

Wśród modeli teoretycznych ważnych dla rozumienia alfabetyzmu zdrowotnego należy również uwzględnić **teorię planowanego zachowania**⁷¹

⁶⁸ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁶⁹ A. Bandura: *Social cognition theory: An agentic perspective*. „Annual Review of Psychology” 2001, vol. 52, s. 1–26. Podano za: I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 113–121; B. Woynarowska: *Teorie i modele wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 134–135.

⁷⁰ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁷¹ I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 125–130; B. Woynarowska: *Teorie i modele wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 132.

(*Theory of Planned Behavior, TPB*). Model ten koncentruje się na procesie decyzyjnym jednostki, uwzględniającym bilans korzyści i kosztów związanych z podjęciem określonego zachowania. Intencja do działania kształtowana jest przez trzy główne komponenty: postawy wobec zachowania, normy subiektywne oraz postrzeganą kontrolę behawioralną. Z perspektywy alfabetyzmu zdrowotnego szczególne znaczenie ma fakt, iż decyzje jednostki dotyczące zachowań zdrowotnych są silnie uzależnione od sposobu, w jaki interpretuje ona dostępne informacje. Zdolność do rozumienia, krytycznej oceny i praktycznego zastosowania informacji zdrowotnych – kluczowe elementy alfabetyzmu zdrowotnego – wpływają bezpośrednio na postrzeganą wartość danego zachowania oraz przekonanie o możliwości jego realizacji. Tym samym poziom alfabetyzmu zdrowotnego warunkuje jakość procesu decyzyjnego oraz skuteczność podejmowanych działań w zakresie zdrowia⁷².

Jednym z interesujących i coraz częściej uwzględnianych podejść teoretycznych w analizie zachowań zdrowotnych, również w kontekście alfabetyzmu zdrowotnego, jest **ekonomia behawioralna** oraz związana z nią **koncepcja architektury wyboru** (*choice architecture*)⁷³. Ekonomia behawioralna stanowi rozwinięcie klasycznych teorii ekonomicznych, przekraczając założenie, że decyzje jednostki są w pełni racjonalne i oparte na logicznej analizie kosztów i korzyści. Zamiast tego podkreśla, iż rzeczywiste decyzje często uwarunkowane są emocjami, intuicją, doświadczeniami osobistymi oraz wpływem otoczenia społecznego. Z perspektywy zdrowia publicznego zrozumienie mechanizmów nieracjonalnego podejmowania decyzji ma kluczowe znaczenie dla projektowania skutecznych interwencji behawioralnych⁷⁴. Zachowania szkodliwe dla zdrowia, takie jak palenie tytoniu czy nadmierne spożycie alkoholu, mogą być interpretowane jako rezultat decyzji podejmowanych impulsywnie lub pod wpływem nieuświadomionych czynników. Koncepcja architektury wyboru zakłada, że poprzez odpowiednie modyfikacje środowiska decyzyjnego – nawet subtelne – możliwe jest ukierunkowanie jednostek na bardziej korzystne wybory zdrowotne, bez potrzeby ograniczania ich autonomii. W tym kontekście

⁷² Por. M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁷³ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁷⁴ Zob. np. A. Królak, P. Kurowska, W. Giermaziak: *Tworzenie systemowych rozwiązań w ochronie zdrowia w oparciu o ekonomię behawioralną*. „Zdrowie Publiczne” 2019, nr 75 (2), s. 61–68.

wzrost alfabetyzmu zdrowotnego może być zarówno celem, jak i rezultatem takich interwencji. Ułatwianie dostępu do zrozumiałych, trafnych informacji oraz tworzenie przestrzeni sprzyjającej podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych sprzyja rozwijaniu kompetencji niezbędnych do efektywnego funkcjonowania w systemie opieki zdrowotnej oraz do samodzielnego zarządzania zdrowiem⁷⁵.

Na zakończenie warto dodać, że w literaturze przedmiotu istnieje szeroki wachlarz koncepcji teoretycznych służących wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych, jak również modeli, które znajdują zastosowanie w praktyce edukacji zdrowotnej⁷⁶.

Poziomy alfabetyzmu zdrowotnego

D. Nutbeam dokonał klasyfikacji alfabetyzmu zdrowotnego, wyróżniając trzy jego poziomy, które odpowiadają zróżnicowanym kompetencjom jednostki w zakresie rozumienia i wykorzystywania informacji zdrowotnych⁷⁷. Są to:

- alfabetyzm funkcjonalny, odnoszący się do podstawowych umiejętności czytania i pisanie w kontekście zdrowia;
- alfabetyzm interaktywny, obejmujący bardziej zaawansowane zdolności komunikacyjne i społeczne umożliwiające aktywne uczestnictwo w procesie opieki zdrowotnej;
- alfabetyzm krytyczny, który wiąże się ze zdolnością do krytycznej analizy informacji i podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych.

Zaproponowana typologia ma istotne znaczenie, gdyż wskazuje na potencjalny wpływ zróżnicowanego poziomu kompetencji zdrowotnych na podejmowanie decyzji oraz realizację działań związanych ze zdrowiem (zob. tabela 2).

⁷⁵ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁷⁶ Zob. np. I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; B. Woynarowska: *Teorie i modele wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 129–137.

⁷⁷ D. Nutbeam: *Health literacy as a population strategy for health promotion*. „Japanese Journal of Health Economics and Policy” 2017, vol. 25, no. 3, s. 210–222.

Tabela 2. Poziomy alfabetyzmu zdrowotnego według D. Nutbeama

Poziom alfabetyzmu zdrowotnego	Opis kompetencji	Charakterystyka osób	Korzyści i ograniczenia
Funkcjonalny	Podstawowe umiejętności służących pozyskaniu informacji zdrowotnych i pozwalające na rozumienie podstawowych informacji zdrowotnych i stosowanie ich w codziennym życiu.	Osoby potrafiące przyswajać proste komunikaty zdrowotne i wykorzystywać je praktycznie; podatne na edukację zdrowotną.	Korzyści: udział w programach profilaktycznych, szczepieniach. Ograniczenia: brak autonomii, słaba interakcja z systemem opieki zdrowotnej.
Interaktywny	Złożone umiejętności komunikacyjne umożliwiające aktywne pozyskiwanie informacji, ich analizę oraz zastosowanie w zmieniających się kontekstach.	Jednostki zdolne do dialogu, samodzielne go uczenia się, przystosowywania do nowych sytuacji zdrowotnych.	Korzyści: rozwój samodzielności, skuteczniejsza komunikacja z personelem medycznym. Ograniczenia: wymaga wsparcia strukturalnego (np. programów edukacyjnych).
Krytyczny	Najwyższy poziom – zdolność do analizy i oceny informacji zdrowotnych w kontekście szerokiego zakresu determinatów zdrowia.	Osoby refleksyjne, świadome złożoności systemu zdrowotnego i społecznych uwarunkowań zdrowia.	Korzyści: większa autonomia, zaangażowanie społeczne, wpływ na zdrowie populacyjne. Ograniczenia: rozwój zależny od kontekstu społeczno-edukacyjnego.

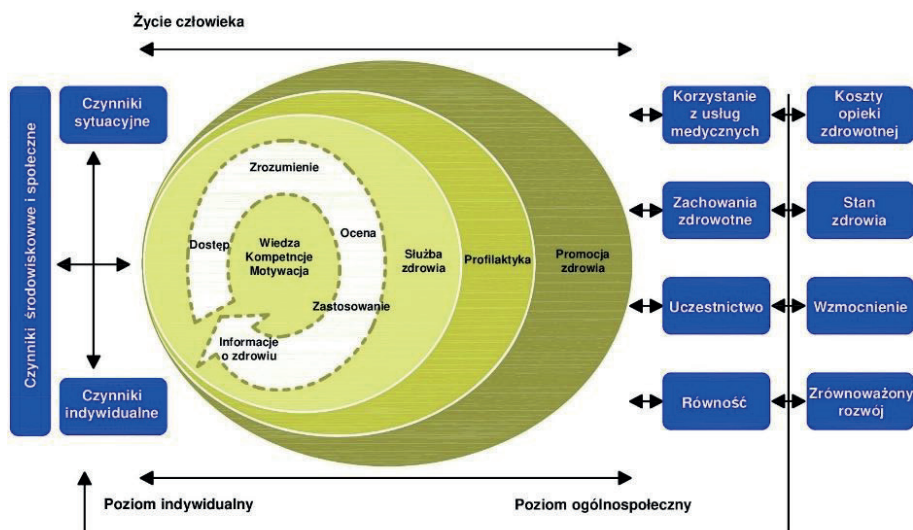
Opracowanie własne na podstawie: D. Nutbeam: *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. „Health Promotion International” 2000, t. 15, nr 3, s. 259–267; D. Nutbeam: *The evolving concept of health literacy*. „Social Science & Medicine” 2008, t. 67, nr 12, s. 2072–2078; D. Nutbeam: *Health literacy as a population strategy for health promotion*. „Japanese Journal of Health Economics and Policy” 2017, t. 25, nr 3, s. 210–222.

Uwarunkowania alfabetyzmu zdrowotnego

W literaturze przedmiotu często zwraca się uwagę, że **alfabetyzm zdrowotny stanowi modyfikowalny czynnik warunkujący stan zdrowia jednostki**. Alfabetyzm zdrowotny jest kształtowany w ciągu całego życia jednostki, a jego poziom zależy od wielu uwarunkowań społecznych, kulturowych i środowiskowych, w tym przede wszystkim od kultury zdrowotnej środowiska rodzinnego i szkolnego człowieka. Umiejętności te wpływają nie tylko na sposób korzystania z usług systemu ochrony zdrowia czy podejmowanie decyzji dotyczących stylu życia, lecz także oddziałują na wskaźniki zdrowotne, poziom

zaangażowania społecznego, poczucie wpływu na własne życie, wyrównywanie szans społecznych oraz promowanie zrównoważonego rozwoju⁷⁸. Na rysunku 1 przedstawiony został model konceptualny alfabetyzmu zdrowotnego, wskazujący na wielość czynników i zmiennych determinujących poziom alfabetyzmu zdrowotnego każdego człowieka.

Rysunek 1. Model konceptualny alfabetyzmu zdrowotnego opracowany na podstawie Europejskiego Programu Kompetencji Zdrowotnych (*European Health Literacy Project*)



Opracowanie własne na podstawie i za zgodą: K. Sørensen: *Smart health! Expanding the need for new literacies*. W: *Managing infodemics in the 21st century. Addressing new public health challenges in the information ecosystem*. Red. T.D. Purnat, T. Nguyen, S. Briand. World Health Organization – Springer, Cham 2023, s. 75. https://doi.org/10.1007/978-3-031-27789-4_6.

Jak wynika z powyższego modelu, poziom alfabetyzmu zdrowotnego jednostki jest rezultatem oddziaływania zarówno uwarunkowań indywidualnych, jak i czynników systemowych. Wśród determinant tego złożonego konstruktu wymienia się m.in. kompetencje komunikacyjne osób niebędących specjalistami oraz pracowników ochrony zdrowia, jak również bariery językowe, kulturową adekwatność przekazu, strukturę i styl komunikatów, złożoność

⁷⁸ K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam et al.: *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. „BMC Public Health” 2012, vol. 12, no. 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.

językową, zastosowanie elementów graficznych oraz stopień interaktywności przekazywanych treści. Wszystkie te elementy mają bezpośredni wpływ na stopień dostępności i zrozumiałości informacji zdrowotnych, a co za tym idzie – na możliwość ich skutecznego wdrażania w praktyce⁷⁹. Jak zauważają M.K. Paasche-Orlow i M.S. Wolf⁸⁰, poziom alfabetyzmu zdrowotnego kształtowany jest przez złożone zależności między zmiennymi społeczno-demograficznymi i ekonomicznymi – takimi jak poziom wykształcenia, wiek, pochodzenie etniczne, status zawodowy oraz dochody – a także przez zdolności poznawcze i fizyczne jednostki. W tym kontekście alfabetyzm zdrowotny należy rozpatrywać jako jeden z kluczowych czynników warunkujących stan zdrowia, determinujący efektywność korzystania z usług medycznych, jakość interakcji z personelem medycznym oraz zdolność do podejmowania świadomych działań w zakresie samoopieki. Ponadto, zgodnie z koncepcją zaprezentowaną przez *Office of Disease Prevention and Health Promotion* działającego w ramach Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, sposób postrzegania zdrowia oraz zachowań prozdrowotnych kształtowany jest przez codzienne doświadczenia jednostek wynikające z ich interakcji z przekazami komunikacyjnymi, zasobami informacyjnymi oraz technologiami informacyjnymi. W tym kontekście komunikacja zdrowotna oraz informatyka medyczna pełnią fundamentalną funkcję nie tylko w efektywnym funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego, lecz także w procesie społecznej internalizacji wiedzy zdrowotnej. Tworzą one ramy poznawcze i operacyjne, w obrębie których zarówno profesjonaliści, jak i osoby niezwiązane zawodowo z medycyną poszukują, interpretują i stosują informacje dotyczące zdrowia, co w konsekwencji wpływa na podejmowanie decyzji oraz na kształtowanie zachowań zdrowotnych⁸¹.

Podsumowując, pomimo szerokiego dostępu do informacji charakterystycznego dla współczesnych społeczeństw, deficyt powszechnej świadomości zdrowotnej wśród obywateli pozostaje zjawiskiem powszechnym i – wbrew pozorom – nie jest zaskakujący. Wynika on z wielowymiarowych barier poznawczych, społecznych i środowiskowych, jak również z wysokich wymagań poznawczych

⁷⁹ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁸⁰ M.K. Paasche-Orlow, M.S. Wolf: *The causal pathways linking health literacy to health outcomes*. „American Journal of Health Behavior” 2002, vol. 31 (Suppl. 1):S19–S26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19>.

⁸¹ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

związanych z przetwarzaniem, interpretacją i stosowaniem informacji zdrowotnych. Złożoność tych czynników może znacząco ograniczać zdolność jednostek do efektywnego korzystania z dostępnych treści zdrowotnych. W związku z tym, istotnym elementem strategii ukierunkowanej na kształtowanie społeczeństwa o wysokim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego powinno być systemowe eliminowanie istniejących przeszkód oraz udoskonalanie praktyk komunikacyjnych stosowanych przez pracowników ochrony zdrowia, specjalistów zdrowia publicznego, edukatorów, media i inne instytucje odpowiedzialne za przekaz informacji zdrowotnej⁸².

Konsekwencje niskiego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego

Alfabetyzm zdrowotny zyskuje coraz większe uznanie jako istotny determinant zdrowia, ściśle powiązany z innymi społecznymi uwarunkowaniami, takimi jak: poziom wykształcenia, status materialny czy kontekst społeczno-kulturowy i środowiskowy. Warto przypomnieć, że optymalny poziom alfabetyzmu zdrowotnego umożliwia jednostce nie tylko samodzielne poszukiwanie i krytyczną ocenę informacji zdrowotnych, lecz także efektywne ich zastosowanie w praktyce. Obejmuje ono m.in.:

- rozumienie i wdrażanie zaleceń dotyczących samoopieki, w tym realizację złożonych schematów terapeutycznych;
- planowanie oraz wdrażanie zmian stylu życia służących poprawie stanu zdrowia;
- podejmowanie świadomych i korzystnych decyzji zdrowotnych;
- umiejętność świadomego korzystania z usług opieki zdrowotnej;
- promowanie zdrowia w swoim otoczeniu;
- aktywne uczestnictwo w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych na poziomie społeczności lokalnej i całego społeczeństwa⁸³.

Z uwagi na fakt, iż większość zgonów wynika z pięciu głównych chorób przewlekłych – nowotworów, schorzeń sercowo-naczyniowych, cukrzycy, chorób nerek oraz chorób układu oddechowego – działania mające na celu podniesienie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego mogą przynieść istotne i długofalowe korzyści zarówno dla zdrowia jednostek, jak i dla promowania

⁸² L. Nielsen-Bohlman, A. Panzer, D. Kindig: *Health literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies Press, Washington 2004. <https://www.nap.edu/read/10883/chapter/1> [dostęp: 13.04.2016].

⁸³ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

prozdrowotnych stylów życia w skali populacyjnej⁸⁴. Co więcej, rozwijanie alfabetyzmu zdrowotnego uznawane jest za kluczowy element strategii zdrowia publicznego na całym świecie, co wynika z silnie udokumentowanego związku między jego niskim poziomem a niekorzystnymi wskaźnikami stanu zdrowia⁸⁵.

Warto zauważyć, że alfabetyzm zdrowotny wpływa nie tylko na zdrowie człowieka, lecz także na efektywność korzystania z systemu opieki zdrowotnej, stanowiąc istotny czynnik prognostyczny dla zachowań zdrowotnych⁸⁶. Osoby z niskim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego, posiadające niewielką wiedzę na temat profilaktyki, częściej korzystają z kosztownych form opieki – takich jak leczenie szpitalne i pomoc doraźna – oraz przyjmują większą liczbę leków, co dodatkowo obciąża systemy ochrony zdrowia⁸⁷. Także w przypadku osób cierpiących na choroby przewlekłe, niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego wiąże się z istotnymi deficytami w zakresie wiedzy na temat ich stanu zdrowia, co odróżnia je od pacjentów charakteryzujących się wyższym poziomem kompetencji zdrowotnych⁸⁸. Osoby te częściej wykazują nieprawidłowe przekonania dotyczące etiologii choroby oraz sposobów jej leczenia⁸⁹. Zatem nie ulega wątpliwości, że niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego wiąże się z licznymi negatywnymi konsekwencjami, zarówno na poziomie jednostkowym, jak

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ D.A. DeWalt, N.D. Berkman, S. Sheridan, K.N. Lohr, M.P. Pignone: *Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature*. „Journal of General Internal Medicine” 2004, vol. 19, s. 1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>; N. Berkman, T. Davis, L. McCormack: *Health literacy: What is it?* „Journal of Health Communication” 2010, vol. 15 (Suppl. 2), s. 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>; U.S. Department of Health and Human Services: *National Action Plan to improve health literacy*. Washington 2011. <http://health.gov/communication/HLActionPlan/> [dostęp: 12.05.2016].

⁸⁶ N. Berkman, T. Davis, L. McCormack: *Health literacy: What is it?* „Journal of Health Communication” 2010, vol. 15 (Suppl. 2), s. 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.

⁸⁷ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungo: *The what, why and how of health literacy...*

⁸⁸ D.W. Baker, J.A. Gazmararian, M.V. Williams, T. Scott, R.M. Parker, D. Green, J. Ren, J. Peel: *Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed enrollees*. „American Journal of Public Health” 2002, vol. 92, no. 8, s. 1278–1283. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1278>.

⁸⁹ G. Van Servellen, J.S. Brown, E. Lombardi, G. Herrera: *Health literacy in low income Latino men and women receiving an tiretroviral therapy in community based treatment centers*. *AIDS Patient Care and STDs*, 2003, 17, s. 283–298. <https://doi.org/10.1089/108729103322108166>.

i społecznym, w tym ze zwiększoną śmiertelnością, częstszą hospitalizacją oraz mniejszą kontrolą chorób przewlekłych⁹⁰.

Reasumując, kompetencje składające się na alfabetyzm zdrowotny odgrywają fundamentalną rolę nie tylko w zakresie rozumienia treści dotyczących zdrowia oraz skutecznej komunikacji z przedstawicielami systemu ochrony zdrowia, lecz także w kontekście podejmowania świadomych i odpowiedzialnych decyzji zdrowotnych. Obejmują one m.in. uczestnictwo w badaniach klinicznych, umiejętność stosowania narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych w codziennym życiu, właściwe dawkowanie leków, jak również aktywne zaangażowanie obywatelskie w działania na rzecz zdrowia publicznego i ochrony środowiska.

Jak podkreślają M.I. Muhanga i J.R.S. Malungu, alfabetyzmu zdrowotnego nie należy zawężać wyłącznie do kwestii dostępności i przystępności przekazu informacyjnego. Jest to wielowymiarowa kompetencja, obejmująca zdolność krytycznej analizy, interpretacji oraz praktycznego wykorzystania informacji zdrowotnych w kontekście profilaktyki, leczenia, oceny ryzyka oraz samodzielnego funkcjonowania w ramach systemu opieki zdrowotnej⁹¹. Z tego względu podnoszenie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego stanowi istotny element strategii przeciwdziałania chorobom przewlekłym i budowania zdrowszego społeczeństwa. Edukacja zdrowotna oraz rozwijanie świadomości zdrowotnej powinny zatem stanowić priorytet w polityce zdrowotnej, umożliwiając każdej jednostce pełniejsze zrozumienie oraz sprawniejsze zarządzanie własnym zdrowiem.

⁹⁰ D.A. DeWalt, N.D. Berkman, S. Sheridan, K.N. Lohr, M.P. Pignone: *Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature*. „Journal of General Internal Medicine” 2004, vol. 19, s. 1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>; M.S. Wolf, J. Feinglass, J. Thompson, D.W. Baker: *In search of 'low HL': Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality*. „Social Science and Medicine” 2010, vol. 70, s. 1335–1341. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.013>; S. Kripalani, M.E. Gatti, T.A. Jacobson: *Association of age, HL, and medication management strategies with cardiovascular medication adherence*. „Patient Education and Counseling” 2010, vol. 81, s. 177–181. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.030>.

⁹¹ M.I. Muhanga, J.R.S. Malungu: *The what, why and how of health literacy...*

3. Socjalizacja zdrowotna, edukacja i promocja zdrowia (Karina Leksy)

Socjalizacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna jest powiązana z całym kontekstem istnienia człowieka, niezależnie od etapu jego życia. Zachodzi we wszystkich siedliskach funkcjonowania jednostki i jest niezwykle ważnym elementem procesu socjalizacji, zarówno w dzieciństwie i młodości, jak i w okresie dorosłości⁹². Zgodnie z literaturą przedmiotu⁹³, środowiska będące źródłem socjalizacji, w tym przede wszystkim rodzina⁹⁴, szkoła (i szerszy system edukacyjny), rówieśnicy oraz media, odgrywają kluczową rolę w nabywaniu kompetencji związanych ze zdrowiem. Kompetencje te ułatwiają jednostkom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia i jego promocji, jak również odpowiedniego korzystania z systemu opieki zdrowotnej⁹⁵. Jednocześnie, jak zauważa E. Syrek, wzory zachowań przekazywane w ramach procesu socjalizacji w kontekście socjokulturowym mogą stać w jawnej sprzeczności z zachowaniami prozdrowotnymi. Dlatego też wbudowanie edukacji zdrowotnej w proces socjalizacji dzieci i młodzieży stanowi warunek jej skutecznego oddziaływania⁹⁶.

Samo pojęcie **socjalizacji** obejmuje wiele zjawisk; stanowi równocześnie złożony proces, w ramach którego ma miejsce oddziaływanie środowiska, a także przygotowuje jednostki do pełnienia określonych funkcji społecznych oraz sprzyja nabywaniu rozmaitych kompetencji indywidualnych⁹⁷.

⁹² B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna w różnych siedliskach*. W: Idem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 211.

⁹³ Zob. np. L. Zipin, S. Sellar, M. Brennan, T. Gale: *Educating for Futures in Marginalized Regions: A Sociological Framework for Rethinking and Researching Aspirations*. „Journal of Educational Philosophy and Theory” 2015, vol. 47, no. 3, s. 227–246. <https://doi.org/10.1080/00131857.2013.839376>.

⁹⁴ O socjalizacji zdrowotnej w rodzinie pisze m.in. I. Tabak: *Edukacja zdrowotna w rodzinie*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 211.

⁹⁵ D.M. Mshingo, M.I. Muhanga: *Socialisation and health literacy...*, s. 121.

⁹⁶ E. Syrek: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, s. 25.

⁹⁷ A. Radzewicz-Winnicki: *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 435.

A. Radzewicz-Winnicki zwraca uwagę, że socjalizacja jest często traktowana jako samorzutne wrastanie w grupy społeczne (tj. rodzina, grupa rówieśnicza). Z kolei wychowanie (zawarte w szerszym pojęciu określanym jako socjalizacja) dotyczy węższego obszaru, który odnosi się do celowego, zorganizowanego kształtowania osobowości zgodnie z przyjętym w danym społeczeństwie wzorcem wychowawczym⁹⁸. Przywoływany badacz określa socjalizację jako „proces kształtowania w jednostce określonych, zdeterminowanych społecznie i kulturowo regulatorów zachowań, przebiegających w toku społecznego uczenia się, czyli gromadzenia doświadczenia zarówno indywidualnego, jak i społecznego. Przygotowanie jednostki [...] do pomyślnej i satysfakcjonującej egzystencji w życiu społecznym staje się więc celem zasadniczym i priorytetowym, celem samym w sobie w procesie socjalizacji”⁹⁹. Zatem socjalizacja dokonuje się poprzez oddziaływanie życia społecznego i kultury na osobowość jednostki. Obejmuje takie procesy jak: nabywanie wartości i norm społecznych, uczenie się oraz wzory zachowań, w tym również role społeczne¹⁰⁰.

Na gruncie socjologii, socjalizacja jest rozumiana jako całościowy proces kształtowania ludzkich zachowań poprzez społeczne interakcje. Proces przyczynia się do rozwoju jednostki, wykorzystywania indywidualnego potencjału, uczenia się i jak najlepszego przystosowania¹⁰¹. Wyróżnia się tu dwie główne fazy socjalizacji (przy współudziale wielu instytucji socjalizacji): pierwotną i wtórną. **Socjalizacja pierwotna** ma miejsce na początkowym etapie życia człowieka i zwykle rozpoczyna się w rodzinie. W tym czasie zachodzi proces uczenia się norm, wartości i zachowań akceptowanych społecznie i kulturowo przy wykorzystaniu istniejących interakcji społecznych i nabywanego w trakcie rozwoju doświadczenia¹⁰². **Socjalizacja wtórna** obejmuje starsze dzieci i odbywa się także w życiu dorosłym człowieka. W fazie socjalizacji wtórnej, odpowiedzialność za proces socjalizacji przejmują inne aniżeli rodzina

⁹⁸ Ibidem, s. 435–436.

⁹⁹ Ibidem, s. 436.

¹⁰⁰ A. Roter: *Proces socjalizacji dzieci w warunkach ubóstwa społecznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2005, s. 36.

¹⁰¹ A. Giddens: *Socjologia*. Przeł. A. Szulżycka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 51.

¹⁰² D.M. Mshingo, M.I. Muhanga: *Socialisation and health literacy: Theories, agents, and the influence*. „Journal of Co-operative and Business Studies” 2021, vol. 6, no. 1, s. 115–128. <https://doi.org/10.2023/jcbs.v6i1.72>.

instytucje¹⁰³, tj. szkoła¹⁰⁴, grupa rówieśnicza, organizacje, miejsca pracy i media¹⁰⁵. D.M. Mshingo i M.I. Muhanga podkreślają, że socjalizacja wtórna jest kształtowana głównie przez media, które mogą transmitować szeroki wachlarz wiedzy na temat różnych kultur i społeczeństw, odgrywając tym samym kluczową rolę w procesie socjalizacji. Dzięki tym procesom jednostki mają możliwość nauczania się, jak zachowywać się w miejscach publicznych oraz zrozumienia i naśladowania zachowań wykazywanych przez innych w różnych kontekstach społecznych¹⁰⁶. Również E. Syrek zwraca uwagę, że w procesie socjalizacji wtórnej „znaczącą rolę odgrywa środowisko szkolne, rówieśnicze oraz media – w szczególności społecznościowe – mające istotny udział w preferowaniu różnych stylów życia, w tym zachowań prozdrowotnych/antyzdrowotnych”¹⁰⁷. W tym aspekcie można mówić o procesie **socjalizacji zdrowotnej**, która przede wszystkim dokonuje się w domu rodzinnym („Rodzice są pierwszymi i najważniejszymi «nauczycielami zdrowia» dzieci i młodzieży”¹⁰⁸) i polega na kształtowaniu umiejętności i zachowań sprzyjających dobremu samopoczuciu, jak również ochronie zdrowia przed rozmaitymi zagrożeniami¹⁰⁹. Socjalizacja zdrowotna, jako integralny komponent ogólnego procesu socjalizacji dziecka zachodzący przede wszystkim w środowisku rodzinnym, obejmuje trzy zasadnicze elementy:

- W pierwszej kolejności dzieci przyswajają oraz praktykują zachowania prozdrowotne w kontekście codziennego funkcjonowania, obejmującym takie czynności jak: spożywanie posiłków, wykonywanie rutynowych zabiegów higienicznych, udział w zabawach, sen czy organizacja czasu wolnego.

¹⁰³ Społeczne interakcje w innych niż rodzina środowiskach i kontekstach społecznych uczą jednostkę wartości, norm i przekonań będących kulturowym wzorcem w danym środowisku (A. Giddens: *Socjologia...*, s. 51).

¹⁰⁴ W obszarze socjologii edukacji, szkoła jest traktowana jako element systemu społecznego przejmujący od rodziny i najbliższego otoczenia zadania wychowawcze, czyli zadania „przygotowania jednostek do zajęcia pozycji społecznych w życiu dorosłym” (zob. P. Mikińczuk: *Socjologia edukacji. Teorie, koncepcje, pojęcia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 86).

¹⁰⁵ A. Giddens: *Socjologia...*, s. 51.

¹⁰⁶ D.M. Mshingo, M.I. Muhanga: *Socialisation and health literacy...*, s. 120.

¹⁰⁷ E. Syrek: *Styl życia w rodzinie – konteksty socjalizacji w obszarze zdrowia*. „Pedagogika Społeczna Nova” 2022, nr 2 (4), s. 64 (s. 55–68). <https://doi.org/10.14746/psn.2022.4.03>.

¹⁰⁸ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 216.

¹⁰⁹ Ibidem, s. 216.

- Po drugie dzieci są aktywnymi uczestnikami własnej socjalizacji zdrowotnej. Oznacza to, że nie ograniczają się wyłącznie do naśladowania zachowań osób dorosłych, lecz – stosownie do posiadanych kompetencji poznawczych – dokonują adaptacji i reinterpretacji znaczeń codziennych doświadczeń i praktyk zdrowotnych.
- Po trzecie, proces socjalizacji zdrowotnej ma charakter interaktywny i dwustronny. Dzieci nie tylko otrzymują informacje, wskazówki oraz opiekę (np. w sytuacjach chorobowych), lecz także aktywnie uczestniczą w działaniach ukierunkowanych na wspieranie zdrowia innych członków rodziny. Tym samym nie pełnią wyłącznie funkcji biernych odbiorców, ale mogą być inicjatorami działań prozdrowotnych w ramach systemu rodzinnego. Takie ujęcie jest zgodne ze społeczno-ekologicznym modelem rozwoju autorstwa U. Bronfenbrennera, który akcentuje wzajemne oddziaływanie dziecka i jego otoczenia oraz podkreśla znaczenie aktywnej roli jednostki w procesie socjalizacji¹¹⁰.

Warto podkreślić, że proces socjalizacji zdrowotnej jest silnie uwarunkowany kulturowo, zatem zachowania zdrowotne uznawane za normę w obrębie danego społeczeństwa mogą się różnić w zależności od czasu, miejsca, środowiska i tradycji. W analizowanym kontekście J. Modrzewski pisał: „Zdrowie ujmowane w kategoriach wartości kulturowej nie ma charakteru wyłącznie cechy biologicznej czy naturalnej. Jest to wartość od początku do końca uwzorowana kulturowo i może być odnoszona zarówno do jednostek, ich kategorii, jak i dowolnie wyodrębnianych struktur społecznych”¹¹¹. Można zatem stwierdzić, że socjalizacja zdrowotna to proces, w którym jednostka nabywa wiedzę, umiejętności, postawy oraz wartości związane ze zdrowiem, umożliwiające jej funkcjonowanie zgodnie z obowiązującymi w danym społeczeństwie normami i kulturą zdrowotną¹¹². W ramach tego procesu jednostka:

- uczy się, czym jest zdrowie i choroba oraz jakie znaczenie mają one w życiu społecznym;
- poznaje normy i wzorce zachowań prozdrowotnych (np. aktywność fizyczną, higienę, racjonalne odżywianie, unikanie używek);

¹¹⁰ Ibidem, s. 217.

¹¹¹ J. Modrzewski: *Socjalizacja wartości zdrowia*. „Chowanna” 2008, nr 2, s. 21 (13–32).

¹¹² Zob. ibidem, s. 14.

- rozwija postawy odpowiedzialności za zdrowie własne i innych;
- kształtuje nawyki i styl życia sprzyjający zdrowiu¹¹³.

Dodatkowo, jak wskazują B. Woynarowska i M. Woynarowska, na proces socjalizacji zdrowotnej dzieci i młodzieży składają się trzy fundamentalne elementy:

- „dzieci uczą się zachowań związanych ze zdrowiem i praktykują je w kontekście codziennego życia;
- dzieci są aktywnymi uczestnikami własnej edukacji zdrowotnej;
- istnieją dwustronne interakcje między głównymi uczestnikami procesu socjalizacji – dzieci są odbiorcami, a także inicjatorami działań na rzecz zdrowia w rodzinie”¹¹⁴.

Reasumując, nie ulega wątpliwości, że socjalizacja zdrowotna ma istotne znaczenie dla zdrowia i dobrego samopoczucia każdego człowieka. Odpowiedzialność za pomyślność tego procesu ponoszą przede wszystkim środowisko rodzinne i szkolne. W przypadku drugiego z wymienionych środowisk, socjalizacja zdrowotna powinna odbywać się w ramach systematycznej, dobrze zaplanowanej, rzetelnie realizowanej, obowiązkowej dla wszystkich uczniów edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna

B. Zawadzka zwraca uwagę, że zdrowie i edukacja zdrowotna są ściśle związane z pedagogiką ze względu na to, że:

1. Dzieje pedagogiki zmuszają wręcz do zainteresowania się zdrowiem dzieci i młodzieży;
2. Światowa Organizacja Zdrowia i Unia Europejska zalecają całonocną edukację zdrowotną, traktując ją jako najlepszą inwestycję w zdrowie jednostki;
3. Szkoła może odegrać przewodnią rolę w pomnażaniu zdrowia uczniów i kształtowaniu zdrowego środowiska przez edukację, przygotowując ich jednocześnie do pełnego uczestnictwa i życia w społeczeństwie i dla społeczeństwa¹¹⁵.

¹¹³ Por. B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki...*, s. 217. Zob. też: M. Sokołowska: *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986; T.B. Kulik, M. Latański: *Promocja zdrowia. Ujęcie interdyscyplinarne*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2020.

¹¹⁴ B. Woynarowska, M. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna w szkole*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 441.

¹¹⁵ B. Zawadzka: *Dorastająca młodzież wobec problemu własnego zdrowia*. Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Kraków 2007.

Nie ulega zatem wątpliwości, że środowisko szkolne odgrywa niezwykle ważną rolę w kontekście socjalizacji człowieka¹¹⁶, a sama **szkolna edukacja zdrowotna** powinna wspierać proces socjalizacji zdrowotnej zapoczątkowany i realizowany w środowisku rodzinnym.

Należy zdać sobie sprawę z faktu, że dziś system edukacji stoi przed wielką szansą i – jak nigdy wcześniej – ma możliwość w ogromnym stopniu przyczynić się do ochrony, poprawy, pomnażania zdrowia dzieci i młodzieży. Zdrowie i edukacja są bowiem istotnymi czynnikami warunkującymi jakość życia ludzi, a – co więcej – istnieją dowody na to, że zdrowie i edukacja są wzajemnie ze sobą powiązane (zob. tabela 3)¹¹⁷.

Tabela 3. Relacje pomiędzy zdrowiem a edukacją

Wzajemne powiązania zdrowia i edukacji	Opis
Edukacja jako zasób dla zdrowia	Nabywanie wiedzy i umiejętności w ramach edukacji umożliwia ludziom lepsze dbanie o swoje zdrowie oraz jego doskonalenie. Ponadto wyższe wykształcenie ułatwia dostęp do innych istotnych zasobów, takich jak satysfakcjonująca praca, wyższe zarobki czy pozytywne relacje społeczne, które również wpływają na stan zdrowia człowieka.
Zdrowie jako zasób dla edukacji	Dobre zdrowie jest niezbędne, by dziecko mogło rozpocząć naukę w odpowiednim wieku, regularnie uczęszczać do szkoły i osiągać satysfakcjonujące wyniki w nauce. Zdrowie fizyczne i dobre samopoczucie psychospołeczne ucznia sprzyjają m.in. prawidłowemu rozwojowi procesów poznawczych i dyspozycji do uczenia się, przystosowaniu do wymagań szkoły, motywacji do nauki, dobrym relacjom z członkami społeczności szkolnej, jak również rozwijaniu zainteresowań i talentów.

¹¹⁶ Por. T. Wilk: *Szkoła jako instytucja, przestrzeń, misja, wartość, zadanie, możliwość, instrument...*, s. 18.

¹¹⁷ Zob. B. Woynarowska, M. Woynarowska: *Związek między edukacją i zdrowiem*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 31–33; B. Woynarowska: *Związki między zdrowiem a edukacją*. W: *Eadem: Zdrowie i szkoła*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 15–17.

cd. tab. 3

Czynniki wpływające na zdrowie i edukację są podobne	Zdrowie i edukację warunkują wspólne czynniki, tj.: warunki społeczno-ekonomiczne w rodzinie oraz cechy szkoły, środowiska lokalnego, relacje z rówieśnikami i sieci wsparcia społecznego.
--	--

Na podstawie: B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 9–10.

Edukacja zdrowotna najczęściej jest definiowana jako¹¹⁸: „proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych ludzi¹¹⁹” lub jako „proces dydaktyczno-wychowawczy, w którym dzieci i młodzież uczą się jak żyć, aby:

- zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu;
- w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu lub rehabilitacji, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki¹²⁰.

Edukacja zdrowotna odgrywa istotną rolę w kształtowaniu kompetencji niezbędnych do ochrony i doskonalenia zdrowia zarówno własnego, jak i innych osób. Sprzyja ona również:

- właściwej adaptacji jednostki do zmian rozwojowych oraz wyzwań życia codziennego, a także wspiera budowanie zasobów zdrowotnych na różnych etapach życia – od dzieciństwa przez okres adolescencji aż po dorosłość;
- profilaktyce zaburzeń oraz ograniczaniu zachowań ryzykownych, takich jak używanie substancji psychoaktywnych czy przejawianie agresji, stanowiąc tym samym fundament dla realizacji szkolnych programów profilaktycznych;
- przygotowaniu młodych ludzi do funkcjonowania w dynamicznie zmieniającym się świecie, w którym występuje wiele zagrożeń dla zdrowia i życia¹²¹.

¹¹⁸ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum...*, s. 11.

¹¹⁹ T. Williams: *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1988, nr 7–8, s. 195–197.

¹²⁰ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki...*, s. 103.

¹²¹ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum...*, s. 11.

Można zatem ogólnie stwierdzić, że tak w przeszłości, jak i dzisiaj edukacja zdrowotna pełni szereg niezwykle istotnych, choć czasem „nieoczywistych” funkcji w kontekście wychowania młodego pokolenia (zob. tabela 4).

Tabela 4. Funkcje wychowania zdrowotnego

Funkcje	Opis
Edukacyjna	Dostarczanie wiedzy na temat zdrowia, zasad zdrowego stylu życia, znaczenia profilaktyki oraz znajomości i przestrzegania zasad bezpieczeństwa w codziennym życiu. Kształtowanie wysokiego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego.
Prewencyjna	Zapobieganie chorobom i zaburzeniom zdrowia poprzez kształtowanie zdrowych nawyków i uświadamianie zagrożeń związanych z niezdrowym stylem życia.
Etyczna	Kształtowanie i rozwijanie pozytywnych postaw wobec zdrowia, kształtowanie odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie innych, uświadamianie wartości zdrowia w życiu człowieka.
Motywacyjno-emocjonalna	Motywowanie i zachęcanie uczniów do dbania o własne zdrowie i podejmowania działań prozdrowotnych. Kształtowanie przekonań i zachowań zdrowotnych służących promowaniu i pomnażaniu zdrowia.
Wspierająca	Dostarczanie wsparcia psychicznego i emocjonalnego, pomaganie w radzeniu sobie z chorobami i wyzwaniami związanymi ze zdrowiem.
Kompensacyjna	Wyrównywanie braków w zakresie wiedzy i świadomości zdrowotnej; doskonalenie i uzupełnianie dotychczasowej wiedzy, informacji i wykształcenia w zakresie zdrowia.
Socjalizacyjna	Kształtowanie postaw prozdrowotnych i prospołecznych, respektowanie zasad zdrowia publicznego i norm zdrowotnych, zgodnych z kulturą zdrowotną społeczeństwa.
Pragmatyczna	Kształtowanie umiejętności w zakresie dbałości o zdrowie własne i innych osób.
Rozwojowa i stymulacyjna	Wspieranie rozwoju jednostki poprzez kształtowanie zdolności do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych. Pobudzanie aktywności jednostki celem pielęgnowania i pomnażania zdrowia i dobrego samopoczucia.

Opracowanie własne. Por. M.M. Śliwa: *Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki*. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Katowice 2001; I. Kropińska: *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2000; J. Modrzewski: *Socjalizacja wartości zdrowia*. „Chowanna” 2008, nr 2, s. 13–32.

Planując edukację zdrowotną wśród uczniów z wizją jej skuteczności, praktycznej użyteczności w życiu codziennym, jak również wzbudzania poznawczej ciekawości i atrakcyjności przekazywanych treści dla jej uczestników, należy bezwzględnie mieć na uwadze wymienione powyżej funkcje wychowania zdrowotnego. Jak bowiem pisał M.M. Śliwa, „Wychodząc z założenia, że współczesna cywilizacja techniczna powoduje uboczne spustoszenia w wizerunku zdrowotnym człowieka, zwłaszcza zaś w sferze psychicznej i społecznej, edukacja zdrowotna powinna stawiać na koncepcję człowieka wrażliwego i odpornego na negatywne wpływy środowiskowe”¹²².

W tradycyjnym ujęciu programy edukacji zdrowotnej skupiały się głównie na przekazywaniu informacji związanych z różnymi aspektami zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia fizycznego. Współczesne podejście wskazuje jednak na konieczność uwzględniania zróżnicowanych celów edukacyjnych, które powinny być dostosowane do specyficznych potrzeb danej grupy odbiorców. W literaturze przedmiotu wielokrotnie podkreślano, że sama wiedza na temat zdrowia nie gwarantuje zmiany zachowań prozdrowotnych, co wymaga bardziej złożonych i wielopłaszczyznowych oddziaływań¹²³.

W kontekście szkolnym edukacja zdrowotna ma na celu wspieranie uczniów w poznawaniu samych siebie, monitorowaniu własnego rozwoju oraz identyfikowaniu i rozwiązywaniu indywidualnych problemów zdrowotnych, co można określić mianem „uczenia się o sobie”. Kluczowe jest również budowanie świadomości dotyczącej istoty zdrowia, jego uwarunkowań oraz zasad dbania o nie. Edukacja ta ma także na celu kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, wzmacnianie samooceny i wiary we własne możliwości, a także rozwijanie kompetencji osobistych i społecznych, które sprzyjają dobremu samopoczuciu i skutecznemu radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami. Nie bez znaczenia pozostaje również przygotowanie młodych ludzi do aktywnego uczestnictwa w działaniach prozdrowotnych oraz kreowania zdrowego środowiska w różnych sferach życia – w domu, szkole, miejscu pracy czy w społeczności lokalnej (zob. tabela 5)¹²⁴.

¹²² M.M. Śliwa: *Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki*. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Katowice 2001, s. 21.

¹²³ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole...*, s. 12.

¹²⁴ Ibidem, s. 13.

Tabela 5. Cele edukacji zdrowotnej w szkole

Cele edukacji zdrowotnej	Opis
Poznanie siebie i swojego zdrowia	Wspieranie uczniów w obserwacji własnego rozwoju oraz rozpoznawaniu i rozwiązywaniu indywidualnych problemów zdrowotnych.
Zrozumienie istoty zdrowia	Kształtowanie świadomości na temat tego, czym jest zdrowie, jakie są jego uwarunkowania i dlaczego warto o nie dbać.
Rozwijanie odpowiedzialności za zdrowie	Kształtowanie postawy odpowiedzialności za zdrowie własne i osób z otoczenia.
Wzmacnianie poczucia własnej wartości	Wspieranie rozwoju pozytywnej samooceny i wiary we własne możliwości.
Kształtowanie i doskonalenie kompetencji psychospołecznych	Rozwijanie umiejętności wspierających dobre samopoczucie oraz skuteczne radzenie sobie z wyzwaniami codzienności.
Przygotowanie do działań prozdrowotnych	Zachęcanie do aktywnego uczestnictwa w tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu w domu, szkole i społeczności lokalnej.

Na podstawie: B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole...*, s. 13.

Oprócz wymienionych powyżej celów edukacji zdrowotnej, w ostatnich dekadach w zagranicznej literaturze przedmiotu wymienia się także następujące cele:

- „**rozwijanie kompetencji do działania** (*action competence*) na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi,
- **zwiększanie alfabetyzmu zdrowotnego** (*health literacy*),
- **upodmiotowienie** (*empowerment*) jednostek i społeczności,
- **zwiększenie zasobów dla zdrowia** (perspektywa salutogenetyczna),
- **rozwijanie zdolności do pełnienia roli rzecznika** (orędownika) na rzecz zdrowia (rzecznictwo zdrowotne – *health advocacy*) własnego, rodziny i społeczności”¹²⁵.

Realizacja powyżej wymienionych celów edukacji zdrowotnej wymaga systematycznego podejmowania działań w ramach programu dydaktycznego, wychowawczego oraz szkolnego programu profilaktyki. Jest to proces długofalowy, którego efektywność w dużej mierze zależy od aktywnego zaangażowania zarówno uczniów,

¹²⁵ B. Woynarowska: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 97 (rozdz. 93–105).

jak i ich rodziców. Kluczowe jest bowiem to, czy wiedza i umiejętności zdobyte w szkole zostaną rzeczywiście zaadaptowane w codziennym życiu¹²⁶.

Obecnie przyjmuje się, że edukacja zdrowotna powinna polegać na równoległym działaniu dwukierunkowym: przekazywaniu wiedzy oraz kształtowaniu umiejętności, przekonań i postaw niezbędnych do zachowania i doskonalenia zdrowia. Według B. Woynarowskiej¹²⁷ współczesna edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży charakteryzuje się kilkoma kluczowymi cechami, które odzwierciedlają jej holistyczne i zintegrowane podejście. Najważniejsze z nich przedstawiono na rysunku 2.

Rysunek 2. Cechy edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży



Opracowanie własne na podstawie: B. Woynarowska: *Cechy współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole...*, s. 16.

Rysunek 2 przedstawia kluczowe cechy edukacji zdrowotnej, które wskazują, że dla skutecznej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole konieczne jest:

- uwzględnianie wielowymiarowości zdrowia, obejmującej aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne, wraz z identyfikacją czynników warunkujących ich utrzymanie i rozwój;

¹²⁶ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole...*, s. 12.

¹²⁷ B. Woynarowska: *Cechy współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole...*, s. 16.

- wykorzystanie różnorodnych kontekstów edukacyjnych, zarówno formalnych, jak i nieformalnych, w tym sytuacji pedagogicznych oraz współpracy z instytucjami funkcjonującymi w środowisku szkolnym i pozaszkolnym;
- orientacja na potrzeby, oczekiwania i zainteresowania młodych ludzi w zakresie treści oraz form edukacji zdrowotnej;
- zapewnienie spójności i koherencji przekazów zdrowotnych pochodzących z różnych źródeł informacji;
- promowanie pozytywnych wzorców zachowań prozdrowotnych poprzez postawy dorosłych – rodziców, nauczycieli oraz innych osób mających istotny wpływ wychowawczy;
- kreowanie środowisk sprzyjających podejmowaniu i utrwalaniu zachowań korzystnych dla zdrowia w przestrzeniach domowych, przedszkolnych i szkolnych;
- angażowanie uczniów w proces planowania, realizacji i ewaluacji działań edukacyjnych, co sprzyja rozwojowi ich podmiotowości i odpowiedzialności za własne zdrowie.

Modele edukacji zdrowotnej

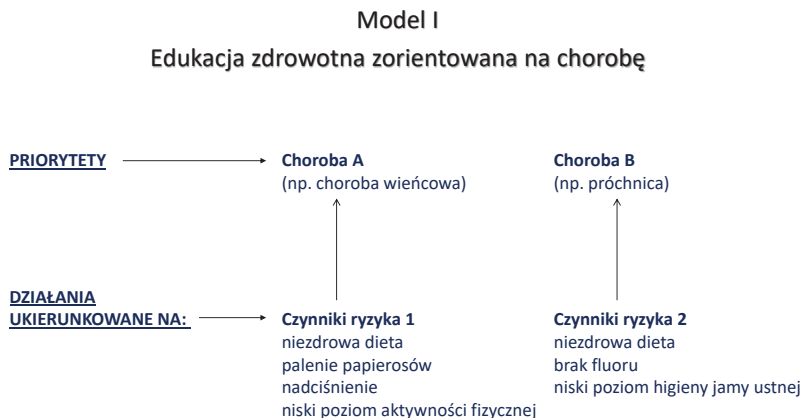
W edukacji zdrowotnej istnieje kilka modeli i koncepcji¹²⁸. Jedną z najbardziej rozpowszechnionych jest propozycja A. Tannahilla¹²⁹, który wyróżnił trzy modele edukacji zdrowotnej:

- I. **Edukacja zdrowotna zorientowana na chorobę** – model ten jest najbardziej odległy od idei promocji zdrowia i jest głównie zorientowany na eliminację określonych chorób; działania są tu skierowane na czynniki ryzyka konkretnych chorób (zob. rysunek 3).

¹²⁸ Zob. np. M. Cylkowska-Nowak: *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008, s. 13–15; L. Ewles, I. Simnett: *Promoting health. A practical guide*. Bailliere Tindall, Edinburgh 2003; B. Woynarowska: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 99–105.

¹²⁹ A. Tannahill: *Health education and health promotion: Planning for the 1990s*. „Health Education Journal” 1990, vol. 49, no. 4, s. 194–198. Podano za: B. Woynarowska: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 97–99.

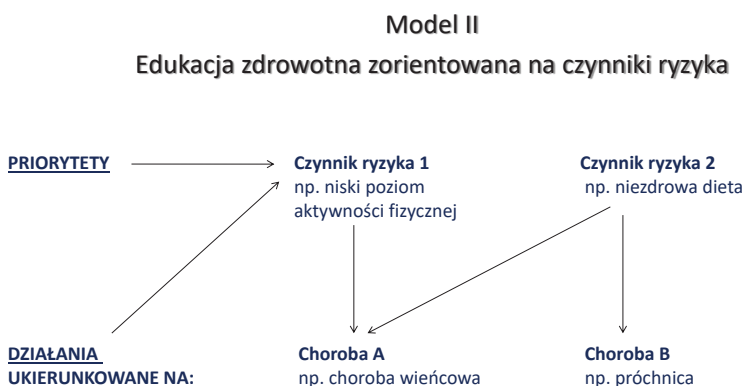
Rysunek 3. Edukacja zdrowotna zorientowana na chorobę



Opracowanie własne na podstawie: Z. Słońska: *Model edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*. „Lider” 1992, nr 7–8, s. 7–8.

II. Edukacja zdrowotna zorientowana na czynniki ryzyka – w modelu tym celem głównym jest wyeliminowanie czynników, które mogą wywołać nie jedną, a kilka chorób; zakłada się tu przede wszystkim unikanie wielu chorób poprzez oddziaływanie na wspólne czynniki ryzyka, nie zaś pomnażanie zdrowia (zob. rysunek 4).

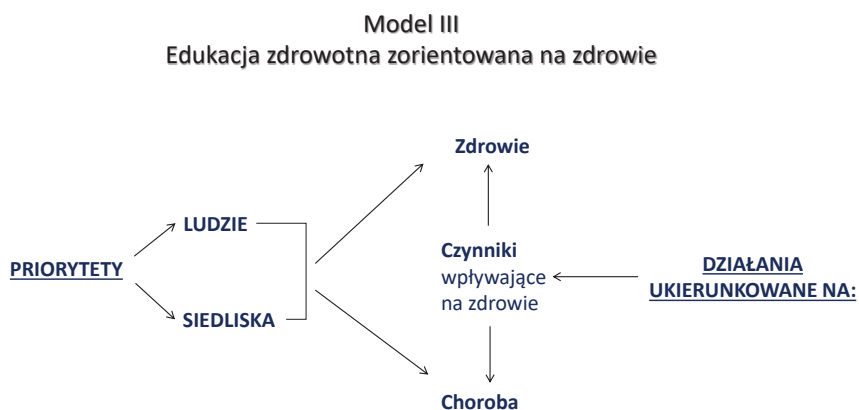
Rysunek 4. Edukacja zdrowotna zorientowana na czynniki ryzyka



Opracowanie własne na podstawie: Z. Słońska: *Model edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*. „Lider” 1992, nr 7–8, s. 7–8.

III. Edukacja zdrowotna zorientowana na zdrowie – model ten jest najbardziej zbliżony do idei promocji zdrowia i kładzie nacisk na ludzi i miejsca ich przebywania (tzw. siedliska), a nie na choroby i czynniki ryzyka; działania skierowane są na czynniki wpływające na zdrowie oraz konkretne środowiska i grupy społeczne (zob. rysunek 5).

Rysunek 5. Edukacja zdrowotna zorientowana na zdrowie



Opracowanie własne na podstawie: Z. Słońska: *Model edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*. „Lider” 1992, nr 7–8, s. 7–8.

Warto dodać, że oprócz przywołanych powyżej modeli edukacji zdrowotnej, na uwagę zasługują także inne modele i koncepcje, w tym przede wszystkim: edukacja zdrowotna zorientowana na rozwijanie umiejętności życiowych, edukacja zdrowotna ukierunkowana na zwiększanie alfabetyzmu zdrowotnego, edukacja zdrowotna w perspektywie salutogenetycznej oraz demokratyczna/środowiskowa edukacja zdrowotna¹³⁰.

Podsumowując, szkoła jako jedno z niezwykle ważnych środowisk życia i rozwoju młodego człowieka musi mieć świadomość pojawiających się zagrożeń i przeciwdziałać negatywnym zachowaniom swoich wychowanków. Rzetelnie realizowana edukacja zdrowotna wraz ze szkolnym programem wychowawczo-profilaktycznym może w znacznym stopniu przyczynić się do zrozumienia problemów i zaburzeń zdrowia fizycznego i psychospołecznego

¹³⁰ Zob. B. Woynarowska: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 99–105.

oraz podejmowania działań na rzecz promocji zdrowia własnego i innych osób. Wiedza i świadomość nabyta w toku edukacji zdrowotnej jest w kontekście podejmowania tych działań niezbędna!

Edukacja zdrowotna jako niezbędny element promocji zdrowia

Edukacja zdrowotna stanowi integralny i uzupełniający komponent **promocji zdrowia**, ponieważ wyposażenie jednostek w odpowiednie kompetencje poznawcze, emocjonalne i praktyczne – nabywane w procesie edukacji – jest warunkiem niezbędnym do ich aktywnego uczestnictwa w działaniach sprzyjających zdrowiu. Bez odpowiedniego poziomu wiedzy, świadomości i umiejętności ludzie nie są w stanie skutecznie podejmować decyzji służących modyfikacji stylu życia ani wpływać na własne otoczenie w sposób sprzyjający zdrowiu.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć co najmniej kilka definicji promocji zdrowia¹³¹. Jedną z najbardziej rozpowszechnionych jest definicja zawarta w Karcie Ottawskiej z 1986 roku, w myśl której jest to „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę”¹³². W 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia zmodyfikowała nieco powyższą definicję, przyjmując, że promocja zdrowia jest to „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi zdrowie i w ten sposób jego poprawę”¹³³. Kolejną definicją, którą warto przytoczyć ze względu na jej odniesienia do edukacji jest propozycja L.W. Greena i M.H. Kreutera. Brzmi ona następująco: „Promocja zdrowia jest połączeniem działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia – środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego – sprzyjających zdrowiu”¹³⁴. Warto zauważyć, że oprócz aspektu edukacyjnego, który jest niezbędnym warunkiem promocji, zwraca się tu także uwagę na inne czynniki (tj. różne formy wsparcia) i determinanty zdrowia i jego promocji.

¹³¹ Zob. np. B. Bik: *Koncepcja promocji zdrowia*. W: Red. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk: *Zdrowie publiczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 217–223.

¹³² *Karta Ottawska*. Przeł. J.B. Karski. W: Red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski: *Promocja zdrowia*. Wydawnictwo Sanmedia, Warszawa 1986, s. 246–251.

¹³³ Światowa Organizacja Zdrowia: *Health promotion glossary*. WHO, Geneva 1998, s. 4.

¹³⁴ L.W. Green, M.H. Kreuter: *Health promotion planning – An educational and environmental approach*. Mayfield Publishing comp., Mountain View, CA, 1991. Podano za: B. Bik: *Koncepcja promocji zdrowia*. W: Red. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk: *Zdrowie publiczne...*, s. 218.

Biorąc pod uwagę genezę promocji zdrowia, koncepcja ta wyłoniła się w odpowiedzi na przemiany w strukturze chorób obserwowane w drugiej połowie XX wieku, zwłaszcza w krajach wysokorozwiniętych. W miejsce chorób zakaźnych dominujące stały się choroby przewlekłe, na które medycyna interwencyjna okazała się mieć ograniczony wpływ. Przełomowe znaczenie miały tu badania epidemiologiczne, które ujawniły tzw. anomalie Cochrane'a, wskazującą na niską skuteczność kosztownych procedur medycznych w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym. W obliczu tych wyzwań zaczęto poszukiwać nowych sposobów wspierania zdrowia, co doprowadziło do ukształtowania się nurtu promocji zdrowia jako odrębnej dziedziny¹³⁵. Jednocześnie, zgodnie z literaturą przedmiotu, rozwój promocji zdrowia jako autonomicznego obszaru praktyki i badań był możliwy dzięki kilku kluczowym czynnikom:

- przyjęciu holistycznego podejścia do zdrowia, traktującego człowieka jako całość biopsychospołeczną;
- wzrostowi indywidualnej sprawczości i gotowości ludzi do podejmowania decyzji dotyczących własnego życia;
- niskiej efektywności tradycyjnych form oświaty zdrowotnej, skoncentrowanych głównie na przekazywaniu informacji;
- uznaniu, że styl życia jednostki stanowi jeden z kluczowych czynników determinujących stan zdrowia;
- rozwojowi społeczności lokalnych i oddolnych ruchów prozdrowotnych, które zastąpiły centralnie sterowane programy zdrowotne;
- rosnącemu zainteresowaniu zdrowiem wśród przedstawicieli nauk społecznych, którzy zaczęli postrzegać zdrowie jako zjawisko osadzone w kontekście społecznym, kulturowym i ekonomicznym¹³⁶.

Wybrane podejścia i metody stosowane w promocji zdrowia

W promocji zdrowia stosuje się zróżnicowane strategie i metody oddziaływania. Obecnie jednym z dominujących podejść jest **podejście siedliskowe** (*settings approach*), które zakłada, że zdrowie kształtuje się i jest doświadczane w konkretnych kontekstach życia codziennego jednostki, takich jak miejsca zamieszkania, nauki, pracy, wypoczynku czy aktywności społecznej. W tych przestrzeniach ludzie podlegają oddziaływaniu czynników środowiskowych, organizacyjnych

¹³⁵ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna jako kluczowy komponent promocji zdrowia*. W: Idem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 120–121.

¹³⁶ Ibidem, s. 120–121.

i indywidualnych, a jednocześnie aktywnie uczestniczą w kształtowaniu swojego otoczenia oraz rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Siedlisko rozumiane jest jako dynamiczny system społeczny, którego rozwój i transformacja ukie-
runkowane są na wspieranie i wzmacnianie zdrowia populacji. Do najczęściej identyfikowanych siedlisk należą m.in. środowisko miejskie, miejsce pracy, placówki oświatowe (takie jak przedszkole i szkoła) oraz rodzina¹³⁷. Coraz częściej mówi się także o **podejściu wielosiedliskowym** (*multi-setting approach*), polegającym na podejmowaniu zintegrowanych, wielopoziomowych działań interwencyjnych, realizowanych przy współudziale wielu osób reprezentujących różne sektory oraz uczestników funkcjonujących w zróżnicowanych lokalnych kontekstach społecznych. Jednym z kluczowych elementów takiego podejścia jest zarówno rozpoznanie, jak i aktywizacja lokalnych zasobów – zarówno materialnych, jak i społecznych – w celu wzmacniania potencjału społeczności do sprawowania większej kontroli nad determinantami zdrowia i warunkami życia. Model ten obejmuje zatem różnorodne grupy populacyjne i liczne konteksty środowiskowe¹³⁸.

Innym, stosunkowo powszechnym podejściem w promocji zdrowia jest **podejście „od ludzi do problemu”** (*people-centered/bottom-up approach*). Opiera się ono na założeniu, że to sami członkowie danej społeczności – funkcjonujący w określonym siedlisku – identyfikują problemy zdrowotne, które ich dotyczą, a następnie inicjują działania mające na celu ich rozwiązanie. Interwencje te mogą mieć charakter indywidualny, obejmując m.in. modyfikację stylu życia, rozwijanie kompetencji zdrowotnych czy wzmacnianie motywacji, jak również mogą one odnosić się do uwarunkowań środowiskowych, takich jak poprawa warunków życia czy relacji społecznych. Kluczowym wymogiem skuteczności tego podejścia jest zaangażowanie członków społeczności oraz ich współpraca, co sprzyja wzmacnianiu poczucia odpowiedzialności i sprawczości w zakresie troski o zdrowie¹³⁹.

¹³⁷ Por. B. Woynarowska, M. Woynarowska: *Promocja zdrowia w szkole*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 457 (rozdz. 455–471).

¹³⁸ J. Aagaard-Hansen, P. Bloch: *Settings, populations, and time: A conceptual framework for public health interventions*. „Frontiers in Public Health” 2023, 11:1297019. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1297019>.

¹³⁹ Por. B. Woynarowska, M. Woynarowska: *Promocja zdrowia w szkole*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników...*, s. 457.

W literaturze dotyczącej promocji zdrowia istotne miejsce zajmuje również podejście skoncentrowane na upodmiotowieniu jednostek i społeczności (*empowerment*). Zakłada ono wzmacnianie zdolności osób i grup społecznych do samodzielnego działania, sprawowania kontroli nad własnym zdrowiem i warunkami życia, a także podejmowania świadomych, odpowiedzialnych decyzji w obszarze zdrowia. Kluczowe znaczenie ma tutaj aktywizacja i zaangażowanie społeczności, a także wspieranie procesów partycypacyjnych opartych na dobrowolności, autonomii oraz możliwości dokonywania swobodnych wyborów. Podejście to obejmuje zarówno działania na poziomie jednostkowym, jak i środowiskowym, dążąc do zwiększenia sprawczości i poczucia kontroli nad własnym życiem i jego determinantami¹⁴⁰.

Strategie działania w promocji zdrowia

Promocja zdrowia ma na celu tworzenie warunków, które umożliwiają i zachęcają jednostki do podejmowania decyzji sprzyjających zdrowiu. Zgodnie z Kartą Ottawską (1986), skuteczna promocja zdrowia opiera się na pięciu kluczowych obszarach działania:

1. **Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej** – opracowywanie i wdrażanie polityk publicznych, które integrują aspekty zdrowotne we wszystkich sektorach, takich jak edukacja, środowisko czy transport, w celu wspierania zdrowia społeczeństwa.
2. **Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu** – zapewnianie warunków fizycznych, społecznych i ekonomicznych, które wspierają zdrowe wybory i zachowania w codziennym życiu.
3. **Wzmacnianie działań społeczności** – angażowanie społeczności lokalnych w procesy decyzyjne dotyczące zdrowia, co zwiększa ich zdolność do działania na rzecz własnego zdrowia i dobrostanu.
4. **Rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu** – edukowanie i wyposażanie jednostek w wiedzę oraz umiejętności niezbędne do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych i radzenia sobie z wyzwaniami zdrowotnymi.
5. **Reorientacja służby zdrowia** – przekształcanie systemów opieki zdrowotnej w kierunku większego nacisku na promocję zdrowia i prewencję, a nie tylko leczenie chorób, poprzez zaangażowanie społeczności i dostosowanie usług do ich potrzeb.

¹⁴⁰ Por. ibidem, s. 457.

Wymienione obszary działania, chociaż sformułowane w Karcie Ottawskiej wiele lat temu, nadal pozostają aktualne i stanowią formalną strategię promocji zdrowia oraz fundament działań ukierunkowanych na poprawę jakości życia i zdrowia populacji¹⁴¹.

Profilaktyka a promocja zdrowia

Profilaktyka i promocja zdrowia to dwa uzupełniające się, ale odrębne podejścia w obszarze zdrowia publicznego. Chociaż w potocznym języku często są używane zamiennie, to jednak w naukowym ujęciu mają różne cele, założenia i metody działania. Termin „profilaktyka” (z gr. *phylax* – strażnik) odnosi się do zbioru działań ukierunkowanych na zapobieganie występowaniu lub postępowi niepożądanych zachowań, stanów czy zjawisk w obrębie określonej populacji. Istotą profilaktyki jest przeciwdziałanie potencjalnym zagrożeniom zdrowotnym, których pojawienie się lub intensyfikacja jest możliwa w przyszłości. Celem tych działań jest minimalizacja ryzyka ich wystąpienia oraz podtrzymywanie aktualnego, względnie korzystnego stanu zdrowia jednostek i społeczności¹⁴².

W ostatnich latach obserwuje się ewolucję w zakresie klasyfikacji profilaktyki chorób, problemów zdrowotnych oraz zachowań ryzykownych dla zdrowia. Współcześnie w Polsce funkcjonują równolegle dwa schematy typologiczne, odnoszące się do poziomów działań profilaktycznych:

- **Tradycyjny podział**, od dawna wykorzystywany w praktyce systemu ochrony zdrowia, koncentrujący się głównie na prewencji chorób somatycznych i ich skutków (zob. tabela 6);
- **Nowy podział**, opracowany w celu ujednolicenia podejść i definicji związanych z profilaktyką zaburzeń behawioralnych oraz zdrowia psychicznego, uwzględniający specyfikę tych problemów oraz konieczność działań dostosowanych do ich charakteru i dynamiki (zob. tabela 7)¹⁴³.

Zmiany te odzwierciedlają rosnącą potrzebę integracji różnych modeli prewencji oraz dostosowania strategii interwencyjnych do współczesnych wyzwań zdrowotnych i społecznych.

¹⁴¹ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna jako kluczowy komponent promocji zdrowia*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 122–123.

¹⁴² Por. B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki...*, s. 127.

¹⁴³ Por. K. Ostaszewski: *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 117–118.

Tabela 6. Tradycyjny podział oddziaływań profilaktycznych

Stopnie oddziaływań profilaktycznych	Odbiorcy oddziaływań profilaktycznych	Cele oddziaływań profilaktycznych
I. Profilaktyka pierwszego stopnia (pierwotna, pierwszorzędowa)	Odnosi się do działań podejmowanych w odniesieniu do całej populacji lub jej znacznej części, jeszcze przed pojawieniem się objawów chorobowych.	Jej zasadniczym celem jest zapobieganie wystąpieniu chorób lub ograniczanie ryzyka ich rozwoju. Obejmuje zarówno: ✓ działania swoiste , ukierunkowane na prewencję konkretnych jednostek chorobowych (np. szczepienia ochronne); ✓ działania nieswoiste , sprzyjające ogólnej poprawie stanu zdrowia i odporności organizmu (np. aktywność fizyczna, hartowanie organizmu, zdrowe odżywianie).
II. Profilaktyka drugiego stopnia (wtórna, drugorzędowa)	Skierowana jest do osób znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania.	Jej głównym celem jest wczesne wykrycie stanów chorobowych oraz szybkie rozpoczęcie interwencji leczniczej, co zwiększa szansę na skuteczne leczenie i ograniczenie powikłań. Przykładem działań w tym zakresie są różnego rodzaju badania przesiewowe i diagnostyczne.
III. Profilaktyka trzeciego stopnia (trzeciorzędowa)	Obejmuje działania adresowane do osób z chorobami przewlekłymi lub z niepełnosprawnościami.	Jej nadrzędnym celem jest zapobieganie progresji choroby, minimalizowanie jej negatywnych następstw oraz wspieranie procesów rehabilitacyjnych, rewalidacyjnych i reedukacyjnych, które mają na celu poprawę jakości życia i funkcjonowania osób dotkniętych ograniczeniami zdrowotnymi.

Opracowanie własne na podstawie: B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 127–128; B. Woynarowska: *Działania szkoły w zakresie profilaktyki chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*. W: *Szkola i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 448–449.

Tabela 7. Nowy podział oddziaływań profilaktycznych

Stopnie oddziaływań profilaktycznych	Odbiorcy oddziaływań profilaktycznych	Cele oddziaływań profilaktycznych
Profilaktyka uniwersalna	Odnosi się do działań kierowanych do całej populacji, niezależnie od poziomu ryzyka zachorowania lub wystąpienia problemów zdrowotnych.	Jej celem jest promocja zdrowia oraz zapobieganie potencjalnym zagrożeniom w sposób nieselektywny i powszechny.
Profilaktyka selektywna	Obejmuje działania adresowane do grup o podwyższonym ryzyku wystąpienia określonych problemów zdrowotnych lub psychicznych. Grupy te identyfikowane są na podstawie czynników społecznych, rodzinnych, środowiskowych bądź biologicznych, które zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się niekorzystnych zjawisk.	Działania koncentrują się na zapobieganiu występowania problemów zdrowotnych, psychicznych lub społecznych w grupach uznanych za szczególnie narażone ze względu na określone czynniki ryzyka.
Profilaktyka wskazująca	Koncentruje się na jednostkach wykazujących szczególnie wysokie ryzyko rozwoju zaburzeń lub chorób – zarówno z uwagi na uwarunkowania biologiczne i psychospołeczne, jak i pojawiające się już wczesne symptomy problemów.	Interwencje te mają charakter ukierunkowany i często specjalistyczny, a ich celem jest zapobieżenie dalszemu pogłębianiu się trudności oraz szybkie wdrożenie adekwatnego wsparcia.

Opracowanie własne na podstawie: B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 490–491; B. Woynarowska: *Działania szkoły w zakresie profilaktyki chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 449–450.

W potocznym rozumieniu **profilaktyka** i **promocja zdrowia** są często traktowane jako synonimy. Jednakże należy podkreślić, że w rzeczywistości są to dwa odrębne obszary i działania, które są określane albo jako „prewencyjne”, albo jako „promocyjne”. Różnice pomiędzy profilaktyką i promocją zdrowia dotyczą wielu aspektów, począwszy od celu każdego z nich po instytucje realizujące konkretne działania (zob. tabela 8). Warto także przypomnieć, że konsekwencją braku zrozumienia znaczenia obu pojęć jest częste używanie błędnych określeń, takich jak „profilaktyka zdrowia” lub „profilaktyka zdrowotna”,

co oznacza zapobieganie zdrowiu, bowiem termin „profilaktyka” zawsze dotyczy zjawisk o charakterze negatywnym¹⁴⁴.

Tabela 8. Różnice pomiędzy promocją zdrowia a profilaktyką

Kryterium	Promocja zdrowia	Profilaktyka
Cel	Wzmacnianie zdrowia i poprawa jakości życia	Zapobieganie chorobom i ich skutkom
Charakter działań	Proaktywne – wzmacnianie zasobów zdrowotnych	Reaktywne – przeciwdziałanie konkretnym zagrożeniom
Zakres działań	Szeroki, obejmujący zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne	Ograniczony do obszaru zdrowotnego i medycznego
Podejście	Skoncentrowane na zdrowiu i dobrostanie	Skoncentrowane na chorobie i jej ryzyku
Rodzaj interwencji	Edukacyjne, środowiskowe, polityczne, kulturowe	Kliniczne, medyczne, edukacyjne
Odbiorca	Całe społeczeństwo, bez względu na stan zdrowia	Osoby zdrowe, zagrożone chorobą lub chore
Przykładowe działania	Promocja aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania, redukcja stresu	Szczepienia, badania przesiewowe, kontrola czynników ryzyka
Czas działań	Długofalowe i ciągle	Krótkoterminowe lub okresowe
Instytucje realizujące	Szkoły, samorządy, organizacje pozarządowe, media	Placówki medyczne, sanepid

Opracowanie własne na podstawie: B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 139; K. Ostaszewski: *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 118–119 (rozdz. 112–119; B. Bik: *Koncepcja promocji zdrowia*. W: Red. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk: *Zdrowie publiczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 223–230.

Reasumując, w procesie promocji zdrowia należy uwzględnić kilka kluczowych założeń wynikających z jej holistycznego i wielowymiarowego charakteru. Zatem, promując zdrowie należy mieć na uwadze, że:

- Działania promujące zdrowie są kierowane zarówno do osób zdrowych, jak i tych, które doświadczają problemów zdrowotnych, obejmując cały przekrój populacji, niezależnie od aktualnego stanu zdrowia jednostki;

¹⁴⁴ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki...*, s. 138–139.

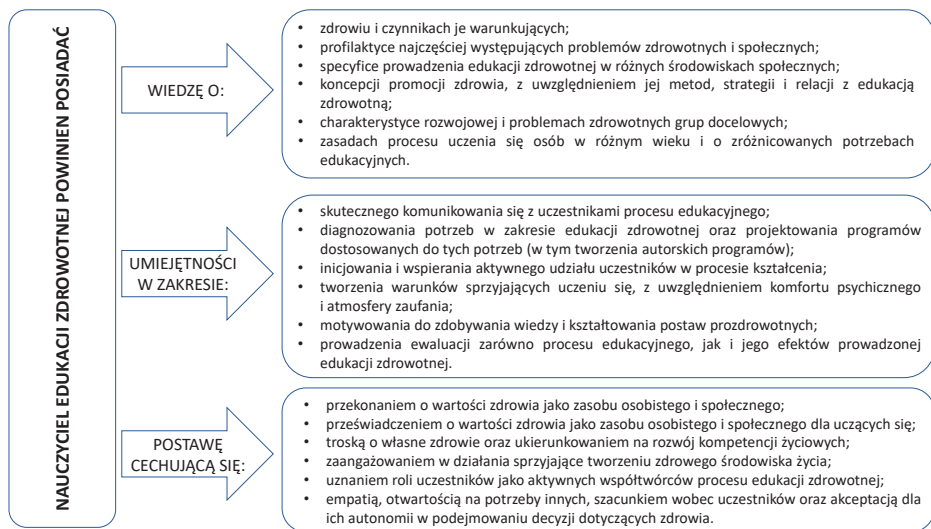
- Promocja zdrowia wymaga zintegrowanego podejścia, obejmującego różnorodne, wzajemnie powiązane strategie – takie jak komunikacja społeczna, edukacja zdrowotna, rzecznictwo na rzecz zdrowia oraz polityka zdrowotna i społeczna – przy jednoczesnym uwzględnieniu szerokich uwarunkowań zdrowotnych, zarówno indywidualnych, jak i środowiskowych;
- Zakres tematyczny promocji zdrowia jest szeroki i obejmuje m.in. zdrowe odżywianie, aktywność fizyczną, zapobieganie paleniu tytoniu, ochronę środowiska, a także czynniki społeczne i fizyczne wpływające na zdrowie. Istotne są również lokalne priorytety zdrowotne, wyznaczone przez potrzeby i oczekiwania społeczności, w których działania są wdrażane;
- Skuteczna promocja zdrowia powinna być realizowana w kontekście codziennego życia ludzi, a więc w miejscach, gdzie żyją, uczą się, pracują i spędzają czas wolny. Interwencje powinny obejmować różne poziomy oddziaływań – od indywidualnego, przez relacje społeczne (np. sieci rówieśnicze), aż po poziom społeczności lokalnych;
- Aby osiągnąć realny wpływ na stan zdrowia grup społecznych lub całych populacji, konieczne jest skoordynowane działanie na wielu płaszczyznach, integrujące różne formy wsparcia i interwencji w sposób systemowy¹⁴⁵.

Rola nauczycieli i dyrektorów szkół w realizacji edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia

Jednym z podstawowych warunków skuteczności zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej jest niewątpliwie dobre merytoryczne oraz dydaktyczne przygotowanie nauczycieli do nauczania przedmiotu edukacja zdrowotna, w tym umiejętność prowadzenia zajęć z wykorzystaniem aktywizujących i interaktywnych metod, technik i pomocy dydaktycznych. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że **nauczyciel edukacji zdrowotnej** powinien posiadać określone kompetencje w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, które pozwolą na realizację edukacji zdrowotnej w sposób zgodny z jej standardami i celami. Kompetencje te zostały przedstawione na rysunku 6.

¹⁴⁵ Zob. J.B. Karski: *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2007, s. 29–30.

Rysunek 6. Kompetencje nauczyciela edukacji zdrowotnej



Opracowanie własne na podstawie: B. Woynarowska, M. Woynarowska-Sołdan: *Rola i kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną*. W: Red. B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka...*, s. 147.

W kontekście znaczenia kompetencji nauczyciela edukacji zdrowotnej, fundamentalne jest stałe ich poszerzanie i doskonalenie, szczególnie współcześnie w obliczu wielości i złożoności problemów i trudności funkcjonowania młodego pokolenia. Warto w tym kontekście przywołać myśl H. Wallona¹⁴⁶, który pisał:

Nauczyciel w pełni świadom spoczywającej na nim odpowiedzialności, musi znać problemy swojej epoki. Musi on przy tym reagować na nie nie ślepo, ale zgodnie z tym, co można zdziałać za pomocą nauczania i wychowania. Musi on starać się poznać stosunki społeczne i wartości moralne swego czasu. Musi czynić to nie tylko poprzez analizowanie i studiowanie ekonomicznych i społecznych warunków danego okresu i kraju. Musi to zarazem robić ramię w ramię ze swoimi uczniami, dowiadując się od nich na przykład, w jakich żyją

¹⁴⁶ H. Wallon: *Myśliciele – o wychowaniu*. T. 2. Wydawnictwo Graf-Punkt, Warszawa 2000, s. 461–475. Podano za: Cz. Kupisiewicz, M. Kupisiewicz: *Złote myśli o wychowaniu i kształceniu*. Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania w Rykach, Ryki-Warszawa 2005, s. 120.

warunkach. W ten sposób nauczyciel musi ustawicznie poszukiwać nowych idei oraz modyfikować własne poprzez stały kontakt ze zmieniającą się bez przerwy rzeczywistością, którą wszyscy tworzą i która powinna wszystkim służyć.

Mimo że coraz częściej zwraca się uwagę na znaczenie rzeczywistego zaangażowania wszystkich członków społeczności szkolnej (tj. uczniów, nauczycieli, pracowników administracyjnych oraz rodziców) w promocję zdrowia w szkole, to jednocześnie zapomina się o kluczowej roli **dyrektorów szkół**, którzy w praktyce są osobami w największym stopniu odpowiedzialnymi za kształt polityki zdrowotnej szkoły, za inicjowanie i utrzymywanie kompleksowych oraz systematycznych działań z zakresu promocji zdrowia¹⁴⁷. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że poziom wiedzy, zrozumienia oraz motywacja dyrektorów szkół mają istotne znaczenie dla efektywnego wdrażania strategii prozdrowotnych i wspierania edukacji zdrowotnej uczniów. Nie ulega wątpliwości, że osobiste zaangażowanie i pozytywne nastawienie do kwestii zdrowotnych osób zarządzających szkołami sprzyjają realizacji holistycznego podejścia do zdrowia i jego promocji. Przykładowo, wyniki badań zagranicznych wskazują, że wsparcie ze strony dyrekcji szkół ponadpodstawowych koreluje z pozytywnymi zmianami w zakresie zachowań zdrowotnych uczniów¹⁴⁸. Z kolei badania przeprowadzone wśród polskich dyrektorów i wicedyrektorów w czasie pandemii COVID-19 ujawniły istotny związek pomiędzy poziomem ich alfabetyzmu zdrowotnego a wdrażaniem zasad promocji zdrowia w szkołach. Wyniki te sugerują, że dyrektorzy i wicedyrektorzy szkół charakteryzujący się wysokim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego byli bardziej skłonni do efektywnego realizowania polityki zdrowotnej w zarządzanych przez siebie placówkach edukacyjnych¹⁴⁹.

¹⁴⁷ Zob. np. K. Dadaczynski, K. Rathmann, T. Hering, O. Okan: *The role of school leaders' health literacy for the implementation of health promoting schools*. „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020, vol. 17, no. 6, s. 1855. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061855> PMID: 32178457; Ch. Liu, F.C. Chang, L.L. Liao, Y.Z. Niu, C.C. Cheng, S.F. Shih: *Health-promoting schools in Taiwan: School principals' and teachers' perspectives on implementation and sustainability*. „Health Education Journal” 2019, vol. 78, s. 163–175. <https://doi.org/10.1177/0017896918793661>.

¹⁴⁸ C.M. Kam, M.T. Greenberg, C.T. Walls: *Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum*. „Prevention Science” 2003, vol. 4, s. 55–63.

¹⁴⁹ K. Leksy, G. Gawron, R. Rosario: *Associations between Polish school principals' health literacy and implementation of the Health Promoting School approach during the COVID-19 pandemic*. „PLoS ONE” 2024, vol. 19, no. 4: e0301055. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301055>.

Można zatem z pewnością stwierdzić, że kadra zarządzająca szkołami (w tym przede wszystkim dyrektorzy), odgrywa zasadniczą rolę nie tylko w kształtowaniu jakości edukacji i funkcjonowania placówek oświatowych, lecz także w inicjowaniu oraz trwałym wdrażaniu wszelkich inicjatyw związanych z pomnażaniem i promowaniem zdrowia uczniów i pozostałych członków szkolnej społeczności. Warto jednak zaznaczyć, że brakuje jednoznacznych ustaleń dotyczących konkretnych kompetencji przywódczych, które są niezbędne do efektywnego zarządzania kwestiami (pro-)zdrowotnymi, a także informacji o zakresie, w jakim są one kształtowane w ramach specjalistycznych szkoleń zawodowych przeznaczonych dla dyrektorów szkół. Zatem zarówno na gruncie polskim, jak i europejskim istnieje pilna potrzeba prowadzenia szkoleń w zakresie **przywództwa promującego zdrowie**. Badacze zajmujący się przedmiotową problematyką postulują opracowanie europejskich ram kompetencyjnych w tym obszarze, wdrożenie zintegrowanego systemu monitorowania i oceny skuteczności programów szkoleniowych oraz tworzenie studiów przypadków, które będą sprzyjać wymianie dobrych praktyk i wspólnemu uczeniu się na poziomie międzynarodowym¹⁵⁰.

4. Zdrowie w systemie wartości młodych dorosłych Polaków (Joanna Nawój-Połoczańska)

Chociaż sposoby definiowania pojęcia „zdrowie” zmieniały się na przestrzeni wieków, nie sposób zaprzeczyć, że było ono od zawsze istotną wartością w życiu człowieka. Pojmowanie zdrowia wraz z koncepcjami wyjaśniającymi przyczyny powstawania chorób, miały wpływ nie tylko na ludzką egzystencję i jakość bytu, lecz także na życie społeczne, przyczyniając się w konsekwencji do przemian cywilizacyjnych. Mimo dynamicznego rozwoju medycyny XXI wieku, nadal aktualne pozostają kwestie związane z podejściem do zdrowia i choroby, cierpienia i śmierci oraz poszukiwania sensu życia. Zmieniają się jedynie środki wyrazu i kontekst tworzenia naszych hierarchii wartości, ale pytania wciąż stawiamy te same.

¹⁵⁰ K. Leksy, G. Gawron, R. Rosario, M. Sormunen, V. Velasco, A. Sandmeier, V. Simovska, T. Wojtasik, K. Dadaczynski: *The importance of school leaders in school health promotion. A European call for systematic integration of health in professional development*. „Frontiers in Public Health” 2024. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1297970>.

„Zdrowie” pojawia się niemal we wszystkich sferach życia; mówimy o zdrowych finansach, warunkach pracy, relacjach międzynarodowych, a także zdrowej rodzinie i społeczeństwie. Realizacja założeń filozofii zdrowia – rozpatrywanego z perspektywy szerszej aniżeli medyczna – jest opowiedzeniem się za aktywnym kształtowaniem życia zgodnego z wielowymiarowym ujmowaniem ludzkiej egzystencji. Człowiek posiadający wolną wolę i możliwość dokonywania wyborów staje się odpowiedzialny za postawy – także wobec zdrowia, które stanowi jeden z filarów hierarchii wartości. W tym znaczeniu zachowanie zdrowia nie kończy się jedynie na samej profilaktyce czy kształtowaniu postawy prozdrowotnej (której przejawami jest dbałość o higienę psychiczną, zdrową dietę czy aktywności fizyczne). Wyraża się także w dokonywanych wyborach społecznych, stwarzających sposobność oddziaływania na politykę państwa oraz aktywnej partycypacji w życiu społeczności lokalnych.

Ta część opracowania poświęcona jest próbie odpowiedzi na pytanie: **Jakie znaczenie zdrowiu nadają młodzi Polacy? Jak wartość ta współtworzy systemem aksjologiczny pokolenia młodych dorosłych?** Warto zaznaczyć, iż w ocenie naukowców:

Badanie systemu wartości osobistych należy do jednego z najtrudniejszych zadań psychologii jakości życia. Istnieje, co prawda, kilka lepiej lub gorzej wystandaryzowanych i sprawdzonych pod względem trafności oraz rzetelności miar [...], ale żadna z nich nie znalazła zastosowania w dużych badaniach sondażowych, gdzie liczy się skrótość, prostota pytań i łatwość udzielania odpowiedzi¹⁵¹.

Mając więc świadomość wyzwań metodologicznych, badania dotyczące hierarchii wartości młodych dorosłych, które zostaną poddane analizie w dalszej części tekstu, zostały wyłonione na podstawie literatury przedmiotu w sposób celowy, aby ukazać ich zróżnicowanie zarówno ze względu na zasięg i skalę, cele i metody, a także specyfikę instytucji realizującej badania. Reasumując, można wskazać cztery grupy podmiotów realizujących badania w tym zakresie:

1. Transdyscyplinarne badania o zasięgu międzynarodowym, takie jak European Values Study (EVS) i World Values Survey (WVS)¹⁵², które badają

¹⁵¹ *Diagnoza społeczna*. Red. J. Czapiński, T. Panek. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015, s. 272.

¹⁵² L. Halman, T. Reeskens, L. Sieben, M. van Zundert: *Atlas of European values: Change and continuity in turbulent times*. Open Press TiU, Tilburg University, 2022.

- wartości w różnych grupach wiekowych na całym świecie, w tym wśród młodych dorosłych;
2. Ośrodki badawcze, takie jak np. Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w Polsce, które regularnie przeprowadzają badania dotyczące wartości, postaw i priorytetów w różnych grupach wiekowych, w tym wśród młodych dorosłych;
 3. Uniwersytety i instytuty akademickie – badania nad wartościami i ich hierarchią prowadzone są na uniwersyteckich wydziałach socjologii, psychologii i pedagogiki (np. w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz Instytucie Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego; do znanych badaczy zjawiska należą, m.in. Barbara Fatyga, Krystyna Skarżyńska, Kazimierz Popielski, Tadeusz Gadacz, Krystyna Ostrowska);
 4. Think tanki, czyli organizacje analizujące politykę publiczną, takie jak Fundacja im. Stefana Batorego czy Instytut Spraw Publicznych, również prowadzą badania nad systemami wartości oraz ich wpływem na społeczeństwo.

W odniesieniu do roboczej klasyfikacji podmiotów zajmujących się badaniem, m.in., systemów aksjologicznych, przedstawione zostaną wyniki i wnioski z badań prowadzonych przez instytucje reprezentujące poszczególne szczeble referencyjne. Według M. Rokeacha *system wartości* to uporządkowany zbiór przekonań, które wpływają na wybory moralne jednostki i kształtują jej postawy wobec rzeczywistości¹⁵³. Badacz ten twierdził, że wartości to względnie stabilne przekonania, które kształtują się w trakcie wychowania. Uznawał, że wartości mogą ulegać zmianie, ponieważ ludzie w rzeczywistości podejmują decyzje, które promują niektóre wartości kosztem innych. W związku z tym system wartości może się zmieniać w wyniku wyborów jednostki. M. Rokeach rozróżnił wartości instrumentalne, które dotyczą sposobów działania, od wartości terminalnych, odnoszących się do stanów końcowych istnienia. Wartości instrumentalne obejmują takie działania jak opieka, pomoc, przebaczenie, a wartości terminalne to np. przyjemność, szacunek do samego siebie, mądrość. Badania M. Rokeacha wykazały, że rangowanie wartości przez ludzi utrzymuje się w miarę stabilnie przez okres półtora roku od pierwszego pomiaru, a większa stabilność dotyczy wartości terminalnych.

M. Rokeach postawił dwa interesujące przypuszczenia dotyczące relacji między wartościami a ich oddziaływaniem, które stanowią ważny argument przy rozpatrywaniu znaczenia wartości:

¹⁵³ M. Rokeach: *The nature of human values*. Free Press, New York 1973.

1. Pierwsze dotyczy wspólnego wpływu systemu wartości na ludzkie zachowanie. Uważał, że ludzie porządkują swoje wartości na kontinuum, od mniej do bardziej ważnych, a relatywne różnice w ich znaczeniu są psychologicznie bardziej znaczące niż znaczenie każdej wartości rozpatrywanej osobno. Dlatego **ważne jest, aby oceniać wartość, np. wolność, w kontekście innych wartości, takich jak równość, sprawiedliwość czy miłość, co pozwala lepiej przewidzieć decyzje i zachowania jednostki.** Takie podejście jest istotne, ponieważ nasze zachowania zazwyczaj kierowane są przez wiele motywów i wartości. Te założenia M. Rokeach zastosował w swoim pomiarze wartości, prosząc uczestników o uporządkowanie wartości według ich subiektywnej ważności. Taki sposób porównania rang pozwala badaczowi określić relatywną wagę wartości w jednostkowym systemie wartości.
2. Druga hipoteza M. Rokeacha wskazuje, że **wartości są kluczowe dla pojęcia „ja” (self-concept).** To wartości wpływają na to, jak człowiek postrzega siebie i ocenia samego siebie. **Wartości jako komponenty poznawcze postaw (przekonania) oddziałują na ludzkie zachowanie w wielu sytuacjach**¹⁵⁴.

Mając na uwadze założenia sformułowane przez M. Rokeacha, przyjrzymy się wartościom, z którymi zdrowie tworzy sieć zależności o podobnej randze. Sięgnijmy na początek do wyników opublikowanych w raporcie z badań European Values Study – EVS¹⁵⁵ o zasięgu ogółouropejskim, na potrzebę których zostały opracowane wytyczne metodologiczne przez grupy doradcze dla wszystkich krajów członkowskich. Efektywna wielkość próby krajowej wynosi 1200 (kraje o populacji powyżej 2 milionów) i 1000 (kraje o liczbie ludności poniżej 2 milionów). Godzinne wywiady zostały przeprowadzone bezpośrednio „twarzą w twarz” (na podstawie wcześniej przygotowanego kwestionariusza), a poprzedzono je rozmowami próbnymi.

Raport EVS uwidoczniał pokoleniowe różnice w stosunku do zdrowia. Badanie pokazuje, że starsze pokolenia mają tendencję do większego przywiązywania wagi do tradycyjnych wartości zdrowotnych, takich jak regularne wizyty

¹⁵⁴ H. Liberska: „Klasyczne” i współczesne podejścia do wartości w psychologii. W: *Tradycja a nowoczesność. Wartości współczesnego człowieka – przedmiot, źródła, obszary i konflikty*. Red. H. Liberska, A. Malina, D. Suwalska-Barancewicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2017.

¹⁵⁵ L. Halman, T. Reeskens, L. Sieben, M. van Zundert: *Atlas of European values: Change and continuity in turbulent times*. Open Press TiU, Tilburg University, 2022.

u lekarza, profilaktyka i leczenie chorób przewlekłych. Dla nich zdrowie jest często postrzegane jako stan fizycznego dobrostanu, który należy aktywnie utrzymywać poprzez tradycyjne metody medyczne. Z kolei młodsze pokolenia (osoby między 18. a 30. r.ż.) wykazują bardziej holistyczne podejście do zdrowia, które jest dla nich nie tylko brakiem chorób, lecz także dobrym samopoczuciem psychicznym i emocjonalnym, równowagą życiową oraz zdrowym stylem życia, który obejmuje dietę, aktywność fizyczną i dbałość o higienę psychiczną. Młodszy respondenci są również bardziej skłonni do korzystania z nowoczesnych technologii medycznych, takich jak aplikacje zdrowotne, telemedycyna czy monitorowanie zdrowia za pomocą urządzeń noszonych (*wearables*). Różnice uwidaczniają się także w podejściu do polityki zdrowotnej. Starsze pokolenia częściej podkreślają znaczenie publicznej opieki zdrowotnej i równego dostępu do usług medycznych, natomiast młodsze pokolenia są bardziej zainteresowane indywidualizacją opieki zdrowotnej oraz dostępem do nowoczesnych i innowacyjnych form leczenia. Te międzygeneracyjne różnice mogą mieć wpływ na przyszłe kierunki polityki zdrowotnej, z uwzględnieniem zarówno potrzeb tradycyjnych form opieki zdrowotnej, jak i nowych trendów w zakresie zdrowego stylu życia i technologii zdrowotnych.

Badania przeprowadzone w ramach EVS miały charakter kompleksowego podejścia do hierarchii wartości – zdrowie było jedną z wielu wartości istotnych dla najmłodszego pokolenia (osób urodzonych po 1995 roku, zwanych Pokoleniem Z). Zgodnie z założeniem Rokeacha, przyjrzyjmy się także innym wartościom, z którymi ono współwystępuje. Przyglądając się mapie wartości cenionych przez młodych dorosłych, utworzonej na podstawie badania EVS, można dostrzec kilka kluczowych cech:

1. **Zdrowie psychiczne jako priorytet:** w przeciwieństwie do starszych pokoleń, Pokolenie Z nadaje wyjątkowe znaczenie zdrowiu psychicznemu. Rosnąca świadomość własnych potrzeb psychicznych i otwartość na dyskusje dotyczące ochrony zdrowia psychicznego, a także dążenie do utrzymania równowagi emocjonalnej stają się kluczowymi elementami codziennego życia zetek (potrzeby te silnie wybrzmiały także w projekcie badawczym realizowanym przez nasz zespół). Nasilające się problemy związane ze zdrowiem psychicznym młodzieży sygnalizowane są zarówno w badaniach ilościowych, jak i jakościowych; wymagają one pogłębionej analizy, nie tylko ze względu na skalę problemu i jego charakter, lecz także znaczące i wieloletnie systemowe

zaniedbania w zakresie edukacji zdrowotnej; dla zachowania ciągłości wywodu do tego wątku wrócimy w dalszej części podrozdziału.

2. **Silna orientacja na indywidualizm i samorealizację:** pokolenie Z kładzie duży nacisk na rozwój osobisty, samorealizację i autonomię. Wolność wyboru i możliwość wyrażania siebie są dla nich szczególnie ważne, co często przejawia się w preferencji elastyczności (*flexibility*) w życiu zawodowym i prywatnym. Dodatkowym wskaźnikiem gotowości do samorealizacji może być malejący w Polsce odsetek młodych osób określanych jako NEET¹⁵⁶.
3. **Zaufanie do technologii:** młodych ludzi cechuje wysoki poziom akceptacji i zaufania do technologii. Postrzegają oni technologie jako narzędzie do poprawy jakości życia, w tym zdrowia, edukacji i pracy. **Są również bardziej skłonni do korzystania z aplikacji zdrowotnych i cyfrowych platform edukacyjnych.** Jest to jeden z wniosków, który należałoby wykorzystać przy konstruowaniu programu edukacji zdrowotnej.
4. **Równość i inkluzyjność:** młodzi ludzie silnie identyfikują się z wartościami związanymi z równością. Popierają prawa mniejszości, niezależnie od tego, czy chodzi o kwestie związane z płcią, rasą, orientacją seksualną czy religią. Inkluzyjność i akceptacja różnorodności są fundamentalne w ich podejściu do relacji międzyludzkich i polityki społecznej.
5. **Zwiększona wrażliwość na kwestie społeczne i ekologiczne:** młodzi dorośli są bardziej zaangażowani w tematy związane z równością, prawami człowieka, sprawiedliwością społeczną oraz ochroną środowiska. Wartości te często mają dla nich większe znaczenie niż sukces, w wymiarze materialnym.

Można więc przyjąć, że wartości pokolenia Z w Europie koncentrują się na zdrowiu (także psychicznym), indywidualizmie, równości i odpowiedzialności ekologicznej, a to cechy różnicujące hierarchię wartości „zetek” i starszych pokoleń. Być może te międzygeneracyjne różnice w konstrukcji systemów aksjologicznych leżą u podłoża zaniedbań w sferze edukacji zdrowotnej (wszak szkoła, w której podejmujemy edukację, jest zawsze realizacją wizji i celów pokoleń starszych; to, co jest ważne dla generacji „zetek” może być mniej istotne dla pokolenia milenialsów lub baby boomers). Prowadzone przez nas badania ujawniły szereg niezaspokojonych potrzeb młodzieży w zakresie edukacji „do życia”. Problematyka zdrowia, podobnie jak wiele innych zagadnień, została objęta swoistą tabuizacją przez system edukacji, co jest paradoksem, ponieważ

¹⁵⁶ *Education and training in the EU – Facts and figures*. Eurostat, Education and training in the EU – Facts and figures – Statistics explained [dostęp: 17.01.2025].

celem edukacji jest optymalne przygotowanie do konstruowania własnej egzystencji w pełni możliwości człowieka. Na pytanie o to, jak realizować edukację zdrowotną, by nawiązywała do potrzeb młodzieży odpowiemy we wnioskach końcowych i rekomendacjach.

Wyniki badań przedstawione w przywoływanym już raporcie EVS korespondują z tendencjami opisanymi w badaniu „What do I care for? Social Values of Young People Compared” przeprowadzonym przez Instytut Karla Polanyiego we współpracy z Fundacją Friedricha Eberta. Analizie poddano systemy aksjologiczne młodych dorosłych w Polsce i w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Oto wartości, które w świetle badań wyróżniły się jako kluczowe dla młodych dorosłych:

Zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości, a młodzi ludzie coraz częściej zwracają na nie uwagę zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Wynika to z rosnącej świadomości znaczenia zdrowego trybu życia oraz wyzwań współczesnych realiów, takich jak stres, presja społeczna i związane z nimi problemy zdrowotne. Zdrowie staje się priorytetem, ponieważ bezpośrednio wpływa na zdolność realizacji innych celów, takich jak rozwój osobisty, kariera zawodowa, relacje rodzinne czy zaangażowanie społeczne. Równocześnie dla młodych dorosłych wartością nadrzędną pozostaje rodzina, będąca gwarantującą wsparcia, bliskości i stabilności. Dużą wagę przywiązują oni także do bezpieczeństwa finansowego, które wiąże się z potrzebą stałego dochodu i ekonomicznej stabilności, niezbędnych do realizacji życiowych planów. Edukacja i możliwości rozwoju są kolejnymi istotnymi wartościami młodych ludzi. Zarówno w kontekście kariery zawodowej, jak i osobistego spełnienia, dążą do poszerzania horyzontów oraz zdobywania nowych umiejętności. Znacząca jest dla nich wolność osobista i niezależność, które oznaczają kontrolę nad własnym życiem oraz swobodę kształtowania przyszłości. Młode pokolenie ceni tolerancję i otwartość, akceptuje różnorodność kultur, religii i stylów życia, nadaje wysoką rangę poszanowaniu praw człowieka. Coraz większą wagę młodzi dorośli przywiązują także do ochrony środowiska, świadomi wyzwań związanych ze zmianami klimatycznymi i degradacją natury. Ochrona przyrody oraz zrównoważony rozwój stają się coraz ważniejszymi wśród priorytetów w tej grupie wiekowej. Zaangażowanie społeczne jest widoczne w zainteresowaniu młodych dorosłych sprawami społecznymi i politycznymi, choć często wyraża się w alternatywnych formach, takich jak działalność w mediach społecznościowych lub organizacjach pozarządowych. Jednocześnie młodzi wykazują krytycyzm

wobec instytucji państwowych i tradycyjnych struktur władzy, oczekując większej transparentności i uczciwości w polityce¹⁵⁷.

Mając określony horyzont wartości istotnych dla młodych Europejczyków, zobaczymy jak na ich tle rysuje się system aksjologiczny Polaków, a przede wszystkim, jakie miejsce zajmuje w nim kategoria zdrowia. W pierwszej kolejności przyjrzymy się wynikom badań CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej), które są reprezentatywne, a przy tym realizowane cyklicznie (a więc umożliwiają uchwycenie dynamiki zmian). Problematyka wartości pojawia się w raportach CBOS w różnych kontekstach. Analizując horyzontalnie raporty opublikowane przez tę instytucję, można zidentyfikować wartości istotne dla młodych Polaków. Mogą one z czasem zmieniać miejsca w hierarchii, ale niektóre z nich pozostają względnie stałe. Porównując dane z różnych raportów CBOS:

1. Niezmiennie **rodzina** pozostaje jedną z najważniejszych wartości dla młodych Polaków. Młodzi ludzie cenią więzi rodzinne, wsparcie oraz stabilność, jaką rodzina zapewnia. Jest to wartość, która od lat utrzymuje się na czołowych miejscach w hierarchii wartości młodych ludzi.
2. **Zdrowie**, zarówno **fizyczne**, jak i **psychiczne**, jest coraz bardziej doceniane i lokuje się w hierarchii bardzo blisko znaczenia, jakie przypisujemy rodzinie. W szczególności młodzi Polacy zwracają uwagę na prowadzenie zdrowego trybu życia oraz dbanie o kondycję fizyczną i dobrostan psychiczny.
3. Wzrosło znaczenie **pracy i stabilności finansowej**, co odzwierciedla niepewność ekonomiczną, z którą młodzi dorośli się borykają. Młodsze pokolenia kładą większy nacisk na bezpieczeństwo finansowe i rozwój zawodowy (wniosek ten jest także spójny z innymi badaniami).
4. Zauważalny jest również **trend sekularyzacji**, zwłaszcza w grupie młodych dorosłych. Coraz więcej młodych Polaków przywiązuje mniejszą wagę do religii, rośnie zaś liczba osób deklarujących się jako niewierzący.
5. **Zmiany w postawach prokreacyjnych**: istnieje wyraźny spadek chęci posiadania dzieci wśród młodych Polek. Odsetek młodych kobiet, które nie planują mieć dzieci, znacząco wzrósł w ostatnich latach¹⁵⁸.

¹⁵⁷ M. Nico: *What do I care for? Social values of young people compared*. Pool of European Youth Researchers Centre for Research and Studies in Sociology, University Institute of Lisbon, Lisbon 2019, <https://pjp-eu.coe.int/en/web/youth-partnership/what-do-i-care-for> [dostęp: 17.01.2025].

¹⁵⁸ Na podstawie: Opinie i diagnozy: *Młodzi Polacy w badaniach CBOS 1989–2021*, nr 48, CBOS; Opinie i diagnozy: *Młodzież 2021*, nr 49, CBOS; Opinie i diagnozy: *Sekularyzacja w Polsce*, nr 50, CBOS.

Wartości te odzwierciedlają zarówno indywidualne aspiracje młodych Polaków, jak i specyficzne, generacyjne spojrzenie na świat. Znamionnym jest fakt, że rodzina wciąż plasuje się na szczycie drabiny wartości, równocześnie jednak **zmianie ulegają postawy prokreacyjne** młodych Polek: ostatnie badanie z 2023 roku, pokazuje, że blisko 70% młodych kobiet nie planuje potomstwa, w swoich planach uwzględnia je zaledwie 17% kobiet w wieku 18–45 lat¹⁵⁹. Co ciekawe, w innym badaniu młode kobiety (między 18. a 35. r.ż.) zostały poproszone o wskazanie ważnych aspektów przy rozważaniu posiadania dzieci. Za istotne uznały przede wszystkim **dobre zdrowie fizyczne i psychiczne – 99%**, na drugim miejscu znalazło się posiadanie odpowiedniego partnera, na trzecim stabilna praca¹⁶⁰.

Hierarchie wartości nie są trwałymi konstruktami: zależą od wielu różnorodnych czynników, zaczynając od ogólnych procesów społeczno-politycznych, poprzez kontekstualność momentu badania, na sposobie formułowania pytań kończąc. Na przykład, w większości dostępnych polskich badań rodzina jest najczęściej wymieniana jako najważniejsza wartość w życiu. Jednak w czasie pandemii równie często w pytaniach otwartych, bez podanej listy możliwych odpowiedzi, wskazywano na zdrowie¹⁶¹. Zmieniające się okoliczności społeczne mają zatem bezpośredni wpływ na strukturę deklarowanych wartości.

Analizując zdrowie jako wartość młodych dorosłych, konieczne jest uwzględnienie kategorii dobrostanu, ponieważ współczesne ujęcia zdrowia – zarówno w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jak i w badaniach psychologii pozytywnej – wyraźnie przesuwają akcent z „braku choroby” ku „pełni funkcjonowania” jednostki¹⁶². Dobrostan (*well-being*) stanowi dziś jeden z podstawowych komponentów zdrowia psychicznego i społecznego, łącząc w sobie elementy o charakterze subiektywnym (np. poczucie sensu życia, zadowolenie, równowaga emocjonalna) oraz elementy obiektywne (np. relacje społeczne,

¹⁵⁹ M. Omyła-Rudzka: *Postawy prokreacyjne kobiet*. Komunikat z badań Nr 3/2023, CBOS, s. 2.

¹⁶⁰ *Zrównoważony rozwój albo nic. Wymarzona przyszłość Europejczyków z pokoleń Y i Z*. Badanie międzynarodowe. Merc Raport, Warszawa 2022 (merckgroup.com) [dostęp: 17.01.2025].

¹⁶¹ J. Kajta, P. Pustułka: *Międzypokoleniowy przekaz wartości i wizji dobrego życia w rodzinie. Porównanie perspektyw młodych dorosłych i ich rodziców*. „Studia BAS” 2023, nr 3 (75), s. 97–118.

¹⁶² *Constitution of the World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Geneva 1948. <https://www.who.int/about/governance/constitution> [dostęp: 24.06.2025].

zdolność do realizowania celów)¹⁶³. Dla młodego pokolenia, które coraz częściej postrzega zdrowie nie tylko jako brak objawów chorobowych, lecz jako możliwość działania, rozwoju, odporności psychicznej i relacji z innymi – dobrostan staje się miarą jakości życia – zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Potwierdzeniem takiego podejścia są najnowsze dane empiryczne – zarówno z raportu Dobrostan Polek i Polaków 2024 opracowanego przez Infuture Institute, jak i badań CBOS oraz Fundacji GrowSPACE (którym kolejno się przyjrzymy). Włączenie kategorii dobrostanu do rozważań nie jest zatem jedynie zmianą perspektywy, ale koniecznym poszerzeniem rozumienia zdrowia w zgodzie z aktualnym stanem wiedzy i doświadczeniami młodych ludzi. W świetle danych empirycznych dobrostan okazuje się nie tylko celem zdrowotnym, lecz także jego predyktorem – w szczególności w wymiarze psychicznym.

Tworząc obraz wartości pokolenia Z, który wyłania się z badań, warto przyjąć się także międzypokoleniowym różnicom w postrzeganiu zdrowia jako wartości. Interesujących danych w tym zakresie dostarcza raport Dobrostan Polek i Polaków 2024 opracowany przez Infuture Institute. W badaniu tym młode osoby w wieku do 24 lat zadeklarowały **najwyższy poziom dobrostanu** spośród wszystkich grup wiekowych – 44% z nich oceniło swój dobrostan jako wysoki lub bardzo wysoki¹⁶⁴. To wynik przewyższający średnią krajową i sugerujący, że młodzi Polacy, mimo wyzwań związanych z niepewnością ekonomiczną czy klimatyczną, wykazują dużą odporność psychiczną oraz umiejętność dbania o dobrostan. Odmienna sytuacja występuje w przypadku tzw. pokolenia kanapkowego (35–44 lata), które wykazuje **najniższy poziom dobrostanu** – co jest prawdopodobnie efektem przeciążenia obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi. Z kolei osoby w wieku 55–64 lat, mimo większych ograniczeń zdrowotnych, deklarują najwyższy poziom zadowolenia z życia – co wpisuje się w tzw. **paradoks starzenia się**, polegający na wzroście dobrostanu psychicznego wraz z wiekiem¹⁶⁵.

Dane te wzmacniają tezę o istnieniu **międzypokoleniowych różnic w postrzeganiu zdrowia i dobrostanu** – zarówno w zakresie priorytetów, jak

¹⁶³ C.D. Ryff, *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1989, vol. 57, no. 6, s. 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069> [dostęp: 24.06.2025].

¹⁶⁴ *Dobrostan Polek i Polaków 2024*, Infuture Institute, s. 11, <https://infuture.institute/raporty/dobrostan-2024> [dostęp: 24.06.2025].

¹⁶⁵ Ibidem, s. 12–13.

i strategii ich realizacji. Dla młodych Polaków zdrowie i równowaga psychiczna są ważne jako warunek samorealizacji i rozwoju, podczas gdy dla starszych – dobrostan często opiera się na stabilizacji, relacjach rodzinnych oraz większym dystansie do wyzwań dnia codziennego.

Zgodnie z najnowszymi wynikami badań opublikowanymi przez CBOS w 2023 roku (*Młodzież 2023*), zdrowie – szczególnie w wymiarze psychicznym – utrzymuje się wśród najważniejszych wartości młodych dorosłych¹⁶⁶. Aż 71% osób w wieku 18–24 lat deklaruje, że dobrostan psychiczny jest kluczowy dla jakości życia, wyprzedzając nawet stabilizację finansową czy sukces zawodowy. W badaniu tym podkreślono również, że młodzi ludzie odczuwają wyraźny brak systemowego wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego – 62% respondentów nie wie, gdzie w sytuacji kryzysowej mogłoby szukać pomocy¹⁶⁷. Tendencja ta potwierdza rosnącą rangę zdrowia psychicznego w systemie wartości młodego pokolenia, które – obok rodziny – staje się wartością nadrzędną, a przywołane dane CBOS uzupełniają ustalenia Infuture Institute.

Potwierdzają to także wyniki ogólnopolskiego badania Fundacji GrowSPACE (2022–2023), w którym 76% osób w wieku 18–25 lat deklaruje, że zdrowie psychiczne jest jedną z ich kluczowych wartości życiowych. Jednocześnie 68% młodych przyznaje, że nie wie, gdzie szukać pomocy w sytuacji kryzysu emocjonalnego, a ponad połowa ocenia swoje samopoczucie jako niskie. Wyniki te dowodzą nie tylko wzrostu znaczenia zdrowia psychicznego, lecz również pilnej potrzeby jego systemowego wsparcia w edukacji oraz polityce społecznej¹⁶⁸. Wnioski te korespondują z innymi badaniami przeprowadzonymi wśród młodych dorosłych, co wzmacnia argument, że zdrowie psychiczne i dobrostan powinny stanowić kluczowy element edukacji zdrowotnej młodych dorosłych.

Nawiązując do postulatu Rokeacha o konieczności analizowania nie tyle pojedynczych wartości, ile ich grup tworzących sieci lub klastry, można stwierdzić, że zdrowie i rodzina są wartościami nadrzędnymi, w których dostrzegalne

¹⁶⁶ *Młodzież 2023*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2023, s. 10–14, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_004_23.PDF [dostęp: 24.06.2025].

¹⁶⁷ Ibidem, s. 18–19.

¹⁶⁸ *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Raport z badań 2022–2023*, Fundacja GrowSPACE, Warszawa 2023, s. 4–8, <https://www.growspace.pl/zdrowiepsychicznemlodych> [dostęp: 24.06.2025].

jest zjawisko „migotania”. Oznacza to, że podlegają one dynamice zmian, a ich znaczenie w życiu człowieka ewoluuje: choć rodzina pozostaje istotna, jej rola zmienia się na różnych etapach życia, natomiast zdrowie zyskuje na wadze wraz z wiekiem. Niemniej jednak często ma to charakter deklaracyjny, gdyż wyniki badań wskazują, że Polacy borykają się z licznymi chorobami, ale przede wszystkim z niewłaściwymi nawykami dnia codziennego, które stopniowo kształtują ich podejście do zdrowia.

Komentując zjawisko fluktuacji najważniejszych dla młodego pokolenia wartości, warto przytoczyć słowa Kazimierza Popielskiego: „Być zdrowym oznacza również budowanie odpowiednich relacji rodzinnych. Rodzina jest miejscem kształtowania tożsamości i wrażliwości, istotnym zaczątkiem człowieka. Zdrowie kształtujemy poprzez odpowiedzialne podejście do nauki, pracy, spędzania wolnego czasu itd.”¹⁶⁹ Te słowa, choć wypowiedziane w innym kontekście, pozostają niezwykle aktualne w świetle współczesnych wyzwań aksjologicznych. **Obserwując współczesne zagubienie w hierarchiach wartości, można przypuszczać, że edukacja zdrowotna oparta wyłącznie na modelu rodzinnym może być niewystarczająca**, ponieważ same rodziny nie są odporne na oddziaływanie licznych kryzysów społecznych, kulturowych i ekonomicznych.

W przywoływanych wynikach badań nad hierarchią wartości młodych dorosłych zdrowie pojawiało się zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Zdrowie fizyczne obejmuje kondycję ciała, zdolność do funkcjonowania i radzenia sobie z chorobami, natomiast zdrowie psychiczne odnosi się do stanu emocjonalnego, umiejętności radzenia sobie ze stresem, relacji międzyludzkich oraz ogólnej satysfakcji z życia. Oba te aspekty są ze sobą ściśle powiązane – nie można w pełni cieszyć się zdrowiem fizycznym, jeśli zdrowie psychiczne jest zaniedbane, i odwrotnie. Współczesne podejście do zdrowia podkreśla znaczenie holistycznego rozumienia człowieka, gdzie równowaga między ciałem a umysłem jest niezbędna dla harmonijnego rozwoju. Dlatego zwracanie uwagi na oba te wymiary zdrowia jest szczególnie istotne w przypadku młodych dorosłych, którzy w okresie wkraczania w dorosłość zmagają się z wieloma wyzwaniami zarówno fizycznymi, jak i psychicznymi. Tym bardziej że podczas badania przeprowadzonego w 2022 roku młodzi Polacy zostali poproszeni o ocenę swojego

¹⁶⁹ R. Sztembis, K. Popielski: *Zdrowie jako wyjściowa wartość egzystencji. W: Wartości dla życia*. Red. K. Popielski. Wydawnictwo KUL, Lublin 2008, s. 441.

stanu zdrowia. Dobrze i bardzo dobrze swoje zdrowie fizyczne oceniło blisko 70% respondentów, natomiast zdrowie emocjonalne tylko 58%¹⁷⁰.

Zatem skupienie się głównie na zdrowiu w jego fizycznym wymiarze byłoby nadmiernym uproszczeniem, by nie rzec – błędem, dlatego w dalszej części rozważań poszerzona zostanie kategoria zdrowia psychicznego, która nabiera coraz większego znaczenia w życiu młodych ludzi. Współczesne wyzwania, na które składają się społeczne i indywidualne oczekiwania edukacyjne, podejmowanie wyzwań zawodowych, a także niepewne scenariusze przyszłości, kumulują się, wywierając wpływ nie tylko na sferę umysłową człowieka, lecz także emocjonalną. Stres związany z dążeniem do sukcesu oraz presja społeczna wpleciona we wzorce wczesnej dorosłości sprawiają, że dbanie o zdrowie psychiczne staje się tak samo ważne jak troska o ciało. Oba wymiary zdrowia – psychiczny i fizyczny, są komplementarne i kluczowe dla prawidłowego przebiegu procesów zrównoważonego rozwoju młodych dorosłych. Przy czym kategoria „zrównoważenia” jest tu kluczowa – wskazuje na dynamikę rozwoju, który zazwyczaj nie jest ani linearny, ani harmonijny. Po okresach spokoju i stabilizacji następuje etap reorganizacji, czy też kryzysu egzystencjalnego, prowadząc do przeformułowania dotychczasowych struktur, a w efekcie osiągnięcia kolejnych szczebli rozwoju. Takiemu pojmowaniu zdrowia psychicznego przyjrzymy się, sięgając do ustaleń terminologicznych. Zważywszy na narastające znaczenie zdrowia psychicznego wśród młodych warto przyjrzeć się, jak pojęcie to funkcjonuje w literaturze przedmiotu.

Istnieje wiele definicji zdrowia psychicznego, ponieważ jest to pojęcie złożone i wielowymiarowe, obejmujące różne aspekty ludzkiego funkcjonowania. Poszczególne dyscypliny nauki, takie jak psychologia, socjologia czy psychiatria, podchodzą do tego zagadnienia z odmiennych perspektyw, co prowadzi w konsekwencji do powstawania różnych ujęć. Pojmowanie zdrowia psychicznego jest również silnie zależne od kontekstu kulturowego i historycznego, co powoduje, że definicje ewoluują wraz ze zmianami społecznymi i postępem naukowym. Jest także subiektywnym i indywidualnie zróżnicowanym stanem, niełatwo więc ująć je w jednej uniwersalnej definicji. Na potrzeby dalszych rozważań oprzemy się na jednej z najnowszych definicji, w świetle której

¹⁷⁰ *Zrównoważony rozwój albo nic. Wymarzona przyszłość Europejczyków z pokoleń Y i Z. Badanie międzynarodowe. Merc Raport, Warszawa 2022, s. 20 (merckgroup.com) [dostęp: 17.01.2025].*

zdrowie psychiczne jest dynamicznym stanem wewnętrznej równowagi, która umożliwia osobom wykorzystywanie ich umiejętności w harmonii z uniwersalnymi wartościami społecznymi. Podstawowe umiejętności poznawcze i społeczne; zdolność rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji, a także współczucia dla innych; elastyczność i zdolność radzenia sobie z niekorzystnymi zdarzeniami w życiu i pełnienia funkcji w rolach społecznych; a także harmonijny związek między ciałem a umysłem to istotne składniki zdrowia psychicznego, które przyczyniają się w różnym stopniu do stanu równowagi wewnętrznej¹⁷¹.

W definicji tej równowaga wewnętrzna jest postrzegana jako „stan dynamiczny”, co oznacza, że na różnych etapach życia (dojrzewanie, rodzicielstwo, przejście na emeryturę) ten balans może zostać naruszony, skłaniając człowieka do ponownej adaptacji. Takie ujęcie zdrowia psychicznego koresponduje z koncepcją stworzoną przez polskiego psychologa i psychiatrę Kazimierza Dąbrowskiego. Opracował on teorię dezintegracji pozytywnej, w której zdrowie psychiczne nie polega na braku zaburzeń, ale na zdolności do rozwoju i ewolucji jednostki. Dąbrowski postrzegał rozwój jako proces pełen kryzysów i wewnętrznych konfliktów, które prowadzą do dezintegracji dotychczasowych struktur psychicznych. Te trudne doświadczenia są jednak niezbędne, by osiągnąć wyższe poziomy integracji – bardziej dojrzałe i świadome funkcjonowanie. Zatem zdrowie psychiczne wyraża się poprzez zdolność do autorefleksji, dążność do rozwoju oraz kierowanie się ku takim wartościom jak empatia, altruizm i autonomia. W ujęciu Dąbrowskiego, by mówić o pełni zdrowia psychicznego, koniecznym jest przejście procesu dezintegracji, co oznacza świadome przekształcanie i zrozumienie wewnętrznych napięć i konfliktów, aby osiągnąć kolejny, wyższy poziom integracji osobowości¹⁷².

Z kolei definicja zdrowia psychicznego zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia¹⁷³ opiera się na podejściu hedonistycznym i eudajmonistycznym, w których istotną rolę odgrywają dobrostan oraz wydajność. Mimo że

¹⁷¹ S. Galderisi, A. Heinz, M. Kastrup i wsp.: *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*. „Psychiatria Polska” 2017, nr 51 (3), s. 321.

¹⁷² K. Dąbrowski: *Co to jest zdrowie psychiczne?* W: *Zdrowie psychiczne*. Red. K. Dąbrowski. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1979.

¹⁷³ World Health Organization. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report). World Health Organization, Geneva 2004 [dostęp: 17.01.2025].

osiągnięcie dobrostanu jest dla wielu osób pożądanym celem, włączenie go do definicji zdrowia psychicznego budzi pewne kontrowersje. Dobrostan obejmuje dobre samopoczucie na poziomie emocjonalnym, psychologicznym i społecznym, którym towarzyszą pozytywne odczucia, takie jak szczęście i satysfakcja, oraz pozytywne postawy wobec siebie i innych. Zakłada również prawidłowe funkcjonowanie, w tym integrację społeczną i wewnętrzną spójność. Jednak osoby o dobrym zdrowiu psychicznym mogą również doświadczać negatywnych emocji, takich jak smutek, gniew czy niezadowolenie. Przykładem mogą być nastolatki, które często odczuwają brak spójności społecznej, czy osoby tracące pracę, które mogą czuć się zdesperowane. **Zbyt wysokie wymagania wobec zdrowia psychicznego mogą prowadzić do tworzenia nierealistycznych oczekiwań**, zachęcania do ukrywania emocji oraz unikania okazywania smutku czy gniewu, co może prowadzić do izolacji (pojęcie sztucznie „pozytywnego” funkcjonowania budzi wątpliwości, gdyż sugeruje, że także osoby starsze, chore lub te, które nie mogą pracować ze względu na okoliczności zewnętrzne, nie spełniają kryteriów zdrowia psychicznego)¹⁷⁴. Wątpliwości te skłaniają do rewizji dotychczasowych poglądów dotyczących zdrowia psychicznego, którego postrzeganie jest zależne od uwarunkowań kulturowych, a więc zmienne w czasie.

Teza o postępującym kryzysie zdrowia psychicznego (także wśród młodych dorosłych) została uargumentowana licznymi badaniami, dodać jednak należy, że korzenie owego kryzysu sięgają coraz wcześniejszych okresów rozwojowych¹⁷⁵. W związku z tym, wyzwania dotyczące ochrony zdrowia psychicznego młodzieży postulowane są przez różne podmioty badawcze i instytucje; w ostatnich latach rośnie liczba dzieci i młodzieży objętych pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne. W 2020 roku z takiej pomocy korzystało ponad 170 tys. osób do 18 r.ż.; dla porównania w 2010 roku było to nieco ponad 114 tys. osób. Innym zjawiskiem mającym wpływ na zdrowie psychiczne młodzieży jest stres odczuwany w środowisku szkoły (a doświadczenia szkolne obok rodzinnych i rówieśniczych są podwaliną dla dorosłości). W ostatnich latach znacząco wzrósł odsetek dzieci i nastolatków odczuwających presję ze strony szkoły. Według danych z ostatnich badań Health Behaviour in School-age Children (HBSC) z 2018 roku ponad dwie piąte ankietowanych uczniów odczuwa duży lub bardzo

¹⁷⁴ S. Galderisi, A. Heinz, M. Kastrup et al.: *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*...

¹⁷⁵ NFZ o zdrowiu. Depresja. Raport z 2020 roku NFZ o zdrowiu, depresja.pdf [dostęp: 17.01.2025].

duży poziom stresu szkolnego, co stanowi wzrost o 9 pkt procentowych w stosunku do badania z 2014 roku i o 19 pp. w stosunku do edycji z 2010 roku¹⁷⁶. Szukając newralgicznych punktów systemu oświaty w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, można wskazać przede wszystkim na:

- brak świadomości społecznej na temat zaburzeń psychicznych (powielanie mitów i stereotypów);
- wysokie oczekiwania społeczne (szczególnie w zakresie osiągnięć w szkole, sporcie czy kulturze);
- ograniczony dostęp do specjalistów, wzrost uzależnień (różnego rodzaju: substancji, internetu, telefonu, gier komputerowych itp.);
- brak wsparcia rodzin i najbliższego środowiska oraz zwiększona dostępność do szkodliwych informacji (negatywny przekaz, hejt)¹⁷⁷.

Można więc postawić tezę, iż filozofia zdrowia, jaka wyłania się w okresie wczesnej dorosłości, jest kumulacją zdarzeń i doświadczeń zamykających się w triadzie: systemu rodziny, systemu edukacji i otoczeniu społecznym. Należy więc konsekwentnie stawiać pytania o jakość edukacji zdrowotnej i jej miejsce w politykach społecznej i edukacyjnej kraju, prowadząc do nadania jej rangi priorytetu i włączenia w proces edukacji możliwie jak najwcześniej.

Reasumując, rozpoznanie systemu aksjologicznego młodych dorosłych stanowi warunek skutecznej edukacji zdrowotnej, wszak młodzi Polacy nie są jednorodną grupą, a ich hierarchia wartości może różnić się w zależności od wielu czynników, takich jak np.: poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy środowisko rodzinne. Proces edukacji zdrowotnej, przez który należy rozumieć ciąg działań, dzięki którym ludzie mogą uczyć się dbać o swoje zdrowie, a także o zdrowie społeczności, w której żyją, skupia się na uświadamianiu jednostkom, że ich zdrowie w dużej mierze zależy od środowiska fizycznego i społecznego oraz od podejmowanych zachowań zdrowotnych i stylu życia. Celem takiej edukacji, w kontekście promocji zdrowia, jest pokazanie ludziom, że to oni sami dokonują wyborów dotyczących swojego zdrowia i stylu

¹⁷⁶ R. Szredzińska: *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. W: *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Red. M. Sajkowska, R. Szredzińska. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2022, s. 139–144.

¹⁷⁷ P. Kaźmierczyk, M. Papis, J. Nowosielska-Łaskawiec, J. Bednarski: *Raport regulacyjny: Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce*. Rymarz, Zdort, Maruta. Warszawa 2024, s. 56.

życia, a więc są odpowiedzialni za własne zdrowie oraz wpływają na zdrowie innych. Dodatkowym celem jest oddziaływanie na decydentów, aby byli świadomi swojej roli w tworzeniu warunków sprzyjających poprawie zdrowia społeczeństwa.

5. Potrzeby zdrowotne osób w okresie wczesnej dorosłości (Joanna Nawój-Połochańska)

Zdrowie jest wartością samą w sobie i należy do powszechnie akceptowanych wartości w każdym społeczeństwie i kulturze. W znacznym stopniu warunkuje osiągnięcia celów życiowych, takich jak dobra edukacja czy atrakcyjne zatrudnienie. Równocześnie wiadomo, że nie wszyscy ludzie cieszą się zdrowiem w równym stopniu. O różnicach decydują cechy wrodzone, konstytucja indywidualna, płeć i wiek, z drugiej zaś status społeczny jednostki. O ile te pierwsze są różnicami naturalnymi, o tyle drugie są symptomem nierówności i niesprawiedliwości społecznej. Większość gorzej sytuowanych grup społecznych cechują niższe wskaźniki zdrowia i wyższa umieralność, dlatego też nierówności zdrowotne są nieustannie wyzwaniem dla większości krajów europejskich. Podkreślenia wymaga fakt, iż znaczna część problemów zdrowotnych młodzieży nie wynika z ograniczeń finansowych lub systemowych, lecz z wyboru stylu życia kreowanego przez kulturę masową, czego przykładem są złe nawyki żywieniowe, mało aktywny, siedzący tryb życia, sięganie po używki, substancje psychoaktywne etc.¹⁷⁸ Brakuje tu przeciwwagi w postaci systematycznej edukacji zdrowotnej realizowanej na podstawie analizy potrzeb zdrowotnych młodzieży.

Aby edukacja zdrowotna była skuteczna niezbędne jest zinternalizowanie podstawowych norm związanych ze zdrowiem przez młodzież, po to by zrozumieli powody podejmowania określonych zachowań niszczących lub wzmacniających zdrowie. Konieczna jest zatem edukacja zdrowotna i wprowadzanie programów profilaktycznych z naciskiem na uświadomienie młodzieży o wpływie używek na ich życie i zdrowie oraz promocja zdrowego i aktywnego trybu życia, za którą odpowiedzialni są nauczyciele, wychowawcy, rodzice, ale także badacze

¹⁷⁸ *Młodzi 2011*. Red. K. Szafraniec, M. Boni, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2011.

z zakresu socjologii medycyny, zdrowia i choroby, dostarczający nowych wyników badań i wniosków z nich płynących¹⁷⁹.

Okres wczesnej dorosłości przypadający na wiek 18–25 lat charakteryzuje się zespołem specyficznych cech wynikających z fazy przejścia z okresu adolescencji do pełnej dorosłości. W okresie tym młodzi dorośli poszukują własnej tożsamości, eksplorując różne możliwości związane z edukacją, karierą zawodową, relacjami miłosnymi i osobistymi. *Emerging adulthood* jest okresem intensywnej zmiany i niepewności, który może być zarówno stresujący, jak i pełen możliwości rozwoju. Na tym etapie życia młodzi dorośli zazwyczaj nie są już w pełni zależni od rodziców, ale też nie są jeszcze całkowicie samodzielni, co sprawia, że znajdują się w swoistym liminalnym stadium rozwoju. Podejmują często pierwsze ważne decyzje dotyczące przyszłości i próbują zdefiniować swoje cele i nadać wartości swoim planom życiowym. *Emerging adulthood* jest okresem intensywnego zbliżania się do pełnej dorosłości, ale również okresem doświadczania wielu zmian i przejść, które mogą wpłynąć na dalszy rozwój jednostki. Te cechy podkreślają unikalność tego okresu oraz znaczenie tego etapu rozwojowego w życiu osób dorosłych¹⁸⁰.

Analiza specyfiki i przebiegu okresu wczesnej dorosłości pozwala dostrzec jak ważną rolę odgrywa zdrowie w procesie osiągania dojrzałości i możliwości dążenia do samorealizacji.

Zarówno zdrowie fizyczne, emocjonalne i psychiczne jest istotne dla zapewnienia odpowiedniego rozwoju i funkcjonowania jednostki. Młodzi dorośli, muszą więc dbać o nie, aby móc skutecznie radzić sobie z wyzwaniami i stresami związanymi z dorosłością. Jednym ze wskaźników dbałości o zdrowie jest Indeks Zdrowia, który przynosi odpowiedź na pytanie o to, jak Polacy dbają o swoje zdrowie. Jest miarą, która pokazuje, w jakim stopniu odpowiedzi osób objętych badaniem i deklarowane przez nich działania profilaktyczne oraz elementy zdrowego stylu życia pokrywają się z zaleceniami ekspertów. W 2022 roku Średni Indeks Zdrowia wyniósł 55,1%, co oznacza spadek o 6,8 pp.

¹⁷⁹ M. Grzegorzcyk: *Palenie tytoniu, picie alkoholu i stosowanie używek przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych*. W: *Społeczne wymiary zdrowia i choroby: od teorii do praktyki*. Red. B. Trzop, K. Walentynowicz-Moryl. Fundacja Obserwatorium Społeczne Inter Alia, Zielona Góra 2017, s. 72.

¹⁸⁰ W. Zagórska, M. Jelińska, M., Surma, A. Lipska: *Wydłużająca się droga do dorosłości*. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2012.

w porównaniu z 2020 rokiem, kiedy to osiągnął poziom 61,9% (pierwszy Narodowy Test Zdrowia przeprowadzono w 2020 roku, jeszcze przed pandemią). Obecne wyniki sugerują, że Polacy rzadziej stosują się do zaleceń ekspertów dotyczących profilaktyki chorób i zdrowego stylu życia, co oznacza, że dbają o swoje zdrowie mniej niż przed pandemią. Wartość Indeksu Zdrowia Polaków różni się w zależności od grupy wiekowej. Najniższe wyniki odnotowano wśród osób w wieku 18–24 lat (51,2%) oraz 25–34 lat (52,8%), co plasuje je poniżej średniej krajowej (55,1%). Indeks Zdrowia poprawia się wraz z wiekiem, osiągając najwyższy poziom w grupie 65+, co sugeruje, że dopiero w starszym wieku większą wagę przykładamy do troski o zdrowie. Raport ujawnia kilka istotnych trendów. Tylko 30% Polaków spożywa warzywa codziennie, 42% kilka razy w tygodniu, 22% kilka razy w miesiącu, a 5% raz w miesiącu lub rzadziej. Konsumpcja warzyw rośnie z wiekiem, lecz w grupie 18–24 lat codzienne spożycie wynosi zaledwie 28%, co oznacza spadek o 4 pp. w porównaniu z 2021 rokiem. Podobne tendencje dotyczą owoców. W przeciwieństwie do tego, konsumpcja słodzonych napojów oraz e-papierosów jest najwyższa wśród młodych. Napoje słodzone codziennie pije 13% Polaków (wzrost o 3 pp. w porównaniu z rokiem ubiegłym), a w grupie 18–24 lat codziennie spożywa je 15%, co stanowi wzrost o 3 pp. względem 2021 roku. E-papierosy są najpopularniejsze wśród młodzieży – próbowało ich aż 67% osób w wieku 18–24 lat¹⁸¹.

Powyższe dane odzwierciedlają stan zdrowia młodych Polaków. Najgorzej oceniają je osoby w grupach wiekowych 18–24 lata (13% deklaruje zły lub bardzo zły stan zdrowia) oraz 25–34 lata (9%), co w obu przypadkach oznacza wzrost o 3 pp. w porównaniu z 2021 rokiem. Szczególnie niepokojący jest fakt, że aż 26% osób w wieku 18–24 lat ocenia swój stan zdrowia psychicznego jako zły lub bardzo zły, co oznacza wzrost o 6 pp. względem poprzedniego roku¹⁸².

Uzupełnieniem tego obrazu są badania prowadzone przez GUS, które wskazują na to, że: „W grupie osób w wieku 20–39 lat najczęściej diagnozowane były nowotwory złośliwe narządów płciowych – 21,0% zachorowań (1,3 tys. przypadków), a także nowotwory piersi, stanowiące 16,7% przypadków (kobiety)”¹⁸³.

¹⁸¹ Kategoria Indeksu Zdrowia została stworzona na potrzeby Narodowego Testu Zdrowia Polaków.

¹⁸² A. Zimny-Zajac: *Narodowy Test Zdrowia Polaków*. Ringier Axel Springer Polska, Warszawa 2022, s. 26–52.

¹⁸³ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku*. GUS, 2023, s. 46–57.

Kolejną niepokojącą tendencją jest wzrost hospitalizacji dzieci i młodzieży we wszystkich województwach. I jest to wzrost dynamiczny, np. w województwie łódzkim było o 48,5% hospitalizacji więcej niż przed rokiem. Równocześnie na podstawie badań międzypokoleniowych obserwujemy przejawy trendu sekularnego i akceleracji rozwoju¹⁸⁴, które w zestawieniu z niewłaściwym trybem życia sprzyjają tworzeniu i pogłębianiu zdrowotnych problemów młodzieży, wpływając na jakość życia, poczucie dobrostanu i możliwość realizacji celów. Jak konstatuje B. Woynarowska i A. Oblacińska:

[...] w ostatniej dekadzie odnotowano dwa niekorzystne zjawiska w zakresie rozwoju dzieci:

- **Zwiększanie się masy ciała i wskaźnika BMI (Body Mass Index).** Tendencję tę odnotowano w badaniach wykonanych w różnych krajach, w tym w Polsce, i zastąpiła ona wcześniejszą tendencję pozytywną, jaką było smuklenie sylwetki u dzieci. Jest to efekt zwiększania się częstości nadwagi i otyłości u dzieci.
- **Pogarszanie się sprawności fizycznej dzieci i młodzieży.** Wyniki badań licznej, ogólnopolskiej próby uczniów w wieku 6–19 lat wykazały, że w latach 1999–2009 wystąpiły u obu płci negatywne tendencje w sprawności motorycznej i to w coraz młodszych rocznikach. Pogorszenie wyników dotyczyło sześciu spośród dziewięciu prób (testów), regres w największym stopniu dotyczył głębokości, wytrzymałości i siły, w mniejszym stopniu szybkości biegowej. Przyczyn tego niekorzystnego zjawiska upatruje się w zmniejszeniu aktywności fizycznej i wydłużaniu się czasu spędzanego przez dzieci we względnie bezruchu (duży udział zajęć w pozycji siedzącej, przy komputerze czy oglądaniu TV)¹⁸⁵.

Kolejne badania wskazują na rozwój chorób cywilizacyjnych u coraz młodszych grup wiekowych:

Niepokój budzi fakt wzrostu częstości występowania cukrzycy typu 1 u dzieci i młodzieży. Szacuje się, iż zapadalność (1/100 000) w grupie wiekowej

¹⁸⁴ J. Nawój-Połoczańska: *Społeczne i biologiczne uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży*. W: *Pomóc talentowi rozkwitnąć, lokalne działania koalicyjne na rzecz uczniów zdolnych*. Red. K. Stępiak, W. Jaskólska. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016.

¹⁸⁵ B. Woynarowska, A. Oblacińska: *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*. „Studia BAS” 2014, nr 2 (38), s. 44–45.

0–4 lata wynosi u chłopców – 80,7%, a u dziewcząt – 75%. W grupie wiekowej 5–9 lat u chłopców jest to 13%, a u 229 dziewcząt – 15,5%, zaś w grupie 10–14 lat u chłopców – 19,0%, a u dziewcząt – 14,0%. Wzrost średnioroczny wynosi 9,3% i jest najwyższy wśród krajów europejskich. Na podstawie wieloletnich i wieloregionalnych rejestrów zachorowań EURODIAB (European Community Concerted Action Programme in Diabetes) przewiduje się na najbliższe lata gwałtowny wzrost zapadalności na cukrzycę typu 1 wśród populacji dziecięcej w Europie¹⁸⁶.

Przywołane wyniki badań na temat zdrowia młodzieży w Polsce budzą niepokój; tworzą obraz pokolenia, które doświadcza konsekwencji zaniedbań edukacyjnych i prewencyjnych, a ich korzenie sięgają dzieciństwa (nasyconego cukrem i bezruchem). Zdrowie jest fundamentem, dzięki któremu można rozwijać swój potencjał i realizować ustanowione cele, zarówno osobiste, jak i zawodowe. Jest także istotne dla budowania trwałych relacji społecznych i rodzinnych oraz dla aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym. Dlatego też zdrowie młodych dorosłych powinno być traktowane jako niezwykle ważny element w systemie edukacji, który umożliwia m.in. konstruowanie drogi do dorosłości i samorealizacji.

Dane statystyczne na temat zdrowia młodzieży uzupełnimy wynikami badań nad systemami wartości młodych Polek i Polaków. Gdzie w hierarchii potrzeb młodzi dorośli lokują zdrowie?¹⁸⁷ Jak definiują swoje potrzeby zdrowotne? Wyjaśnienia wymaga sam termin „potrzeb zdrowotnych”, który przywoływany jest wielokrotnie w niniejszym podrozdziale. „Mapy potrzeb zdrowotnych” są dokumentem, będącym podstawą do tworzenia polityki zdrowia w Polsce; autorzy Mapy posługują się kilkoma definicjami „potrzeb zdrowotnych”, a na potrzeby niniejszego tekstu przywołana zostanie ta, w świetle której **potrzeba zdrowotna rozumiana jest jako czynnik, który motywuje do podjęcia**

¹⁸⁶ K. Ruskowska: *Cukrzyca I typu u dzieci – klinika i postępowanie*. W: *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku*. Red. K. Kowalczyk, E. Krajewska-Kułak, M. Cybulski. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2016, s. 229–230.

¹⁸⁷ W najnowszym raporcie „Młodzież 2021” CBOS, opublikowanym w 2022 roku, aspekty dotyczące zdrowia pojawiają się wyłącznie w rozdziale poświęconym samopoczuciu psychicznemu, mimo tego że badania obejmowały zachowania autodestrukcyjne – aspektów tych nie zestawiono z kategorią zdrowia – *Młodzież-2021-raport_uzupelniony.pdf* (kcpu.gov.pl).

określonych zachowań zdrowotnych¹⁸⁸. Kluczowe jest zatem wzbudzenie motywacji do dbałości o zdrowie na podstawie rzetelnej wiedzy zapewnionej nie tylko przez system rodziny, lecz przede wszystkim podczas edukacji szkolnej. Treści edukacji zdrowotnej realizowane w szkole mają charakter systemowy i mogą być realizowane systematycznie. Interesujące badania na ten temat zostały przeprowadzone wśród studentów szczecińskich uczelni. Respondenci zapoznali się z listą 24 kryteriów zdrowia i przypisywali im rangi, na podstawie których wyłoniła się hierarchia:

1. mieć sprawne wszystkie części ciała 156;
2. czuć się dobrze 116;
3. nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych 108;
4. dbać o wypoczynek, sen 97;
5. nie chorować, najwyżej rzadko mieć grypę, niestrawność 97;
6. akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki 95;
7. czuć się szczęśliwym przez większość czasu 94;
8. umieć cieszyć się z życia 86;
9. należycie się odżywiać 70;
10. potrafić pracować bez stresu i napięcia 63;
11. mieć zdrowe oczy, włosy, cerę 49;
12. mieć pracę, różnorodne zainteresowania 43;
13. dożyć późnej starości 42;
14. mieć odpowiednią wagę ciała 38;
15. potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi 35;
16. mieć dobry nastrój 35;
17. umieć przystosowywać się do zmian w życiu 32;
18. nie palić tytoniu 31;
19. prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza 29;
20. potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami 27;
21. umieć rozwiązywać swoje problemy 21;
22. być odpowiedzialnym 20;
23. jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa 12;
24. pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale 7¹⁸⁹.

¹⁸⁸ B. Więckowska: *Materiały dodatkowe do wykładu 1: Wprowadzenie do map potrzeb zdrowotnych 1_Wprowadzenie.pdf* (mz.gov.pl), s. 2.

¹⁸⁹ I. Janik, M. Maciejewska, O. Sipak-Szmigiel: *Postrzeganie zdrowia przez młodych dorosłych. W: Społeczne wymiary zdrowia i choroby: od teorii do praktyki*. W: Red. B. Trzop,

Pierwsze pozycje w rankingu wskazują na **dominację fizycznych aspektów zdrowia**. Najwyżej oceniono sprawność fizyczną, brak dolegliwości i ogólne dobre samopoczucie. Może to sugerować, że respondenci utożsamiają zdrowie przede wszystkim z fizyczną sprawnością i brakiem chorób, co jest zgodne z tradycyjnym, biomedycznym modelem zdrowia. Kryteria takie jak akceptacja siebie, szczęście, zdolność cieszenia się życiem i dobry nastrój także znalazły się stosunkowo wysoko w hierarchii. To wskazuje na rosnącą świadomość znaczenia zdrowia psychicznego jako integralnej części ogólnego zdrowia. Na dwóch ostatnich pozycjach znajdują się następujące potrzeby: jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa i pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale, co może wskazywać na niewystarczającą świadomość odpowiedzialności zdrowotnej.

W badaniu o zbliżonej metodologii, przeprowadzonym wśród studentów uniwersytetów medycznych w Warszawie i w Lublinie, na pierwszym miejscu pojawiła się kategoria: czuć się dobrze (którą można interpretować jako kategorię ogólną, podkreślającą potrzebę poczucia dobrostanu w sferach: fizycznej, psychicznej i duchowej). W kontekście prowadzonych analiz szczególnie istotny wydaje się jeden z wniosków końcowych przywoływanych badań: biorących udział w badaniu studentów w większości cechowało **instrumentalne podejście do zdrowia poprzez utożsamianie go ze stanem i właściwością**, a nie z celem i procesem¹⁹⁰.

Instrumentalne podejście do zdrowia może tworzyć dychotomiczny obraz, gdy zestawimy je z potrzebą posiadania pełnej sprawności i mobilności ciała, którą młodzi dorośli ulokowali na samym szczycie potrzeb zdrowotnych (w świetle przywoływanych badań). Jej wyjątkowe i prymarne znaczenie może wynikać chociażby z dynamiki nowych zadań, które zostały wpisane w tę fazę rozwojową, a wśród nich Robert J. Havighurst wymienia: wybór małżonka, uczenie się współżycia z nim, założenie własnej rodziny, wychowywanie dzieci, prowadzenie domu, rozpoczynanie pracy zawodowej, podjęcie obowiązków obywatelskich i znalezienie pokrewnej grupy społecznej¹⁹¹.

K. Walentynowicz-Moryl. Fundacja Obserwatorium Społeczne Inter Alia, Zielona Góra 2017, s. 94–95.

¹⁹⁰ H. Piasecka, B. Ślusarska, G. Nowicki: *Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studiującej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy*. „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2 (56), s. 124–134.

¹⁹¹ E. Gurba: *Zadania rozwojowe okresu wczesnej dorosłości*. W: *Psychologia rozwoju człowieka*. Red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 204.

Czy oznacza to, że młodzi dorośli, myśląc o zdrowiu, odczuwają potrzebę pełnej sprawności, ale równocześnie nie wiedzą, w jaki sposób dbać o siebie, by ten cel zrealizować? (Odpowiedzi na to pytanie poszukamy także w części empirycznej). Na gruncie przeprowadzonych badań można wnioskować, iż brak pomostu między potrzebami zdrowotnymi a wiedzą o możliwościach ich realizacji może być konsekwencją braku dostępu do edukacji zdrowotnej na wcześniejszych etapach rozwojowych. Młodzi ludzie nie mają pełnej świadomości, jak ważne jest dbanie o zdrowie, a ze względu na specyfikę fazy rozwojowej, nie posiadają także doświadczenia związanego z konsekwencjami złego stylu życia w odległej perspektywie czasowej. Przykładem może być choćby zjawisko nadwagi, które pojawia się kumulatywnie: „W Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% małych dzieci (1–3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 22% młodzieży do 15 roku życia”¹⁹². Zgodnie ze statystykami GUS opublikowanymi w 2021 roku w Polsce wzrasta odsetek osób z nadwagą i otyłością. Nadmierną masę ciała w 2019 roku miało 57% dorosłych mieszkańców Polski (w 2014 roku – ok. 53%). W ciągu 5 lat populacja zarówno dorosłych mężczyzn, jak i kobiet z nadwagą lub otyłością wzrosła o 3%. W 2019 roku niemal 65% ogółu mężczyzn miało nadmierną masę ciała i niemal 49% dorosłych kobiet¹⁹³.

Pochłonięci nauką, pracą i życiem towarzyskim mogą skłaniać się ku bagatelizowaniu swojego stanu zdrowia, ponieważ nie mają prawidłowo ukształtowanych nawyków na wcześniejszych etapach rozwojowych. Ponadto współczesne wzorce stylu życia sprzyjają traktowaniu zdrowia i ciała przedmiotowo – szybki rytm pracy, stres, brak czasu na odpowiednią dietę czy aktywność fizyczną sprawiają, że zdrowie jest postrzegane jako coś, co można naprawić równie szybkim lekarstwem, zamiast inwestycji w regularną, konsekwentną i świadomą opiekę nad sobą. Dochodzi do tego skłonność do korzystania z różnych używek, takich jak alkohol, papierosy czy narkotyki, które szkodzą zdrowiu i mogą prowadzić do różnych chorób. Analiza przyczyn śmiertelności dzieci i młodzieży wskazuje, że niepokojąco niskie jest „tempo spadku umieralności młodzieży i młodych dorosłych oraz wysoki udział przyczyn nieokreślonych w statystyce zgonów. W całej populacji wieku rozwojowego należy zwracać też

¹⁹² A. Taraszewska: *Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży*. Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej (pzh.gov.pl) [dostęp: 17.01.2025].

¹⁹³ I. Pawluk et al.: *Nadwaga i otyłość. Małymi krokami do zdrowia*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Warszawa 2022, <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/12/Nadwaga-i-otylosc.-Malymi-Krokami-do-Zdrowia.pdf>.

uwagę na okresy wzrostu częstości zgonów [...]. Prace wskazujące na młodzież jako grupę wieku zaniedbywaną w opiece medycznej pojawiają się od 30 lat”¹⁹⁴. Przywołane wyniki badań wyraźnie naświełają konieczność nadania wysokiej rangi edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowego stylu życia wśród młodych ludzi, aby uświadamiać im, jak ważne jest dbanie o swoje zdrowie i jakie korzyści może to przynieść na przyszłość.

Funkcjonowanie młodych dorosłych jest sumą doświadczeń z poprzednich okresów rozwojowych (przy znacznym udziale edukacji formalnej w tym zakresie). I z tej właśnie perspektywy (wcześniejszych faz rozwojowych) można dokonać oglądu wyłaniających się potrzeb zdrowotnych młodych dorosłych. Podejście do zdrowia tworzy się z delikatnej tkanki wiedzy i doświadczeń, przede wszystkim w konfrontacji z wyzwaniem rozwojowymi, jakie pojawiają się w młodzieńczej fazie życia określanej jako psychologiczne dorastanie jednostki. W okresie przypadającym między 10. a 20. r.ż. lokuje się szczególnie proces określany kryzysem wieku dojrzewania lub kryzysem tożsamości. Na podłożu biologicznym, a także na skutek zmian w psychice, młody człowiek odczuwa niezależną od siebie, kompulsywną potrzebę określenia własnego Ja, co zazwyczaj odbywa się na drodze mniej lub bardziej gwałtownej konfrontacji ze światem dorosłych. Jednym z zewnętrznych wyrazów takich poszukiwań jest swobodne eksperymentowanie z różnymi zachowaniami i rolami – często wbrew ustalonym normom społecznym. Bywa, iż za niektóre z tych poszukiwań i eksperymentów młodzi płacą niebywale wysoką cenę: umierają z powodu nabytych chorób (np. HIV), w wyniku samobójstw, przez brawurę częściej ulegają wypadkom, a w ich wyniku urazom i okaleczeniom. Choć intelektualnie są coraz bardziej sprawni, a w myśleniu logiczni, nie mają jeszcze tej mądrości, która przychodzi z wiekiem i dojrzałością struktur mózgowych¹⁹⁵. Nie antycypują konsekwencji zachowań ryzykownych, dostrzegając jedynie perspektywę tu i teraz, którą można określić jako „mieć fun”. Nie należy lekceważyć tej perspektywy przy tworzeniu programów edukacji zdrowotnej, gdy analizuje się różne aspekty zdrowia i ryzykownych zachowań młodzieży.

¹⁹⁴ J. Mazur, M. Malinowska-Cieślak, A. Oblacińska: *Przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat w Polsce w świetle międzynarodowych statystyk od 2000 roku*. „Developmental Period Medicine” 2017, XXI, 2, s. 121–122.

¹⁹⁵ *Młodzi 2011*. Red. K. Szafraniec, M. Boni. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2011.

Reasumując, wczesna dorosłość to okres życia, w którym jakość zdrowia w znacznym stopniu warunkuje podejmowanie nowych zadań rozwojowych. W tym wieku podejmowane są decyzje dotyczące stylu życia, który może wyrażać się, m.in. poprzez preferowaną dietę, aktywność fizyczną, postawę wobec nikotynizmu, alkoholu i narkotyków. Mając na uwadze bezdyskusyjną wartość prewencji ważne jest zapewnienie wsparcia i dostępu do informacji na temat zdrowego stylu życia, aby młodzi mogli świadomie podejmować wybory dotyczące zdrowia, mając na uwadze swoją przyszłość i jakość życia.

Równocześnie podkreślić należy, iż potrzeby zdrowotne młodych dorosłych mogą być różnicowane przez wiele czynników, wśród których można wymienić: uwarunkowania kulturowe, czynniki środowiskowe, warunki i styl życia, preferowane wartości, a także dostęp do edukacji zdrowotnej.

Zdrowie w znacznym stopniu warunkuje dobre życie, pozwala odnosić sukcesy, czuć się przydatnym i niezależnym; ma wartość zarówno indywidualną, jak i społeczną – zdrowe społeczeństwo to nie tylko sprawniej funkcjonujący zbiorowy organizm, lecz także jakość życia mierzona poziomem szczęścia ludzi, ich poczuciem spełnienia oraz satysfakcji. Wszystko to sprawia, że zdrowie jest jedną z najbardziej niewrażliwych kategorii życia społecznego, podlegającą regulacjom instytucjonalnym i prawnym¹⁹⁶. Zaniedbania zdrowia i edukacji zdrowotnej we wczesnych okresach rozwojowych przynoszą negatywne następstwa w postaci słabszych szans życiowych czy też niższej pozycji społecznej. Wskaźniki dotyczące zdrowia fizycznego młodzieży w Polsce wyglądają niepokojąco: niewłaściwe nawyki żywieniowe, zaniedbania stomatologiczne, wady postawy, siedzący, mało aktywny tryb życia oraz nadwaga są przyczyną wielu poważnych schorzeń, które obniżają jakość (i długość) życia. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy poszukiwać zarówno w uwarunkowaniach życia rodzinnego, niedoskonałej opiece medycznej, jak i w braku edukacji zdrowotnej, który prowadzi do niewystarczającego zrozumienia potrzeb zdrowotnych przez młodzież. W tym kontekście niepokój budzi także przyrost zgonów dzieci i młodzieży z niedookreślonych przyczyn. Ważne wydaje się więc podjęcie działań w trzech kierunkach:

¹⁹⁶ W chwili powstawania tekstu trwają prace nad podstawą programową przedmiotu „Edukacja zdrowotna” – (Ministerstwo Zdrowia) Portal Gov.pl (www.gov.pl).

- 1) niezbędne jest rozszerzenie działań promujących zdrowie, a przede wszystkim **prozdrowotnej edukacji młodzieży**, a właściwie już dzieci, by zapobiec wielu negatywnym zjawiskom zdrowotnym młodego pokolenia;
- 2) stale należy zabiegać o dostępność do placówek służby zdrowia, a także wyposażenie ich w sprzęt umożliwiający dobrą diagnostykę lekarską;
- 3) prowadzenie kampanii i działań redukujących międzypokoleniowe dziedziczenie ubóstwa i chorób oraz związanych z nimi stylów życia¹⁹⁷.

¹⁹⁷ *Młodzi 2011*. Red. K. Szafraniec, M. Boni. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2011.

II. Metodologiczne podstawy zespołowego projektu badawczego

(Karina Leksy)

Prezentowane w niniejszym opracowaniu wyniki badań są efektem autorskiego projektu badawczego dr hab. Kariny Leksy pt. *Ocena alfabetyzmu zdrowotnego studentów I roku studiów w kontekście realizacji edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*. Do udziału w realizacji przedmiotowego projektu zostały zaproszone badaczki z Wydziału Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – dr Agnieszka Skowrońska-Pućka oraz dr Joanna Nawój-Połoczańska. Umożliwiło to przeprowadzanie badań w dwóch ośrodkach akademickich (Wydziału Nauk Społecznych w Katowicach i Wydziału Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) oraz wspólną analizę i interpretację wyników badań przedstawionych w tej monografii.

1. Założenia, cel badań i problematyka badawcza

Coraz częściej, wraz z nowymi wyzwaniami w obszarze zdrowia publicznego wynikającymi ze złożoności i niejednoznaczności współczesnego świata, brakuje rzetelnej wiedzy i wsparcia w zakresie zdrowia i prozdrowotnego stylu życia. W związku z tym, od kilkunastu lat przedmiotem naukowego zainteresowania i badań prowadzonych w kraju, jak i zagranicą jest alfabetyzm zdrowotny (zob. np. badania prowadzone w ramach sieci M-POHL¹). W jednym z opracowań WHO dotyczącym alfabetyzmu zdrowotnego napisano: „Nowoczesne społeczeństwa aktywnie promują niezdrowy styl życia, w systemach opieki zdrowotnej coraz trudniej się poruszać (nawet najlepiej wykształconym osobom), a systemy edukacji zbyt często nie zapewniają ludziom odpowiednich umiejętności dostępu, zrozumienia, oceny i wykorzystania informacji w celu

¹ Start | M-POHL – WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy [dostęp: 12.02.2025].

poprawy ich zdrowia”². W konsekwencji doprowadziło to do „analfabetyzmu” zdrowotnego w Europie i na świecie. Na przykład, wyniki projektu badawczego Health Literacy Project European (HLS-EU), przeprowadzonego w latach 2009–2012, wskazują, że niemal 50% dorosłych respondentów z ośmiu państw europejskich wykazywało niewystarczający lub ograniczony poziom kompetencji w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego³. Biorąc pod uwagę polskie społeczeństwo, badania te ujawniły, że 10,2% badanych charakteryzowało się „niedostatecznym” poziomem alfabetyzmu zdrowotnego, a 34,4% – poziomem „problematicznym”⁴.

Wyniki nielicznych prowadzonych na gruncie polskim badań dotyczących alfabetyzmu zdrowotnego i stosunku do zdrowia młodych ludzi są niejednoznaczne⁵. Przykładowo, badania przeprowadzone wśród 521 studentów wykazały, że niemal połowa z nich (48,9%) prezentowała niski stopień zachowań prozdrowotnych, a 38,4% – przeciętny. Jednocześnie, wyższy poziom zachowań zdrowotnych charakteryzował kobiety. Dodatkowo, 48,6% respondentów

² I. Kickbusch, J.M. Pelikan, F. Apfel, A.D. Tsouros: *Health literacy. The solid facts*. WHO Europe 2013, s. 1.

³ HLS-EU Consortium: *Comparative report on health literacy in eight EU members states. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. 2012. <http://www.health-literacy.eu> [dostęp: 14.02.2015]; B. Woynarowska: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 93–105; Por. B. Niedorys, A. Chrzan-Rodak, A. Bartoszek, B. Ślusarska: *Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010–2018*. „Hygeia Public Health” 2019, nr 54 (2), s. 105–113. hyg-2019-2-105.pdf (h-ph.pl) [dostęp: 22.05.2023].

⁴ K. Sørensen, J.M. Pelikan, F. Röthlin et al.: *Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU)*. „European Journal of Public Health” 2015, vol. 25, no. 6, s. 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.

⁵ Zob. np. M. Binkowska-Bury, W. Kruk, J. Szymańska, M. Marc, B. Penar-Zadarko, L. Wdowiak: *Psychosocial factors and health-related behavior among students from South-East Poland*. „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2010, vol. 17, no. 1, s. 107–113. PMID: 20684487; K. Dzwonkowska-Godula: *Stosunek młodych ludzi do własnego zdrowia a ideologia Healthismu*. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica” 2016, nr 58. <https://doi.org/10.18778/0208-600X.58.02>; K. Kardialik, D. Olejniczak, U. Religioni: *Wykorzystanie umiejętności odczytywania (postrzegania) zdrowia przez studentów w procesie pozyskiwania informacji o chorobach*. „Hygeia Public Health” 2012, 47 (1), 89–94. hyg-2012-1-089.pdf (h-ph.pl) [dostęp: 22.05.2023].

charakteryzowała się niskim poziomem wiedzy na temat zdrowia⁶. Inne rodzime badania, których celem była diagnoza alfabetyzmu zdrowotnego studentów (n = 260) wykazały, że chociaż respondenci potrafili precyzyjnie określić zakres poszukiwanych informacji zdrowotnych, to jednocześnie brakowało im umiejętności ich krytycznej oceny, co ostatecznie jest niezbędne w kontekście podejmowania decyzji odnoszących się do zdrowia własnego i innych osób⁷.

Przegląd wyników badań z lat 2010–2018 dotyczących kompetencji zdrowotnych, dokonany przez B. Niedorys et al.⁸, wykazał, że większość analizowanych prac dotyczyła określenia poziomu alfabetyzmu zdrowotnego mieszkańców różnych krajów europejskich, osób starszych i/lub osób z niskim poziomem wykształcenia. Okazuje się jednak, że na gruncie polskim brakuje badań dotyczących oceny alfabetyzmu zdrowotnego społeczeństwa ze względu na różne cechy demo-społeczne (różne grupy wiekowe, zawodowe itp.). Kwestia ta, choć często pomijana w analizach naukowych, jest znacząca z punktu widzenia profilaktyki uniwersalnej oraz promocji zdrowia⁹. Wykazano bowiem, że niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego koreluje z podejmowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia, pogorszeniem jego ogólnego stanu, ograniczoną zdolnością do samodzielnego zarządzania zdrowiem, a także ze zwiększoną częstością hospitalizacji. Zjawiska te wywierają negatywny wpływ zarówno na kapitał ludzki, jak i na zasoby finansowe systemu opieki zdrowotnej¹⁰. Tymczasem, myśląc o profilaktyce uniwersalnej i perspektywie długofalowej, ważne jest, aby wchodzące w dorosłość osoby posiadały rzetelną wiedzę i świadomość zdrowotną oraz umiejętności sprzyjające dokonywaniu prozdrowotnych wyborów na co dzień, co zwiększa ich szanse na zdrowe, samodzielne, produktywne

⁶ M. Binkowska-Bury, W. Kruk, J. Szymańska, M. Marc, B. Penar-Zadarko, L. Wdowiak: *Psychosocial factors and health-related behavior...*

⁷ K. Kardialik, D. Olejniczak, U. Religioni: *Wykorzystanie umiejętności odczytywania (postrzegania) zdrowia...*

⁸ B. Niedorys, A. Chrzan-Rodak, A. Bartoszek, B. Ślusarska: *Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych...*

⁹ Zob. np. K. Ostaszewski: *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 113–119.

¹⁰ I. Kickbusch, J.M. Pelikan, F. Apfel, A.D. Tsouros: *Health literacy. The solid facts*. WHO Europe 2013, s. 1.

i długie życie¹¹. W tej perspektywie, zdrowie staje się jednym z najważniejszych zasobów w wymiarze jednostkowym i społecznym¹².

Biorąc pod uwagę ogromną rolę i znaczenie alfabetyzmu zdrowotnego dla zdrowia osób będących u progu dorosłości, celem poznawczym prezentowanych badań była diagnoza poziomu alfabetyzmu zdrowotnego studentów z perspektywy ich doświadczeń związanych z edukacją zdrowotną na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej w odniesieniu do kwestionariusza Health Literacy Questionnaire (HLQ). Z kolei celem praktycznym badań było opracowanie rekomendacji dla praktyki edukacyjnej, ukierunkowanych na podnoszenie alfabetyzmu zdrowotnego osób w okresie wczesnej dorosłości poprzez wzrost efektywności realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej. Badania zostały przeprowadzone w ramach paradygmatu ilościowego, który pozwala na szeroko zakrojony opis badanych zjawisk oraz generowanie obiektywnej wiedzy, stanowiącej podstawę do identyfikowania prawidłowości i formułowania uogólnionych praw dotyczących analizowanych procesów¹³. Jednocześnie prezentowane w niniejszym opracowaniu badania miały charakter diagnostyczno-weryfikacyjny, bowiem pytania badawcze miały postać zarówno pytań o zmienne, jak i o relacje między zmiennymi¹⁴.

W związku z tym, że cel badań naukowych determinuje problematykę badawczą, w prezentowanym badaniu problem główny przyjął następujące brzmienie:

Jaki jest poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów z perspektywy doświadczeń związanych z realizacją edukacji zdrowotnej na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej?

Aby odpowiedzieć na tak postawiony problem główny, sformułowano pytania badawcze typu diagnostycznego i weryfikacyjnego, a w odniesieniu do ostatnich – także hipotezy badawcze.

¹¹ Por. K. Leksy, J. Nawój-Połoczańska, A. Skowrońska-Pućka: *Ocena alfabetyzmu zdrowotnego studentów na podstawie kwestionariusza Health Literacy Questionnaire (HLQ): badania wstępne*. „Studia Edukacyjne” 2023, 69, s. 57–76. <https://doi.org/10.14746/se.2023.69.4>.

¹² Por. B. Woynarowska: *Zdrowie jako wartość i zasób dla jednostki oraz zasób dla społeczeństwa*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 27–29.

¹³ E. Zaręba: *Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice*. W: *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*. Red. S. Palka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, s. 43–45.

¹⁴ S. Palka: *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*. GWP, Gdańsk 2006, s. 16–17.

Pytania badawcze typu diagnostycznego:

1. Jaki jest poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów?
2. W jaki sposób była realizowana edukacja zdrowotna na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej w ocenie respondentów?
3. Jak badani oceniają szkolną edukację zdrowotną w kontekście jej skuteczności, praktycznej użyteczności, podejmowanej tematyki i atrakcyjności dla ucznia?
4. Na jakie inne, pozaszkolne źródła edukacji i socjalizacji zdrowotnej wskazują badani studenci?
5. Jak badani oceniają szkolne i pozaszkolne źródła swojej socjalizacji zdrowotnej dla ich aktualnej wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem?
6. Jakie, w opinii badanych osób, zagadnienia i treści z zakresu zdrowia były realizowane, a jakich brakowało z perspektywy szkolnej edukacji zdrowotnej?

Pytania badawcze typu weryfikacyjnego:

1. Czy i w jaki sposób zmienne demo-społeczne różnicują poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów?
2. Czy i w jaki sposób poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów jest powiązany z obecnością edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej?
3. Czy i w jaki sposób poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów jest powiązany z oceną skuteczności, praktycznej użyteczności, realizowanej tematyki oraz atrakcyjności dla ucznia?

W kontekście pytań typu diagnostycznego zrezygnowano ze stawiania hipotez badawczych, przyjmując perspektywę M. Łobockiego, iż nie jest konieczne formułowanie hipotez badawczych, jeśli pytania badawcze dotyczą wyłącznie opisu badanych zjawisk¹⁵. Ponadto procedura badań diagnostycznych zakłada otwarte formułowanie problemów badawczych, co w efekcie pozwala na dochodzenie do alternatywnych wniosków¹⁶. Dzięki temu „opisywana i wyjaśniana rzeczywistość społeczna odsłania się [...] badaczowi stopniowo w toku

¹⁵ M. Łobocki: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2003, s. 134–135; M. Łobocki: *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000, s. 26.

¹⁶ Zob. E. Syrek: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997, s. 44.

dokonywanych badań i analiz”¹⁷. Jednocześnie, w przypadku problemów badawczych typu weryfikacyjnego, stawianie hipotez badawczych jest niezbędne, gdyż mają one doprowadzić do stwierdzenia istnienia zależności pomiędzy zmiennymi¹⁸. W związku z powyższym, w odniesieniu do prezentowanych badań hipotezy badawcze przyjęły następującą postać:

- H1.** Zmienne demo-społeczne różnicują poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów.
- H2.** Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów jest powiązany z obecnością edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej.
- H3.** Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów jest powiązany z oceną skuteczności, praktycznej użyteczności, realizowanej tematyki oraz atrakcyjności dla ucznia.

W odniesieniu do sformułowanych powyżej hipotez badawczych, w poniższej tabeli 9 przedstawiono zmienne zależne i niezależne oraz odpowiadające im wskaźniki¹⁹.

Tabela 9. Operacjonalizacja zmiennych

ZMIENNE ZALEŻNE	WSKAŹNIKI
1. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego w odniesieniu do HLQ	– średnia uzyskana w skali 1–4; przyjęta interpretacja: • 1–2,5 – niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego; • 2,6–4 – wysoki poziom alfabetyzmu zdrowotnego.
2. Podskale HLQ:	
I. poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia;	
II. posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie;	
III. aktywne dbanie o swoje zdrowie;	
IV. wsparcie społeczne w kontekście zdrowia;	
V. ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia.	

¹⁷ E. Wysocka: *Doświadczenie życia w młodości – problemy, kryzysy i strategie ich rozwiązywania. Próba opisu strukturalno-funkcjonalnego modelu życia preferowanego przez młodzież z perspektywy pedagogiki społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2010, s. 252.

¹⁸ M. Łobocki: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych...*, s. 134–135; T. Pilch, T. Bauman: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 46.

¹⁹ Zob. E. Babbie: *Podstawy badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 144–145.

ZMIENNE NIEZALEŻNE	WSKAŹNIKI
1. Płeć	– kobieta – mężczyzna
2. Wiek	– 18–20 lat – 21–22 lata – 23–25 lat – powyżej 25 lat
3. Miejsce pochodzenia	– wieś – średnie miasto – do 50 tys. mieszkańców; – małe miasto – 50–200 tys. mieszkańców; – duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców.
4. Wykształcenie rodziców	– podstawowe; – zasadnicze zawodowe; – średnie; – licencjat; – pełne wyższe.
5. Subiektywna ocena własnej pozycji materialnej	– poniżej średniej; – średni; – powyżej średniej; – znacznie powyżej średniej.
6. Lokalizacja szkoły: • podstawowej • ponadpodstawowej	– wieś; – średnie miasto – do 50 tys. mieszkańców; – małe miasto – 50–200 tys. mieszkańców; – duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców.

Źródło: opracowanie własne.

Interpretacja wyników uzyskanych w poszczególnych podskalach HLQ (Health Literacy Questionnaire) opiera się na założeniach teoretycznych przyjętych przez autorów narzędzia pomiarowego i została szczegółowo przedstawiona w tabeli 10.

W celu weryfikacji postawionych hipotez zastosowano poniższe testy statystyczne:

1. W przypadku, gdy jedna zmienna była zmienną dychotomiczną, a druga porządkową lub ilorazową, do analizy zależności wykorzystano test U Manna-Whitneya, który umożliwia ocenę, czy rozkłady dwóch podprób, podzielonych według zmiennej dychotomicznej, są identyczne²⁰.

²⁰ G.A. Ferguson, Y. Takane: *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 457; 460–461.

2. W przypadku, gdy zmienna była zmienną wielomianową uporządkowaną, do analizy zależności wykorzystano nieparametryczną analizę wariancji – test Kruskala-Wallisa²¹.
3. Gdy obie zmienne były mierzone na skali porządkowej lub ilorazowej, do badania zależności zastosowano współczynnik korelacji τ Kendalla²².

Tabela 10. Charakterystyka umiejętności u osób o niskim i wysokim poziomie kompetencji w zakresie dbałości o zdrowie w ramach poszczególnych podskal HLQ

Podskala HLQ	Osoby o niskim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego	Osoby o wysokim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego
Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia	Wykazują trudności w nawiązywaniu relacji z pracownikami służby zdrowia, w tym z lekarzami oraz innymi przedstawicielami systemu opieki zdrowotnej. Często nie posiadają stałego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a także mogą doświadczać problemów z obdarzaniem zaufaniem personelu medycznego jako wiarygodnego źródła informacji i/lub rekomendacji zdrowotnych.	Utrzymują stabilną i trwałą relację z co najmniej jednym przedstawicielem systemu opieki zdrowotnej, który posiada dobrą znajomość jej sytuacji zdrowotnej, cieszy się zaufaniem oraz stanowi wiarygodne źródło wsparcia w zakresie udzielania użytecznych porad, wyjaśniania informacji medycznych i wspomagania procesu podejmowania decyzji dotyczących zdrowia.
Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie	Odczuwają istotne braki w swojej wiedzy zdrowotnej. Mają poczucie, że nie dysponują wystarczającymi informacjami niezbędnymi do zrozumienia własnych problemów zdrowotnych oraz skutecznego radzenia sobie z nimi w codziennym życiu.	Wykazują wysokie poczucie kompetencji w zakresie zarządzania własnym stanem zdrowia, przejawiając przekonanie, że dysponują pełnym zakresem niezbędnych informacji umożliwiających im skuteczne funkcjonowanie z chorobą, podejmowanie trafnych decyzji zdrowotnych oraz radzenie sobie z codziennymi wyzwaniami wynikającymi z tego stanu.

²¹ C. Domański: *Testy statystyczne*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1980, s. 147.

²² *Metody statystycznej analizy wielowymiarowej w badaniach marketingowych*. Red. E. Gattnar, M. Walesiak. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2004, s. 54–55.

Aktywne dbanie o swoje zdrowie	Wykazują niski poziom kompetencji w obszarze aktywnego zarządzania własnym zdrowiem nie postrzegają zdrowia jako obszaru wymagającego ich osobistego zaangażowania i odpowiedzialności. Często przyjmują pasywną postawę wobec opieki zdrowotnej, traktując ją jako proces zewnętrzny, realizowany przez innych, a nie jako działanie, w które powinny aktywnie się włączać.	Wykazują świadomość znaczenia własnego zdrowia oraz gotowość do przejęcia za nie odpowiedzialności. Aktywnie uczestniczą w procesie opieki zdrowotnej, samodzielnie podejmując decyzje dotyczące swojego stanu zdrowia i konsekwentnie traktując kwestie zdrowotne jako priorytetowe w codziennym funkcjonowaniu.
Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia	Doświadczają poczucia izolacji oraz braku dostępnych źródeł pomocy, co przekłada się na subiektywne odczucie pozostawania bez jakiegokolwiek wsparcia w zakresie troski o zdrowie.	Otrzymują od swojego otoczenia społecznego pełen zakres wsparcia, adekwatnego do zgłaszanych potrzeb i oczekiwań w obszarze zdrowia.
Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia	Niezależnie od podejmowanego wysiłku, wykazują trudności w przyswajaniu i interpretacji większości informacji zdrowotnych. Dodatkowo, sprzeczność przekazów informacyjnych może prowadzić do dezorientacji i pogłębia trudności w podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych.	Posiadają umiejętność rozpoznawania rzetelnych informacji oraz wiarygodnych źródeł wiedzy. Potrafi samodzielnie analizować i rozwiązywać sprzeczności w dostępnych danych, a także korzystać z pomocy innych w celu wyjaśnienia niejednoznaczności.

Opracowanie własne na podstawie: R.H. Osborne, R.W. Batterham, G.R. Elsworth, M. Hawkins, R. Buchbinder: *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*, „BMC Public Health” 2013, vol. 13, no. 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>.

2. Metoda, technika i narzędzie badawcze

W kontekście sformułowanych celów oraz problemów badawczych, w prezentowanym w niniejszym opracowaniu badaniu zastosowano metodę **sondażu diagnostycznego**. Metoda ta polega na gromadzeniu informacji dotyczących atrybutów strukturalnych i funkcjonalnych, jak również dynamiki zjawisk społecznych, opinii i poglądów wybranych grup społecznych, a także tendencji wzrostu oraz kierunków rozwoju określonych zjawisk, które nie są zlokalizowane instytucjonalnie. Badanie to opiera się na specjalnie dobranej grupie, reprezentującej ogólną populację, w której występuje analizowane zjawisko²³.

²³ Por. T. Pilch, T. Bauman: *Zasady badań pedagogicznych...*, s. 80.

Metoda sondażu diagnostycznego jest również definiowana jako sposób pozyskiwania wiedzy o cechach strukturalno-funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, a także o opiniach i poglądach wybranych zbiorowości²⁴.

W celu przeprowadzenia badań zastosowano technikę ankiety internetowej²⁵ z wykorzystaniem kwestionariusza składającego się z dwóch zasadniczych części. Część pierwszą stanowiło narzędzie licencjonowane – standaryzowany kwestionariusz ankiety pt. Health Literacy Questionnaire (HLQ), z kolei część drugą – autorski kwestionariusz ankiety dotyczący szkolnej edukacji zdrowotnej w doświadczeniu i opinii studentów. Kwestionariusz do badania alfabetyzmu zdrowotnego Health Literacy Questionnaire (HLQ) opracowany przez R.H. Osborne'a et al.²⁶ składa się z dwóch części i dziewięciu podskal. W badaniach została wykorzystana pierwsza część kwestionariusza zawierająca pięć podskal: (I) poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia; (II) posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie; (III) aktywne dbanie o swoje zdrowie; (IV) wsparcie społeczne w kontekście zdrowia; (V) ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia. Każda z podskal zawierała od czterech do pięciu stwierdzeń, do których respondenci ustosunkowywali się na 4-punktowej skali – od 1 do 4 (od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zgadzam się”). Kwestionariusz autorski został podzielony na dwie części, z których pierwsza odnosiła się do edukacji na poziomie szkoły podstawowej, druga z kolei – szkoły ponadpodstawowej. Obie części rozpoczynało pytanie filtrujące: Czy w Pani/Pana szkole podstawowej/ponadpodstawowej odbywały się zajęcia z edukacji zdrowotnej? (tak/nie). W przypadku odpowiedzi negatywnej, respondent przechodził do dalszej części kwestionariusza. Jeśli zajęcia z edukacji zdrowotnej miały miejsce w szkole podstawowej i/lub ponadpodstawowej, badana/y odpowiadał/a na pytania szczegółowe dotyczące danego poziomu edukacji. Pytania szczegółowe odnoszące się do realizacji edukacji zdrowotnej były identyczne w przypadku szkoły podstawowej i ponadpodstawowej. W kwestionariuszu zostały także zawarte pytania dotyczące innych,

²⁴ J. Sztumski: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2005, s. 201–210; Por. D. Skulicz: *Badania opisowe i badania diagnostyczne. Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. Palka. GWP, Gdańsk 2010, s. 221–236.

²⁵ R.V. Kozinets: *Netografia. Badania etnograficzne online*. Przeł. M. Brzozowska-Brywczyńska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 70.

²⁶ R.H. Osborne, R.W. Batterham, G.R. Elsworth, M. Hawkins, R. Buchbinder: *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*, „BMC Public Health” 2013, vol. 13, no. 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>.

pozaszkolnych źródeł edukacji zdrowotnej, oceny stopnia, w jakim szkolne i pozaszkolne źródła edukacji zdrowotnej zdeterminowały aktualny poziom wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem oraz jedno pytanie otwarte, w którym proszono badanych studentów o wskazanie treści i obszarów tematycznych, których w ich przekonaniu zabrakło na etapie szkolnej edukacji zdrowotnej²⁷. W badaniu uwzględniono także pytania dotyczące podstawowych danych demo-społecznych respondentów (płeć, wiek, typ ukończonej szkoły podstawowej i ponadpodstawowej, miejsce pochodzenia terytorialnego, wykształcenie rodziców, samoocenę statusu socjoekonomicznego, lokalizację szkoły podstawowej i ponadpodstawowej). Analiza statystyczna została wykonana przy użyciu IBM SPSS wersja 29.0 dla Windows.

3. Procedura badawcza – dobór próby badawczej

Badanie naukowe to systematyczny, zorganizowany proces zbierania, analizowania i interpretowania danych w celu poszerzenia wiedzy na temat określonego zjawiska lub problemu. Jest to działalność intelektualna, która ma na celu odkrycie nowych faktów, weryfikację istniejących teorii, rozwiązanie problemów lub wyjaśnienie nieznanymi zjawisk. Badania naukowe są oparte na rygorystycznych metodach badawczych, które zapewniają obiektywizm, wiarygodność i powtarzalność wyników²⁸. Na organizację procesu badawczego wpływa szereg czynników, w tym przede wszystkim charakter i cel badań, obszar badań oraz zastosowane metody i techniki badawcze²⁹. Proponowane przez badaczy modele postępowania badawczego różnią się stopniem szczegółowości³⁰, lecz zazwyczaj obejmują cztery główne etapy: opracowanie koncepcji badawczej, projektowanie warsztatu badawczego, realizację badań empirycznych

²⁷ Warto zaznaczyć, że na pytanie otwarte odpowiedziało aż 374 respondentów.

²⁸ Zob. E. Babbie: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005; J.W. Creswell: *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Przeł. J. Gilewicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.

²⁹ Zob. np. J.W. Creswell: *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane...*, s. 41; M. Łobocki: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych...*, s. 177.

³⁰ T. Pilch, T. Bauman: *Zasady badań pedagogicznych...*, s. 186–187; por. K. Konarzewski: *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*. WSiP, Warszawa 2000, s. 15–22.

oraz analizę i interpretację uzyskanych danych³¹. W ramach przeprowadzonych badań uwzględniono te fazy. Warto dodać, że przed realizacją badań właściwych, w okresie od marca do maja 2023 roku zostały przeprowadzone badania pilotażowe³² na próbie 131 studentów I roku studiów kierunków nauk społecznych, które pozwoliły na nieznaczne modyfikacje autorskiej części narzędzia badawczego. Badania właściwe zostały przeprowadzone w roku 2024 za pośrednictwem internetowej platformy *LimeSurvey*. Link z zaproszeniem do wzięcia udziału w badaniu został przesłany studentom za pośrednictwem systemu USOS. Wyniki uzyskane w badaniu pilotażowym zostały uwzględnione w ogólnej próbie badawczej. Po zakończeniu badań właściwych uzyskane dane poddano analizie ilościowej i jakościowej. W ilościowym opracowaniu danych badawczych przeprowadzono analizę częstości z zastosowaniem statystyk opisowych oraz zweryfikowano postawione hipotezy badawcze przy wykorzystaniu odpowiednich testów statystycznych. Analiza jakościowa z kolei dotyczyła odpowiedzi uzyskanych w ramach pytania otwartego dotyczącego treści i zagadnień, których w opinii badanych brakowało na etapie ich szkolnej edukacji zdrowotnej. Ilościowa i jakościowa analiza wyników badań pozwoliła na sformułowanie wniosków końcowych oraz rekomendacji dla praktyki edukacyjnej.

Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji Etyki Uniwersytetu Śląskiego ds. badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi w sprawie etycznych aspektów projektu badawczego³³.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano **celowy dobór próby**, rozumiany jako świadome wyselekcjonowanie określonej grupy osób spośród populacji generalnej, zgodnie z przyjętymi założeniami badawczymi³⁴. Metody doboru celowego charakteryzują się tym, że proces wyboru jednostek do próby nie przebiega w sposób losowy, lecz opiera się na uprzednio zgromadzonych informacjach dotyczących poszczególnych elementów populacji³⁵. W tym kontekście, zgodnie z ujęciem S. Nowaka, dobór celowy stanowi zamierzony wybór jednostek do próby badawczej, oparty na ich zgodności z określonymi kryteriami

³¹ Zob. E. Babbie: *Badania społeczne w praktyce...*, s. 109–138.

³² Ibidem, s. 281.

³³ Numer ewidencyjny opinii: KEUS354/03.2023.

³⁴ A.W. Maszke: *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008, s. 148–149.

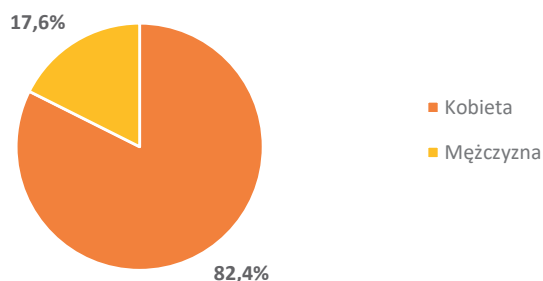
³⁵ *Encyklopedia socjologii*. T. 2. Oficyna Naukowa, Warszawa 1999, s. 226.

istotnymi z punktu widzenia celu i przedmiotu badania³⁶. W prezentowanych badaniach kryterium doboru stanowił rok studiów – studenci I i II roku studiów stacjonarnych. Taki dobór próby był podyktowany przeświadczeniem o potencjalnym wpływie niedawno ukończonej szkoły na poziom alfabetyzmu zdrowotnego oraz znaczeniem czasu dzielącego respondentów od ukończenia szkoły ponadpodstawowej (maksymalnie dwa lata), co w założeniu sprzyjało wierniejszemu odtworzeniu w pamięci szkolnych doświadczeń związanych z realizacją edukacji zdrowotnej. W badaniu udział wzięło 1123 studentów, przy czym na wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety odpowiedziało 619 osób³⁷. 82,4% badanych stanowiły kobiety, natomiast 17,6% – mężczyźni (zob. tabela 11). W odniesieniu do przedziałów wiekowych najliczniejszą grupą respondentów były osoby w wieku od 18 do 20 lat (356 osób) oraz w wieku od 21 do 22 lat (201 osób) (zob. tabela 12).

Tabela 11. Podział próby badawczej ze względu na płeć [N = 638]

Płeć	Liczba	Udział [%]
Kobieta	526	82,4
Mężczyzna	112	17,6
Suma	638	100,0

Źródło: badania własne.



Wykres 1. Podział próby badawczej ze względu na płeć [N = 638]

Źródło: badania własne.

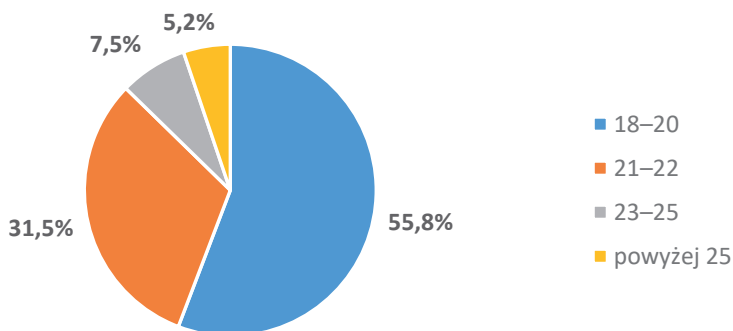
³⁶ S. Nowak: *Metodologia badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 307.

³⁷ Warto jednak zwrócić uwagę, że liczebność próby w kontekście poszczególnych pytań może się różnić ze względu na to, że respondenci nie odpowiedzieli na wszystkie pytania (w tym także pytań dotyczących zmiennych demograficzno-społecznych). Dodatkowo różnice w liczebności próby wynikają z dwóch pytań filtrujących zawartych w II autorskiej części kwestionariusza ankiety.

Tabela 12. Podział próby badawczej ze względu na wiek [$N = 638$]

Wiek	Liczba	Udział [%]
18–20 lat	356	55,8
21–22 lata	201	31,5
23–25 lat	48	7,5
>25 lat	33	5,2
Suma	638	100,0

Źródło: badania własne.

**Wykres 2.** Podział próby badawczej ze względu na wiek [$N = 638$]

Źródło: badania własne.

Biorąc pod uwagę problematykę prezentowanych badań, istotną kwestią było także sprawdzenie, jakiego rodzaju i typu szkoły ukończyli badani studenci. Wyniki uzyskane w części metryczkowej kwestionariusza ankiety pozwalają stwierdzić, że niemal wszyscy badani ukończyli publiczne szkoły podstawowe i ponadpodstawowe (w obu przypadkach 92,9%). W bardzo małym zakresie ukończonymi przez badanych studentów szkołami były szkoły prywatne (1,9% – szkoły podstawowe; 2,5% – szkoły ponadpodstawowe) lub o profilu sportowym (odpowiednio: 2,7% i 1,6%) (zob. tabela 13). Z kolei w odniesieniu do rodzaju ukończonej szkoły ponadpodstawowej, w przypadku analizowanej próby badawczej były to najczęściej licea ogólnokształcące (81,4%), a w dalszej kolejności technika (17,9%) (zob. tabela 14).

Tabela 13. Podział próby badawczej ze względu na typ ukończonej szkoły podstawowej i ponadpodstawowej [$N = 637$]

Typ ukończonej szkoły	Szkoła podstawowa		Szkoła ponadpodstawowa	
	Liczba	Udział [%]	Liczba	Udział [%]
Publiczna	592	92,9	588	92,9
Prywatna	12	1,9	16	2,5
Szkoła publiczna z certyfikatem szkoły promującej zdrowie	9	1,4	7	1,1
Szkoła sportowa	17	2,7	10	1,6
Inne	7	1,1	12	1,9
Suma	637	100,0	633	100,0

Źródło: badania własne.

Tabela 14. Podział próby badawczej ze względu na rodzaj ukończonej szkoły ponadpodstawowej [$N = 636$]

Rodzaj ukończonej szkoły ponadpodstawowej	Liczba	Udział [%]
Liceum ogólnokształcące	518	81,4
Technikum	114	17,9
Liceum ogólnokształcące dla dorosłych	3	0,5
Technikum uzupełniające	1	0,2
Suma	636	100,0

Źródło: badania własne.

W kontekście prowadzonych badań interesującą kwestią była także lokalizacja szkoły podstawowej i ponadpodstawowej respondentów. Założono, że lokalizacja obu typów szkół mogła determinować realizację edukacji zdrowotnej oraz jej jakość. Zgromadzone dane empiryczne ujawniają, że w odniesieniu do szkół podstawowych rozkład odpowiedzi respondentów był stosunkowo równomierny względem trzech kategorii lokalizacyjnych: obszarów wiejskich, małych oraz średnich miast (zob. tabela 15). Z kolei, w przypadku lokalizacji szkół ponadpodstawowych, respondenci uczęszczali głównie do szkół miejskich, w tym najczęściej do szkół usytuowanych w średnich miastach (43,8%) (zob. tabela 16).

Tabela 15. Podział próby badawczej ze względu na lokalizację szkoły podstawowej [N = 631]

Lokalizacja szkoły podstawowej	Liczba	Udział [%]
Wieś	160	25,4
Małe miasto – do 50 tys. mieszkańców	162	25,7
Średnie miasto – 50–200 tys. mieszkańców	205	32,5
Duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców	104	16,5
Suma	631	100,0

Źródło: badania własne.

Tabela 16. Podział próby badawczej ze względu na lokalizację szkoły ponadpodstawowej [N = 600]

Lokalizacja szkoły ponadpodstawowej	Liczba	Udział [%]
Wieś	40	6,7
Małe miasto – do 50 tys. mieszkańców	169	28,2
Średnie miasto – 50–200 tys. mieszkańców	263	43,8
Duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców	128	21,3
Suma	600	100,0

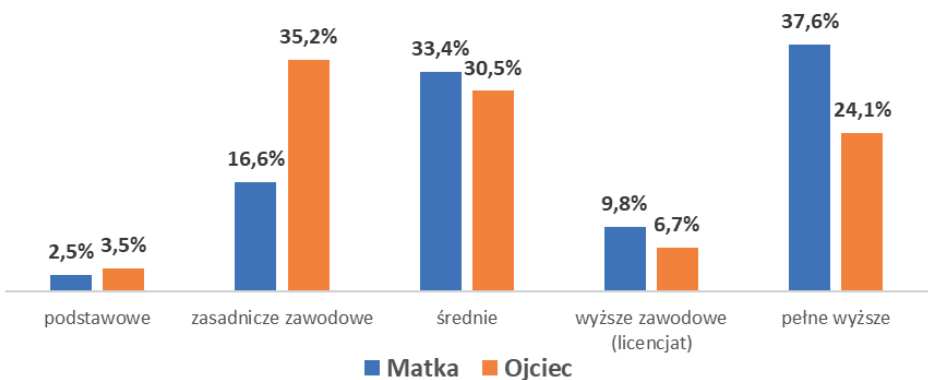
Źródło: badania własne.

W prezentowanych badaniach pytano także respondentów o poziom wykształcenia rodziców. Dane wskazują, że matki badanych studentów najczęściej posiadały wykształcenie pełne wyższe (37,6%) i średnie (33,4%). Z kolei ojcowie częściej legitymowali się wykształceniem zasadniczym zawodowym (35,2%) oraz średnim (30,5%). Ogólnie można stwierdzić, że wykształcenie średnie, wyższe zawodowe i wyższe pełne częściej posiadały matki badanych osób (odpowiednio: 33,4% vs. 30,5%; 9,8% vs. 6,7%; 37,6% vs. 24,1%). Z kolei wykształceniem podstawowym oraz zasadniczym zawodowym częściej legitymowali się ojcowie respondentów (odpowiednio: 3,5% vs. 2,5%; 35,2% vs. 16,6%) (zob. tabela 17).

Tabela 17. Podział próby badawczej ze względu na wykształcenie rodziców [N = 637]

Wykształcenie rodziców	Matka		Ojciec	
	Liczba	Udział [%]	Liczba	Udział [%]
Podstawowe	16	2,5	22	3,5
Zasadnicze zawodowe	105	16,6	222	35,2
Średnie	211	33,4	192	30,5
Wyższe zawodowe (licencjat)	62	9,8	42	6,7
Pełne wyższe	237	37,6	152	24,1
Suma	637	100,0	637	100,0

Źródło: badania własne.



Wykres 3. Podział próby badawczej ze względu na wykształcenie rodziców [N = 637]

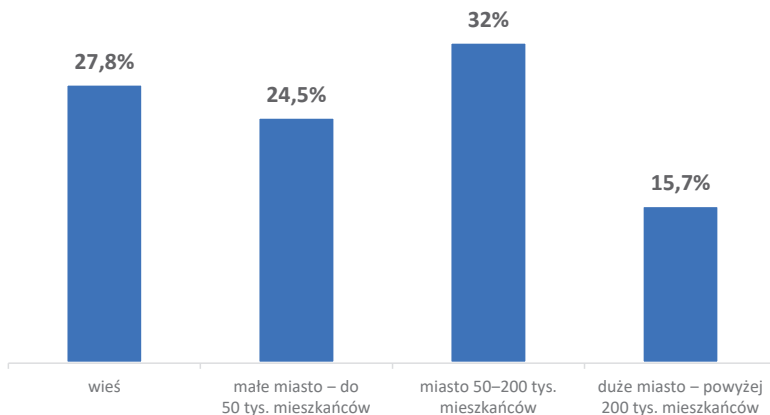
Źródło: badania własne.

W kontekście miejsca pochodzenia, 32% badanych pochodziła z miast średniej wielkości (50–200 tys. mieszkańców), 27,8% – ze wsi i 24,5% – z małych miast (do 50 tys. mieszkańców). Duże miasta jako miejsce pochodzenia terytorialnego wskazało 15,7% badanych studentów (zob. tabela 18).

Tabela 18. Podział próby badawczej ze względu na miejsce pochodzenia [N = 632]

Miejsce pochodzenia	Liczba	Udział [%]
Wieś	176	27,8
Małe miasto – do 50 tys. mieszkańców	155	24,5
Miasto – 50–200 tys. mieszkańców	202	32,0
Duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców	99	15,7
Suma	632	100,0

Źródło: badania własne.



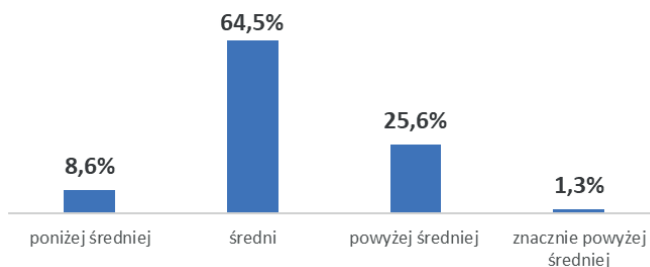
Wykres 4. Podział próby badawczej ze względu na miejsce pochodzenia [N = 632]
Źródło: badania własne.

Zmienną, którą także uwzględniono w charakterystyce próby badawczej była subiektywna ocena statusu socjoekonomicznego. Z uzyskanych pod tym względem danych można stwierdzić, że większość badanej populacji studentów oceniła swój status socjoekonomiczny jako średni (64,5%). Około 1/4 badanych oceniło status materialny jako powyżej średniej (25,6%), natomiast 8,6% respondentów – poniżej średniej (zob. tabela 19).

Tabela 19. Podział próby badawczej ze względu na status socjoekonomiczny [N = 626]

Status socjoekonomiczny	Liczba	Udział [%]
Poniżej średniej	54	8,6
Średni	404	64,5
Powyżej średniej	160	25,6
Znacznie powyżej średniej	8	1,3
Suma	626	100,0

Źródło: badania własne.



Wykres 5. Podział próby badawczej ze względu na status socjoekonomiczny [N = 626]
Źródło: badania własne.

III. Diagnoza alfabetyzmu zdrowotnego studentów i doświadczeń związanych z realizacją szkolnej edukacji zdrowotnej

Wzrost zachorowań na choroby przewlekłe, a także doświadczenia związane z pandemią COVID-19 uwiadamiają konieczność intensyfikacji działań na rzecz podnoszenia świadomości zdrowotnej w polskim społeczeństwie oraz promowania odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Skuteczne dbanie o zdrowie wymaga jednak odpowiednich kompetencji zdrowotnych, które powinny być kształtowane już na etapie wychowania i socjalizacji rodzinnej¹, jak również poprzez systematyczną edukację zdrowotną realizowaną w ramach formalnych instytucji edukacyjnych². W ostatnich latach szczególną uwagę poświęca się koncepcji edukacji zdrowotnej skoncentrowanej na rozwijaniu **alfabetyzmu zdrowotnego**, definiowanego jako zestaw indywidualnych zdolności poznawczych i społecznych, które warunkują umiejętność pozyskiwania, rozumienia i stosowania informacji dotyczących promocji i utrzymania zdrowia³. Alfabetyzm zdrowotny jest uznawany za kluczowy element umożliwiający jednostce świadome i skuteczne zarządzanie własnym zdrowiem, jak również za czynnik wpływający na efektywność systemu opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń⁴. Wyniki licznych, prowadzonych na przestrzeni lat, badań międzynarodowych wskazują, że niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego koreluje z wieloma negatywnymi skutkami zdrowotnymi i niepożądanymi zachowaniami zdrowotnymi, szczególnie w kontekście

¹ E. Syrek: *Reprodukcja kulturowa a socjalizacja zdrowotna*. W: *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Red. Z. Żukowska, R. Żukowski. Katedra Nauk Humanistycznych AWF w Warszawie i Wydawnictwo Estrella, Warszawa 2002, s. 56.

² Zob. np. K. Leksy: *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej. Wybrane aspekty zdrowotne i pedagogiczne*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020.

³ B. Woynarowska: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 100 (93–105).

⁴ R.H. Osborne, R.W. Batterham, G.R. Elsworth et al.: *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. „BMC Public Health” 2013, vol. 13, 658.

radzenia sobie z chorobą. Objawia się to m.in. nieprzestrzeganiem zaleceń farmakoterapeutycznych⁵, trudnościami w komunikacji z personelem medycznym⁶, ograniczoną wiedzą na temat przebiegu chorób oraz obniżonym poziomem samokontroli wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, choroby układu krążenia czy zapalenie stawów⁷. Co istotne, niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego jest również powiązany z wyższymi wskaźnikami hospitalizacji⁸, zwiększoną śmiertelnością⁹, rzadszym korzystaniem z usług profilaktycznych¹⁰ oraz stanowi istotny czynnik przyczyniający się do pogłębiania nierówności zdrowotnych i społecznych¹¹.

1. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów na podstawie kwestionariusza Health Literacy Questionnaire (HLQ) (Karina Leksy)

Zgodnie z literaturą przedmiotu, monitorowanie zdrowia populacji wraz z jego determinantami przyczynia się do ukierunkowanego na potrzeby społeczne planowania, wdrażania i monitorowania działań mających na celu poprawę

-
- ⁵ N.D. Berkman, S.L. Sheridan, K.E. Donahue, D.J. Halpernm, K. Crotty: *Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review*. „Annals of Internal Medicine” 2011, vol. 155, no. 2, s. 97–107.
 - ⁶ D. Schillinger, A. Bindman, F. Wang, A. Stewart, J. Piette: *Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients*. „Patient Education Counseling” 2004, vol. 52, no. 3, s. 315–323.
 - ⁷ J.A. Gazmararian, M.V. Williams, J. Peel, D.W. Baker: *Health literacy and knowledge of chronic disease*. „Patient Education Counseling” 2003, vol. 51, no. 3, s. 267–275.
 - ⁸ D.W. Baker, R.M. Parker, M.V. Williams, W.S. Clark: *Health literacy and the risk of hospital admission*. „Journal of General Internal Medicine” 1998, vol. 13, no. 12, s. 791–798.
 - ⁹ P.N. Peterson, S.M. Shetterly, C.L. Clarke, L.A. Allen, D.D. Matlock, D.J. Magid, F.A. Masoudi: *Low health literacy is associated with increased risk of mortality in patients with heart failure*. „Circulation” 2009, vol. 120, no. 18, S749–S749.
 - ¹⁰ T.L. Scott, J.A. Gazmararian, M.V. Williams, D.W. Baker: *Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization*. „Medical Care” 2002, vol. 40, no. 5, s. 395–404.
 - ¹¹ D.H. Howard, T.L. Sentell, J.A. Gazmararian: *Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population*. „Journal of General Internal Medicine” 2006, vol. 21, s. 857–861; T.L. Sentell, H.A. Halpin: *Importance of adult literacy in understanding health disparities*. „Journal of General Internal Medicine” 2006, vol. 21, no. 8, s. 862–866.

zdrowia i niwelowanie nierówności w zdrowiu. Alfabetyzm zdrowotny jest traktowany jako potencjalnie modyfikowalny czynnik determinujący zdrowie i zachowania zdrowotne, tym bardziej że badanie jego poziomu może dostarczyć istotnych informacji na temat umiejętności ludzi do korzystania z informacji i usług zdrowotnych oraz adekwatnego reagowania na zmienne determinujące zdrowie i alfabetyzm zdrowotny społeczeństwa¹². Dodatkowo ważne jest uwzględnienie kontekstu społecznego i środowiskowego oraz posiadanych zasobów, ograniczeń i potrzeb w wymiarze jednostkowym i społecznym celem projektowania i implementowania programów promocji zdrowia. Wiedza na temat tych specyficznych cech pozwala decydentom na poziomie ogólnokrajowym i lokalnym na dostosowanie działań służących poprawie zdrowia w zależności od potrzeb danej populacji¹³.

Ze względu na to, że alfabetyzm zdrowotny jest koncepcją wielowymiarową, zaleca się, aby miarodajnie oceniać rozmaite jego wskaźniki oraz poprawić poziom wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem¹⁴. W związku z powyższym uzasadnione jest prowadzenie badań ukierunkowanych na diagnozę alfabetyzmu zdrowotnego różnych grup społecznych jako pierwszego kroku w rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych, a następnie podejmowanie działań zwiększających kompetencje zdrowotne tych grup, które wykazują znaczące braki w wiedzy i umiejętnościach związanych z dbałością i ochroną zdrowia własnego i innych osób. W prezentowanych badaniach własnych, zastosowana została I część kwestionariusza Health Literacy Questionnaire (HLQ) autorstwa R.H. Osborna et al. obejmująca pięć podskal:

- **Podskala I** – *Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia;*
- **Podskala II** – *Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie;*
- **Podskala III** – *Aktywne dbanie o swoje zdrowie;*
- **Podskala IV** – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia;*
- **Podskala V** – *Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia.*

¹² S. Dodson, S. Good, R.H. Osborne: *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2015.

¹³ S. Dodson, S. Good, R.H. Osborne: *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries...*

¹⁴ S. Dodson, S. Good, R.H. Osborne: *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries...*

Wymienione podskale powiązano z poziomami alfabetyzmu zdrowotnego sformułowanymi przez D. Nutbeama, przypisując każdą z nich do któregoś z trzech poziomów alfabetyzmu zdrowotnego (zob. tabela 20). Warto zauważyć, że niektóre podskale odpowiadają więcej niż jednemu poziomowi alfabetyzmu zdrowotnego.

Tabela 20. Powiązania pomiędzy poziomami alfabetyzmu zdrowotnego D. Nutbeama a podskalami Health Literacy Questionnaire

Poziom alfabetyzmu zdrowotnego w koncepcji D. Nutbeama	Podskala HLQ
Podstawowy/funkcjonalny alfabetyzm zdrowotny: odnosi się do posiadania elementarnych umiejętności poznawczych i językowych, które umożliwiają jednostce sprawne i efektywne funkcjonowanie w rutynowych sytuacjach życia codziennego, wymagających podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem.	Podskala II – Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie.
Komunikatywny/interaktywny alfabetyzm zdrowotny: obejmuje rozwinięte kompetencje poznawcze oraz społeczne, które umożliwiają jednostce aktywne uczestnictwo w codziennych działaniach związanych z ochroną zdrowia. Umiejętności te pozwalają na skuteczne pozyskiwanie informacji zdrowotnych z różnych źródeł i form przekazu, ich interpretację oraz adekwatne wykorzystanie w kontekście dynamicznie zmieniających się warunków życiowych.	Podskala I – Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia.
	Podskala III – Aktywne dbanie o swoje zdrowie.
	Podskala IV – Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia.
Krytyczny alfabetyzm zdrowotny: odnosi się do wysoko rozwiniętych zdolności poznawczych, wspieranych kompetencjami społecznymi, które umożliwiają jednostce dokonywanie pogłębionej, refleksyjnej analizy informacji zdrowotnych. Umożliwia to nie tylko ocenę wiarygodności i użyteczności pozyskiwanych treści, lecz także ich świadome wykorzystanie w celu zwiększenia autonomii oraz sprawowania aktywnej kontroli nad własnym zdrowiem i uwarunkowaniami życia codziennego.	Podskala V – Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia.
	Podskala III – Aktywne dbanie o swoje zdrowie.
	Podskala IV – Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia.

Opracowanie własne na podstawie: R.H. Osborne, R.W. Batterham, G.R. Elsworth et al.: *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. „BMC Public Health” 2013, vol. 13, 658.

Jak wskazano w części poświęconej metodologii badań, grupą objętą badaniem byli studenci I i II roku studiów, alfabetyzm zdrowotny stanowił zaś jeden z dwóch nadrzędnych wymiarów poddawanych eksploracji. Uzyskane w tym kontekście wyniki badań pozwalają stwierdzić, że badanych studentów charakteryzuje wysoki poziom ogólnego alfabetyzmu zdrowotnego ($\bar{x} = 2,79$), chociaż biorąc pod uwagę przyjętą w narzędziu skalę 1–4, przy punkcie „odcietcia” 2,6 – wynik ten jest niemal na granicy pomiędzy niskim a wysokim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego. W odniesieniu do poszczególnych podskal badanie wykazało, że alfabetyzm zdrowotny studentów wahał się w granicach średnich wartości od 2,65 do 3,01. Respondenci uzyskali najwyższe wyniki w podskali IV – *Wsparcie społeczne dla zdrowia* ($\bar{x} = 3,01$), a najniższe w podskali I – *Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia* ($\bar{x} = 2,65$) (zob. tabela 21).

Tabela 21. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów [$N = 637$]

Poziom alfabetyzmu zdrowotnego respondentów	Średnia	Odchylenie standardowe
I. Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów	2,79	0,46
II. Wyniki dla poszczególnych podskal alfabetyzmu zdrowotnego		
Podskala I – Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia.	2,65	0,85
Podskala II – Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie.	2,72	0,65
Podskala III – Aktywne dbanie o swoje zdrowie.	2,70	0,69
Podskala IV – Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia.	3,01	0,70
Podskala V – Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia.	2,79	0,59

Źródło: badania własne. Wyniki w skali: 1–4; 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2 – nie zgadzam się; 3 – zgadzam się; 4 – zdecydowanie się zgadzam. W badaniu przyjęto, że wartości średnich od 1 do 2,5 oznaczają niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego, z kolei wartości od 2,6 do 4 – wysoki poziom alfabetyzmu zdrowotnego.

Najwyższa średnia wartość uzyskana w podskali IV – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia* – (3,01), co pozwala wnioskować nie tylko o relatywnie wysokim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego w tym zakresie, lecz także o tym, że zdecydowana większość respondentów otrzymuje adekwatne **wsparcie społeczne** w obszarze związanym ze zdrowiem. Z perspektywy klasyfikacji D. Nutbeama można przyjąć, że badani studenci przejawiają cechy **komunikatywnego/**

interaktywnego alfabetyzmu zdrowotnego, obejmującego m.in. rozwinięte umiejętności społeczne, umożliwiające aktywne uczestnictwo w działaniach prozdrowotnych, a także skuteczne poszukiwanie i uzyskiwanie wsparcia społecznego w sytuacjach dotyczących zdrowia. Jednocześnie w kontraście do pozytywnych doświadczeń w relacjach społecznych wyniki sugerują, iż respondenci mogą w większym stopniu napotykać trudności w budowaniu efektywnych relacji z przedstawicielami systemu ochrony zdrowia, w tym lekarzami i personelem medycznym.

Celem pozyskania dokładniejszych informacji w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego respondentów przeanalizowano uzyskane dane badawcze, uwzględniając podstawowe cechy demograficzno-społeczne badanych studentów (zob. tabela 22). Przeprowadzona w tym zakresie opisowa analiza statystyczna wskazuje na pewne prawidłowości w przypadku wybranych zmiennych niezależnych. Przede wszystkim można zauważyć, że wyższe średnie zarówno w odniesieniu do ogólnego alfabetyzmu zdrowotnego, jak również w obrębie podskal uzyskali mężczyźni. Najwyższe wartości badani mężczyźni uzyskali w podskali IV – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia* oraz podskali V – *Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia* (odpowiednio $\bar{x} = 3,12$ i $3,06$). Średnie uzyskane przez respondentki, choć nieco niższe, także były najwyższe w skalach IV i V ($\bar{x} = 3,05$ i $2,81$). Co ciekawe, najniższe średnie dotyczą podskali II – *Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie* – w przypadku badanych kobiet i podskali I – *Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia* – w odniesieniu do badanych mężczyzn. W odniesieniu do kolejnej zmiennej branej pod uwagę w niniejszym badaniu, jakim było **miejsce pochodzenia** respondentów, wyniki wskazują na brak znaczących różnic w ogólnym poziomie alfabetyzmu zdrowotnego. Niezależnie od miejsca pochodzenia, najwyższe średnie odnotowano w ramach podskali IV – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia*, najniższe z kolei w obszarze podskali II – *Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie*. Z kolei w kontekście **statusu socjoekonomicznego** można zauważyć, że wraz ze wzrostem deklarowanego przez badanych studentów statusu, rosną wartości średnich dotyczących ogólnego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego (od $\bar{x} = 2,67$ do $3,12$). Osoby identyfikujące swój status socjoekonomiczny jako „średni”, „powyżej średniej” oraz „znacznie powyżej średniej” uzyskały najwyższe wartości średnich w podskali IV – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia*, jednak także z tendencją do wyższej średniej przy wyższym statusie socjoekonomicznym (odpowiednio: $\bar{x} = 3,05$ –

„średni”; śr. 3,18 – „powyżej średniej”; śr. 3,50 – „znacznie powyżej średniej”). Warto także zauważyć, że najniższą średnią (2,38) zanotowano w podskali III – *Aktywne dbanie o swoje zdrowie* – wśród respondentów deklarujących swój status socjoekonomiczny jako „poniżej średniej”.

Tabela 22. Statystyki opisowe dla ogólnego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego i poszczególnych podskal w zależności od płci, miejsca pochodzenia i statusu socjoekonomicznego badanych [$N = 637$]

Zmienna niezależna	Wyszczególnienie	Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego	Podskala				
			I	II	III	IV	V
		Średnia (Odchylenie standardowe)					
Płeć	kobieta	2,77 (0,45)	2,70 (0,80)	2,57 (0,59)	2,70 (0,65)	3,05 (0,67)	2,81 (0,55)
	mężczyzna	2,93 (0,42)	2,80 (0,83)	2,83 (0,65)	2,86 (0,76)	3,12 (0,74)	3,06 (0,51)
Miejsce pochodzenia	wieś	2,79 (0,41)	2,64 (0,80)	2,52 (0,50)	2,78 (0,62)	3,12 (0,64)	2,86 (0,47)
	małe miasto	2,79 (0,47)	2,78 (0,85)	2,57 (0,61)	2,71 (0,75)	3,12 (0,65)	2,76 (0,67)
	średnie miasto	2,80 (0,47)	2,69 (0,78)	2,68 (0,65)	2,69 (0,65)	3,03 (0,71)	2,88 (0,51)
	duże miasto	2,80 (0,45)	2,84 (0,78)	2,68 (0,70)	2,68 (0,71)	2,91 (0,71)	2,87 (0,61)
Status socjoekonomiczny	poniżej średniej	2,67 (0,46)	2,60 (0,88)	2,60 (0,63)	2,38 (0,79)	2,87 (0,74)	2,90 (0,43)
	średni	2,78 (0,46)	2,74 (0,80)	2,59 (0,60)	2,70 (0,66)	3,05 (0,68)	2,81 (0,57)
	powyżej średniej	2,86 (0,40)	2,68 (0,76)	2,63 (0,57)	2,91 (0,60)	3,18 (0,64)	2,92 (0,48)
	znacznie powyżej średniej	3,12 (0,36)	3,25 (1,20)	3,00 (0,64)	2,95 (0,60)	3,50 (0,50)	2,90 (1,15)

Źródło: badania własne. Skala 1-4; 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2 – nie zgadzam się; 3 – zgadzam się; 4 – zdecydowanie się zgadzam. W badaniu przyjęto, że wartości średnich od 1 do 2,5 oznaczają niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego, z kolei wartości od 2,6 do 4 – wysoki poziom alfabetyzmu zdrowotnego.

Interesująco przedstawiają się wyniki dotyczące poziomu alfabetyzmu zdrowotnego studentów ze względu na poziom **wykształcenia rodziców** (zob. tabela 23). W przypadku matek osób badanych najwyższe wartości średnich ogólnego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego uzyskali respondenci, których matki legitymowały się wykształceniem wyższym (zawodowym i pełnym). Z kolei w odniesieniu do poszczególnych podskal, najwyższe średnie zaobserwowano w kontekście podskali IV – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia* (śr. od 3,02 do 3,10) – niezależnie od poziomu wykształcenia matki! Otrzymany wynik może wskazywać, że matka, niezależnie od posiadanego poziomu wykształcenia, odgrywa istotną rolę jako źródło wsparcia dla dziecka. Można przypuszczać, że udzielane przez nią wsparcie przejawia się w różnych aspektach codziennego życia, przy czym szczególne znaczenie zyskuje ono w sytuacjach związanych ze stanem zdrowia dziecka. W związku z tym można wnioskować, iż rola matki jako opiekunki jest w analizowanym kontekście szczególnie widoczna i znacząca. Warto podkreślić, że najniższe i relatywnie zbliżone wartości średnie uzyskano w podskali II – *Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie* (śr. od 2,55 do 2,72), niezależnie od poziomu wykształcenia matek. Może to sugerować niedostateczny poziom kompetencji w zakresie przekazywania wiedzy zdrowotnej oraz kształtowania postaw prozdrowotnych w środowisku domowym. Alternatywnie, wyniki te mogą wskazywać na niską wagę przypisywaną przez matki temu obszarowi wychowania, być może w przekonaniu, że rola edukatora zdrowotnego przypisana jest przede wszystkim instytucjom edukacyjnym, takim jak szkoła.

Analizując uzyskane wyniki dotyczące poziomu alfabetyzmu zdrowotnego z perspektywy wykształcenia ojców badanych studentów, można ogólnie stwierdzić, że są one zbliżone do wyników analizy przeprowadzonej powyżej i dotyczącej poziomu wykształcenia matek respondentów. Przede wszystkim, widoczna jest tu tendencja, zgodnie z którą im wyższe wykształcenie ojca, tym wyższe wartości średnich ogólnego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego (w przypadku wykształcenia wyższego zawodowego – śr. 2,87; w przypadku wyższego pełnego – śr. 2,85). Analogicznie jak w przypadku matek, najwyższe wartości średnich odnotowano w większości dla podskali IV – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia* (śr. od 3,02 do 3,11). Zasadne jest również zwrócenie uwagi na fakt, że dla trzech z pięciu analizowanych poziomów wykształcenia ojców badanych studentów (zasadniczym zawodowym, średnim oraz wyższym pełnym) najniższe wartości średnich występują w odniesieniu do podskali II – *Posiadanie*

wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie (śr. od 2,56 do 2,67). Uwzględniając zbieżność wyników uzyskanych w odniesieniu do matek respondentów, można przypuszczać, że środowisko rodzinne nie dostarczyło młodym osobom wystarczającego oraz adekwatnego do ich potrzeb wsparcia informacyjnego w zakresie zagadnień związanych ze zdrowiem.

Tabela 23. Statystyki opisowe dla ogólnego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego i poszczególnych podskal w zależności od poziomu wykształcenia rodziców respondentów [N = 637]

Zmienna niezależna – wykształcenie rodziców	Wyszczególnienie	Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego	Podskala				
			I	II	III	IV	V
		Średnia (Odchylenie standardowe)					
Matka	Podstawowe	2,63 (0,60)	2,75 (0,92)	2,60 (0,69)	2,28 (0,71)	3,10 (0,76)	2,53 (0,53)
	Zasadnicze zawodowe	2,76 (0,43)	2,63 (0,75)	2,55 (0,51)	2,72 (0,64)	3,10 (0,73)	2,82 (0,56)
	Średnie	2,74 (0,42)	2,68 (0,84)	2,60 (0,60)	2,61 (0,63)	3,02 (0,65)	2,81 (0,54)
	Wyższe zawodowe (licencjat)	2,91 (0,40)	2,78 (0,75)	2,72 (0,68)	2,96 (0,71)	3,07 (0,66)	3,03 (0,52)
	Pełne wyższe	2,83 (0,47)	2,78 (0,91)	2,61 (0,62)	2,80 (0,68)	3,08 (0,69)	2,87 (0,56)
Ojciec	Podstawowe	2,67 (0,34)	2,42 (0,94)	2,55 (0,31)	2,40 (0,71)	3,20 (0,56)	2,76 (0,35)
	Zasadnicze zawodowe	2,78 (0,44)	2,67 (0,80)	2,58 (0,60)	2,71 (0,66)	3,11 (0,69)	2,82 (0,52)
	Średnie	2,76 (0,41)	2,70 (0,77)	2,56 (0,60)	2,70 (0,69)	3,02 (0,58)	2,83 (0,61)
	Wyższe zawodowe (licencjat)	2,87 (0,40)	2,53 (0,86)	2,78 (0,71)	3,17 (0,52)	2,95 (0,95)	2,92 (0,38)
	Pełne wyższe	2,85 (0,51)	2,90 (0,81)	2,67 (0,62)	2,72 (0,67)	3,05 (0,72)	2,90 (0,59)

Źródło: badania własne. Skala 1-4; 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2 – nie zgadzam się; 3 – zgadzam się; 4 – zdecydowanie się zgadzam. W badaniu przyjęto, że wartości średnich od 1 do 2,5 oznaczają niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego, z kolei wartości od 2,6 do 4 – wysoki poziom alfabetyzmu zdrowotnego.

Podsumowując, należy podkreślić, że wykształcenie rodziców, będące istotnym elementem kapitału społeczno-kulturowego, stanowi również ważny czynnik determinujący ich kompetencje w obszarze socjalizacji zdrowotnej dzieci. Kompetencje te mają charakter złożony i są kształtowane przez wiele wzajemnie powiązanych uwarunkowań. Tworzy je bowiem system wartości, który umożliwia podejmowanie racjonalnych decyzji dotyczących dobra dziecka, ocenę jego stanu zdrowia, budowanie relacji opartych na współpracy, a także przewidywanie długofalowych skutków podejmowanych działań wychowawczych i zapobieganie potencjalnym zagrożeniom¹⁵.

2. Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej w retrospektywnej ocenie badanych studentów (Agnieszka Skowrońska-Pućka)

2.1. Obecność, częstotliwość oraz realizacja edukacji zdrowotnej w ramach wybranych przedmiotów

Alfabetyzm zdrowotny kształtowany jest przez złożoną konfigurację czynników obejmujących zarówno zmienne społeczno-demograficzne i ekonomiczne, jak i aspekty związane z dostępnością informacji, rozwojem technologii cyfrowych oraz funkcjonowaniem systemów komunikacyjnych. Wspomniane elementy wpływają na zdolność jednostki do skutecznego wyszukiwania, interpretowania, przetwarzania oraz wykorzystywania informacji zdrowotnych w celu utrzymania i poprawy stanu zdrowia. Ujęcie alfabetyzmu zdrowotnego jako efektu procesu uczenia się¹⁶ akcentuje kluczową rolę dwóch podstawowych środowisk wychowawczych, jakimi są rodzina i szkoła. Mając na uwadze, że przedmiotem niniejszych badań była szkolna edukacja zdrowotna, dalsza część opracowania koncentrować się będzie na analizie właśnie tego aspektu oddziaływań edukacyjnych. Jednocześnie, choć w ograniczonym zakresie, uwzględniono również dane odnoszące się do pozaszkolnych (w tym rodzinnych) uwarunkowań świadomości zdrowotnej osób badanych.

¹⁵ C. Lewicki: *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień...*, s. 130, 140.

¹⁶ Por. L. Paakkari, O. Paakkari: *Health Literacy as a Learning Outcome in Schools*. „Journal of Health Education” 2012, vol. 112, no. 2, s. 133–152. <https://doi.org/1108/09654281211203411>.

Przechodząc zatem do analizy uzyskanych w badaniu danych, należy przede wszystkim zaakcentować, że **edukacja zdrowotna na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej była realizowana w niewielkim stopniu**. W przypadku szkoły podstawowej było to niespełna 32%, z kolei w odniesieniu do szkół ponadpodstawowych – 33,5% (zob. tabela 24; wykresy: 6 i 7).

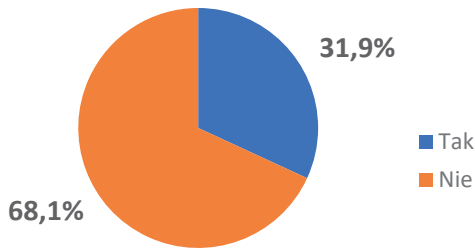
Uwzględniając deklarowaną **częstotliwość realizacji edukacji zdrowotnej**, analiza wyników badań wykazała, że wśród respondentów, którzy potwierdzili obecność tego typu zajęć w toku edukacji szkolnej, najczęściej miały one charakter sporadyczny. W szkołach podstawowych edukacja zdrowotna była realizowana rzadziej niż raz w miesiącu według opinii 55,6% badanych, natomiast jej comiesięczną realizację odnotowano u 12,4% respondentów, a zajęcia te odbywały się raz w tygodniu – u jedynie 9,4% respondentów. W przypadku szkół ponadpodstawowych odsetek osób, które potwierdziły uczestnictwo w lekcjach edukacji zdrowotnej rzadziej niż raz w miesiącu wyniósł 49,1%. Tygodniową częstotliwość zajęć odnotowano u 20,4% badanych, natomiast realizację zajęć zdrowotnych raz w miesiącu – u 10,4% respondentów. Wyniki te sugerują ograniczony i nieregularny charakter tego przedmiotu na obu poziomach kształcenia (zob. tabela 25; wykres 8 i 9).

Tabela 24. Obecność edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej [$N = 753$] i ponadpodstawowej [$N = 701$]

Wyszczególnienie	N	Tak ¹⁷		Nie	
		N	%	N	%
Szkoła podstawowa	753	240	31,9	513	68,1
Szkoła ponadpodstawowa	701	235	33,5	466	66,5

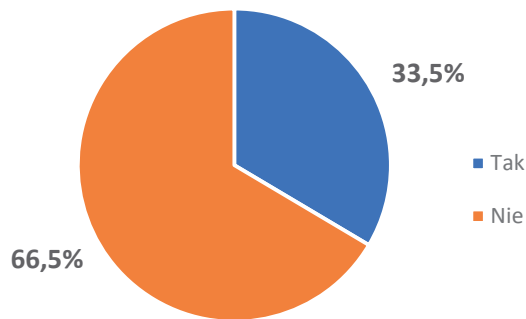
Źródło: badania własne.

¹⁷ W związku z tym, że było to pytanie filtrujące, a odpowiedź twierdzącą podało niewiele ponad 30% badanych, liczebność próby w dalszej części opracowania, w której analizowane są odpowiedzi na pytania szczegółowe dotyczące realizowanej w szkołach edukacji zdrowotnej, będzie znacznie niższa aniżeli wyjściowa liczebność próby.



Wykres 6. Obecność edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej [$N = 753$]

Źródło: badania własne.



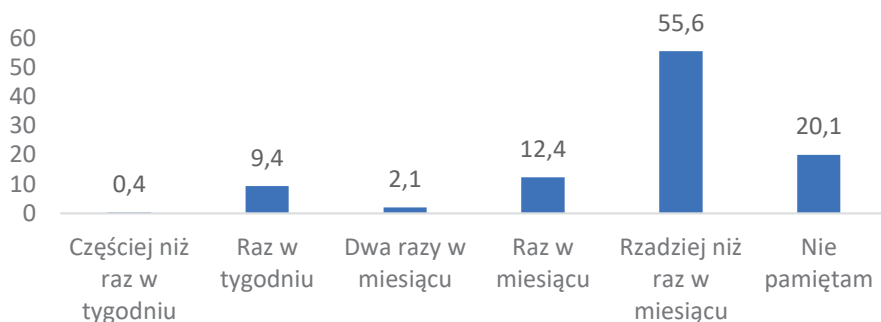
Wykres 7. Obecność edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej [$N = 701$]

Źródło: badania własne.

Tabela 25. Ocena częstotliwości zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej [$N = 234$] i ponadpodstawowej [$N = 230$]

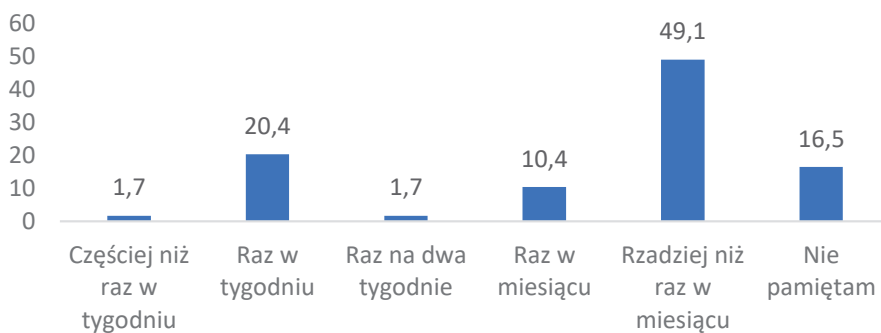
Wyszczególnienie	Szkoła podstawowa [%]	Szkoła ponadpodstawowa [%]
Częściej niż raz w tygodniu	0,4	1,7
Raz w tygodniu	9,4	20,4
Dwa razy w miesiącu	2,1	1,7
Raz w miesiącu	12,4	10,4
Rzadziej niż raz w miesiącu	55,6	49,1
Nie pamiętam	20,1	16,5

Źródło: badania własne.



Wykres 8. Ocena częstotliwości zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej [$N = 234$]

Źródło: badania własne.



Wykres 9. Ocena częstotliwości zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej [$N = 230$]

Źródło: badania własne.

Z uwagi na fakt, że zgodnie z obowiązującą do roku 2025 podstawą programową, zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej były zintegrowane z treściami kilku różnych przedmiotów nauczania, w ramach przeprowadzonych badań podjęto próbę identyfikacji **przedmiotów szkolnych, w obrębie których najczęściej realizowane były treści dotyczące zdrowia**. Analiza uzyskanych danych wykazała, że na poziomie szkoły podstawowej zagadnienia zdrowotne były najczęściej podejmowane podczas zajęć z edukacji dla bezpieczeństwa (30%) oraz przyrody/biologii (28,2%). Jedynie 25% respondentów wskazało wychowanie fizyczne jako główny przedmiot służący realizacji edukacji zdrowotnej, przy czym aż 16,7% z nich uznało, że tematyka zdrowotna była

w jego ramach poruszana sporadycznie. Wyniki te pozwalają wnioskować, że badani studenci najczęściej kojarzyli edukację zdrowotną w szkole podstawowej z lekcjami przyrody i biologii, a nie – jak mogłoby się wydawać – z wychowaniem fizycznym, które formalnie pełni funkcję przedmiotu wiodącego dla edukacji zdrowotnej (zob. tabela 26).

Tabela 26. Przedmioty, na których były realizowane treści z zakresu edukacji zdrowotnej – szkoła podstawowa [$N = 227$] [%]

Przedmiot	Nie pojawiały się w ogóle	Pojawiały się rzadko	Trudno powiedzieć	Pojawiały się czasami	Pojawiały się najczęściej
Przyroda/biologia	3,1	8,4	15,9	44,5	28,2
Wychowanie fizyczne	6,2	16,7	19,4	32,6	25,1
Edukacja dla bezpieczeństwa	8,8	15,4	16,7	29,1	30,0
Inny	28,6	21,1	32,2	10,1	7,9

Źródło: badania własne.

W kontekście szkół ponadpodstawowych wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że treści z zakresu edukacji zdrowotnej były integrowane w ramach różnych przedmiotów, bez wyraźnej dominacji któregośkolwiek z nich. Taki sposób organizacji nauczania sugeruje istotne rozproszenie treści prozdrowotnych na poziomie szkoły średniej, co prawdopodobnie wpływało na ograniczoną efektywność realizowanych działań edukacyjnych w tym obszarze (zob. tabela 27).

Tabela 27. Przedmioty, na których były realizowane treści z zakresu edukacji zdrowotnej – szkoła ponadpodstawowa [$N = 224$] [%]

Przedmiot	Nie pojawiały się w ogóle	Pojawiały się rzadko	Trudno powiedzieć	Pojawiały się czasami	Pojawiały się najczęściej
Biologia	8,9	21,0	12,1	33,9	24,1
Wychowanie fizyczne	11,2	14,3	18,3	34,8	21,4
Edukacja dla bezpieczeństwa	12,9	13,4	18,3	28,6	26,8
Inny	32,6	17,4	30,8	10,3	8,9

Źródło: badania własne.

2.2. Ocena szkolnej edukacji zdrowotnej w kontekście jej skuteczności, praktycznej użyteczności, podejmowanej tematyki i atrakcyjności dla ucznia

Obok rodziny, największy ciężar i odpowiedzialność za realizację i efektywność edukacji zdrowotnej spoczywa na środowisku szkolnym. Zadaniem szkoły jest m.in.:

- „stwarzanie warunków do kształtowania zdrowego stylu życia oraz harmonijnego rozwoju uczniów;
- uświadamianie własnej odpowiedzialności za zdrowie i ułatwianie nabywania podstawowych umiejętności dbania o własne zdrowie;
- uświadamianie współzależności pomiędzy różnymi wymiarami zdrowia”¹⁸.

Jak wskazuje B. Woynarowska, niezwykle istotne jest, by edukacja zdrowotna realizowana w szkole prezentowała holistyczne podejście do zdrowia i uwzględniała całe spectrum jego uwarunkowań, wykorzystywała formalne i nieformalne sytuacje pedagogiczne, dążyła do harmonizowania informacji na temat zdrowia oraz zachęcała uczniów do podejmowania zachowań prozdrowotnych¹⁹.

Niestety uzyskane przez autorki niniejszej monografii wyniki badań wskazują, że edukacja zdrowotna w tym środowisku jest realizowana w niewielkim zakresie zarówno na etapie szkoły podstawowej, jak i ponadpodstawowej. Na nieobecność (w opiniach uczniów) edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum wskazują także wyniki weryfikacji empirycznych uzyskane przez innych badaczy. M. Charzyńska-Gula²⁰ wraz z zespołem wska-

¹⁸ B. Zawadzka: *Promocja zdrowia w szkole – teoria i praktyka*. W: *Edukacja zdrowotna. Programy szkolne*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo WSiC, Warszawa 2001, s. 181, cyt. za: I. Kropińska: *Szkola jako środowisko wspierające zdrowie w opiniach licealistów*. W: *Szkola jako środowisko edukacji zdrowotnej*. Red. D. Bilski. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź 2010, s. 85.

¹⁹ B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 228.

²⁰ Celem przywołanych badań było ustalenie, jak uczniowie postrzegają realizację szkolnej edukacji zdrowotnej w swoich szkołach i czy w świetle ich opinii istnieją różnice w tym procesie w szkołach funkcjonujących na różnym poziomie w środowisku jednego małego miasta. W badaniach podjęto także próbę odpowiedzi na następujące pytania: Czy gimnazjum i szkoła ponadgimnazjalna kontynuują proces inwestowania w świadomość zdrowotną ucznia zapoczątkowany w szkole podstawowej? Jaki model edukacji zdrowotnej wylania się z zebranych opinii? Założono, że uzyskane wyniki będą stanowiły podstawę modyfikacji programów szkolnej edukacji zdrowotnej w szkołach będących terenem badań.

zała, że „niemal 90% licealistów i ponad 77% gimnazjalistów odnotowało, że takich zajęć w ich szkole nie ma!”²¹ Badania A. Truszkiewicza i zespołu (2015) podają, że „wśród badanych gimnazjalistów 47% miało kontakt z edukacją zdrowotną w szkole podstawowej i gimnazjum, 23% tylko w gimnazjum, 17% tylko w szkole podstawowej. Blisko 13% gimnazjalistów nie miało kontaktu z edukacją zdrowotną na żadnym etapie kształcenia. Wśród licealistów edukację zdrowotną na każdym etapie kształcenia miało 27% respondentów, 23% tylko w gimnazjum, 10% w gimnazjum i liceum, 10% w szkole podstawowej i gimnazjum, 6% tylko w liceum i 3% tylko w szkole podstawowej. Blisko 21% ankietowanych licealistów nie miało styczności z edukacją zdrowotną na żadnym etapie swojego kształcenia. Liczba osób, które nie zetknęły się z edukacją zdrowotną jest prawie dwukrotnie większa wśród respondentów z liceum niż wśród respondentów z gimnazjum”²². Również badania D. Makowskiej, realizowane wśród rodziców uczniów, wskazują na niewielką obecność edukacji zdrowotnej w szkołach, w omawianym przypadku – szkołach wiejskich, blisko 40% matek uczniów biorących udział w badaniu zaprzeczyło, aby treści dotyczące zdrowia stanowiły temat zajęć lekcyjnych²³.

Jeżeli edukacja zdrowotna w szkołach nie jest systematycznie realizowana lub ma jedynie incydentalny charakter, trudno mówić o jej skuteczności czy długofalowej efektywności. Potwierdzeniem tego są wyniki badań prezentowanych w niniejszym opracowaniu. Blisko 29% respondentów (w odniesieniu do szkoły podstawowej) oraz 26,3% (w odniesieniu do szkoły ponadpodstawowej)

Badano opinie uczniów trzech szkół Lubartowa. Były to szkoła podstawowa, gimnazjum i liceum ogólnokształcące. W badaniach przeprowadzonych na przełomie kwietnia i maja 2012 roku zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z autorskim kwestionariuszem ankiety opracowanym dla potrzeb badania. Ankietę skierowano do 413 uczniów. Do analizy zakwalifikowano 368 ankiet (89,1% wypełnionych). M. Charzyńska-Gula, M. Jaworska, R. Bogusz, K. Kocka, R. Domżał-Drzewicka, A. Wasil: *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum w świetle opinii wybranej grupy uczniów*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, nr 19 (4), s. 431–438.

²¹ M. Charzyńska-Gula, M. Jaworska, R. Bogusz, K. Kocka, R. Domżał-Drzewicka, A. Wasil: *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum...*, s. 431–438.

²² A. Truszkiewicz, D. Olejniczak, U. Religioni, J. Skonieczna: *Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym – badanie opinii i oczekiwań uczniów gimnazjów i liceów*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015, nr 21 (1), s. 26.

²³ B. Makowska: *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkołach wiejskich w ocenie nauczycieli i matek uczniów*. W: *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*. Red. D. Bilski. Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź 2010, s. 197.

ocenilo oferowaną formę edukacji zdrowotnej jako **nieskuteczną**, przy czym wyraźnie niska została również oceniona jej efektywność (zob. tabela 28).

Tabela 28. Ocena skuteczności edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej [N = 198]

WYSZCZEGÓLNIENIE	Bardzo nisko/ nisko [%]	Trudno powiedzieć [%]	Bardzo wysoko/ wysoko [%]
Skuteczność (nabyłam/łem wiedzę i umiejętności, które sprzyjają dbałości o moje zdrowie; potrafię dokonywać prozdrowotnych wyborów)	Szkoła podstawowa [N = 198]		
	28,8	35,3	35,9
	Szkoła ponadpodstawowa [N = 209]		
	26,3	39,2	34,5

Źródło: badania własne.

W świetle uzyskanych wyników warto zwrócić uwagę na zbieżność z rezultatami badań przeprowadzonych przez E. Charzyńską-Gulę, w których uczniowie również wyrażali krytyczne opinie na temat skuteczności szkolnych form przekazywania wiedzy o zdrowiu. Ponad 40% respondentów uczestniczących w tamtym badaniu uznało, że skuteczność tych działań jest niewielka²⁴. Z kolei wyniki badań A. Truszkiewicza, wykazały, że „w obu grupach korzyści z zajęć wyniosła niewiele ponad połowa respondentów”. Respondentów, którzy uznali edukację zdrowotną za nieskuteczną zapytano o powody, dla których nisko ocenili korzyści płynące z uczestnictwa w zajęciach. „Dla respondentów z gimnazjum głównymi powodami były sposób prowadzenia zajęć, który nie potrafił zainteresować odbiorców (36%) oraz fakt, że ankietowani posiadali już przekazywaną wiedzę (36%). Inne powody to powtarzanie tych samych treści (21%) oraz prowadzenie zajęć przez nieodpowiednią osobę (7%). Dla ankietowanych licealistów głównym powodem niskiej oceny edukacji zdrowotnej był fakt, że posiadali już przekazywaną wiedzę (43%). Kolejne powody to: powtarzanie tych samych treści (33%), zajęcia prowadzone w sposób, który nie potrafił zainteresować odbiorców (15%) oraz prowadzenie zajęć przez nieodpowiednią osobę (9%)”²⁵.

²⁴ M. Charzyńska-Gula, M. Jaworska, R. Bogusz, K. Kocka, R. Domżał-Drzewicka, A. Wasil: *Realizacja edukacji zdrowotnej...*, s. 435.

²⁵ A. Truszkiewicz, D. Olejniczak, U. Religioni, J. Skonieczna: *Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym...*, s. 26.

Być może wpływ na ten bardzo niezadowolający z szerszej, społecznej perspektywy, deklarowany przez respondentów stan rzeczy, może mieć brak integralności treści, incydentalny charakter zajęć (brak regularności i niska częstotliwość zajęć o charakteryzowanej problematyce), „przypadkowość prowadzenia edukacji zdrowotnej”, na co zwracali uwagę także biorący udział w badaniach prowadzonych przez I. Kropińską²⁶ oraz E. Charzyńską-Gulę²⁷, brak odpowiedniego przygotowania nauczycieli do realizacji problematyki związanej z edukacją zdrowotną oraz obserwacje dotyczące ubogiego warsztatu metodycznego, jakim dysponują i wykorzystują realizatorzy szkolnej edukacji zdrowotnej, co akcentują również inni badacze. Przyczyną tego stanu rzeczy może być również brak uwzględnienia zmieniających się potrzeb rozwojowych uczniów oraz dynamicznych przemian życia społecznego, czego przejawem jest edukacja daleka od aktualnych problemów zdrowotnych oraz pominięcie wpływu kultury medialnej (popularnej) na zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży²⁸. W tym miejscu warto podkreślić, że jedynie 35,9% respondentów biorących udział w prezentowanych badaniach (dotyczy szkoły podstawowej) i 34,5% (dotyczy szkoły ponadpodstawowej) wysoko oceniło **skuteczność** edukacji zdrowotnej w zakresie nabycia wiedzy i umiejętności sprzyjających dbałości o zdrowie i umiejętności dokonywania prozdrowotnych wyborów, co zostało zaprezentowane w tabeli 28.

Co znamienne, blisko 40% osób biorących udział w badaniu (38,4% dotyczy szkoły podstawowej i 39,2% szkoły ponadpodstawowej) bardzo nisko oceniło również **praktyczną użyteczność** nabytej w szkole wiedzy, rozumianą jako praktyczne wykorzystywanie informacji zdobytych w szkole w życiu codziennym. Może to oznaczać, że przekazywane treści były dla uczniów trudne do zastosowania w codziennym życiu lub nie były dostosowane do ich potrzeb, zainteresowań i realiów, w których przyszło im funkcjonować. W dalszej kolejności przyczyn takiego stanu rzeczy, co sygnalizowali respondenci w pytaniach otwartych, można poszukiwać w braku powiązania między ich aktualnymi

²⁶ I. Kropińska: *Szkoła jako środowisko wspierające zdrowie w opiniach licealistów...*, s. 94.

²⁷ M. Charzyńska-Gula, M. Jaworska, R. Bogusz, K. Kocka, R. Domżał-Drzewicka, A. Wasil: *Realizacja edukacji zdrowotnej...*, s. 435. Zob. M. Charzyńska-Gula: *Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej i szanse na jej osiągnięcie w obecnej podstawie programowej*. „Zdrowie-Kultura Zdrowotna-Edukacja”, T. III, AWFIS w Gdańsku, 2009, s. 59–64.

²⁸ Z. Melosik: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Wydawnictwo Edytor, Toruń–Poznań 1999, s. 21–22.

potrzebami w omawianym obszarze a realizowanym programem. Podający sposób wiedzy to niewątpliwie jedna z kolejnych przyczyn niskiej oceny użyteczności praktycznej wiedzy przekazywanej w ramach edukacji zdrowotnej. Jeśli zaś respondenci nie dostrzegali bezpośrednich korzyści z nauki o zdrowiu, mogli uznać tę wiedzę za mało przydatną. Konsekwencji takiego stanu rzeczy może być wiele. Zaliczyć do nich należy: niski poziom świadomości zdrowotnej – brak praktycznego zastosowania wiedzy może prowadzić do ignorowania zasad szeroko rozumianego zdrowego stylu życia. W dalszej kolejności należy wyszczególnić ryzyko podejmowania zachowań szkodliwych dla zdrowia, trudności w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi – nieumiejętność stosowania zdobytej wiedzy może bowiem utrudnić rozwiązywanie problemów zdrowotnych w przyszłości. Niska ocena praktycznej użyteczności wiedzy zdobytej w szkole może prowadzić do obniżenia motywacji do podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia; w konsekwencji szkoła tym samym traci szansę na kształtowanie postaw prozdrowotnych dzieci i młodzieży, co może mieć długofalowe negatywne skutki społeczne. Szczegółowe informacje dotyczące oceny praktycznej użyteczności wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej przekazywanej w szkołach przedstawiono w tabeli 29.

Tabela 29. Ocena praktycznej użyteczności edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej [$N = 198$]

WYSZCZEGÓLNIENIE	Bardzo nisko/ nisko [%]	Trudno powiedzieć [%]	Bardzo wysoko/ wysoko [%]
Praktyczna użyteczność (aktualnie wykorzystuję nabytą w szkole wiedzę o zdrowiu)	Szkoła podstawowa [$N = 198$]		
	38,4	37,4	24,2
	Szkoła ponadpodstawowa [$N = 209$]		
	39,2	29,2	31,6

Źródło: badania własne.

Kolejnym elementem poddawany ocenie studentów w kontekście szkolnej edukacji zdrowotnej była kwestia podejmowanej na lekcjach **tematyki i zagadnień związanych ze zdrowiem**. Uzyskane w tym aspekcie wyniki wskazują, że jedynie niespełna 30% badanych zaakcentowała różnorodność podejmowanej w jej ramach problematyki w szkole podstawowej. Nieco więcej badanych (35%) taką różnorodność tematyczną zauważa na etapie szkoły ponadpodstawowej

(zob. tabela 30). Co niezwykle istotne, z wypowiedzi respondentów biorących udział w prezentowanych badaniach własnych, wynika, że pominięto lub powierzchownie potraktowano cały szereg znaczących dla odbiorców zagadnień dotyczących m.in. zdrowia seksualnego/prokreacyjnego, zdrowia psychicznego, chorób cywilizacyjnych, profilaktyki podejmowania ryzykownych zachowań, w tym uzależnień behawioralnych i innych.

Tabela 30. Ocena podejmowanej tematyki w ramach edukacji zdrowotnej realizowanej na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej [N = 198]

WYSZCZEGÓLNIENIE	Bardzo nisko/ nisko [%]	Trudno powiedzieć [%]	Bardzo wysoko/ wysoko [%]
Podejmowana tematyka (uwzględnianie różnych obszarów tematycznych)	Szkoła podstawowa [N = 198]		
	37,4	32,8	29,8
	Szkoła ponadpodstawowa [N = 209]		
	32,5	32,6	34,9

Źródło: badania własne.

Warto zwrócić uwagę, że według wyników badań uzyskanych przez E. Charzyńską-Gulę to uczniowie szkół podstawowych ocenili zakres realizowanej edukacji zdrowotnej jako szerszy niż uczniowie szkół gimnazjalnych i licealnych, co może świadczyć o większym uwzględnieniu tej tematyki na wcześniejszym etapie edukacji²⁹. Z relacji uczniów objętych przywoływanymi badaniami wynika, że najczęściej w szkole, podczas zajęć, poruszane są następujące zagadnienia: pomoc przedlekarska (pierwsza pomoc) (72,55%; n = 267), przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród młodzieży (58,70%; n = 216), zapobieganie używaniu narkotyków (57,07%; n = 210), życie seksualne, prokreacja, planowanie rodziny (55,43%; n = 204), szkodliwość spożywania alkoholu (53,80%; n = 198), szkodliwość palenia tytoniu (54,62%; n = 201)³⁰. Aby jednak uzyskać pełniejszy obraz należy podkreślić, że „dla zobrazowania różnorodności tematyki zajęć z edukacji zdrowotnej potwierdzanej przez uczniów i porównania jej w poszczególnych

²⁹ Warto zaznaczyć, że szkoła podstawowa, której uczniowie brali udział w przywoływanym badaniu od 2002 roku ma status Szkoły Promującej Zdrowie, co niewątpliwie nie pozostaje bez wpływu na wynik badania.

³⁰ M. Charzyńska-Gula, M. Jaworska, R. Bogusz, K. Kocka, R. Domżał-Drzewicka, A. Wasil: *Realizacja edukacji zdrowotnej...*, s. 434.

szkołach potraktowano pełną listę tematów jako maksymalną ocenę możliwą do uzyskania przez szkołę. Wynosiła ona 17 pkt., co oznaczało, że szkoła realizowała każdy z tych tematów łącznie z innymi niewymienionymi w kwestionariuszu. Średnia ocena realizacji tematów w poszczególnych szkołach wynosiła, w świetle opinii uczniów, tylko $6,43 \pm 4,62$ (mediana = 6)³¹. Również uczniowie biorący udział w badaniach A. Truskiewiczza poproszeni zostali o wskazanie treści związanych z edukacją zdrowotną, z którymi mieli styczność. Pytanie, jak odnotowali badacze, miało na celu wykazanie, którym obszarom tematycznym poświęca się najwięcej czasu, a które są pomijane i wymagałyby większej uwagi. Respondenci z gimnazjum jako najczęściej poruszane kwestie związane z edukacją zdrowotną podali informacje na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych (27%) oraz higieny i dbałości o ciało (27%). Tematy realizowane w dalszej kolejności to: przeciwdziałanie agresji (15%), bezpieczeństwo i zapobieganie urazom (13%) i seksualność (13%). Najmniej czasu poświęca się zdrowiu psychospołecznemu (5%). Z kolei z odpowiedzi badanych licealistów wynika, że w trakcie szkolnej edukacji zdrowotnej zaakcentowane zostały kwestie związane z seksualnością (24%), szkodliwość substancji psychoaktywnych (23%), higiena i dbałość o ciało (22%), bezpieczeństwo i zapobieganie urazom (14%) oraz przeciwdziałanie agresji (11%). W niewielkim wymiarze omówione zostały natomiast kwestie związane ze zdrowiem psychicznym (6%)³².

Analiza wyników wskazuje, że nauczyciele również dostrzegają potrzebę realizacji edukacji zdrowotnej w szerszym wymiarze. W badaniu przeprowadzonym wśród nauczycieli szkolnych 31% ankietowanych uznało, że edukacja zdrowotna powinna być realizowana w większym zakresie, co sugeruje potrzebę intensyfikacji działań w tym obszarze³³. Nauczyciele uczestniczący w badaniu przyznali, że najczęściej realizowali tematy dotyczące zdrowego stylu życia, przestrzegania zasad prawidłowego żywienia, co trzeci nauczyciel podejmował problematykę aktywności ruchowej, rzadko koncentrując się np. na kwestiach związanych z uzależnieniami³⁴. Analizując realizację edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym szczególnego znaczenia nabiera wskazanie obszarów, które są najczęściej podejmowane przez nauczycieli oraz tych, które pozostają

³¹ Ibidem, s. 435.

³² A. Truskiewicz, D. Olejniczak, U. Religioni, J. Skonieczna: *Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym...*, s. 26.

³³ Ibidem, s. 26.

³⁴ B. Makowska: *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkołach...*, s. 195.

marginalizowane lub całkowicie pomijane. Jak wynika z przedstawionych wyników badań nauczyciele najczęściej realizują treści dotyczące zdrowego stylu życia, prawidłowego odżywiania, a co trzeci z nich podejmuje tematykę aktywności fizycznej. Zdecydowanie rzadziej natomiast poruszane są kwestie uzależnień, zdrowia psychicznego czy seksualności, mimo że są to obszary o kluczowym znaczeniu dla dzieci i młodzieży. Taki stan rzeczy może wynikać z kilku wzajemnie powiązanych czynników. Przede wszystkim nauczyciele nie zawsze posiadają odpowiednie przygotowanie merytoryczne czy dydaktyczne, by w sposób kompetentny i bezpieczny prowadzić zajęcia dotyczące trudnych tematów zdrowotnych³⁵. Podejmowanie problematyki uzależnień, depresji, lęków czy zdrowia seksualnego wymaga nie tylko wiedzy, lecz także umiejętności interpersonalnych, wrażliwości oraz znajomości metodyki pracy z młodzieżą w kryzysie. Brak odpowiednich szkoleń i materiałów edukacyjnych może powodować, że nauczyciele unikają tych tematów, obawiając się popełnienia błędów lub nieumiejętnego poprowadzenia zajęć. Drugim istotnym aspektem jest brak systemowego wsparcia oraz czynniki obyczajowe i społeczno-kulturowe, które mogą wpływać na dobór treści. Tematy takie jak seksualność czy zaburzenia psychiczne bywają nadal postrzegane jako kontrowersyjne, co może prowadzić do oporu nie tylko u nauczycieli, lecz także rodziców, a nawet dyrekcji. Zjawisko to znajduje odzwierciedlenie w licznych doniesieniach medialnych. Nie bez znaczenia pozostaje także brak współpracy szkół z zewnętrznymi specjalistami. Trudne zagadnienia zdrowotne często wymagają obecności psychologów, terapeutów czy lekarzy, jednak szkoły rzadko sięgają po takie wsparcie. W konsekwencji nauczyciele pozostają osamotnieni w realizacji zadań, które być może wykraczają poza ich kompetencje. Warto podkreślić, że unikanie tematów trudnych może mieć daleko idące konsekwencje. Uczniowie pozbawieni wiedzy i wsparcia w obszarach newralgicznych dla ich zdrowia są bardziej narażeni na rozwój niekorzystnych nawyków, pogłębienie problemów psychicznych czy nieświadome podejmowanie ryzykownych zachowań. Szkoła, która nie podejmuje tematów bliskich realnym doświadczeniom młodzieży, traci swoją funkcję profilaktyczną i wychowawczą, a młodzi ludzie pozostają bez niezbędnych narzędzi do dbania o własne zdrowie – zarówno fizyczne, jak i psychiczne³⁶.

³⁵ M. Barabas: *Kompetencje nauczyciela w zakresie profilaktyki w szkole*. W: *Nauczyciel we współczesnej rzeczywistości edukacyjnej*. Red. A. Karpińska, M. Zińczuk, K. Kowalczyk. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2021.

³⁶ Ibidem.

W obliczu przytoczonych powyżej danych, nie dziwi fakt, że aż 51,5% badanych uznała zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej realizowane w szkole podstawowej za **nieatrakcyjne dla ucznia**. Niestety podobne wrażenia dotyczą edukacji realizowanej na etapie szkoły ponadpodstawowej (41,2% oceniło atrakcyjność przedmiotu bardzo nisko/nisko) (zob. tabela 31).

Tabela 31. Ocena atrakcyjności edukacji zdrowotnej realizowanej na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej [N = 198]

WYSZCZEGÓLNIENIE	Bardzo nisko/ nisko [%]	Trudno powiedzieć [%]	Bardzo wysoko/ wysoko [%]
Atrakcyjność dla ucznia (np. omawianie zagadnień w interesujący sposób; przekazywanie wiedzy poprzez aktywizację uczniów)	Szkoła podstawowa [N = 198]		
	51,5	26,3	22,2
	Szkoła ponadpodstawowa [N = 209]		
	41,2	29,6	29,2

Źródło: badania własne.

Powody tego stanu rzeczy, jak wskazują m.in. weryfikacje empiryczne prowadzone przez M. Cylkowską-Nowak³⁷, wynikać mogą m.in. z faktu, że edukatorzy-dydaktycy stosują zazwyczaj metody podające, tj. wykład, prelekcje, rzadziej pokazy, filmy z udziałem ekspertów, najczęściej odwołują się do podręczników, utrzymują dystans z odbiorcą³⁸. Potwierdzają to także wyniki badań A. Truszkiewicza. Według biorących udział w badaniu gimnazjalistów pogadanka (53%) była najczęstszym sposobem prowadzenia zajęć związanych z edukacją zdrowotną. Na drugim miejscu znalazło się oglądanie filmu (23%). Kolejne metody to zajęcia aktywizujące (18%) oraz wycieczka (6%). Respondenci z liceum na pierwszym miejscu również wskazali pogadankę (47%). Na drugim miejscu znalazło się oglądanie filmu (33%), następnie zajęcia aktywizujące (16%) oraz wycieczka (3%). Obydwie badane grupy potwierdzają, że najpopularniejszymi sposobami prowadzenia zajęć z dziedziny edukacji zdrowotnej są pogadanka i oglądanie filmu³⁹.

W tym miejscu warto zaakcentować, że licealiści biorący udział w badaniach prowadzonych przez I. Kropińską określali edukację zdrowotną jako

³⁷ M. Cylkowska-Nowak: *Edukacja zdrowotna: możliwości, problemy, ograniczenia*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego, Poznań 2008, s. 76–79.

³⁸ Ibidem, s. 76–79.

³⁹ A. Truszkiewicz, D. Olejniczak, U. Religioni, J. Skonieczna: *Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym...*, s. 26.

„nudną”, zauważali brak współpracy ze specjalistami danego tematu, a także brak dialogu oraz zachęty do aktywnego wyrażania swoich opinii⁴⁰. Z kolei badani przez E. Charzyńską-Gulę uczniowie „najczęściej wyrażali opinię, że nie są pytani o to, jakie tematy związane ze zdrowiem są dla nich interesujące (n = 353; 95,92%). [...] Także niewielka grupa uczniów przyznała, że na lekcjach z edukacji zdrowotnej może dzielić się z koleżankami i kolegami swoją wiedzą, poglądami i doświadczeniem 16,85% (n = 62), natomiast 8,42% (n = 31) badanych stwierdziło, że nie ma takiej możliwości”⁴¹. Wszystko to może wzmacniać bierność uczniów w zakresie dbałości o swój dobrostan, wzmacniać nieumiejętność podejmowania odpowiedzialnych decyzji zdrowotnych. Uczniowie, którzy nie uczestniczą w dialogu i nie mają możliwości aktywnego wyrażania opinii, mogą mieć trudności w rozwoju umiejętności krytycznego myślenia i podejmowania świadomych, służących ich zdrowiu decyzji.

W odniesieniu do uzyskanych w badaniach własnych wyników warto podkreślić, że niski poziom skuteczności, jej niska praktyczna użyteczność, nieatrakcyjność dotycząca samych zagadnień, jak i form ich przekazu zapewne nie pozostaje bez wpływu na niski stopień osiągnięcia zakładanych celów realizacji edukacji zdrowotnej⁴² oraz, co za tym idzie, ryzyko wystąpienia negatywnych

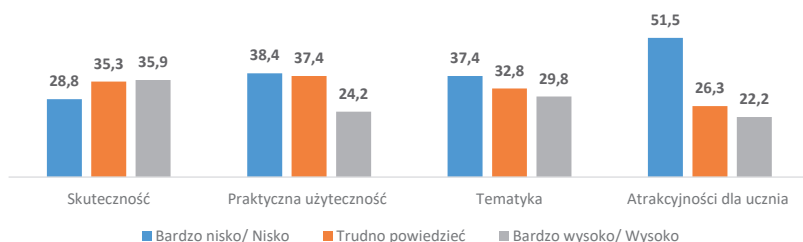
⁴⁰ I. Kropińska: *Szkola jako środowisko wspierające zdrowie w opiniach licealistów...*, s. 94.

⁴¹ M. Charzyńska-Gula, M. Jaworska, R. Bogusz, K. Kocka, R. Domżał-Drzewicka, A. Wasil: *Realizacja edukacji zdrowotnej...*, s. 436.

⁴² Edukacja zdrowotna to jeden z kluczowych elementów przygotowania jednostki do odpowiedzialnego i świadomego życia. Jej podstawowym celem jest kształtowanie postaw sprzyjających zdrowiu oraz nabywanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do podejmowania prozdrowotnych decyzji. Zdaniem Woynarowskiej, edukacja zdrowotna ma na celu nie tylko przekazywanie informacji, lecz także kształtowanie wartości i motywacji do zdrowego stylu życia, a także rozwijanie kompetencji psychospołecznych niezbędnych do dbania o zdrowie własne i innych (B. Woynarowska: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 25–28). I. Heszen i H. Sęk podkreślają, że edukacja zdrowotna powinna wzmacniać zdolność jednostki do radzenia sobie z wyzwaniami zdrowotnymi, rozwijać poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, a także przygotowywać do świadomego funkcjonowania w środowisku społecznym (I. Heszen, H. Sęk: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 115). Z kolei V. Korporowicz-Żmichowska podkreśla, że celem edukacji zdrowotnej jest również przygotowanie do aktywnego uczestnictwa w kulturze zdrowotnej oraz promowanie zdrowia jako wartości osobistej i społecznej (V. Korporowicz-Żmichowska: *Edukacja zdrowotna jako element kształtowania zachowań i kompetencji zdrowotnych. Teoria i praktyka*. „Polityka Społeczna” 2024, 1, s. 17). W literaturze wskazuje się również, że edukacja zdrowotna powinna prowadzić do rozwoju krytycznego myślenia w odniesieniu do informacji zdrowotnych oraz wzmacniać zdolności adaptacyjne i odpornościowe jednostki

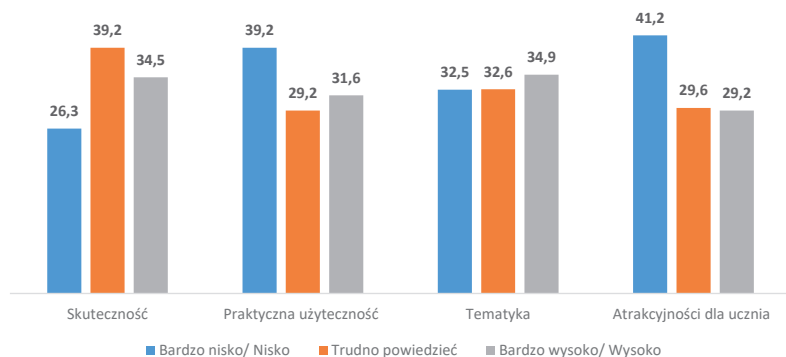
konsekwencji w wielu obszarach zdrowia (fizycznym, psychicznym, seksualnym, prokreacyjnym, duchowym) doświadczanych przez jej odbiorców już na etapie szkoły podstawowej, a później w dorosłym życiu. Uzyskane wyniki zapewne nie pozostaną bez wpływu na postawy i zachowania zdrowotne, które ściśle wiążą się ze świadomością w zakresie zdrowia. Zdaje się, że jeśli sami odbiorcy uważają edukację zdrowotną realizowaną w szkole za nieskuteczną, nadają jej niską użyteczność praktyczną, nisko oceniają zarówno różnorodność samej problematyki, jak i sposób jej przekazywania – może to być prognozą i przejawiać się w przyszłości podejmowaniem antyzdrowotnych zachowań, które w późniejszym czasie zdecydowanie trudniej skorygować.

Zbiornicze wyniki dotyczące oceny szkolnej edukacji zdrowotnej w zakresie jej skuteczności, praktycznej użyteczności, podejmowanej tematyki i atrakcyjności dla ucznia zostały przedstawione na wykresach 10 i 11.



Wykres 10. Ocena edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole podstawowej [$N = 198$]

Źródło: badania własne.



Wykres 11. Ocena edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole ponadpodstawowej [$N = 209$]

Źródło: badania własne.

w zmieniających się warunkach życia (G. Dolińska-Zygmunt: *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 23).

Reasumując, konsekwencje społeczne wynikające z nieatrakcyjności edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych mogą być szerokie i długofalowe. Implikacją tego stanu rzeczy może być: niedostateczna świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz brak wiedzy o szeroko rozumianej profilaktyce chorób i zaburzeń zdrowia. Jeśli bowiem uczniowie nie przyswoją i nie uznają za istotne podstawowych zasad zdrowego stylu życia, może to skutkować zwiększonym ryzykiem występowania chorób cywilizacyjnych, takich jak otyłość, cukrzyca, nadciśnienie czy depresja. Niska skuteczność zajęć może przejawiać się ignorowaniem przez dzieci, młodzież, a później dorosłych, zagrożeń zdrowotnych – niska jakość edukacji zdrowotnej może prowadzić bowiem do braku świadomości w kwestii zagrożeń związanych z używkami, uzależnieniami, stresem czy niewłaściwą dietą. Brak umiejętności praktycznego dbania o zdrowie przejawiać się może m.in. unikaniem regularnych badań profilaktycznych, a jeśli młodzież, czy później dorośli, nie dostrzegają potrzeby monitorowania swojego zdrowia, może to skutkować późnym wykrywaniem chorób, prowadząc tym samym do wzrostu kosztów ochrony zdrowia. Kolejną konsekwencją zdiagnozowanego stanu rzeczy może być podejmowanie i utrwalanie się niewłaściwych nawyków zdrowotnych dzieci i młodzieży. Brak atrakcyjnych i praktycznych zajęć zdrowotnych może skutkować utrwaleniem złych nawyków żywieniowych, brakiem aktywności fizycznej i niską higieną psychiczną. Istotną implikacją charakteryzowanego stanu rzeczy może być również osłabienie kompetencji społecznych uczniów, co przejawiać się może brakiem umiejętności radzenia sobie z emocjami i stresem. Jeśli w ramach zajęć pomijane są istotne z perspektywy ucznia zagadnienia, np. jak zarządzać stresem i dbać o zdrowie psychiczne, może to prowadzić do wzrostu problemów psychologicznych wśród młodych ludzi, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe. Zdaje się, że jedną z najdotkliwszych konsekwencji tego stanu rzeczy może być również zwiększenie nierówności zdrowotnych – brak wyrównywania szans edukacyjnych nie pozostanie bez wpływu na dzieci i młodzież z mniej uprzywilejowanych środowisk, czyniąc je bardziej narażonymi na negatywne skutki zdrowotne.

To być może daleko posunięte wnioski, ale zdecydowanie możliwa jest do obrony teza, że tak nisko oceniania przez samych odbiorców edukacja zdrowotna nie spełnia swych podstawowych celów i funkcji. A szkoła, jako jedno z prymarnych środowisk oddziaływań wychowawczo-edukacyjnych, traci swą szansę na przekazywanie wiadomości o zdrowiu, kształtowanie umiejętności

i formowanie postaw stanowiących elementy przygotowania młodego pokolenia do zdrowego stylu życia.

2.3. Pozaszkolne źródła edukacji zdrowotnej wskazane przez badanych studentów

W ramach badań przeprowadzonych wśród osób znajdujących się w okresie wczesnej dorosłości podjęto próbę zidentyfikowania, czy w ich dotychczasowych doświadczeniach obecne były osoby lub środowiska, które – w subiektywnej ocenie badanych – miały istotny wpływ na kształtowanie aktualnego poziomu wiedzy oraz umiejętności w zakresie zdrowia i troski o zdrowie. W związku z tym w kwestionariuszu badawczym uwzględniono pytanie odnoszące się do pozaszkolnych źródeł edukacji zdrowotnej, a uzyskane w tym aspekcie wyniki przedstawia tabela 32.

Tabela 32. Pozaszkolne źródła edukacji zdrowotnej, które w opinii respondentów zdefiniowały ich poziom wiedzy o zdrowiu i umiejętności związanych ze zdrowiem* [N = 572]

Wyszczególnienie	[%]
Tak, nieformalna domowa edukacja zdrowotna (rodzice/opiekunowie)	60,5
Tak, na treningu/ach sportowych	27,1
Tak, na zbiórkach harcerskich	5,6
Tak, w kołach zainteresowań (np. koła muzyczne, teatralne i in.)	7,5
Tak, w kościele i na spotkaniach np. oazowych	4,7
Tak, kolonie/obozy	12,8
Nie pamiętam	13,3
Zdecydowanie nie było tego rodzaju edukacji nieformalnej	8,6

Źródło: badania własne.

* Na przykład dokonywanie prozdrowotnych wyborów żywieniowych; czytanie etykiet produktów żywnościowych; krytyczna ocena informacji dotyczących zdrowia; rozumienie zaleceń lekarskich; realizowanie zasad zdrowego stylu życia i in.

Jak wskazują powyższe dane, w ocenie respondentów najważniejszym i najczęściej wskazywanym źródłem wiedzy o zdrowiu poza szkołą byli **rodzice/opiekunowie** – aż 60,5% badanych wskazało domową, nieformalną edukację zdrowotną jako kluczowy czynnik kształtujący ich wiedzę i umiejętności zdrowotne.

Pozostałe, znacznie rzadziej wskazywane przez badanych studentów, źródła edukacji zdrowotnej to:

- treningi sportowe – 27,1⁰%
- kolonie/obozy – 12,8⁰%
- koła zainteresowań – 7,5⁰%
- zbiórki harcerskie – 5,6⁰%
- spotkania religijne (np. oazowe) – 4,7⁰%
- brak pamięci o udziale w tego rodzaju edukacji – 13,3⁰%
- brak jakiegokolwiek formy edukacji nieformalnej – 8,6⁰%

Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują, że to **rodzina** stanowi poza-szkolny fundament edukacji zdrowotnej. Rodzina bowiem pełni kluczową funkcję socjalizacyjną, stanowiąc pierwszą instytucję, w której dziecko nabywa podstawowe umiejętności społeczne, wiedzę oraz doświadczenia niezbędne do prawidłowego rozwoju, w tym również te związane ze zdrowiem⁴³. To właśnie w kontekście życia rodzinnego kształtują się elementarne postawy zdrowotne, przekazywana jest wiedza na temat zdrowia i choroby, rozwijane są emocjonalne więzi z wartością zdrowia, a także kształtowane są podstawowe nawyki higieniczne, pielęgnacyjne oraz zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne⁴⁴. Nie dziwi więc fakt, że uzyskane w prezentowanych badaniach wyniki potwierdzają silną rolę rodziny w kształtowaniu świadomości zdrowotnej młodych ludzi. Zakres oddziaływań zdrowotnych rodziny obejmuje szeroki wachlarz zagadnień – od higieny osobistej, przez zasady racjonalnego żywienia, aż po troskę o zdrowie psychiczne oraz umiejętność konstruktywnego organizowania czasu wolnego. Skuteczność tych oddziaływań uzależniona jest w dużej mierze od jakości realizacji przez rodzinę przypisanych jej funkcji wychowawczych, które z kolei determinowane są przez takie czynniki jak: poziom wykształcenia i kompetencji wychowawczych rodziców, ich stosunek do wartości zdrowia, styl życia, warunki ekonomiczno-bytowe, a także sposób spędzania czasu wolnego⁴⁵. Wszystkie te elementy świadczą o kluczowej roli rodziny w procesie wychowania zdrowotnego, szczególnie w świetle ustaleń psychologii rozwojowej, która podkreśla wagę dzieciństwa jako etapu o fundamentalnym znaczeniu

⁴³ Por. C. Lewicki: *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006, s. 145.

⁴⁴ B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 171.

⁴⁵ C. Lewicki: *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień...*, s. 106.

dla późniejszego funkcjonowania jednostki w dorosłości – również w zakresie zdrowia. Prawidłowo ukształtowane postawy zdrowotne w okresie wczesnego dzieciństwa cechuje większa trwałość i spójność niż te, które formują się w późniejszych fazach życia⁴⁶. W kontekście teorii społecznego uczenia się, która podkreśla znaczenie modelowania zachowań, rodzice pełnią kluczową rolę jako wzorce w procesie socjalizacji zdrowotnej⁴⁷. Z tego względu zasadne wydaje się dostrzeganie i wykorzystywanie potencjału działań edukacyjnych skierowanych również do osób dorosłych, tak aby mogli oni efektywnie wspierać dzieci i młodzież w kształtowaniu postaw oraz nawyków sprzyjających zdrowiu.

Analiza uzyskanych wyników wskazuje również, że respondenci dostrzegają marginalną rolę instytucji formalnych oraz zorganizowanych środowisk pozaszkolnych w realizacji edukacji zdrowotnej, co jest zjawiskiem istotnym i zarazem niepokojącym. Źródła takie jak zajęcia sportowe, obozy, kolonie czy organizacje harcerskie były wskazywane sporadycznie, co może świadczyć o niewystarczającym wykorzystaniu potencjału tych środowisk jako przestrzeni sprzyjających przekazywaniu wiedzy i kształtowaniu postaw prozdrowotnych. To również sygnał dla organizatorów zajęć pozalekcyjnych, by większą uwagę poświęcili komponentowi edukacyjnemu. Warto zauważyć zróżnicowanie i rozproszenie innych źródeł. Fakt, że tylko niewielki odsetek biorących udział w prezentowanych badaniach wskazuje pozostałe formy (koła zainteresowań, zbiórki, kościół) pokazuje, że te kanały również nie są systematycznie wykorzystywane do edukacji zdrowotnej. Może to świadczyć o braku spójnej strategii zdrowotnej w tych środowiskach. Dodatkowo niezwykle niepokojącym jest wysoki odsetek uczniów nieświadomych lub pozbawionych edukacji zdrowotnej poza szkołą – 13,3% „nie pamięta”, a 8,6% „zdecydowanie nie miało” kontaktu z żadną formą edukacji zdrowotnej poza szkołą – co potwierdza istotną lukę w systemie i powinno wymusić konieczność działań uzupełniających.

Egzemplifikację charakteryzowanego stanu rzeczy stanowią także wyniki badań innych autorów. Jak wskazuje A. Truszkiewicz, źródło informacji o zdrowiu dla gimnazjalistów stanowią kolejno: rodzice, rodzina (26%), internet (20%), dopiero na trzeciej pozycji uplasowała się szkoła (16%), dalej lekarz pierwszego kontaktu (15%), znajomi (9%), poradniki i książki o tematyce medycznej (7%), prasa młodzieżowa (4%) oraz inne (3%), w tym telewizja, zajęcia

⁴⁶ Ibidem, s. 145.

⁴⁷ A. Brytek-Matera: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008, s. 20.

pozaszkolne. Co znamienne, szkoła w opiniach uczniów liceum wypada jeszcze mniej korzystnie. Respondenci z liceum jako źródła informacji o zdrowiu wymieniali kolejno: rodziców, rodzinę (24%), internet (23%), lekarza pierwszego kontaktu (20%), szkołę (12%), znajomych (10%), poradniki i książki o tematyce medycznej (6%), prasę młodzieżową (5%). Warto zauważyć, że „w obu grupach na pierwszym miejscu plasują się rodzice i rodzina, na drugim internet”⁴⁸.

Uzyskane wyniki są niezwykle niepokojące, jeśli wziąć pod uwagę, że większość respondentów biorących udział w badaniach A. Truszkiewicza i zespołu opowiedziała się za potrzebą wdrażania edukacji zdrowotnej do szkół. Wśród gimnazjalistów 72% ankietowanych uznało, że treści z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole są potrzebne i powinny być realizowane. Podobne stanowisko wyraziło 65% uczniów liceum. Warto zauważyć, że młodsi uczniowie, w omawianym przypadku – gimnazjaliści, nieco częściej od licealistów dostrzegali potrzebę prowadzenia w szkole zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej. Wśród uczniów liceum nieco więcej respondentów było niezdecydowanych, co do potrzeby prowadzenia tego typu działań. Zdaniem gimnazjalistów, główną korzyścią płynącą z edukacji zdrowotnej w szkołach jest wiedza, która może przydać się w trudnych sytuacjach (46%). Korzyści wymieniane w dalszej kolejności to: świadomość zagrożeń, która spowoduje większe dbanie o zdrowie (32%), kształtowanie zachowań prozdrowotnych owocujących na przyszłość (19%). Licealiści za najważniejszą korzyść uznali wiedzę, która może przydać się w trudnych sytuacjach (44% respondentów). Na kolejnych miejscach wskazali kształtowanie zachowań prozdrowotnych owocujących na przyszłość (26%) oraz świadomość zagrożeń powodującą większe zwracanie uwagi na zdrowie (26%)⁴⁹.

Wyniki badań podkreślają potrzebę wspierania kompetencji rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej, co powinno stanowić jeden z priorytetów programów zdrowotnych. W dalszej kolejności niewątpliwie konieczne jest szersze włączenie środowisk pozaszkolnych – sportowych, kulturalnych, religijnych – do systematycznej edukacji zdrowotnej. Warto rozważyć stworzenie programów wspierających edukację zdrowotną poza szkołą, np. poprzez kampanie społeczne, działania lokalne, cyfrowe narzędzia edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży.

⁴⁸ A. Truszkiewicz, D. Olejniczak, U. Religioni, J. Skonieczna: *Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym...*, s. 25.

⁴⁹ Ibidem, s. 25.

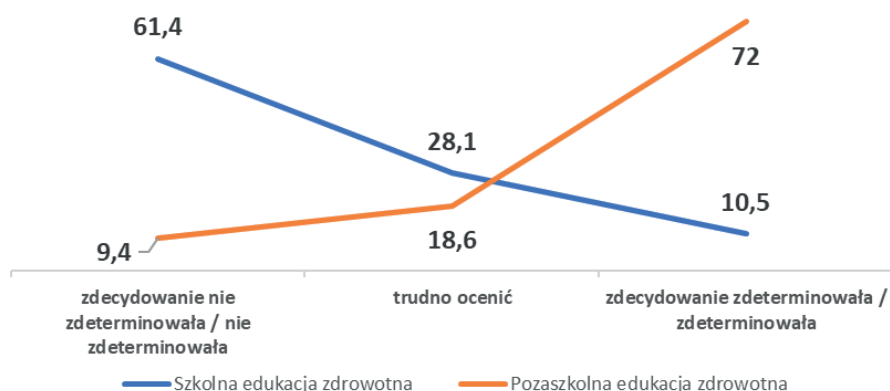
2.4. Ocena stopnia znaczenia szkolnej i pozaszkolnej edukacji zdrowotnej dla wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem badanych studentów

W celu zbadania źródeł już częściowo ukształtowanej wiedzy i świadomości zdrowotnej respondentów w ramach własnych badań proszono ich o ocenę w skali 5-stopniowej, w jakim stopniu ich aktualny poziom wiedzy i umiejętności zdrowotnych został ukształtowany przez edukację szkolną oraz pozaszkolną. Uzyskane w przedmiotowej kwestii wyniki przedstawiono w tabeli 33 oraz na wykresie 12.

Tabela 33. Ocena stopnia znaczenia szkolnej i pozaszkolnej edukacji zdrowotnej dla aktualnej wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem badanych [$N = 565$] [%]

Wyszczególnienie	zdecydowanie nie zdeterminowała / nie zdeterminowała	trudno ocenić	zdecydowanie zdeterminowała / zdeterminowała
Szkolna edukacja zdrowotna	61,4	28,1	10,5
Pozaszkolna edukacja zdrowotna	9,4	18,6	72,0

Źródło: badania własne. Skala: od 1 do 5. 1 – zdecydowanie nie zdeterminowała; 2 – nie zdeterminowała; 3 – trudno ocenić; 4 – zdeterminowała; 5 – zdecydowanie zdeterminowała.



Wykres 12. Ocena stopnia znaczenia szkolnej i pozaszkolnej edukacji zdrowotnej dla aktualnej wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem badanych [$N = 565$] [%]

Źródło: badania własne.

Jak można odczytać z uzyskanych danych, zdaniem 61,4% respondentów szkolna edukacja zdrowotna „nie zdeterminowała” lub „zdecydowanie nie zdeterminowała” ich wiedzy i umiejętności zdrowotnych. Aż 28,1% respondentów nie potrafiło tego ocenić. Załedwie 10,5% biorących udział w prezentowanych badaniach uznało, że szkolna edukacja zdrowotna zdeterminowała lub zdecydowanie zdeterminowała ich wiedzę i umiejętności w omawianym obszarze.

Sytuacja przeciwna dotyczy pozaszkolnej edukacji zdrowotnej. Aż 72% badanych uznało, że to właśnie pozaszkolna edukacja (np. domowa, sportowa, harcerska) odegrała kluczową rolę w zakresie wiedzy i umiejętności zdrowotnych. Wyniki badań sugerują, że edukacja szkolna nie spełnia swojej roli z perspektywy respondentów – tylko co dziesiąty respondent uważa, że miała ona realny wpływ na jego wiedzę o zdrowiu. Dużo większe znaczenie przypisywane jest działaniom pozaszkolnym – np. rozmowom z rodzicami, zajęciom sportowym czy aktywnościom w grupach młodzieżowych. Świadczy to o niskiej skuteczności systemu szkolnego w przekazywaniu wiedzy zdrowotnej oraz potwierdza potrzebę jego głębokiej reformy – zarówno w zakresie treści, jak i formy prowadzenia zajęć. Z dotychczasowych badań wynika, że jeśli szkoła nie wykorzysta swojego potencjału w obszarze edukacji zdrowotnej, ogranicza możliwość kształtowania postaw prozdrowotnych młodych ludzi.

3. Obecne i nieobecne zagadnienia i treści zdrowotne z perspektywy szkolnej edukacji zdrowotnej w ocenach i opiniach respondentów *(Joanna Nawój-Połoczańska)*

W niniejszej części rozdziału empirycznego, na podstawie zgromadzonego materiału badawczego, przedstawione zostaną zasadnicze wnioski dotyczące tych aspektów edukacji zdrowotnej, które – zdaniem respondentów – pozostają niewystarczająco obecne lub całkowicie pominięte w praktyce szkolnej. Dla pogłębienia analizy tych wskazań celowe jest odniesienie ich do obowiązujących przepisów prawa, które określają ramy treściowe i organizacyjne edukacji zdrowotnej w polskim systemie oświaty. W tym kontekście niezbędne staje się przywołanie kluczowego aktu prawnego, jakim jest Ustawa – Prawo oświatowe, stanowiąca podstawę dla formułowania treści programowych. Warto zatem

wskazać wybrane artykuły, w których bezpośrednio pojawia się odniesienie do kwestii zdrowia:

- Art. 68. 1. Dyrektor szkoły lub placówki w szczególności: [...] sprawuje opiekę nad uczniami oraz stwarza warunki harmonijnego rozwoju psychofizycznego poprzez aktywne działania prozdrowotne (podkr. J.N.-P.).
- Art. 69. Pkt 8. Na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna przedstawia na posiedzeniach rady pedagogicznej zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów, z zachowaniem w tajemnicy informacji o stanie zdrowia uczniów.
- Art. 83. 1. W szkołach i placówkach, z zastrzeżeniem ust. 6, działają rady rodziców, które reprezentują ogół rodziców uczniów.
1a. W zebraniach rady rodziców może uczestniczyć pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna w celu omówienia zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów, z zachowaniem w tajemnicy informacji o stanie zdrowia uczniów.
- Art. 103. Pkt 1, 4) gabinetu profilaktyki zdrowotnej... (Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe).

Analizując wyniki badań retrospektywnych przeprowadzonych wśród młodych dorosłych, warto odnieść je do obowiązujących ram prawnych definiujących zakres i charakter edukacji zdrowotnej w szkołach. Ustawa – Prawo oświatowe oraz podstawy programowe określają cele i treści kształcenia w tym obszarze. W kontekście tych regulacji istotne jest zrozumienie, czy i w jakim zakresie edukacja zdrowotna była realizowana w praktyce szkolnej oraz **jakie treści i zagadnienia z zakresu zdrowia były obecne lub pomijane w szkolnej edukacji zdrowotnej.**

Biorąc pod uwagę, że zgodnie z uzyskanymi wynikami badań, edukacja zdrowotna była realizowana w około 30% szkołach podstawowych i ponadpodstawowych badanych studentów, z ich pisemnych wypowiedzi w ramach pytania otwartego wynika, że brak edukacji zdrowotnej w szkole nie był nic nieznaczącym pominięciem w programie, ale miał także długotrwałe konsekwencje dla ich życia. Wśród wypowiedzi respondentów warto przytoczyć te, które ilustrują zarówno brak systemowego podejścia do tego tematu, jak i towarzyszące mu poczucie niedostatku w kształceniu:

(130) W szkole: Brak takiego przedmiotu, lub sekcji przedmiotu do takiej edukacji⁵⁰.

(42) Nie miałam szkolnej edukacji zdrowotnej podczas trwania mojej edukacji w szkole podstawowej, jak i szkole ponadpodstawowej.

(78) Edukacja zdrowotna ograniczała się do treści na WDŻ i EDB.

(130) Brak jakiegokolwiek edukacji o zdrowiu psychicznym poza apelami i ogólnymi zaleceniami.

Te krótkie i bezpośrednie komentarze kierują uwagę na systemową nieobecność tematyki zdrowia. Jedna z uczestniczek badania wskazała bardziej emocjonalne skutki braku tego rodzaju zajęć:

(9) Brakowało wszystkiego. Wiedzę o zdrowiu zdobyłam sama poza szkołą. Nauczenie się, jak o sobie dbać, oraz zdrowego podejścia do ciała, ćwiczeń i jedzenia zajęło mi dużo czasu. Nie czuję, że szkoła dała mi wiedzę na ten temat.

W tym fragmencie szczególnie wyraźnie widać, że brak edukacji zdrowotnej nie tylko pozostawił lukę w zakresie wiedzy, lecz także wymusił na jednostce podejmowanie wysiłków samodzielnego zdobywania kompetencji. Słowa „brakowało wszystkiego” wskazują na poczucie opuszczenia, co może sugerować, że szkoła – jako instytucja – nie spełniła jednej ze swoich podstawowych ról w przygotowaniu młodych ludzi do życia. Respondentka podkreśliła również czasochłonność i trudności w przyswajaniu wiedzy samodzielnie, co może wpływać na jakość jej zdrowotnych wyborów w dorosłości. Konieczność samodzielnego poszukiwania wiedzy w zakresie zdrowia silnie wybrzmiewa także w kolejnej wypowiedzi:

(126) Aktualnie większość swojej wiedzy o tym, jak dbać o swoje zdrowie, czerpię ze źródeł internetowych, a dokładniej z Instagrama, obserwując profile trenerki, dietetyczki, psychoterapeutki oraz uroginekolożek (podkr. J.N.-P). Mam pewność, co do kompetencji tych osób i np. to dzięki nim chodzę na regularne badania. Być może wysiłki podejmowane w szkołach były podstawą do zachowań prozdrowotnych, ale nie wydaje mi się, że miały one na mnie tak znaczący wpływ.

⁵⁰ Wszystkie wypowiedzi zostały przytoczone w oryginalnej formie.

Wypowiedź respondentki wskazuje na współczesne źródła wiedzy zdrowotnej, które w znacznym stopniu wykraczają poza tradycyjne kanały edukacyjne, takie jak szkoła. Jej deklaracja („Aktualnie większość swojej wiedzy o tym, jak dbać o swoje zdrowie, czerpię ze źródeł internetowych”) podkreśla rosnącą rolę mediów społecznościowych jako przestrzeni, w której młode osoby poszukują rzetelnych informacji na temat zdrowia. Kluczowe wydaje się tutaj jednak to, że respondentka sama zwraca uwagę na wiarygodność obserwowanych specjalistek (np. dietetyczki, psychoterapeutki), co może być świadectwem jej świadomego podejścia do zdrowia i umiejętności dokonywania selekcji informacji. Na uwagę zasługuje stwierdzenie, że „wysiłki podejmowane w szkołach być może były podstawą do zachowań prozdrowotnych, ale nie wydaje mi się, że miały one na mnie tak znaczący wpływ”, które ujawnia ambiwalentną ocenę roli edukacji formalnej w kształtowaniu postaw prozdrowotnych. Z jednej strony respondentka dostrzega potencjalną wartość działań szkolnych, z drugiej zaś przyznaje, że ich wpływ był niewielki w porównaniu z wiedzą zdobytą w dorosłym życiu z innych źródeł.

Przywołane wypowiedzi respondentek ilustrują, jak kluczowe jest dostosowanie edukacji zdrowotnej w szkołach do współczesnych realiów, w których młodzież i młodzi dorośli mają dostęp do ogromnych zasobów wiedzy online. Szkoła powinna nie tylko dostarczać podstawowych informacji, lecz także rozwijać krytyczne myślenie, aby uczniowie potrafili samodzielnie ocenić, które źródła są wiarygodne, a które mogą prowadzić do dezinformacji. Respondentka, choć znalazła wartościowe treści online, jest przykładem osoby, która być może musiała wypracować te kompetencje samodzielnie, zamiast wynieść je z edukacji formalnej.

W dalszej części analizy warto przyjrzeć się materiałowi badawczemu uzyskanemu od osób, które odpowiedziały twierdząco na pytanie o obecność wątków zdrowia w edukacji. Respondenci zostali poproszeni o wskazanie konkretnych treści, stanowiących elementy edukacji zdrowotnej na poziomie szkoły podstawowej, a później ponadpodstawowej (zob. tabela 34).

Tabela 34. Treści realizowane na zajęciach z edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej wskazane przez respondentów

Treści edukacji zdrowotnej	Szkoła podstawowa [N = 240] [%]	Szkoła ponadpodstawowa [N = 235] [%]
Zdrowe odżywianie	83,3	77,4
Aktywność fizyczna	78,3	78,3
Uzależnienia od substancji psychoaktywnych	70,4	74,0
Zasady zdrowego stylu życia	67,1	59,6
Dbłość o higienę ciała	57,9	43,0
Sen i wypoczynek	36,7	39,6
Dbłość o bezpieczeństwo w życiu codziennym	36,3	34,9
Choroby cywilizacyjne	26,7	37,0
Zapobieganie zachowaniom ryzykownym dla zdrowia	26,3	36,2
Zdrowie seksualne/prokreacyjne	25,4	32,8
Dbłość o zdrowie psychiczne	22,5	46,4
Uzależnienia behawioralne (od czynności)	12,9	23,4
Edukacja do bycia aktywnym (zaangażowanym w proces leczenia/rehabilitacji) pacjentem	6,7	9,8
Korzyści i zagrożenia związane z upiększaniem ciała	3,3	9,4

Źródło: badania własne. Zestawienie procentowe nie sumuje się, ponieważ każdy respondent mógł wskazać więcej niż jedno zagadnienie związane z edukacją zdrowotną zrealizowane w ramach dowolnego przedmiotu (np.: lekcji biologii, wychowania fizycznego, WDŻ etc.).

Analizując dane przedstawione w powyższej tabeli, można zauważyć pewne istotne różnice w priorytetach na obu poziomach edukacji, które zostały dostrzeżone i zapamiętane przez respondentów w badaniach retrospektywnych. Najważniejsze spośród nich obejmują takie kategorie jak:

- **Zdrowie psychiczne.** W szkołach ponadpodstawowych temat zdrowia psychicznego wybrzmiał w znacznie szerszym zakresie (wskazanie 46,4% respondentów), aniżeli w szkołach podstawowych (22,5% wskazań). Coraz więcej dzieci i młodzieży zmagają się z przewlekłym stresem, który wynika z doświadczenia różnych trudności, niespodziewanych przeszkód lub wydarzeń losowych. Kiedy młody człowiek nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie z nową sytuacją, często reaguje kryzysem⁵¹. Towarzyszący

⁵¹ C. Knight: *A resilience framework: Perspectives for educators*. „Health Education” 2007, vol. 107, no. 6, s. 543–555.

edukacji stres szkolny może być spowodowany przeładowanym materiałem dydaktycznym, napiętym harmonogramem zajęć w szkole oraz dodatkowych lekcji, sztywnymi zasadami obowiązującymi w klasie, presją rodziców dotyczącą osiągnięć edukacyjnych i wysokich ocen. Inne czynniki składające się na sytuację kryzysową to brak przestrzeni na rozwijanie własnych pasji i zainteresowań, trudności w nauce i przyswajaniu nowego materiału oraz konflikty z rówieśnikami i nauczycielami⁵². Okres adolescencji to czas intensywnych zmian, w którym objawy dojrzewania często przypominają symptomy początków problemów zdrowia psychicznego. Prawdopodobnie związana z rosnącą wraz z wiekiem potrzebą rozmów o zdrowiu psychicznym może wiązać się ze stresem towarzyszącym podejmowaniu nowych zadań i ról społecznych, w wyniku potrzeby poszerzania pola autonomii przez uczniów szkół ponadpodstawowych.

- **Uzależnienia behawioralne.** W pamięci respondentów problematyka uzależnień behawioralnych była realizowana częściej w szkołach ponadpodstawowych (23,4%) niż w szkołach podstawowych (12,9%). Młodzież w starszym wieku jest bardziej narażona na uzależnienia od czynności, takich jak korzystanie z mediów społecznościowych czy gier komputerowych. Multimedia negatywnie wpływają na relacje społeczne, nierzadko prowadząc do wycofania się, a także pojawienia się problemów zdrowotnych i szkolnych. Uczniowie są narażeni na przemoc, pornografię oraz inne niebezpieczne treści. Internet i jego zasoby mogą stać się ucieczką przed problemami, takimi jak brak akceptacji i wsparcia w środowisku szkolnym i rodzinnym, nieśmiałość, samotność czy zamknięcie na innych. Z drugiej strony korzystanie z mediów może prowadzić do poczucia nieosiągnięcia wymagań dotyczących wizerunku osobistego. Nadmierne korzystanie z technologii cyfrowych jest zatem zarówno przyczyną, jak i skutkiem kryzysu zdrowia psychicznego⁵³.
- **Choroby cywilizacyjne.** Choroby cywilizacyjne, takie jak cukrzyca, nadciśnienie, otyłość czy choroby układu krążenia, stają się powszechnymi zjawiskami w społeczeństwach rozwiniętych. Zagadnienia z nim związane były elementem edukacji zdrowotnej w większym stopniu w szkołach ponadpodstawowych (37% respondentów), podczas gdy w szkołach podstawowych

⁵² W. Leżańska: *Historyczne i współczesne konteksty kształcenia nauczycieli wczesnej edukacji*. Wyższa Szkoła Informatyki, Łódź 2004, s. 237–248

⁵³ R. Matusiak: *Cyberświat jako wyzwanie wychowawcze i edukacyjne – zagrożenia i profilaktyka*. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2020, s. 91–95.

wskazało je o 10% osób badanych mniej. Wraz z wiekiem młodzież zaczyna lepiej rozumieć, jak codzienne nawyki, takie jak dieta, aktywność fizyczna, stres czy sposób spędzania wolnego czasu wpływają na rozwój chorób cywilizacyjnych. W szkołach ponadpodstawowych uczniowie są w okresie, w którym stają się bardziej świadomi konsekwencji swoich wyborów żywieniowych, stylu życia oraz braku aktywności fizycznej. W tym wieku nastolatki zaczynają zauważać, że niezdrowe nawyki żywieniowe, jak np. spożywanie dużych ilości wysoko przetworzonej żywności, fast foodów, słodzonych napojów czy brak regularnej aktywności fizycznej mogą prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych, jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie, otyłość, a nawet choroby serca⁵⁴.

- **Zdrowie seksualne i prokreacyjne:** Znaczenie zdrowia seksualnego i prokreacyjnego rośnie wraz z wiekiem, szczególnie w kontekście procesu dojrzewania. To okres, w którym zmienia się charakter relacji interpersonalnych – nastolatki podejmują pierwsze próby wchodzenia w nowe role partnera/partnerki. Badania dowiodły, że na problematykę „dbałości o zdrowie intymne” kładziono większy nacisk w szkołach ponadpodstawowych (32,8% respondentów) niż w szkołach podstawowych (25,4% respondentów). W miarę jak uczniowie dojrzewają stają się bardziej świadomi swojego ciała i zaczynają zadawać pytania dotyczące zdrowia seksualnego, prokreacji oraz odpowiedzialności związanej z intymnością. W tym okresie młodzież zaczyna dostrzegać, jak ważne jest uzyskiwanie rzetelnych informacji na temat antykoncepcji, chorób przenoszonych drogą płciową, a także emocjonalnych aspektów życia seksualnego. Wraz z wejściem w wiek dojrzewania, kiedy młodzież zaczyna doświadczać zmian fizycznych, emocjonalnych i psychicznych, pojawiają się pytania dotyczące relacji interpersonalnych, seksualności i odpowiedzialności za swoje zdrowie intymne. Dla wielu uczniów okres ten wiąże się z pierwszymi doświadczeniami seksualnymi, które mogą wiązać się z ryzykiem niechcianych ciąż, chorób przenoszonych drogą płciową oraz konsekwencjami emocjonalnymi. Dlatego też edukacja seksualna w tym okresie jest niezwykle istotna, aby młodzież miała świadomość dostępnych metod ochrony, znaczenia komunikacji w relacjach seksualnych oraz umiejętności podejmowania odpowiedzialnych decyzji. Ponadto

⁵⁴ K. Wencławek, K. Wojnowski: *Świadomość zdrowotna i zachowania prozdrowotne młodzieży licealnej – przyczynek diagnostyczno-poznawczy*. Zeszyty Naukowe WSG, t. 35, seria: „Edukacja – Rodzina – Społeczeństwo” 2019, vol. 4, s. 349–380.

w wieku szkolnym młodzież często zmagają się z presją ze strony rówieśników oraz mediów, które kreują nierealistyczne standardy piękna i relacji seksualnych. W związku z tym, odpowiednia edukacja seksualna może pomóc młodym ludziom zrozumieć, że zdrowie seksualne to nie tylko fizyczność, lecz także emocjonalna i psychiczna sfera życia, która wymaga szacunku, odpowiedzialności i świadomego podejścia. W szkołach ponadpodstawowych, gdzie młodzież jest w bardziej zaawansowanej fazie dojrzewania, potrzeba dostępu do rzetelnych informacji na temat zdrowia seksualnego staje się jeszcze bardziej wyraźna, a edukacja w tej dziedzinie może odegrać kluczową rolę w kształtowaniu zdrowych postaw i odpowiedzialnych zachowań w przyszłości.

- **Zapobieganie zachowaniom ryzykownym** jest istotnym elementem edukacji zdrowotnej, szczególnie w kontekście zmieniających się stylów życia i wszechobecnej presji, której doświadcza młodzież. Wyniki badania wskazują, że w szkołach ponadpodstawowych większy odsetek uczniów (36,2%) miał dostęp do edukacji w zakresie zapobiegania zachowaniom ryzykownym niż w szkołach podstawowych (26,3%). Może to wynikać z faktu, że w starszym wieku uczniowie są bardziej narażeni na presję grupy w kontekście sytuacji związanych z kontaktem z używkami, niebezpiecznymi zachowaniami (także w sieci) czy eksperymentowaniem z ryzykownymi formami spędzania czasu wolnego. W szkołach ponadpodstawowych, gdy młodzież zbliża się coraz bardziej ku dorosłości, rośnie potrzeba podejmowania tematów związanych z odpowiedzialnością za własne zdrowie i bezpieczeństwo. W tym wieku istotne jest nie tylko przekazywanie wiedzy o konsekwencjach ryzykownych zachowań, lecz także rozwijanie umiejętności psychospołecznych, takich jak asertywność, krytyczne myślenie czy zdolność do radzenia sobie z presją rówieśniczą. Tymczasem w szkołach podstawowych, gdzie uczniowie dopiero wkraczają w okres dojrzewania, edukacja w tym zakresie powinna koncentrować się na budowaniu fundamentów świadomości zdrowotnej i społecznej, co pozwoli młodszym dzieciom lepiej przygotować się na wyzwania starszego wieku. Brak wystarczającej edukacji na temat zapobiegania zachowaniom ryzykownym w szkołach podstawowych może wynikać z ograniczeń w programach nauczania, braku odpowiednio wykwalifikowanej kadry nauczycielskiej, a także przekonania, że te treści są bardziej adekwatne dla starszych uczniów. Niemniej jednak ignorowanie tych zagadnień w młodszym wieku może prowadzić do utrwalenia niewłaściwych postaw

i nawyków, które w przyszłości mogą eskalować w bardziej ryzykowne zachowania.

Różnice dotyczące problematyki zdrowia występujące na obu poziomach edukacji mogą wynikać także ze specyfiki wieku uczniów, celów edukacyjnych, metod i form nauczania etc.

W syntetycznym zestawieniu danych ujętych w omawianej tabeli uwidacznia się taki sam poziom dostępu do edukacji zdrowotnej w zakresie dwóch kategorii: zdrowego odżywiania i uzależnień od substancji psychoaktywnych. Zagadnienia te zostały zrealizowane przez 75% respondentów (zarówno w szkołach podstawowych, jak i ponadpodstawowych). Zaskakujące wyniki badań retrospektywnych, wskazujące na równą częstotliwość realizacji tematów dotyczących **zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz uzależnień od substancji psychoaktywnych**, mogą świadczyć o istnieniu pewnych standardów w programach edukacyjnych, które traktują obydwie zagadnienia z podobnym priorytetem. To pozytywny sygnał, ponieważ zarówno profilaktyka uzależnień, jak i promowanie zdrowego stylu życia mają kluczowe znaczenie dla zdrowia dzieci i młodzieży. Jednak taka zbieżność może również wskazywać na powierzchowne podejście do tych tematów i nadanie im statusu obowiązkowych, ale niedostatecznie rozwiniętych. Warto w tym kontekście przywołać wypowiedź jednej z respondentek, która zwraca uwagę na braki w edukacji dotyczącej substancji psychoaktywnych, a zwłaszcza konopi indyjskich:

(36) Drugą sprawą to kwestia edukacji na temat środków odurzających, a przede wszystkim konopi indyjskiej. Przecież raczej wydaje się to oczywiste jak bardzo palenie jest popularne wśród młodych ludzi dzisiaj, a poruszenie kwestii konsekwencji zdrowotnych z tym związanych zamyka się na straszeniu wyrokami za posiadanie. Najwidoczniej nie ważne jest to by powiedzieć dzieciom, że u niektórych mogą rozwinąć się trudne choroby psychiczne. Jak rozpoznać objawy negatywnego wpływu THC na mózg zanim nie jest za późno? Lepiej jest omijać temat bo to przecież nielegalna substancja i nie mówimy o niej. Pozdrawiam serdecznie i proszę wybaczyć mi troszkę długą wypowiedź.

W wypowiedzi ujawnia się istotny problem – w programach edukacyjnych problematyka uzależnień od substancji psychoaktywnych może być

przedstawiana w sposób niewystarczająco dostosowany do realiów życia młodzieży. Zamiast dostarczać rzetelnych i praktycznych informacji, które pozwoliłyby uczniom zrozumieć konsekwencje zdrowotne, w tym potencjalne zagrożenie dla zdrowia psychicznego, edukacja ogranicza się często do odstraszenia poprzez konsekwencje natury prawnej. Taki schemat przekazu może prowadzić do bagatelizowania tematu przez młodych ludzi, którzy nie znajdują w szkole miejsca na otwartą rozmowę o realnych zagrożeniach i sposobach radzenia sobie z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych.

Komentarz respondentki uwypukla potrzebę bardziej wyważonego i merytorycznego podejścia do profilaktyki uzależnień w edukacji zdrowotnej. Zamiast unikania trudnych tematów, programy szkolne powinny skupiać się na rozwijaniu kompetencji, takich jak rozpoznawanie pierwszych objawów negatywnego wpływu substancji czy znajomość mechanizmów wsparcia. To właśnie brak tych elementów sprawia, że edukacja w tym zakresie jest często odbierana jako nieadekwatna lub oderwana od rzeczywistości młodzieży.

Warto zwrócić uwagę, że potrzeby edukacyjne uczniów w zakresie realizacji omawianych zagadnień różnią się w zależności od wieku. W szkołach podstawowych zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna powinny być szczególnie mocno eksponowane, aby już od najmłodszych lat kształtować nawyki, które będą procentować w dorosłym życiu. Natomiast w szkołach ponadpodstawowych większy nacisk powinien być kładziony na zagadnienia związane z uzależnieniami, gdyż to właśnie w tym okresie młodzież jest bardziej narażona na ryzykowne zachowania, takie jak eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi.

Powtarzalność zagadnień, choć pozytywna z perspektywy obecności w edukacji zdrowotnej, może też sugerować brak różnorodności lub ograniczoną adaptację treści do specyfiki potrzeb uczniów na różnych etapach rozwoju. Warto, aby programy edukacyjne były bardziej zróżnicowane i dostosowane do specyfiki wieku, a także uwzględniały inne ważne aspekty zdrowia, takie jak zdrowie psychiczne czy edukacja seksualna, które wciąż często są marginalizowane w szkolnych programach. To pozwoliłoby na bardziej kompleksowe podejście do zdrowia uczniów i skuteczniejsze przygotowanie ich do podejmowania odpowiedzialnych decyzji w przyszłości.

Zastosowany do badań kwestionariusz stwarzał respondentom możliwość swobodnej wypowiedzi, na którą zdecydowały się 374 osoby. Analiza tej części

materiału badawczego nie tylko ujawnia trendy w zarysowanej wstępnie problematyce, ale przede wszystkim pomaga wyłonić kategorie, które pojawiały się w szkole incydentalnie, powierzchownie lub wcale, a równocześnie zostały uznane przez respondentów za ważne i potrzebne z punktu widzenia celów przewidzianych dla szkolnej edukacji w zakresie zdrowia. Zestawione razem tworzą mapę oczekiwań młodzieży względem tychże treści, które powinny być realizowane w systemie oświaty. Same w sobie stanowią rekomendację dla edukatorów ze wskazaniem szczególnych „obszarów palących”, czyli kategorii najbardziej zaniedbanych i zaniechanych w systemie edukacji, a równocześnie uznanych przez respondentów za priorytetowe. Szczegółowa analiza i interpretacja danych empirycznych wskazuje przede wszystkim na **brak edukacji zdrowotnej** – aż 68 respondentów, którzy zdecydowali się na wypowiedź w ramach pytania otwartego, podkreślało całkowity brak doświadczeń związanych z edukacją zdrowotną zarówno na poziomie szkoły podstawowej, jak i ponadpodstawowej. Oznacza to, że osoby te nie miały możliwości uczestniczenia w żadnych zajęciach, warsztatach ani projektach edukacyjnych dotyczących zdrowia fizycznego, psychicznego czy społecznego. Brak edukacji zdrowotnej w ich doświadczeniu szkolnym może skutkować ograniczoną świadomością w zakresie profilaktyki zdrowotnej, prowadzenia zdrowego stylu życia czy radzenia sobie z wyzwaniami zdrowotnymi. Konsekwencją braku odpowiednich inicjatyw podejmowanych przez szkoły może być nierówność w dostępie do wiedzy i umiejętności, które są kluczowe dla budowania świadomości zdrowotnej w młodym pokoleniu. Przykładem ilustrującym poważne zaniedbania edukacyjne może być jedna z wypowiedzi: „Brakowało wszystkiego. Wiedzę o zdrowiu zdobyłam sama poza szkołą”.

Systemowa luka w edukacji zdrowotnej jest zjawiskiem alarmującym i wzbudzającym niepokój, wszak edukacja zdrowotna pełni kluczową rolę w kształtowaniu postaw prozdrowotnych i promowaniu zdrowego stylu życia, co przekłada się na późniejsze wybory życiowe młodych ludzi. Brak tychże treści w kształceniu zwiększa ryzyko nieświadomego narażania się na szkodliwe zachowania i problemy zdrowotne, których można byłoby uniknąć poprzez wprowadzenie podstaw wiedzy na temat zdrowia i zasad profilaktyki. Niedostatek edukacji zdrowotnej w systemie edukacyjnym jest zjawiskiem, które można rozpatrywać na kilku płaszczyznach:

1. **Braki systemowe i programowe** – w wielu szkołach edukacja zdrowotna została potraktowana incydentalnie lub marginalnie, stanowiąc jedynie część

innych przedmiotów, takich jak wychowanie fizyczne lub biologia; jeśli nie została uwzględniona jako odrębny moduł lub przedmiot, uczniowie mogli mieć ograniczony dostęp do treści programowych. Ów brak może wynikać także z niewystarczającej liczby godzin przewidzianych na realizację treści zdrowotnych.

2. **Niedostateczne przygotowanie kadry nauczycielskiej** – brak systemowych rozwiązań w zakresie kształcenia i doskonalenia zawodowego nauczycieli odpowiedzialnych za prowadzenie edukacji zdrowotnej jest jednym z kluczowych wyzwań w tym obszarze. Nauczyciele często nie mają odpowiedniego przygotowania merytorycznego ani metodycznego, co sprawia, że mogą czuć się niekompetentni w omawianiu zagadnień związanych ze zdrowiem i profilaktyką. W konsekwencji problematyka edukacji zdrowotnej bywa marginalizowana, pomijana lub sprowadzana do powierzchownych, mało angażujących treści. Deficyty odpowiednich kompetencji mogą być widoczne szczególnie w przypadku „tematów trudnych” i wymagających wrażliwości, takich jak zdrowie psychiczne, zdrowie seksualne, profilaktyka uzależnień czy radzenie sobie ze stresem. Te zagadnienia, choć niezwykle istotne z punktu widzenia młodzieży, są często pomijane z obawy przed reakcjami uczniów, rodziców czy administracji szkolnej. Niedostateczne wsparcie nauczycieli może obejmować także dostęp do materiałów dydaktycznych, szkoleń oraz specjalistycznych konsultacji.
3. **Priorytety w polityce edukacyjnej** – edukacja zdrowotna przez wiele lat była traktowana jako zagadnienie drugorzędne w systemie edukacji, co wynikało z jej postrzegania jako mniej istotnej w porównaniu z przedmiotami egzaminacyjnymi, takimi jak język polski, matematyka czy języki obce. Presja na osiąganie wysokich wyników w egzaminach zewnętrznych, które decydują o miejscu szkoły w rankingach, przyczyniła się do marginalizacji tematów zdrowotnych. W praktyce brak wyraźnych wytycznych programowych i ram czasowych dla edukacji zdrowotnej sprawia, że jest ona traktowana jako dodatek do innych przedmiotów, a nie jako samodzielny i istotny obszar edukacji. Ponadto zmieniające się priorytety resortu oświaty, często zależne od decyzji politycznych, mogą powodować brak ciągłości i konsekwencji w promowaniu edukacji zdrowotnej. Zamiast długofalowej strategii, wdraża się doraźne inicjatywy, które nie mają trwałego wpływu na kształtowanie świadomości zdrowotnej uczniów. Konsekwencją tego jest nie tylko niski

poziom wiedzy na temat zdrowia wśród młodzieży, lecz także ograniczone możliwości profilaktyki wielu problemów zdrowotnych, takich jak otyłość, uzależnienia czy zaburzenia psychiczne.

4. **Dostęp do zasobów i różnice regionalne** – problem braku edukacji zdrowotnej jest szczególnie widoczny w regionach o niższych zasobach finansowych i edukacyjnych, gdzie szkoły często borykają się z niedoborem nauczycieli, niewystarczającym wyposażeniem oraz ograniczonym dostępem do dodatkowych programów wsparcia. W takich środowiskach, szczególnie na terenach wiejskich lub w małych miastach, brak odpowiednich środków finansowych oraz problem z dostępem do wykwalifikowanej kadry powodują, że edukacja zdrowotna jest realizowana w minimalnym zakresie lub nie jest podejmowana wcale. Różnice te mogą także wynikać z nierówności w dostępie do zasobów pozaszkolnych, takich jak lokalne instytucje wspierające edukację zdrowotną (np. poradnie psychologiczno-pedagogiczne, organizacje pozarządowe czy centra zdrowia). W szkołach, które funkcjonują w regionach bardziej dostępnych w zasoby, łatwiej jest wdrażać kompleksowe programy edukacyjne z udziałem specjalistów, podczas gdy placówki w mniej zamożnych rejonach mogą być pozbawione takich możliwości. W konsekwencji taka sytuacja prowadzi do zwiększania nierówności edukacyjnych i zdrowotnych, utrudniając uczniom z mniej uprzywilejowanych środowisk nabycie wiedzy i umiejętności kluczowych dla ich zdrowia i dobrostanu.

Konsekwencje braku edukacji zdrowotnej są wielowymiarowe i odczuwalne zarówno na poziomie jednostkowym, jak i społecznym. Niedostateczna wiedza na temat zdrowia, profilaktyki chorób, zdrowego stylu życia czy radzenia sobie z wyzwaniami emocjonalnymi może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych w późniejszych etapach życia. Z perspektywy społecznej brak edukacji zdrowotnej przyczynia się do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, pogłębiania nierówności zdrowotnych oraz osłabienia zdolności społeczeństwa do reagowania na kryzysy zdrowotne. Tego rodzaju zaniedbania w systemie edukacji wywierają długofalowy wpływ na jakość życia, produktywność obywateli oraz stabilność ekonomiczną i społeczną kraju. W kolejnych częściach omówione zostaną szczegółowo różne aspekty tych konsekwencji z uwzględnieniem zarówno perspektywy indywidualnej, jak i strukturalnej.

Uczniowie, którzy nie otrzymali edukacji zdrowotnej, mogą mieć niższą świadomość dotyczącą zdrowego stylu życia, co może skutkować

nieprawidłowymi nawykami zdrowotnymi, takimi jak złe odżywianie, brak aktywności fizycznej, ignorowanie zasad higieny czy podejmowanie zachowań ryzykownych. Brak odpowiedniej wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowotnej znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych, w tym zachorowalności na choroby cywilizacyjne, takie jak otyłość, cukrzyca czy nadciśnienie, a także na zaburzenia zdrowia psychicznego. Uczniowie, którzy nie mają wystarczającej wiedzy na temat zdrowego stylu życia, są bardziej narażeni na uzależnienia, podejmowanie zachowań ryzykownych oraz trudności emocjonalne. Wskazane deficyty mogą w dalszej perspektywie czasu skutkować pogorszeniem ich kondycji fizycznej i psychicznej, wpływając tym samym na jakość życia i zdolność do podejmowania wyzwań w okresie dorosłości. Doświadczenie deficytu edukacji zdrowotnej w szkole może z całą mocą ujawnić się w dorosłym życiu w postaci braku kompetencji zdrowotnych. Brak tychże kompetencji rodzi problemy z podejmowaniem świadomych i racjonalnych decyzji dotyczących własnego zdrowia, co w konsekwencji prowadzi do problemów przewlekłych, trudności z zarządzaniem stresem, a także zwiększonej podatności na zaburzenia i choroby psychiczne.

Obniżona kondycja zdrowotna młodych ludzi przekłada się na przyszłe obciążenia dla systemu opieki zdrowotnej. Brak odpowiedniej profilaktyki w młodym wieku zwiększa ryzyko wystąpienia przewlekłych chorób, obciążając gospodarkę kosztami leczenia i mniejszą aktywnością zawodową społeczeństwa, co prowadzi do odczuwalnych konsekwencji społecznych i ekonomicznych.

Poniższa tabela 35 przedstawia syntetyczne ujęcie kwestii podziału odpowiedzialności za realizację edukacji zdrowotnej w kontekście szkół (z całą pewnością nie wyczerpuje ona potencjalnych możliwości). Uwzględniono w niej kluczowe podmioty odpowiedzialne za różne aspekty procesu edukacyjnego oraz ich zakres działań. Zrozumienie roli każdej z tych grup jest niezbędne do skutecznej implementacji programów edukacji zdrowotnej.

Tabela 35. Zakres odpowiedzialności za edukację zdrowotną

Podmiot odpowiedzialny	Zakres odpowiedzialności
System edukacji	Tworzenie i wdrażanie programów nauczania, w tym edukacji zdrowotnej. Ministerstwa edukacji i zdrowia powinny koordynować współpracę i monitorować realizację zadań, zapewniając wsparcie.
Dyrekcje szkół	Dbłość o realizację podstawy programowej, w tym edukacji zdrowotnej. Zaniechanie działań w tym obszarze może skutkować brakiem przygotowania uczniów do dbania o zdrowie.
Nauczyciele	Prowadzenie zajęć związanych ze zdrowiem oraz kształtowanie zdrowych postaw. Brak przygotowania i kompetencji nauczycieli może powodować pomijanie kluczowych treści.
Rodzice / społeczność lokalna	Współpraca ze szkołami w promowaniu zdrowia oraz zapewnienie dzieciom dostępu do wiedzy zdrowotnej w życiu codziennym, zarówno w szkole, jak i poza nią.

Źródło: opracowanie własne.

Zadaniem edukacji szkolnej jest nie tylko przekazywanie wiedzy zawartej w podstawie programowej i programach nauczania, lecz także wychowanie, które obejmuje nauczanie o zdrowiu, odżywianiu i stylu życia, warunkujące wysoką jakość życia uczniów. Wymaga to kompetencji medycznych oraz żywieniowych od osób prowadzących zajęcia w tych obszarach, które powinny posiadać odpowiednie doświadczenie zawodowe – lekarzy, pielęgniarek, dietetyków. Obecność tych specjalistów w szkołach jest niezbędna, ponieważ to oni zapewniają bezpieczeństwo zdrowotne uczniów, uczestnicząc w realizacji celów i zadań zdrowia publicznego. Dane diagnostyczne kierowane do środowiska uczniowskiego, nauczycieli i rodziców, a także do obszaru medycyny społecznej, mają kluczowe znaczenie w tym procesie. Na prawidłowy styl życia młodzieży duży wpływ mają rodzina, szkoła oraz sama młodzież. W domu rodzice powinni zapewniać dzieciom zdrowe posiłki, jednak często nie posiadają wystarczającej wiedzy o zdrowotnych i żywieniowych potrzebach dorastających dzieci. Przyczyną tego może być brak czasu z powodu pracy zawodowej, a także brak zainteresowania rozwojem dzieci, złe nawyki żywieniowe prowadzące do otyłości, spędzanie czasu przed telewizorem z przekąskami, długotrwałe korzystanie z komputera oraz brak zachęty do uprawiania sportu lub innej aktywności fizycznej. Wszystkie te czynniki mają negatywny wpływ na młodzież

i mogą prowadzić do chorób związanych z niezdrowym stylem życia, takich jak anoreksja, bulimia, cukrzyca, otyłość, zaburzenia układu krążenia, szkieletowo-kostnego, mięśniowego etc.⁵⁵

POWIERZCHOWNA EDUKACJA ZDROWOTNA

Blisko 25% respondentów (90 osób) uczestniczyło w zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej, jednak realizowane w jej ramach treści zostały uznane za niewystarczające lub zanadto ogólne i powierzchowne. Podejście oparte na spłycaaniu znaczenia problematyki zdrowia sprawia, że młodzież nie zdobywa głębokiej i ugruntowanej wiedzy na temat jego istotnych aspektów, takich jak zdrowe nawyki żywieniowe, prawidłowa sylwetka, higiena snu czy też dbanie o zdrowie psychiczne. Luka ta może zostać wypełniona niepełnowartościową „wiedzą” tworzoną przez wszechobecne reklamy, a także dyskurs kultury masowej, w którą wpisane są nie zawsze zdrowe wzorce stylu życia. Warto zwrócić uwagę na refleksje zawarte w wypowiedziach respondentów, które unaoczniają ograniczenia szkolnej edukacji zdrowotnej:

(235) Myślę, że ogólnie wszystkich tematów edukacji zdrowotnej MOGŁO być więcej.

Wypowiedź ta w prosty sposób podkreśla odczucie niedosytu wiedzy i tematów poruszanych w ramach zajęć, co wskazuje na brak kompleksowego podejścia do edukacji zdrowotnej. Kolejna wypowiedź jeszcze dobitniej ujawnia problemy związane z powierzchownością realizowanego programu:

(130) O ile pamięć mnie nie myli, zostały jedynie użyte hasła lub formułki (mięsko dobre, cukier zły, ruch to zdrowie itd.). Część „edukacji” zdrowotnej opierała się bardziej na obyczajach, niż na zdrowiu per se (mycie dłoni, nie jedzenie z ziemi). Brakowało wyjaśnienia dlaczego tak powinno lub nie powinno się robić. W szkole ponadpodstawowej: Gimnazjum jak i liceum przekazywało wiedzę w sposób po2. Nie mówione było o zdrowiu, a raczej brakach w jakiś składnikach czy czynnościach. Wszędzie: Brak jakiegokolwiek edukacji o zdrowiu psychicznym poza apelami i „warto zgłosić się do zaufanego pedagoga, czy psychologa przeznaczonego do szkoły”. [pisownia oryginalna]

⁵⁵ K. Wenclawek, Wojnowski K.: *Świadomość zdrowotna i zachowania prozdrowotne młodzieży...*, s. 349–380.

Komentarz ten wskazuje na fragmentaryczne i hasłowe podejście do tematów zdrowotnych, które sprowadzało się do powtarzania ogólników zamiast oferowania praktycznej i pogłębionej wiedzy. Zwrócenie uwagi na brak edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego – zredukowanego do ogólnych apeli czy odsyłania do pedagoga – dodatkowo podkreśla problem niedostosowania treści do realnych potrzeb uczniów. Obie wypowiedzi pokazują, że edukacja zdrowotna w szkole, choć formalnie obecna, nie spełniała swojej funkcji w sposób zadowalający. Zamiast dostarczać młodzieży intelektualnych narzędzi i racjonalnych przesłanek do świadomego dbania o zdrowie, często ograniczała się do powierzchownych formułek, które nie angażowały uczniów ani nie pomagały im zrozumieć istoty omawianych kwestii. To zaniedbanie może mieć poważne konsekwencje w dorosłym życiu, gdy młodzi ludzie są zmuszeni samodzielnie uzupełniać braki edukacyjne, co nie zawsze skutkuje zdobyciem wiarygodnej i praktycznej wiedzy. W związku z tym konieczne jest opracowanie programów edukacji zdrowotnej, które nie tylko pokryją wszystkie kluczowe obszary tematyczne, lecz także pozwolą uczniom zrozumieć, dlaczego i jak dbanie o zdrowie ma wpływ na ich jakość życia.

EDUKACJA SEKSUALNA

Brak edukacji seksualnej w szkole stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia młodzieży, ponieważ uniemożliwia młodym ludziom zdobycie wiedzy na temat współżycia, chorób przenoszonych drogą płciową czy higieny intymnej. Blisko 25% respondentów (92 osoby) wskazało, że nie miało żadnej edukacji seksualnej. W wypowiedziach respondentów przewija się wyraźny brak systematycznego i rzetelnego podejścia do edukacji seksualnej. Jeden z badanych zauważył:

(126) Na pewno niedostatek treści dotyczących życia seksualnego – z perspektywy czasu odnoszę wrażenie, że prowadząca przedstawiała treści tak, „żeby było” i mieć to za sobą.

W wypowiedzi silnie wybrzmiewa zarzut powierzchowności i braku zaangażowania w realizację tego rodzaju zajęć. Podejście „pro forma” nie pozwala zaś młodym ludziom zrozumieć kluczowych zagadnień dotyczących ich zdrowia seksualnego i budowania świadomych relacji międzyludzkich. Jeszcze mocniejszy ton krytyki ujawnia się w innej wypowiedzi:

(131) Przede wszystkim tematy chorób wenerycznych – jeśli się pojawiały to tylko w formie odstraszenia młodzieży od odbywania stosunków płciowych – przestarzałe techniki skopiowane od niewyedykowanych księży. Uważam, że powinno się szerzyć wiedzę na ten temat, ponieważ są to bardzo poważne sprawy, a straszenie w niczym nie pomaga, a wręcz tworzy atrakcyjną otoczkę „zakazanego owocu”, po którego młodzież (lekceważąc zagrożenia) uwielbia sięgać.

Komentarz ten zwraca uwagę na problem wykorzystania niewłaściwych metod, które oparte są na straszeniu zamiast rzetelnej edukacji. Taki sposób nauczania nie tylko nie przygotowuje młodzieży do odpowiedzialnych decyzji, lecz może wręcz potęgować zainteresowanie ryzykownymi zachowaniami poprzez mechanizm „zakazanego owocu”. W pozostałych wypowiedziach respondenci podkreślali potrzebę poruszenia konkretnych tematów, które były całkowicie pominięte lub zaledwie wzmiankowane:

- współżycie, choroby przenoszone drogą płciową;
- higiena intymna;
- zdrowie seksualne;
- nazewnictwo lekarzy specjalistów;
- podstawowe informacje, co robić w przypadku zwyczajnych, a nie awaryjnych problemów zdrowotnych;
- okres ciąży i poród;
- anatomia stref intymnych;
- dojrzewanie.

Objęcie tabuizacją sfery rozwoju seksualnego sprawia, że młodzież zmuszona jest zdobywać wiedzę samodzielnie, często z niesprawdzonych źródeł, co prowadzi do utrwalania mitów i niewłaściwych przekonań. Współczesne programy edukacyjne powinny w pełni uwzględniać tematykę zdrowia seksualnego, dostosowując treści zarówno do wieku, jak i potrzeb młodzieży. Wiedza na temat chorób przenoszonych drogą płciową, higieny intymnej, dojrzewania czy fizjologii ciąży powinna być przekazywana w sposób otwarty, profesjonalny i pozbawiony niepotrzebnego moralizowania. Obserwacje respondentów sugerują konieczność reformy programów edukacji seksualnej w polskich szkołach. Kluczowe jest odejście od metod opartych na straszeniu i wprowadzenie zajęć, które rozwijają świadomość oraz odpowiedzialność młodych ludzi w zakresie ich zdrowia i relacji. Dopiero wtedy szkoła może pełnić swoją rolę w kształtowaniu zdrowych nawyków i postaw w tym obszarze życia.

ZDROWIE PSYCHICZNE

Zdrowie psychiczne młodzieży to coraz bardziej istotny aspekt zdrowia publicznego, szczególnie w kontekście narastających wyzwań związanych z presją szkolną, społeczną oraz zmieniającym się stylem życia. W świetle badań 28% respondentów (104 osoby) deklarowało brak zajęć dotyczących zdrowia psychicznego, w tym zagadnień związanych z depresją. Brak edukacji w tym zakresie sprawia, że młodzież nie jest przygotowana do rozpoznawania i rozumienia własnych emocji oraz problemów, co utrudnia zarówno zapobieganie, jak i radzenie sobie z trudnościami. Wypowiedzi respondentów wyraźnie podkreślają potrzebę systemowego wsparcia w tym obszarze, zarówno poprzez wprowadzenie zajęć edukacyjnych, jak i zwiększenie dostępności specjalistów, takich jak psychologowie szkolni. W wypowiedziach respondentów pojawiały się także konkretne spostrzeżenia, które wskazują na potrzebę zmiany:

(370) Brakowało informacji na temat zdrowia psychicznego – ukazanie, że osoba z depresją nie zawsze jest smutna, za uśmiechem też się ona skrywa.

Wypowiedź ta zwraca uwagę na kwestię stereotypowego postrzegania depresji, które utrudnia rozpoznanie problemu u osób, które na pozór wydają się szczęśliwe.

(41) Większej ilości zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego – pomimo że takowe się pojawiły, było ich stanowczo za mało w stosunku do skali problemu, jakim są choroby i zaburzenia psychiczne wśród dzieci i młodzieży w dzisiejszych czasach.

Respondent podkreśla brak wystarczających treści związanych z tym obszarem, mimo stale rosnącej liczby przypadków zaburzeń psychicznych wśród młodych ludzi. Wskazują także konkretne tematy, których zabrakło lub które powinny zostać lepiej rozwinięte w ramach edukacji o zdrowiu psychicznym:

- „Zdrowie psychiczne. Lekcje o depresji zdecydowanie by się przydały”;
- „Jak radzić sobie ze stresem i trudnymi emocjami”;
- „Jak radzić sobie z myślami rezygnacyjnymi”;
- „Jak radzić sobie z depresją, objawy depresji”;

- „Samoświadomość, zdrowie psychospołeczne i samoakceptacja”;
- „Techniki z zakresu mindfulness, relaksacja”;
- „Pogłębienie tematów związanych z psychiką, uzależnienia behawioralne”;
- „Wpływ drugiej osoby na samopoczucie oraz zdrowie psychiczne”;
- „Wpływ aktualnego trybu nauczania na zdrowie psychiczne”;
- „Zagadnienia dotyczące udzielania pomocy psychicznej”;
- „Metody autoregulacji i pracy z trudnymi emocjami”;
- „Kontakty z psychologiem szkolnym i innymi specjalistami”;
- „Informacja, że każdy człowiek jest inny i może zmagać się z różnymi problemami”;
- „Jak radzić sobie w podejmowaniu dobrych i przemyślanych decyzji”.

Przywołane wypowiedzi pozwalają wnioskować, że młodzież oczekuje nie tylko wiedzy teoretycznej, lecz także praktycznego wsparcia w codziennych wyzwaniach psychicznych. Poruszane tematy obejmują zarówno zagadnienia indywidualne (np. depresja, autoregulacja, samoakceptacja), jak i społeczne (np. zdrowe relacje, wpływ innych osób na samopoczucie). Włączenie takich treści do programów edukacyjnych mogłoby wspierać rozwój młodych ludzi, jak i przeciwdziałać kryzysom psychicznym oraz promować kulturę wzajemnej pomocy. Młodzi ludzie potrzebują konkretnych narzędzi i wiedzy, które pomogą im w nauce autoregulacji, samoświadomości i radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Wprowadzenie zajęć z zakresu mindfulness, relaksacji, pracy nad zdrowymi relacjami oraz świadomości problemów zdrowia psychicznego mogłoby znacząco wpłynąć na ich dobrostan psychiczny.

ZDROWE ODŻYWIANIE I ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Nieco ponad 20% respondentów (75 osób) wyraziło zainteresowanie uzyskaniem większej ilości informacji na temat zdrowego odżywiania oraz zaburzeń odżywiania. Wyniki badań odzwierciedlają istotną potrzebę pogłębienia edukacji w tym zakresie, szczególnie wśród młodzieży. W odpowiedziach respondentów pojawiły się wyraźne sygnały dotyczące zbyt ogólnego charakteru wiedzy o odżywianiu, która była niewystarczającą odpowiedzią na potrzeby uczniów:

(126) Dużo mówiło się o zdrowym odżywianiu, ale to, co ja zapamiętałam to ogólnie rzecz biorąc: musicie zdrowo i regularnie jeść. Brakowało tego, co jeść, dlaczego trzeba robić to regularnie, jakich składników dostarczać.

Kolejna respondentka wskazuje, że brakowało jej praktycznych wskazówek i szczegółowych informacji, które pozwoliłyby zrozumieć, jak wprowadzać zdrowe nawyki żywieniowe do codziennego życia.

(36) Edukacja z zakresu odżywiania. Brakowało objaśnień poszczególnych składników odżywczych, w jakiej formie najlepiej je spożywać, jaką dietę prowadzić by przytyć lub zejść z wagi, brakowało informacji o tym jakie grupy warzyw dostarczają np. białka, czy o tym jakie produkty zawierają najwięcej węglowodanów złożonych. Co z tego że wiem że słodczyce są niezdrowe i powinno się jeść owoce i warzywa i ciemne pieczywo? Dlaczego w szkole nie dowiaduję się jak pracować nad swoją wagą, jak mogę zmniejszyć tkankę tłuszczową albo jak zapobiec jej zwiększaniu? Wydaje mi się że sama generalna wiedza teoretyczna na BIOLOGII to za mało by jakkolwiek odpowiedzieć na pytanie „jak mam się odżywiać żeby czuć się zdrowy i wyglądać tak jak chce?” Poza tym nawet jeśli ta wiedza była przekazywana pobocznie wraz z obładowaniem uczniów zakresem materiału to i tak w końcu zostawała gdzieś pominięta. Nie każdy licealista (dziecko) myśli o odżywianiu poważnie, a w domu takiej wiedzy tym bardziej mogą nie dostać. A wydaje mi się że jest to istotne.

W wypowiedzi tej poruszono kluczowe zagadnienie związane z edukacją zdrowotną, w szczególności z edukacją na temat odżywiania, która jest fundamentem zdrowia fizycznego i psychicznego. Refleksja respondenta ujawnia szereg ważnych problemów związanych z systemem edukacji, które wymagają uwagi zarówno ze strony pedagogów, jak i decydentów w obszarze polityki zdrowotnej i edukacyjnej. Po pierwsze osoba badana zwraca uwagę na braki w praktycznych aspektach edukacji o odżywianiu. Wiedza na temat składników odżywczych, ich funkcji w organizmach oraz sposobów ich przyswajania, jak również konkretne porady dotyczące zdrowego stylu życia i kontroli masy ciała stanowią integralną część edukacji zdrowotnej. Takie informacje, które są niezbędne do podejmowania świadomych decyzji dotyczących diety, często są pomijane lub traktowane powierzchownie, mimo ich ogromnego znaczenia. Zbyt ogólna edukacja teoretyczna, jak wskazuje autor/ka, może prowadzić do niepełnego zrozumienia problemu, a także do trudności w praktycznym zastosowaniu wiedzy w codziennym życiu. Młodzież często nie otrzymuje wystarczającej wiedzy na temat tego, jak kontrolować masę ciała czy jak unikać nadmiaru tkanki tłuszczowej. Przekazywanie takiej wiedzy wymaga zrozumienia, że

każda osoba ma indywidualne potrzeby i cele zdrowotne, co wymaga bardziej spersonalizowanego podejścia. Koncentracja na ogólnych zasadach zdrowego odżywiania, takich jak unikanie słodczy czy spożywanie warzyw, może być niewystarczająca, ponieważ młodzież nie otrzymuje konkretnych narzędzi do modyfikacji własnych nawyków żywieniowych. Kolejnym istotnym elementem jest kwestia braku pełnej edukacji o odżywianiu w szkołach, szczególnie w kontekście dbałości o wagę ciała. Wiele osób, w tym młodzież, nie ma dostępu do odpowiednich informacji w domu, co powoduje, że szkoła staje się miejscem, w którym młodzi ludzie powinni zdobywać wiedzę na temat tego, jak dbać o swoje zdrowie. W tym kontekście programy edukacyjne powinny być dostosowane do potrzeb uczniów, uwzględniając ich wiek, indywidualne wyzwania zdrowotne, jak i osobiste cele związane z odżywianiem. Z perspektywy nauk społecznych szczególnie z zakresu pedagogiki zdrowia, ważne jest podejście interdyscyplinarne, które nie ogranicza się jedynie do przekazywania informacji, ale obejmuje także nauczanie praktycznych umiejętności oraz tworzenie warunków do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących zdrowia. Edukacja zdrowotna powinna być procesem dynamicznym, który umożliwia uczniom aktywne uczestnictwo w zdobywaniu wiedzy i kształtowaniu zdrowych nawyków żywieniowych, które mogą być kontynuowane w dorosłym życiu.

W pozostałych wypowiedziach respondentów odnajdujemy rekomendacje tematów do realizacji w ramach edukacji zdrowotnej:

- „Treści dotyczące zdrowych nawyków żywieniowych wśród dzieci”;
- „Zdrowe nawyki żywieniowe w codziennym życiu”;
- „Informacje na temat diet, zapotrzebowania kalorycznego”;
- „Jak rozpoznać zaburzenia odżywiania (przebieg, skutki, przyczyny), anoreksja, bulimia, *binge eating*”;
- „Wpływ zdrowego stylu życia i zdrowych nawyków na wyniki w nauce”;
- „Jak zmieniać fast foody na coś zdrowszego”.

Wypowiedzi wyraźnie ukazują zróżnicowanie potrzeb edukacyjnych uczniów. Jednocześnie wskazują na konieczność integracji w programach szkolnych treści nie tylko związanych z fizjologicznym aspektem odżywiania, lecz także z psychologicznymi i społecznymi wymiarami tej tematyki. Tematyka zdrowego odżywiania i zaburzeń takich jak anoreksja, bulimia czy kompulsywne objadanie się wymaga wprowadzenia kompleksowego programu edukacyjnego. Powinien on promować zdrowe nawyki żywieniowe i tym samym zwiększać świadomość wpływu diety na zdrowie fizyczne i psychiczne. Wiedza przekazywana

w szkołach jest zdaniem uczniów zbyt powierzchowna, co w istocie utrudnia im zrozumienie i zastosowanie zasad zdrowego odżywiania w praktyce. Wprowadzenie modułów edukacyjnych, które wyjaśniałyby szczegóły dotyczące składników odżywczych, diet, zapotrzebowania kalorycznego oraz praktycznych wskazówek żywieniowych, mogłoby znacząco poprawić sytuację kształtowania prawidłowych nawyków.

PROFILAKTYKA CHORÓB I ZABURZEŃ ZDROWIA

Ponad 10% respondentów (40 osób) uważa, że szkoły powinny bardziej skupić się na profilaktyce i promowaniu wizyt lekarskich. Profilaktyka chorób i zaburzeń zdrowia stanowi fundament współczesnej medycyny i zdrowia publicznego. Edukacja w tym zakresie, wprowadzona już na etapie szkolnym, może znacząco zmniejszyć liczbę zachorowań na choroby przewlekłe i cywilizacyjne, a także sprzyjać wczesnej diagnozie i skutecznemu leczeniu. W jednej z wypowiedzi respondentów (49) pojawia się interesująca refleksja na temat roli szkolnej edukacji zdrowotnej:

(49) Młodzież czasami nie jest świadoma jaką wartość ma wiedza i dbanie o swoje zdrowie, zanim jego zaniedbanie doprowadzi do schorzenia bądź choroby, z której czasami ciężko się wyleczyć (przykładowo mogę mieć w tym wypadku na myśli próchnicę). Myślę zatem, że istotnymi tematami, które warto byłoby poruszyć w szkołach jest stomatologia, jednakże nie wyłącznie w kontekście dbania o higienę, ale także to do jakich konsekwencji może doprowadzić jej zaniedbanie. Innym tematem mogą być również ciekawostki z zakresu diety i ich wpływu na zdrowie, choroby genetyczne, badania jakie należy robić, aby kontrolować swój stan zdrowia. Może, również (mówiąc o równie ważnym zdrowiu psychicznym) coś z zakresu pracy nad własną samooceną, radzeniem sobie ze stresem i do czego może doprowadzić nadmierny stres, przystosowaniem do zmian życiowych, komunikacji interpersonalnej, jak nie przejmować się opinią innych (a w tym kontekście mówiąc, zauważam u mojego młodszego brata strach przed ludźmi, być może spowodowany spędzaniem większej ilości czasu w domu, dlatego uważam, że takie zajęcia miałyby na to wpływ, na ich funkcjonalność i zdrowie psychiczne).

Wypowiedź ta uwidacznia istotne braki w dotychczasowej edukacji zdrowotnej realizowanej w szkołach, w szczególności w obszarze profilaktyki – także

psychologicznej. Respondent zwraca uwagę, że młodzież często nie zdaje sobie sprawy z wagi dbania o zdrowie na wczesnym etapie życia, co może prowadzić do trudnych do odwrócenia konsekwencji, takich jak próchnica czy przewlekłe choroby. Podkreśla, jak ważne jest wprowadzanie do programów szkolnych tematów związanych z dietetyką, profilaktyką chorób, a także zdrowiem psychicznym, szczególnie w kontekście stresu i radzenia sobie z presją społeczną.

Integracja psychologicznych i społecznych aspektów zdrowia w edukacji staje się coraz bardziej istotna, ponieważ młodzież boryka się z nasilającymi się problemami emocjonalnymi i społecznymi. Tematyka pracy nad samooceną, radzeniem sobie ze stresem oraz komunikacją interpersonalną stanowi ważny element przygotowania młodych ludzi do dorosłego życia, a także może przyczynić się do poprawy ich zdrowia psychicznego. Edukacja w tym zakresie może odegrać kluczową rolę w zapobieganiu zaburzeniom zdrowotnym, zarówno fizycznym, jak i psychicznym, a także pomóc uczniom w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących ich zdrowia i dobrego samopoczucia. Kluczowe jest promowanie świadomości zdrowotnej, w tym regularnych wizyt kontrolnych u lekarza, szczepień ochronnych oraz codziennej dbałości o zdrowie. Włączenie tych zagadnień do programów nauczania może skutkować lepszym przygotowaniem młodzieży do samodzielnego dbania o swoje zdrowie w dorosłym życiu.

Tematy, które wskazali respondenci jako istotne w zakresie profilaktyki zdrowotnej:

- „Zapobieganie powstawaniu chorób, codzienne dbanie o zdrowie”;
- „Dostęp do opieki zdrowotnej, zasady funkcjonowania placówek zdrowotnych i przynależności do nich”;
- „Zachęcanie do profilaktycznych wizyt lekarskich”;
- „Zdrowie sezonowe i szczepienia”;
- „Co robić, by prowadzić zdrowy styl życia (jak aktywnie spędzać czas wolny)”;
- „Jakie suplementy powinniśmy przyjmować codziennie i na co one wpływają”;
- „Profilaktyka nowotworowa”;
- „Informacje o tarczycy i cukrzycy”;
- „Wybór odpowiedniego specjalisty do danej choroby”;
- „Informacje na temat nadużywania popularnych leków i wyrobów medycznych”;
- „Zapobieganie chorobom”;

- „Profilaktyka chorób psychicznych”;
- „Więcej zagadnień związanych z profilaktyką”;
- „Zdrowie kobiety”;
- „Tematy chorób cywilizacyjnych”;
- „Dbanie o własny komfort i przestrzeń”.

Te wskazania podkreślają szeroki zakres potrzeb w edukacji zdrowotnej, od podstawowej profilaktyki chorób, przez świadomość zdrowotną w kontekście chorób cywilizacyjnych, aż po szczegółowe zagadnienia, takie jak zdrowie sezonowe czy suplementacja. Warto, aby szkoły odpowiadały na te potrzeby poprzez wszechstronne programy edukacyjne.

HIGIENA I ZDROWIE FIZYCZNE

Niespełna 8% respondentów (28 osób) zauważyło brak zajęć poświęconych higienie osobistej oraz zdrowiu fizycznemu. Edukacja w zakresie higieny osobistej oraz zdrowia fizycznego, w tym aktywności ruchowej, odgrywa kluczową rolę w prawidłowym rozwoju młodzieży. Jak zauważa jeden z respondentów (138), w programach szkolnych powinno znaleźć się więcej treści dotyczących m.in. nauki o ciele, dbałości o rozciągliwość stawów, prewencji przeciążeń organizmu, a także wiedzy na temat płci, seksualności, postawy ciała i kultury fizycznej. Istotne byłyby również zagadnienia dotyczące zdrowego trybu życia, takie jak higiena snu, zdrowy relaks czy dieta. Tego typu edukacja mogłaby przyczynić się do lepszego zrozumienia znaczenia dbania o zdrowie fizyczne i psychiczne oraz motywować młodzież do podejmowania świadomych decyzji w tym zakresie.

(138) Brakowało takich treści jak: nauka o własnym ciele, możliwości poszczególnych partii mięśni, dbałości o rozciągliwość stawów z wykluczeniem negatywnych skutków przeciążenia organizmu – nauki o płci i seksualności, wiedzy z zakresu postawy ciała, wiedzy kulturystycznej – dbałości o regularny cykl codzienny, wysypianie się, wiedzy o zdrowym relaksie, przyjmowanie ważnych pokarmów.

W szczególności w okresie dojrzewania młodzi ludzie powinni zdobywać rzetelną wiedzę na temat dbania o ciało i higienę, a także znaczenia regularnej aktywności fizycznej dla zdrowia oraz samopoczucia. Szkoły powinny tworzyć przestrzeń do omawiania zagadnień związanych z higieną, dorastaniem, zdrowym stylem życia oraz aktywnością ruchową, aby wykształcić w uczniach trwałe i pozytywne nawyki.

Zagadnienia wskazane przez respondentów jako kluczowe w omawianym obszarze:

- „Informacje na temat higieny (dbania o strefy intymne) oraz dorastania były często nieprawdziwe, szczególnie temat menstruacji był bardzo stygmatyzowany”;
- „Jak dbać o ciało, o stawy, mięśnie”;
- „Rola sportu w życiu i zdrowe nawyki żywieniowe”;
- „Jak dobrze uprawiać sport, łącznie z dobrą dietą i sposobami na uniknięcie kontuzji”;
- „Zagadnienia związane z niepełnosprawnością fizyczną”;
- „Skutki złego korzystania z rzeczy do makijażu”;
- „Wiedza o postawie ciała”;
- „Dbanie o zdrowie psychiczne w kontekście fizycznym”;
- „Dbanie o kręgosłup”;
- „Wiedza o aktywności fizycznej”;
- „Aktywność fizyczna a system WF w szkołach”.

Respondenci zwrócili uwagę na potrzebę rzetelnych informacji dotyczących higieny osobistej, zwłaszcza w kontekście dorastania i tematyki stygmatyzowanej (menstruacja). Wskazywali również konieczność poszerzenia edukacji w zakresie dbania o ciało, aktywności fizycznej oraz zdrowia psychicznego w kontekście fizycznym. Włączenie tych tematów do programów edukacyjnych może pomóc młodzieży lepiej zadbać o swoje zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne.

SEN I WYPOCZYNEK

Niemal 4% respondentów (14 osób) zwróciło uwagę na potrzebę większego uwzględnienia tematyki snu i odpoczynku w edukacji zdrowotnej. Sen i odpoczynek to podstawowe elementy wpływające na zdrowie fizyczne i psychiczne. Niedobór snu oraz brak odpowiedniej regeneracji mogą prowadzić do pogorszenia zdolności poznawczych, osłabienia układu odpornościowego i zwiększonej podatności na stres. Wprowadzenie zagadnień związanych z higieną snu do programów edukacyjnych ma na celu kształtowanie w młodzieży nawyków sprzyjających regeneracji organizmu oraz równowadze między nauką a wypoczynkiem – takie postulaty pojawiły się w wypowiedziach respondentów, np.:

- „Tematyka zdrowego snu i jego wpływu na zdrowie psychiczne”;
- „Praktyczne wskazówki dotyczące wygospodarowania większej ilości czasu na nocny sen”;
- „Dbanie o regularny cykl codzienny i wysypianie się”.

Zagadnienia takie jak wpływ snu na zdrowie psychiczne, wygospodarowanie czasu na nocny sen czy dbanie o regularny cykl dnia akcentują konieczność uzupełnienia wiedzy, która pomoże młodzieży zarządzać czasem i zadbać o zdrowie, zwłaszcza w kontekście intensyfikacji życia i napływających zewsząd bodźców. Regularny sen ma ogromne znaczenie dla koncentracji, efektywności w nauce, ale również dla ogólnego samopoczucia. Dlatego warto, aby system edukacji poświęcał temu zagadnieniu więcej uwagi, szczególnie w dobie narastającego stresu i presji, z jaką boryka się młodzież.

POZOSTAŁE KATEGORIE

Inne interesujące kwestie zdrowotne wskazało blisko 3% respondentów (10 osób). Zwrócili oni uwagę na znaczenie świadomego podejmowania decyzji oraz umiejętności weryfikowania informacji, co sygnalizuje potrzebę edukacji zdrowotnej, która wykracza poza tradycyjne tematy, uwzględniając złożoność współczesnych wyzwań zdrowotnych i profilaktycznych. Co ciekawe, wśród zagadnień o mniejszym zapotrzebowaniu znalazła się wiedza o uzależnieniach (9 osób). Jedna z wypowiedzi na ten temat została poszerzona:

(235) Kompletnie brakowało mi tematu uzależnień od substancji i zachowań, a był to jawny problem w moim gimnazjum. Nie wiem, czym to było spowodowane, czy nieświadomość nauczycieli, ich poczucie niekompetencji i strachu, czy obawa, że poruszony temat przyniesie odwrotne skutki do zamierzonych.

Współczesna edukacja zdrowotna powinna koncentrować się na interdyscyplinarnym podejściu, uwzględniając zarówno aspekty fizyczne, jak i psychiczne zdrowia. Powielanie mitów oraz brak dostępu do rzetelnych informacji mogą prowadzić do utrwalania błędnych przekonań i negatywnych nawyków zdrowotnych. Wśród zagadnień, które respondenci wskazali jako istotne, ale niewystarczająco obecne w systemie edukacji, znajdują się m.in.:

- „Poszerzanie świadomości uczniów o zdrowiu”;
- „Zaprzestanie powielania mitów na temat zdrowia”;
- „Odejście od przekazywania wiedzy w sposób powtarzalny, oparty na obyczajach i zabobonach”;
- „Wyjaśnienia, dlaczego pewne zachowania są zdrowe lub niezdrowe”;
- „Odejście od nauczania w sposób powierzchowny, bez głębszych wyjaśnień”.

Brak odpowiedniej edukacji zdrowotnej może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, zarówno na poziomie jednostkowym, jak i społecznym. Warto zauważyć, że wśród zagadnień, które respondenci uznali za ważne, ale nieobecne w edukacji, znajdują się także:

- „Edukacja do życia w rodzinie”;
- „Jak weryfikować źródła informacji”;
- „Podstawowe informacje, co należy robić w przypadku zwyczajnych, a nie awaryjnych, problemów zdrowotnych”;
- „Treści na temat podstawowych leków i sposobów na leczenie chorób”;
- „Informacje na temat tego, jak radzić sobie z problemami zdrowotnymi i gdzie szukać pomocy”;
- „Jakich objawów nie bagatelizować”;
- „Pierwsza pomoc”;
- „Jak zachować się przy osobie, która mdleje, jak pomóc cukrzykowi”.

Umiejętność udzielania pierwszej pomocy powinna być jednym z kluczowych elementów edukacji prozdrowotnej. Młodzież powinna zdobyć podstawową wiedzę na temat postępowania w nagłych przypadkach, takich jak omdlenia czy napady cukrzycowe. Edukacja w zakresie pierwszej pomocy zwiększa poczucie bezpieczeństwa w sytuacjach awaryjnych i pozwala młodym ludziom szybko i skutecznie reagować na zagrożenia zdrowotne. Pozostałe, sygnalizowane przez młodzież obszary problemowe wskazują na brak dostępu do podstawowej wiedzy i systemowe zaniedbania w tym zakresie.

BRAK PROBLEMÓW

Wśród respondentów wyodrębniła się niewielka grupa osób (mniej niż 1%), które uznały, że ich edukacja zdrowotna była w pełni satysfakcjonująca i adekwatna do ich potrzeb, np.:

- „Moim zdaniem niczego nie brakowało mi w szkolnej edukacji zdrowotnej”;
- „Żadnych”;
- „Nie brakowało”.

Choć jest to pozytywna obserwacja, stanowi ona wyjątek od ogólnego trendu uwypuklającego liczne deficyty w tej dziedzinie. Takie opinie – o ile zgodne z prawdą – mogą sugerować, że w niektórych przypadkach dostępność i jakość edukacji zdrowotnej w szkołach były odpowiednie, ale należy zauważyć, że te sytuacje są sporadyczne. Istnieje zatem potrzeba dalszej analizy różnic w realizacji programów edukacyjnych w różnych placówkach, aby zrozumieć, dlaczego

niektóre szkoły oferują bardziej kompleksową edukację zdrowotną niż inne. Warto również uwzględnić te doświadczenia w planowaniu działań na rzecz poprawy ogólnej jakości edukacji zdrowotnej w kraju. Choć liczba respondentów, którzy wyrażają zadowolenie z edukacji zdrowotnej, jest marginalna, warto uwzględnić ich opinie w kontekście różnorodnych doświadczeń uczniów, co może pomóc w stworzeniu bardziej spersonalizowanego podejścia do edukacji zdrowotnej w przyszłości.

Podsumowując, edukacja zdrowotna jest kluczowym instrumentem w promowaniu prozdrowotnych zachowań ze względu na korzyści zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym. Działania te mają na celu nie tylko poszerzanie wiedzy młodych ludzi na temat zdrowia, lecz także kształtowanie odpowiedzialnych postaw. Edukacja zdrowotna powinna być więc wszechstronna, obejmując szeroką gamę zagadnień, które odpowiadają na wyzwania współczesnego świata, takie jak zmieniające się zagrożenia zdrowotne czy nowe potrzeby młodzieży w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego.

Działaniami wspierającymi zarówno zachowania prozdrowotne, jak i wartości przypisywane zdrowiu, są działania profilaktyczne związane z edukacją zdrowotną, których celem jest poszerzenie wiedzy wśród osób młodych, dotyczące prozdrowotnych zachowań, odpowiedniego stylu życia oraz sposobów wpływania na własne zdrowie i przeciwdziałaniu chorobie w sferze biologicznej, emocjonalnej i społecznej⁵⁶.

W świetle powyższych ustaleń, całkowity brak edukacji zdrowotnej bądź jej ograniczona obecność w programach nauczania stanowi wyraźny przejaw długoletnich zaniedbań systemu oświaty oraz marginalizacji zdrowia jako istotnej wartości wychowawczej i społecznej. Przytoczone dane wskazują na znaczący problem braku spójnych oraz systemowych rozwiązań w zakresie zapewniania dostępu do edukacji zdrowotnej, która powinna stanowić nieodłączny element programu nauczania. Uzyskane wyniki badań mogą stanowić istotny argument wspierający potrzebę wprowadzenia zmian w systemie oświaty.

⁵⁶ I. Janik, M. Maciejewska, O. Sipak-Szmigiel: *Postrzeganie zdrowia przez młodych dorosłych*. W: *Spoleczne wymiary zdrowia i choroby: od teorii do praktyki*. Red. B. Trzop, K. Walentynowicz-Moryl. Fundacja Obserwatorium Społeczne Inter Alia, Zielona Góra 2017, s. 97.

IV. Korelacje pomiędzy zmiennymi demo-społecznymi, realizacją edukacji zdrowotnej i oceną jej jakości a poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów – weryfikacja hipotez badawczych (Karina Leksy)

Badania przeprowadzone w ostatniej dekadzie jednoznacznie potwierdzają, że kontekst, w jakim jednostka funkcjonuje, wywiera istotny wpływ na efektywność wykorzystania jej umiejętności i kompetencji zdrowotnych w podejmowaniu korzystnych decyzji i działań prozdrowotnych. Nawet osoby dysponujące wysokim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego mogą napotykać trudności w stosowaniu nabytych kompetencji w środowiskach formalnych (np. w szpitalach) lub w interakcjach interpersonalnych z przedstawicielami zawodów medycznych. Stąd też wynika konieczność pogłębionego uwzględniania uwarunkowań społecznych, ekonomicznych i środowiskowych w procesach edukacji i komunikacji zdrowotnej. Okoliczności te w istotny sposób wpływają na skuteczność przyswajania informacji oraz podejmowania decyzji zdrowotnych. W związku z tym rośnie potrzeba opracowywania i wdrażania strategii dydaktycznych oraz komunikacyjnych, które będą minimalizować złożoność przekazu oraz ograniczać sytuacyjne bariery, utrudniające odbiorcom skuteczne korzystanie z dostępnych treści zdrowotnych¹.

Jak wspomniano we wstępie niniejszego opracowania, alfabetyzm zdrowotny obejmuje zespół wiedzy, motywacji oraz umiejętności umożliwiających jednostce pozyskiwanie, rozumienie, ocenę oraz wykorzystywanie informacji dotyczących zdrowia w celu podejmowania świadomych decyzji w codziennym życiu – zarówno w zakresie opieki medycznej, zapobiegania chorobom, jak i promocji zdrowia, z myślą o utrzymaniu bądź poprawie jakości życia. Co istotne, jest to modyfikowalny determinant zdrowia, który nierzadko wiąże się z negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, takimi jak zwiększone koszty opieki zdrowotnej,

¹ D. Nutbeam: *Health education and health promotion revisited*. „Health Education Journal” 2019, vol. 78, no. 6, s. 705–709. <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>.

ograniczenia finansowe, niski poziom wykształcenia czy niższy status społeczny. Alfabetyzm zdrowotny kształtuje się przez całe życie człowieka i podlega wpływom licznych uwarunkowań indywidualnych, społecznych i sytuacyjnych². Zatem analizując społeczne uwarunkowania zdrowia, należy uwzględnić oddziaływanie czynników kulturowych, społecznych oraz środowiskowych. Elementy te kształtowane są przez kontekst społeczny funkcjonowania jednostki i obejmują m.in. normy regulujące interakcje wewnątrz- i międzygrupowe (np. w relacjach rodzinnych czy zawodowych), kulturowe wzorce zachowań, charakterystykę środowiska zamieszkania (np. obszary miejskie lub wiejskie), a także zróżnicowanie wynikające z hierarchii i stratyfikacji społecznej. Elementy te są efektem „dziedzictwa kulturowego, stylu życia obowiązującego w danym społeczeństwie, systemu społeczno-politycznego, hierarchii wartości i norm społecznych obowiązujących w danej kulturze, stwarzających jednostce określone szanse życiowe [...], ale także stawiających przed jednostką określone oczekiwania i zadania”³.

Wśród czynników demograficzno-społecznych, które mogą determinować poziom alfabetyzmu zdrowotnego, można zwrócić uwagę na: wiek, płeć, poziom wykształcenia (zarówno samej jednostki, jak i jej rodziców bądź opiekunów), wykonywany zawód, status społeczno-ekonomiczny, środowisko rodzinne i zawodowe, a także miejsce zamieszkania i pochodzenia, traktowane jako przestrzeń pierwotnej socjalizacji⁴. Zwykle wymienione elementy oddziałują na kształtowanie stylu życia, który z kolei znajduje odzwierciedlenie w codziennych praktykach i zachowaniach zdrowotnych danej osoby.

W kontekście prezentowanych w niniejszym opracowaniu wyników badań przyjęto założenie, że niektóre ze zmiennych demo-społecznych i środowiskowych mogą być powiązane z poziomem alfabetyzmu zdrowotnego. W związku z tym, przeprowadzając analizy statystyczne uzyskanych wyników badań, starano się stwierdzić, na ile wybrane zmienne społeczno-demograficzne, doświadczenie szkolnej edukacji zdrowotnej wraz z subiektywną oceną jej jakości pozostają w relacji do zdiagnozowanego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów.

² K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam et al.: *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. „BMC Public Health” 2012, vol. 12, no. 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.

³ B. Tobiasz-Adamczyk: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 117.

⁴ Por. ibidem, s. 118.

1. Zmienne demo-społeczne a poziom alfabetyzmu zdrowotnego respondentów

W kontekście cech społeczno-demograficznych respondentów analizie statystycznej zostały poddane następujące zmienne: **pleć, wykształcenie rodziców, miejsce pochodzenia, status socjoekonomiczny oraz lokalizacja szkoły podstawowej i ponadpodstawowej respondentów**. Przeprowadzając analizy danych starano się sprawdzić, czy wymienione zmienne niezależne są powiązane z poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów. W przypadku zmiennej niezależnej dychotomicznej (np. płeć) został zastosowany test U Manna-Whitneya, z kolei w odniesieniu do zmiennych niezależnych wielomianowych zastosowano nieparametryczną analizę wariancji – test Kruskala-Wallis.

Wyniki przeprowadzonej analizy statystycznej ujawniły, że istotne statystycznie różnice w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego istnieją jedynie ze względu na **pleć** badanych studentów. Okazało się bowiem, że poziom alfabetyzmu zdrowotnego wykazywał zależność od płci ($p = 0,024$; $r = 0,216$), przy czym był on istotnie statystycznie wyższy w grupie mężczyzn niż wśród kobiet uczestniczących w badaniu (zob. tabela 36).

Tabela 36. Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów a płeć respondentów [$N = 298^5$]

Zmienna niezależna	Płeć	N	Średnia ranga	Z	p	r
Zmienna zależna						
Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów	Kobieta	255	144,86	-2,26	0,024*	0,216
	Mężczyzna	43	177,00			

Źródło: badania własne. Test U Manna-Whitneya; przyjęty poziom istotności * $p < 0,05$; N – liczebność; Z – statystyka; r – współczynnik korelacji Wendta.

⁵ Liczebność próby w tym wypadku wynika z faktu, że w analizie zostali uwzględnieni respondenci, którzy: (i) odpowiedzieli na wszystkie pytania dotyczące poziomu alfabetyzmu zdrowotnego (gdyż ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego stanowił średnią wszystkich odpowiedzi w ramach *itemów* – Zob. Aneks 1, część I kwestionariusza ankiety) oraz (ii) w części metryczkowej zaznaczyli swoją płeć. Liczba $N = 298$ jest zatem wypadkową obu tych elementów. Sytuacja jest analogiczna w przypadku prezentacji dalszych korelacji.

W świetle przeprowadzonej analizy statystycznej należy podkreślić, że dla pozostałych zmiennych niezależnych, takich jak: wykształcenie rodziców (analizowane oddzielnie dla matki i ojca), miejsce pochodzenia, status socjo-ekonomiczny oraz lokalizacja szkoły podstawowej i ponadpodstawowej, nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w zakresie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów⁶. Tym samym jedynie w ograniczonym stopniu potwierdziła się hipoteza badawcza **H1**, zgodnie z którą czynniki demograficzno-społeczne wpływają na poziom alfabetyzmu zdrowotnego młodych dorosłych.

Rezultat ten może uzasadniać obserwowaną tendencję wskazującą na osłabienie znaczenia klasycznych zmiennych demograficznych, takich jak płeć, miejsce zamieszkania czy poziom wykształcenia rodziców, w kształtowaniu świadomości i zachowań zdrowotnych młodego pokolenia. Coraz większą rolę w tym zakresie zdają się odgrywać czynniki o charakterze psychospołecznym, w tym: kapitał społeczny, relacje rówieśnicze oraz wpływ mediów cyfrowych i kultury popularnej. Przykładowo, badania przeprowadzone wśród młodzieży wrocławskiej wykazały, że wyższy poziom kapitału społecznego w lokalnym otoczeniu korelował z większą aktywnością fizyczną, zgodną z zaleceniami zdrowotnymi. Co istotne, respondenci pochodzący z rodzin o niższym statusie materialnym częściej deklarowali abstynencję alkoholową, co może wskazywać, że wyższy poziom dobrobytu niekoniecznie idzie w parze ze zdrowszymi wyborami⁷. Dodatkowo, w warunkach współczesnej mobilności społecznej oraz wszechobecnego dostępu do internetu, również zmienna „miejsce pochodzenia” traci na znaczeniu jako predyktor świadomości zdrowotnej i stylu życia. Jak zauważa B. Hołyst, współczesna wieś charakteryzuje się społeczno-kulturową dysharmonią, która utrudnia formułowanie jednoznacznych wniosków i diagnoz. Obserwuje się przenikanie elementów kultury globalnej przy równoczesnym zachowaniu tradycyjnych struktur życia społeczno-ekonomicznego⁸.

⁶ Uzyskano następujące wartości istotności statystycznej: wykształcenie matki – $p = 0,445$; wykształcenie ojca – $p = 0,592$; miejsce pochodzenia – $p = 0,924$; status socjoekonomiczny – $p = 0,086$; lokalizacja szkoły podstawowej – $p = 0,928$; lokalizacja szkoły ponadpodstawowej – $p = 0,961$.

⁷ A. Augustyn, D. Rutkowski, L. Pac-Pomarnacka: *Zróźnicowanie zachowań zdrowotnych młodzieży na tle warunków życia i percepcji środowiska miejsca zamieszkania*. „Studia Periegetica” 2021, nr 35 (3), s. 41–60. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.6039>.

⁸ B. Hołyst: *Bezpieczeństwo społeczeństwa*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015, s. 413–416.

Zatem w kontekście powyższych ustaleń wydaje się uzasadnione, by współczesne strategie edukacji i promocji zdrowia wykraczały poza ramy klasycznego podejścia zorientowanego na demografię. Należy raczej uwzględnić złożone i dynamiczne uwarunkowania społeczne oraz kulturowe, które kształtują codzienne decyzje zdrowotne młodych ludzi, co może przyczynić się do efektywniejszego kształtowania prozdrowotnych postaw i nawyków.

2. Korelacje pomiędzy realizacją szkolnej edukacji zdrowotnej a poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów

Jednym z najważniejszych celów prezentowanych badań była ocena związku pomiędzy obecnością i realizacją szkolnej edukacji zdrowotnej a poziomem alfabetyzmu zdrowotnego respondentów. W tym celu zastosowano test U Manna-Whitneya oraz przeprowadzono analizę statystyczną – osobno dla szkoły podstawowej i ponadpodstawowej. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że zarówno w kontekście szkoły podstawowej, jak i ponadpodstawowej występują słabe, ale istotne statystycznie różnice w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego studentów w zależności od obecności edukacji zdrowotnej w szkołach na obu poziomach (odpowiednio: $p = 0,021$ i $r = 0,156$ oraz $p = 0,006$ i $r = 0,185$). Wyniki te jednoznacznie wskazują, że wyższy poziom ogólnego alfabetyzmu zdrowotnego prezentowali respondenci uczęszczający do tych szkół, w których realizowana była edukacja zdrowotna (zob. tabele 37 i 38).

Tabela 37. Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów a realizacja treści z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej [$N = 341$]

Zmienna niezależna	Obecność edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej	N	Średnia ranga	Z	p	r
Zmienna zależna	Tak	108	189,13	-2,31	0,021*	0,156
	Nie	233	162,60			

Źródło: badania własne. Test U Manna-Whitneya; przyjęty poziom istotności * $p < 0,05$.

Tabela 38. Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów a realizacja treści z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej [$N = 324$]

Zmienna niezależna	Obecność edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej	N	Średnia ranga	Z	p	r
Zmienna zależna						
Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów	Tak	112	182,11	-2,73	0,006*	0,185
	Nie	212	152,14			

Źródło: badania własne. Test U Manna-Whitneya; przyjęty poziom istotności * $p < 0,05$.

Ze względu na to, że w skład wykorzystanej w badaniach własnych skali alfabetyzmu zdrowotnego wchodziło pięć podskal, dokonując analizy statystycznej uzyskanych wyników, starano się także sprawdzić, czy występują statystycznie istotne różnice w odniesieniu do każdej z podskal w zależności od obecności edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Uzyskane w tym względzie wyniki wskazują, że na poziomie szkoły podstawowej występują istotne statystycznie różnice dla dwóch podskal HL: II – *Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie* i IV – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia* (odpowiednio: $p = 0,005$; $r = 0,138$ i $p = 0,021$; $r = 0,129$). Warto także zwrócić uwagę, że w przypadku podskali I – *Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia* i III – *Aktywne dbanie o swoje zdrowie* występuje tendencja do różnic ($p = 0,065$; $r = 0,096$ dla podskali I oraz $p = 0,074$; $r = 0,091$ dla podskali III). Średnie rangi wskazują, że we wszystkich powyżej opisanych przypadkach, wyższy poziom alfabetyzmu zdrowotnego odnoszący się do podskal: I, II, III i IV prezentowali respondenci deklarujący obecność edukacji zdrowotnej na poziomie szkoły podstawowej. Jedynie w kontekście ostatniej z podskal – V – *Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia* – analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic z perspektywy realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej na poziomie szkoły podstawowej (zob. tabela 39).

Z kolei w przypadku edukacji zdrowotnej w szkołach ponadpodstawowych istotne statystycznie różnice stwierdzono dla podskali I – *Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia* i II – *Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie* (odpowiednio $p = 0,016$; $r = 0,126$ oraz $p = 0,003$; $r = 0,147$). W przypadku podskali III – *Aktywne dbanie o swoje zdrowie*

występuje tendencja do różnic na granicy z istotnością statystyczną ($p = 0,054$; $r = 0,100$). Wyniki średnich rang wskazują, że poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów w wymienionych podskalach był wyższy wśród tych respondentów, którzy deklarowali obecność w szkole zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej. W odniesieniu do podskali IV – *Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia* i V – *Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia* analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic w zakresie wskazanych podskal poziomu alfabetyzmu zdrowotnego (zob. tabela 40).

Tabela 39. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów w poszczególnych podskalach a obecność edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej

Zmienna niezależna Zmienna zależna	Obecność edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej	N	Średnia ranga	Statystyka Z	p	Siła zależności (r)
Podskala I – Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia	Tak	179	309,12	-1,84	0,065 (tend.)	0,096
	Nie	400	281,45			
Podskala II – Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie	Tak	197	345,92	-2,79	0,005*	0,138
	Nie	434	302,42			
Podskala III – Aktywne dbanie o swoje zdrowie	Tak	185	316,11	-1,78	0,074 (tend.)	0,091
	Nie	409	289,08			
Podskala IV – Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia	Tak	155	270,45	-2,31	0,021*	0,129
	Nie	341	238,52			
Podskala V – Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia	Tak	153	275,23	-1,34	0,178	–
	Nie	369	255,81			

Źródło: badania własne. Test U Manna-Whitneya; przyjęty poziom istotności * $p < 0,05$.

Tabela 40. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów w poszczególnych podskalach a obecność edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej

Zmienna niezależna Zmienna zależna	Obecność edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej	N	Średnia ranga	Statystyka Z	p	Siła zależności (r)
Podskala I – Po- czucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia	Tak	180	296,60	-2,40	0,016*	0,126
	Nie	366	262,14			
Podskala II – Po- siadanie wystarcza- jących informacji, jak dbać o zdrowie	Tak	199	322,47	-2,93	0,003*	0,147
	Nie	388	279,40			
Podskala III – Ak- tywne dbanie o swoje zdrowie	Tak	188	295,18	-1,92	0,054 (tend.)	0,100
	Nie	365	267,64			
Podskala IV – Wsparcie społeczne w kontekście zdrowia	Tak	154	244,18	-1,08	0,276	-
	Nie	314	229,75			
Podskala V – Ocena informacji pochodzą- cych z różnych źródeł dotyczących zdrowia	Tak	163	258,82	-1,47	0,139	-
	Nie	327	238,86			

Źródło: badania własne. Test U Manna-Whitneya; przyjęty poziom istotności * $p < 0,05$.

Na podstawie uzyskanych wyników badań, można stwierdzić, że w całości została potwierdzona hipoteza **H2** mówiąca o tym, że poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów jest powiązany z obecnością edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Respondenci, którzy doświadczyli edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej, wykazywali się wyższym poziomem alfabetyzmu zdrowotnego. Można zatem wysunąć tezę, że edukacja zdrowotna w szkole jest skutecznym narzędziem w podnoszeniu poziomu alfabetyzmu zdrowotnego, co w ostateczności będzie przekładać się na lepsze decyzje zdrowotne i ogólną poprawę zdrowia całego społeczeństwa.

3. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów a ocena jakości realizowanej edukacji zdrowotnej

Przeprowadzając analizy statystyczne uzyskanych danych badawczych starano się także sprawdzić, czy ocena jakości realizowanej w szkole edukacji zdrowotnej (w kontekście jej *skuteczności, praktycznej użyteczności, realizowanej tematyki i atrakcyjności dla ucznia*) ma związek z poziomem alfabetyzmu zdrowotnego respondentów. W tym przypadku celem sprawdzenia występowania zależności stosowano współczynnik korelacji τ Kendalla. Uzyskane w tym zakresie wyniki wskazują jednoznacznie, że wszystkie poddane ocenie i analizie statystycznej wskaźniki jakości szkolnej edukacji zdrowotnej były dodatnio powiązane z ogólnym poziomem alfabetyzmu zdrowotnego respondentów. Oznacza to, że im wyższa ocena każdego z wymiarów jakości edukacji zdrowotnej, zarówno na poziomie szkoły podstawowej, jak i ponadpodstawowej, tym wyższy poziom alfabetyzmu zdrowotnego (zob. tabela 41). Analizując szczegółowo uzyskane wyniki, w przypadku oceny **skuteczności** mówiącej m.in. o tym, że badani nabyli wiedzę i umiejętności, które sprzyjają dbałości o zdrowie oraz dokonywaniu prozdrowotnych wyborów stwierdzono występowanie istotnej statystycznej korelacji zarówno na poziomie szkoły podstawowej, jak i ponadpodstawowej (odpowiednio: $p < 0,001$; $\tau = 0,281$ i $p < 0,001$; $\tau = 0,282$). W odniesieniu do kolejnego elementu oceny edukacji zdrowotnej – **praktycznej użyteczności**, która oznaczała, że badani studenci wykorzystują aktualnie nabytą w szkole wiedzę o zdrowiu, również występował istotny statystycznie związek z poziomem alfabetyzmu zdrowotnego respondentów na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej (odpowiednio: $p < 0,001$; $\tau = 0,298$ i $p < 0,001$; $\tau = 0,279$). Biorąc pod uwagę kwestię **podejmowanej tematyki**, czyli uwzględnianie w edukacji zdrowotnej różnorodnej, interdyscyplinarnej tematyki, także zaobserwowano istotną statystycznie korelację z poziomem alfabetyzmu zdrowotnego bez względu na poziom szkolnej edukacji (szkoła podstawowa $p < 0,001$; $\tau = 0,290$ i ponadpodstawowa $p < 0,001$; $\tau = 0,264$). Z kolei z punktu widzenia **atrakcyjności zajęć** z zakresu edukacji zdrowotnej oznaczającej m.in. aktywizację uczniów (element, który został przez badanych studentów oceniony najniżej) uzyskane wyniki korelacji pozwalają stwierdzić, że element ten miał największe znaczenie dla poziomu alfabetyzmu zdrowotnego, szczególnie w przypadku oceny atrakcyjności edukacji zdrowotnej na poziomie szkoły podstawowej ($p < 0,001$; $\tau = 0,301$; szkoła ponadpodstawowa – $p < 0,001$; $\tau = 0,295$).

Tabela 41. Wyniki dla współczynnika korelacji τ Kendalla pomiędzy oceną szkolnej edukacji zdrowotnej a ogólnym poziomem alfabetyzmu zdrowotnego respondentów

Wyszczególnienie	Szkoła podstawowa		Szkoła ponadpodstawowa	
	p	Wartość współczynnika korelacji τ Kendalla	p	Wartość współczynnika korelacji τ Kendalla
Skuteczność (nabyłam/łem wiedzę i umiejętności, które sprzyjają dbałości o moje zdrowie; potrafię dokonywać prozdrowotnych wyborów)	p < 0,001	0,281*	p < 0,001	0,282*
Użyteczność (aktualnie wykorzystuję nabytą w szkole wiedzę o zdrowiu)	p < 0,001	0,298*	p < 0,001	0,279*
Tematyka (aktualnie wykorzystuję nabytą w szkole wiedzę o zdrowiu)	p < 0,001	0,290*	p < 0,001	0,264*
Atrakcyjność (np. omawianie zagadnień w interesujący sposób; przekazywanie wiedzy poprzez aktywizację uczniów)	p < 0,001	0,301*	p < 0,001	0,295*

Źródło: badania własne. Przyjęty poziom istotności *p < 0,001.

W świetle uzyskanych wyników badań, hipoteza **H₃**, zakładająca istnienie związku pomiędzy poziomem alfabetyzmu zdrowotnego studentów a ich oceną skuteczności, praktycznej użyteczności, realizowanej tematyki oraz atrakcyjności zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej została potwierdzona w całości. Wyższa ocena jakości szkolnej edukacji zdrowotnej korelował pozytywnie z poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów. Wyniki te nabierają szczególnego znaczenia w kontekście danych pochodzących z analiz diagnostycznych, które wskazują na niską ocenę jakości edukacji zdrowotnej doświadczanej przez studentów, zwłaszcza w odniesieniu do jej praktycznej użyteczności, adekwatności tematycznej oraz atrakcyjności. Ustalenia te stanowią istotną wskazówkę dla przyszłych realizatorów programów edukacji zdrowotnej, ukierunkowując ich działania na zwiększenie efektywności dydaktycznej oraz wzmocnienie pozytywnego wpływu edukacji zdrowotnej na zdrowie i jakość życia jej odbiorców.

Wnioski i rekomendacje dla praktyki edukacyjnej (Karina Leksy, Joanna Nawój-Połoczańska, Agnieszka Skowrońska-Pućka)

Jak zwraca uwagę D. Nutbeam, wprowadzenie koncepcji alfabetyzmu zdrowotnego na przestrzeni ostatnich dwóch dekad znacząco przyczyniło się do zatarcia granic pomiędzy edukacją zdrowotną a promocją zdrowia. Alfabetyzm zdrowotny od dawna postrzegany jest jako logiczny i mierzalny rezultat procesów edukacyjnych w zakresie zdrowia, który harmonijnie wpisuje się w szeroką perspektywę promocji zdrowia. Pomimo że definicje tego pojęcia były formułowane w różnorodny sposób, jego istotą pozostaje zestaw możliwych do zaobserwowania kompetencji, które mogą być rozwijane i doskonalone dzięki skutecznej komunikacji oraz edukacji. Kompetencje te mogą przyjmować formę tzw. komunikacji zadaniowej, skoncentrowanej na nabywaniu umiejętności związanych z zarządzaniem konkretnymi działaniami zdrowotnymi (np. przestrzeganie zaleceń lekarskich, modyfikacja zachowań zdrowotnych), jak również komunikacji opartej na kompetencjach ogólnych. W tym drugim ujęciu działania edukacyjne ukierunkowane są na rozwój uniwersalnych, transferowalnych umiejętności, które umożliwiają jednostkom podejmowanie bardziej autonomicznych i świadomych decyzji zdrowotnych oraz adaptację do dynamicznie zmieniających się warunków życia i zdrowia⁹.

Pojmowanie alfabetyzmu zdrowotnego jako efektu procesu uczenia się, wraz z identyfikacją jego kluczowych komponentów, ma istotne znaczenie z trzech zasadniczych powodów. Po pierwsze szkoła pełni przede wszystkim funkcję instytucji edukacyjnej, której działalność ukierunkowana jest na realizację celów dydaktycznych i osiągnięcie określonych efektów kształcenia. Po drugie precyzyjne zdefiniowanie podstawowych elementów kompetencji w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego umożliwia nauczycielom formułowanie celów nauczania oraz planowanie takich warunków dydaktycznych, które sprzyjają rozwijaniu tych umiejętności. Po trzecie jasna struktura tych komponentów ułatwia ocenę stopnia realizacji założonych celów edukacyjnych. W związku z tym nauczyciel, projektując proces dydaktyczny ukierunkowany na rozwój alfabetyzmu zdrowotnego, powinien uwzględnić w szczególności trzy aspekty:

⁹ D. Nutbeam: *Health education and health promotion revisited*. „Health Education Journal” 2019, vol. 78, no. 6, s. 705–709. <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>.

swoją własną rolę jako edukatora, aktywną rolę ucznia w procesie uczenia się oraz charakter przekazywanej wiedzy¹⁰.

Alfabetyzm zdrowotny jest determinowany przez szerokie spektrum czynników, obejmujących zarówno zmienne społeczno-demograficzne i ekonomiczne, jak również elementy związane z dostępem do informacji, technologiami cyfrowymi i systemami komunikacji. Wszystkie te komponenty kształtują zdolność jednostki do efektywnego pozyskiwania, przetwarzania, rozumienia i stosowania informacji zdrowotnych w celu utrzymania i poprawy zdrowia. Z uwagi na złożony charakter uwarunkowań alfabetyzmu zdrowotnego, w ramach przeprowadzonych badań uwzględniono szczególnie istotny – z perspektywy funkcjonowania polskiego systemu edukacji – czynnik, jakim jest edukacja zdrowotna realizowana na etapie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej. Edukacja ta jest integrowana z treściami kilku przedmiotów ogólnokształcących, przy czym kluczową rolę w jej zakresie odgrywa wychowanie fizyczne, pełniące funkcję przedmiotu wiodącego w kontekście kształtowania kompetencji zdrowotnych uczniów¹¹. Przeprowadzone badania miały częściowo charakter badań retrospektywnych, w ramach których badani studenci sięgali pamięcią do lat szkolnych i doświadczeń związanych z realizacją edukacji zdrowotnej. Jednak od początku założeniem zaprojektowanych i zrealizowanych badań było powiązanie tych doświadczeń z aktualnym poziomem alfabetyzmu zdrowotnego zdiagnozowanym za pośrednictwem standaryzowanego kwestionariusza HLQ. W związku z przeprowadzeniem badań, analizą uzyskanych danych oraz ich interpretacją, sformułowano następujące wnioski:

Wnioski wypływające z pytań diagnostycznych:

1. Badanych studentów charakteryzuje wysoki poziom ogólnego alfabetyzmu zdrowotnego (śr. = 2,79), chociaż biorąc pod uwagę przyjętą w narzędziu skalę 1–4, przy punkcie „odcięcia” 2,6 – wynik ten jest niemal na granicy pomiędzy niskim a wysokim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego. W kontekście poszczególnych podskal (tj. *Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia; Posiadanie wystarczających informacji, jak dbać o zdrowie; Aktywne dbanie o swoje zdrowie; Wsparcie społeczne w kontekście*

¹⁰ L. Paakkari, O. Paakkari: *Health literacy as a learning outcome in schools*. „Journal of Health Education” 2012, vol. 112, no. 2, s. 133–152. <https://doi.org/1108/09654281211203411>.

¹¹ Zob. K. Leksy: *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej. Wybrane aspekty zdrowotne i pedagogiczne*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020, Aneks, s. 241–251.

zdrowia; Ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia), alfabetyzm zdrowotny studentów wahał się w granicach średnich wartości od 2,65 do 3,01. Respondenci uzyskali najwyższe wyniki w podskali IV – *Wsparcie społeczne dla zdrowia*, a najniższe w podskali I – *Poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia*.

2. Wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów wskazują na marginalny zakres realizacji edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych. Jedynie nieco ponad jedna trzecia badanych zadeklarowała, że temat ten był podejmowany w placówkach, do których uczęszczali, przy czym zajęcia miały charakter incydentalny – najczęściej odbywały się rzadziej niż raz w miesiącu, co świadczy o braku systematyczności i spójnego programu edukacyjnego. Dodatkowo treści z zakresu edukacji zdrowotnej były rozproszone w ramach kilku przedmiotów, co mogło powodować ich niską efektywność.
3. Badani nisko ocenili jakość realizowanej w szkołach edukacji zdrowotnej. W kontekście skuteczności tylko nieco ponad 1/3 badanych wysoko lub bardzo wysoko oceniło skuteczność edukacji zdrowotnej. Z kolei w odniesieniu do praktycznej użyteczności, blisko 40% osób biorących udział w badaniu bardzo nisko oceniło ten wymiar doświadczonej edukacji zdrowotnej. Jedynie niespełna 30% badanych zaakcentowała różnorodność podejmowanej w jej ramach problematyki w szkole podstawowej. Nieco więcej badanych (niespełna 35%), taką różnorodność tematyczną zauważa na etapie szkoły ponadpodstawowej. Szkolna edukacja zdrowotna została najniżej oceniona przez respondentów w kontekście atrakcyjności dla ucznia. Aż 51,5% badanych uznała zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej realizowane w szkole podstawowej za nieatrakcyjne dla ucznia. Podobne oceny dotyczyły edukacji zdrowotnej realizowanej na etapie szkoły ponadpodstawowej – za nieatrakcyjną z punktu widzenia ucznia uznało ją aż 41,2%.
4. W odniesieniu do innych, pozaszkolnych źródeł edukacji i socjalizacji zdrowotnej w ocenie respondentów najważniejszym i najczęściej wskazywanym źródłem wiedzy o zdrowiu poza szkołą byli rodzice/opiekunowie – aż 60,5% badanych wskazało na domową, nieformalną edukację zdrowotną jako kluczowy czynnik kształtujący ich wiedzę i umiejętności zdrowotne. Pozostałe, znacznie rzadziej wskazywane przez badanych studentów źródła edukacji zdrowotnej to: treningi sportowe – 27,1%; kolonie/obozy – 12,8%; koła zainteresowań – 7,5%.

5. Aż 61,4% badanych studentów oceniło, że szkolna edukacja zdrowotna nie zdeterminowała ich poziomu wiedzy i umiejętności związanych z dbałością o zdrowie. Jednocześnie aż 72% badanych uznało, że kluczową rolę w zakresie kształtowania ich aktualnej wiedzy i umiejętności zdrowotnych odegrała pozaszkolna edukacja (np. domowa).
6. Treści przekazywane w ramach tych działań miały najczęściej charakter konwencjonalny, ograniczający się do zagadnień związanych ze zdrowym odżywianiem, aktywnością fizyczną oraz zapobieganiem uzależnieniom od substancji psychoaktywnych. Znacznie rzadziej poruszano bardziej złożone i współcześnie istotne kwestie, takie jak uzależnienia behawioralne, ryzykowne zachowania zdrowotne (w tym te dotyczące postrzegania i modyfikacji wyglądu ciała) czy zdrowie seksualne i prokreacyjne.
7. Na szczególne podkreślenie zasługuje ograniczona obecność treści dotyczących zdrowia psychicznego – zwłaszcza w edukacji wczesnoszkolnej i na poziomie szkoły podstawowej – co należy ocenić jako poważne niedopatrzenie w kontekście rosnących trudności emocjonalnych i psychicznych obserwowanych wśród dzieci i młodzieży. Brak odpowiedniej reakcji edukacyjnej na te potrzeby stanowi istotne wyzwanie dla systemu oświaty i wymaga pilnych działań w zakresie integracji nowoczesnych, adekwatnych treści.

Wnioski wypływające z pytań weryfikacyjnych:

1. Zmienne demograficzno-społeczne w niewielkim stopniu różnicują poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów. Jediną zmienną, która istotnie statystycznie różnicowała alfabetyzm zdrowotny badanych była płeć. Przeprowadzone w tym zakresie analizy wykazały, że poziom alfabetyzmu zdrowotnego był istotnie statystycznie wyższy wśród badanych mężczyzn.
2. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów jest powiązany z obecnością edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. Respondenci, którzy doświadczyli edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej wykazywali się wyższym poziomem alfabetyzmu zdrowotnego.
3. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów jest powiązany z oceną skuteczności, praktycznej użyteczności, realizowanej tematyki oraz atrakcyjności dla ucznia. Wyższa ocena jakości szkolnej edukacji zdrowotnej korelowała pozytywnie z poziomem alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów.

W świetle przedstawionych wyników badań można jednoznacznie stwierdzić, że edukacja zdrowotna, jej rzetelna realizacja i wysoka jakość są istotnymi determinantami poziomu alfabetyzmu zdrowotnego. Jednocześnie można przypuszczać, że zidentyfikowane deficyty w realizacji edukacji zdrowotnej są konsekwencją braku wyodrębnionego przedmiotu poświęconego zdrowiu i jego promocji. Na lekcjach wychowania fizycznego, nie realizuje się treści z zakresu edukacji zdrowotnej pojmowanej w sposób interdyscyplinarny i całościowy. Nie jest to zarzut wobec samego przedmiotu – aktywność fizyczna stanowi bowiem ważny element przeciwdziałania negatywnym skutkom siedzącego trybu życia uczniów i bezsprzecznie stanowi element zdrowego stylu życia. Odnosząc się do tej kwestii, należy raczej podkreślić istniejące ograniczenia systemowe oraz niewystarczające możliwości realizacji edukacji zdrowotnej w ujęciu holistycznym w ramach zajęć wychowania fizycznego. Dodatkową przeszkodą w skutecznej realizacji edukacji zdrowotnej wydaje się być postawa samych nauczycieli oraz dyrektorów szkół, dla których promocja zdrowia nie zawsze jest kwestią priorytetową. Warto także zauważyć, że niedostatki systemowe w zakresie edukacji zdrowotnej mają charakter długotrwały, co potwierdzają wyniki badań prowadzonych przez A. Gawęł¹², dotyczących zasobów zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej w kontekście środowiska szkolnego. Badani uczniowie najwyższą wartość przypisywali służbie zdrowia, marginalizując przy tym znaczenie czynników środowiskowych w kształtowaniu własnego zdrowia. Co istotne, wyniki badań nie wykazały zależności pomiędzy oceną działalności wychowawczo-profilaktycznej szkół a przekonaniami młodzieży dotyczącymi możliwości wpływu na własne zdrowie. Wpływ środowiska szkolnego uwidaczniał się wyłącznie w aspekcie emocjonalnym postaw wobec zdrowia, jednak – jak zauważa autorka – nie przekładał się na trwałe przekonania o roli stylu życia i warunków środowiskowych jako determinant zdrowia. A. Gawęł stwierdza, że chociaż wysoka ranga przypisywana zdrowiu może sprzyjać edukacji zdrowotnej realizowanej w ramach poszczególnych przedmiotów, to nie zastępuje ona systematycznego i celowego kształcenia w tym zakresie¹³.

W kontekście zaprezentowanych w niniejszej monografii wyników przeprowadzonych badań, jak również niepokojących wskaźników dotyczących zdrowia i samopoczucia dzieci, młodzieży i osób w okresie wczesnej dorosłości, konieczne

¹² A. Gawęł: *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 246.

¹³ Ibidem, s. 246.

jest wprowadzenie systematycznej, wielowymiarowej edukacji zdrowotnej w postaci odrębnego przedmiotu nauczania. Aby edukacja ta była skuteczna, powinna być realizowana w sposób systematyczny, ze spiralnym układem treści i z zastosowaniem aktywizujących metod dydaktycznych. Niezwykle ważne jest także uwzględnienie podejścia partycypacyjnego oraz dostosowanie treści do aktualnych problemów i zjawisk związanych ze zdrowiem. W szczególności należy uwzględnić zjawiska społeczno-kulturowe (w tym popkulturowe), które mają istotny wpływ na kształtowanie świadomości zdrowotnej i stylu życia młodych ludzi¹⁴.

L. Paakkari i O. Paakkari postulują, aby alfabetyzm zdrowotny, rozumiany jako rezultat procesu edukacji szkolnej, był ujmowany jako konstrukt złożony z pięciu zasadniczych komponentów: wiedzy teoretycznej, umiejętności praktycznych, zdolności krytycznego myślenia, samoświadomości oraz postaw obywatelskich. Elementy te, choć wyodrębnione dla celów analitycznych, w rzeczywistości wykazują znaczny stopień wzajemnego przenikania się, co sprawia, że ich jednoznaczne oddzielenie ma charakter częściowo konwencjonalny¹⁵.

- I. **Wiedza teoretyczna** – kompleksowa edukacja zdrowotna powinna obejmować zasady, teorie oraz modele koncepcyjne odnoszące się do różnorodnych zjawisk związanych ze zdrowiem. Wiedza teoretyczna pełni w tym kontekście istotną rolę, umożliwiając uczniom pogłębione rozumienie problematyki zdrowotnej oraz dostrzeganie relacji i zależności pomiędzy różnymi aspektami zdrowia. Choć sama wiedza teoretyczna rzadko stanowi wystarczający bodziec do podjęcia działań prozdrowotnych lub zmiany zachowań zdrowotnych, to jednak jest ona fundamentalnym elementem, stanowiącym podstawę dla rozwijania pozostałych komponentów alfabetyzmu zdrowotnego¹⁶.
- II. **Umiejętności praktyczne** – stanowią drugi kluczowy komponent alfabetyzmu zdrowotnego, obejmując zestaw podstawowych kompetencji, które uczniowie powinni opanować, aby podejmować działania sprzyjające zdrowiu. Do umiejętności tych zalicza się m.in. dbanie o higienę osobistą, przestrzeganie zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym, orientowanie się w systemie opieki zdrowotnej, aktywne poszukiwanie informacji o zdrowiu,

¹⁴ K. Leksy: *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej...*

¹⁵ L. Paakkari, O. Paakkari: *Health literacy as a learning outcome in schools*. „Journal of Health Education” 2012, vol. 112, no. 2, s. 133–152. <https://doi.org/1108/09654281211203411>.

¹⁶ Ibidem.

udzielanie pierwszej pomocy, a także skuteczne komunikowanie swoich myśli i idei. Praktyczna wiedza zdrowotna, oparta głównie na doświadczeniu, jest silnie zakorzeniona w codziennych działaniach i kontekstach życiowych. W sytuacjach, gdy umiejętności te stają się elementem codziennych nawyków, mogą przyjmować formę wiedzy ukrytej – intuicyjnej, trudnej do werbalizacji, lecz skutecznie kierującej zachowaniem jednostki. Wiele praktyk zdrowotnych wynika z procesów socjalizacyjnych i kulturowych, a osoby je stosujące często nie są w pełni świadome mechanizmów leżących u ich podstaw. W tym ujęciu umiejętności praktyczne można interpretować jako zdolność do operacjonalizacji wiedzy teoretycznej, czyli jej skutecznego zastosowania w konkretnym działaniu.

- III. Zdolność krytycznego myślenia** – to trzeci fundamentalny komponent alfabetyzmu zdrowotnego i odnosi się do zdolności uczniów do podejmowania refleksyjnego, dociekliwego i analitycznego podejścia wobec rzeczywistości zdrowotnej. Obejmuje ono skłonność do głębokiego rozumienia złożonych problemów zdrowotnych, umiejętność ich interpretacji w różnych kontekstach oraz potencjalne generowanie nowych idei czy rozwiązań. Kompetencje w zakresie myślenia krytycznego są kluczowe dla aktywnej partycypacji uczniów w życiu społecznym jako świadomych i odpowiedzialnych obywateli. Myślenie krytyczne wiąże się również z umiejętnością rozróżniania czynników wspierających zdrowie od tych, które je osłabiają. Ze względu na dynamiczny charakter wiedzy zdrowotnej – ulegającej ciągłym przemianom i wielowymiarowej z natury – konieczne jest rozpatrywanie informacji z różnych perspektyw kulturowych, społecznych i naukowych. Współczesne środowisko informacyjne dostarcza uczniom licznych, często niespójnych komunikatów na temat zdrowia, dlatego też krytyczna analiza tych treści jest niezbędna, by uniknąć uproszczonego lub zniekształconego obrazu zagadnień zdrowotnych. W ramach edukacji szkolnej uczniowie powinni nabywać umiejętności oceny wiarygodności źródeł wiedzy poprzez analizę intencji nadawcy, zastosowanych środków perswazyjnych, reprezentowanych ideologii oraz zgodności przekazu z aktualnym stanem wiedzy naukowej. Tego typu refleksyjne podejście jest szczególnie istotne w kontekście istnienia grup interesu, które – z uwagi na wartość rynkową zdrowia – mogą prezentować zmanipulowane lub niepełne informacje. Dzięki rozwiniętemu myśleniu krytycznemu uczniowie są w stanie dokonywać rozróżnienia pomiędzy faktami a opiniami, oceniać

wiarygodność argumentów, dostrzegać związki przyczynowo-skutkowe, formułować logiczne wnioski i generalizacje oraz podejmować świadome decyzje zdrowotne. W efekcie myślenie krytyczne umożliwia im nie tylko skuteczne zarządzanie nadmiarem informacji, lecz także przejście nad nimi poznawczej kontroli. Warto podkreślić, że skuteczne myślenie krytyczne wymaga solidnych podstaw w postaci wiedzy teoretycznej, która pozwala interpretować komunikaty zdrowotne w różnych kontekstach i dostrzegać potencjalne braki lub uproszczenia. Ponadto niezbędne są odpowiednie umiejętności praktyczne – takie jak wyszukiwanie rzetelnych źródeł czy korzystanie z oryginalnych opracowań naukowych – które wspierają proces analizy i oceny informacji zdrowotnej.

- IV. Samoświadomość** – stanowi istotny komponent alfabetyzmu zdrowotnego odnoszący się do zdolności jednostki do autorefleksji, czyli do analizowania i oceny własnych myśli, emocji oraz zachowań. W kontekście edukacji zdrowotnej warto wyróżnić dwa typy autorefleksji: refleksję ogólną, dotyczącą tożsamości i funkcjonowania jednostki jako osoby, oraz refleksję związaną z uczeniem się, koncentrującą się na roli ucznia jako podmiotu aktywnie konstruującego wiedzę. Samoświadomość w ujęciu ogólnym obejmuje umiejętność identyfikowania i rozumienia własnych emocji, potrzeb, motywacji, wartości, postaw oraz doświadczeń, a także ich wpływu na zachowania prozdrowotne. Włącza się w to również zdolność rozpoznawania zarówno mocnych, jak i słabych stron, a także interpretowania sygnałów wysyłanych przez ciało – zarówno fizjologicznych, jak i psychicznych. Samoświadomość umożliwia ponadto osobiste odnoszenie się do zagadnień zdrowotnych poprzez analizę własnych przekonań, nawyków oraz uwarunkowań leżących u podstaw określonych sposobów myślenia i działania. Dzięki rozwijaniu samoświadomości uczniowie zyskują możliwość nadawania indywidualnego znaczenia kwestiom zdrowotnym, co sprzyja ich wewnętrznemu zaangażowaniu i autonomii w podejmowaniu decyzji. Refleksja nad sobą może także ujawniać nieuświadomione wcześniej schematy postępowania – uczniowie stają się wówczas zdolni do rozróżniania między własnymi pragnieniami a oczekiwaniami ze strony otoczenia społecznego, takiego jak rodzina czy rówieśnicy. Tego rodzaju wewnętrzne zrównoważenie umożliwia im wzmocnienie poczucia sprawczości oraz rozwój indywidualnego systemu wartości. W efekcie samoświadomość wspiera zarówno rozwój krytycznego myślenia, jak

i zdolność do samodzielnego definiowania zdrowotnych priorytetów oraz celów życiowych.

- V. Postawa obywatelska** – rozumiana jako zdolność do etycznie odpowiedzialnego działania oraz podejmowania społecznej odpowiedzialności, stanowi piąty zasadniczy komponent alfabetyzmu zdrowotnego. Jej obecność w modelu kompetencji zdrowotnych akcentuje konieczność kształtowania u uczniów świadomości ich praw i obowiązków, a także refleksji nad wpływem własnych przekonań i działań na innych ludzi oraz na funkcjonowanie szerszych struktur społecznych i środowiskowych. Kompetencja ta zakłada, że uczniowie potrafią wyjść poza własną perspektywę i dostrzegać znaczenie problemów zdrowotnych z punktu widzenia dobra wspólnego. Obejmuje to m.in. zdolność rozumienia, co określone grupy społeczne – bądź społeczeństwo jako całość – uznają za istotne w obszarze zdrowia oraz jakie działania mogą zostać podjęte w celu poprawy dobrostanu jednostkowego i zbiorowego. Innymi słowy, postawa obywatelska w kontekście alfabetyzmu zdrowotnego odwołuje się do kompetencji funkcjonowania w relacji z innymi, do rozpoznawania i respektowania różnych punktów widzenia oraz do działania z uwzględnieniem dobra wspólnego. Wszystkie te elementy odnoszą się do etycznej perspektywy odpowiedzialności społecznej i są niezbędne, jeśli uczniowie mają aktywnie uczestniczyć w działaniach prozdrowotnych na różnych poziomach – od osobistych strategii zdrowotnych po inicjatywy o charakterze organizacyjnym czy społecznym. W tym ujęciu postawa obywatelska wzmacnia argumentację, zgodnie z którą alfabetyzm zdrowotny należy postrzegać nie tylko jako osobistą umiejętność, lecz także jako kluczowy zasób wspierający zdrowie zbiorowe, umożliwiający jednostkom i społecznościom pełniejsze uczestnictwo w kształtowaniu środowisk sprzyjających zdrowiu oraz w działaniach wspierających i promujących dobro wspólne.

Jak zauważa D. Nutbeam, pomimo upływu czasu oraz istotnych przemian społecznych i technologicznych, wiele problemów związanych z realizacją edukacji zdrowotnej pozostaje nadal aktualnych. Szczególnie istotny wpływ na ten obszar wywiera intensywny rozwój technologii cyfrowych, który zasadniczo zmienił charakter kanałów komunikacji, prowadząc do zwiększenia złożoności oraz konkurencyjności rynku informacji zdrowotnych. Wobec tych zmian konieczne staje się ciągle dostosowywanie zarówno treści edukacyjnych, jak i metod ich przekazu, tak aby wspierały odbiorców w efektywnym poruszaniu

się pośród wielości, a często również sprzecznych komunikatów zdrowotnych. Jednocześnie edukacja zdrowotna powinna umożliwiać jednostkom aktywne uczestnictwo w procesach kształtowania społecznych i ekonomicznych determinant zdrowia oraz skuteczne reagowanie na indywidualne zagrożenia zdrowotne. Nowoczesna edukacja zdrowotna powinna być także ukierunkowana na kształtowanie u uczniów kompetencji umożliwiających samodzielne i świadome podejmowanie decyzji zdrowotnych w dość szybko zmieniających się okolicznościach codziennego życia. Tego rodzaju podejście wykracza poza tradycyjne modele edukacji skoncentrowane na osiągnięciu zgodności z odgórnie ustalonymi celami zdrowotnymi. Kluczowe znaczenie zyskuje również zagwarantowanie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji zdrowotnej oraz wspieranie idei uczenia się przez całe życie, które stanowią podstawowe filary nowoczesnej i efektywnej promocji zdrowia¹⁷.

Reasumując, na podstawie wyników przeprowadzonych badań oraz analizy dostępnej literatury przedmiotu, należy stwierdzić, że skuteczna poprawa poziomu alfabetyzmu zdrowotnego w społeczeństwie wymaga wdrażania kompleksowych, wieloaspektowych, wielopoziomowych oraz długoterminowych i systematycznych działań, obejmujących m.in.:

1. **Całozyciową edukację zdrowotną** – wprowadzenie programów edukacyjnych, które będą dostosowane do potrzeb różnych grup wiekowych i społecznych, aby zwiększyć wiedzę na temat zdrowia i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zdrowotnych.
2. **Wsparcie w komunikacji** – szkolenie pracowników służby zdrowia w zakresie efektywnej komunikacji z pacjentami, aby mogli oni lepiej tłumaczyć informacje dotyczące zdrowia oraz odpowiadać na pytania pacjentów.
3. **Promowanie zdrowego stylu życia** – inicjatywy promujące zdrowe nawyki, tj.: zdrowe odżywianie, aktywność fizyczną i badania profilaktyczne i in., mogą być kluczowe w zwiększaniu alfabetyzmu zdrowotnego.
4. **Badania i analizy** – regularne badania poziomu alfabetyzmu zdrowotnego w społeczeństwie oraz identyfikacja grup ryzyka pozwolą na lepsze ukierunkowanie działań edukacyjnych.
5. **Współpracę z organizacjami pozarządowymi** – angażowanie organizacji non-profit oraz instytucji społecznych w działania na rzecz poprawy alfabetyzmu zdrowotnego.

¹⁷ D. Nutbeam: *Health education and health promotion revisited...*

Na zakończenie należy zaznaczyć, że edukacja zdrowotna, traktowana jako integralna część promocji zdrowia, powinna być wdrażana w ścisłej współpracy z innymi formami interwencji, takimi jak mobilizacja społeczna czy działania rzecznicze na poziomie politycznym, które mają potencjał, by w sposób istotny wpływać na społeczne i ekonomiczne determinanty zdrowia¹⁸.

¹⁸ D. Nutbeam: *Health education and health promotion revisited...*

ZAMIAST ZAKOŃCZENIA:

Edukacja zdrowotna 2025 – nowe perspektywy i wielkie nadzieje

(*Karina Leksy*)

Jednym z poważniejszych zarzutów pod adresem polskiego systemu oświaty był (jest?) brak powiązania treści kształcenia „ze stanem wiedzy oraz potrzebami i oczekiwaniami uczących się. Treści te są przesadnie encyklopedyczne, zogniskowane głównie na przeszłości, niezbyt przydatne współczesnemu człowiekowi”¹. Dodatkowo, przekazywana wiedza jest często postrzegana jako nieprzydatna i niepraktyczna w codziennym życiu i wobec aktualnych wyzwań, przed którymi staje dziś człowiek. Odpowiedzią na tego typu krytykę jest zatwierdzona przez MEN w 2025 roku podstawa programowa przedmiotu Edukacja zdrowotna², która jest nie tylko bardzo interdyscyplinarna, lecz przede wszystkim uwzględnia współczesne problemy i zjawiska związane ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem uczniów.

Warto jednak zauważyć, że i dzisiaj ustawodawstwo oraz inicjatywy ukierunkowane na włączenie zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej do szkół podstawowych i ponadpodstawowych, niezależnych od innych przedmiotów, spotykają się z krytyką, która – jak się wydaje – częściowo wynika z braku wiedzy i szerszej świadomości społecznej na temat tego, jakie obszary tematyczne oraz treści szczegółowe zostały zawarte w nowej podstawie programowej przedmiotu, jak również z nieumiejętności dostrzeżenia znaczenia rzetelnej, wszechstronnej edukacji dla zdrowia dzieci i młodzieży – tak teraz, jak i w przyszłości.

¹ T. Lewowicki: *Problemy pedagogiki szkolnej: szkoła – przemiany instytucji i jej funkcji*. W: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*. Red. L. Turowski. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999, s. 175.

² Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2025 r. poz. 378); Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (Dz.U. 2025 r. poz. 382).

Jednocześnie na rodzimym gruncie kwestia niezrozumienia wartości zdrowia nie jest jednak czymś nowym. Już w 2008 roku J. Modrzewski pisał o „swoistej hipokryzji” względem zdrowia, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym.

Oto z jednej strony, prawie zgodnie deklarujemy akceptację owej wartości, bez względu na to, jak ją postrzegamy i rozumiemy potrzebę jej chronienia, z drugiej zaś, nasze indywidualne i wspólne wysiłki zmierzają ku jej ewidentnej deprecjacji czy lekceważenia, eksponując w naszych i cudzych dążeniach bardziej cenione i czasami osiągnięte wartości³.

Tymczasem dziś zagadnienie edukacji zdrowotnej oraz potrzeba jej systemowego wdrażania w placówkach oświatowych w jeszcze większym stopniu zyskuje na znaczeniu. Z jednej strony wynika to z obserwowanego pogarszania się stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego dzieci i młodzieży, z drugiej zaś – z konieczności refleksji nad fundamentalnym pytaniem kierowanym do rodziców, którzy podają w wątpliwość zasadność tej edukacji: *Czyż nie zależy Ci na tym, aby Twoje dziecko było zdrowe?* Edukacja zdrowotna została wprowadzona jako przedmiot nieobowiązkowy i zależny od decyzji rodziców. Przekazanie im szczegółowych informacji na temat tego, jakie treści dotyczące zdrowia zostały zawarte w nowej podstawie programowej, dlaczego są ważne i potrzebne w kontekście zdrowia i rozwoju dziecka, stanowi ogromne wyzwanie, ale i odpowiedzialne zadanie dla dyrektorów szkół oraz nauczycieli mających ten przedmiot realizować. Zapewne pomocą w tym mogą być zapisy w samej podstawie programowej, w której przekonuje się, że edukacja zdrowotna stanowi istotny element procesu kształcenia, umożliwiając uczniom nabywanie wiedzy oraz rozwijanie kompetencji praktycznych, znajdujących bezpośrednie zastosowanie w codziennym życiu, a tym samym wpływających na podejmowanie świadomych decyzji zdrowotnych. Szczegółowe wymagania określone w podstawie programowej dla edukacji zdrowotnej obejmują jedenaście kluczowych obszarów tematycznych⁴, których realizacja powinna odbywać się w sposób całościowy i zintegrowany. Działy te odzwierciedlają różnorodne aspekty funkcjonowania człowieka w kontekście zdrowia:

³ J. Modrzewski: *Socjalizacja wartości zdrowia*. „Chowanna” 2008, nr 2, s. 16.

⁴ Zob. Aneks 2.

1. **Wartości i postawy** – kształtowanie świadomości zdrowotnej oraz odpowiedzialnych postaw wobec zdrowia własnego i innych.
2. **Zdrowie fizyczne** – zrozumienie i utrzymanie dobrego stanu zdrowia fizycznego.
3. **Aktywność fizyczna** – promowanie regularnej aktywności fizycznej jako elementu zdrowego stylu życia.
4. **Odżywianie** – edukacja w zakresie zdrowego żywienia i jego wpływu na organizm.
5. **Zdrowie psychiczne** – rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i emocjami.
6. **Zdrowie społeczne** – budowanie relacji interpersonalnych i umiejętności społecznych.
7. **Dojrzewanie** (realizowane wyłącznie w szkołach podstawowych) – rozumienie zmian fizycznych i emocjonalnych w okresie dojrzewania.
8. **Zdrowie seksualne** – edukacja w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego.
9. **Zdrowie środowiskowe** – świadomość wpływu środowiska na zdrowie oraz promowanie działań proekologicznych.
10. **Internet i profilaktyka uzależnień** – bezpieczne korzystanie z technologii oraz zapobieganie uzależnieniom.
11. **System ochrony zdrowia** (realizowany wyłącznie w szkołach ponadpodstawowych) – poznanie struktury i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Z uwagi na fundamentalne cele edukacji zdrowotnej obejmujące rozwijanie kompetencji sprzyjających dbałości o zdrowie przez całe życie oraz wzmacnianie potencjału zdrowotnego jednostki i jej otoczenia, przedmiot ten powinien przybierać **formę praktyczną i wykorzystywać innowacyjne, aktywizujące strategie dydaktyczne**. Wskazane jest stosowanie metod umożliwiających uczniom pogłębioną eksplorację zagadnień, pracę warsztatową oraz swobodne wyrażanie refleksji i doświadczeń. Biorąc pod uwagę specyfikę celów kształcenia w zakresie edukacji zdrowotnej, rekomenduje się zastosowanie metod takich jak: **praca zespołowa, burza mózgów, metaplan, dyskusje, różne formy debat, analiza studiów przypadku oraz technika dramy**. Dodatkowo zaleca się współpracę z ekspertami oraz organizowanie zajęć poza terenem szkoły, jeśli takie działania przyczyniają się do realizacji założonych celów edukacji

zdrowotnej. Przykładowo, doświadczenia edukacyjne mogą obejmować zorganizowanie międzypokoleniowego pikniku rekreacyjnego, wyjście edukacyjne do pobliskiego ekologicznego gospodarstwa rolnego, z wspólnym przygotowaniem posiłku z uprawianej tam żywności czy wizytę w domu seniora i uczestnictwo w zajęciach integracyjnych⁵.

Współczesna edukacja zdrowotna powinna zatem nie tylko inspirować do podejmowania działań na rzecz zdrowia, lecz także wspierać jednostki w ich realizacji⁶. Dlatego niezwykle ważną rolę odgrywają tu dorośli – rodzice, nauczyciele i wychowawcy – zorientowani na zdrowie i jego promocję. W kontekście roli **nauczyciela edukacji zdrowotnej**, zgodnie z zapisami nowej podstawy programowej, jest on przewodnikiem i mentorem, który aktywnie współpracuje z uczniami, wspiera ich w procesie kształtowania postaw, systemu wartości oraz prozdrowotnych nawyków, sprzyjających utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia. Do zadań nauczyciela edukacji zdrowotnej należy inspirowanie uczniów do podejmowania świadomych i odpowiedzialnych decyzji zdrowotnych, które uwzględniają zarówno ich własny dobrostan, jak i zdrowie innych osób z ich środowiska społecznego. Nie ulega jednak wątpliwości, że nauczyciele powinni być także wspierani w podnoszeniu swoich kompetencji w zakresie wiedzy oraz metodyki prowadzenia zajęć z zakresu zdrowia, bowiem ich udział w kształtowaniu alfabetyzmu zdrowotnego, w tym umiejętności życiowych niezbędnych do radzenia sobie z wyzwaniami codzienności młodego pokolenia jest nie do przecenienia!

Podsumowując, powodzenie przyszłej edukacji zdrowotnej wymaga wysiłku i zaangażowania wielu środowisk i osób, dla których zdrowie i dobrostan dorastających jest kwestią priorytetową. W tym zakresie warto podejmować następujące działania:

⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2025 r. poz. 378); Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (Dz.U. 2025 r. poz. 382).

⁶ B. Woynarowska: *Nowe koncepcje i strategie w edukacji zdrowotnej*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 29–42.

- **Szkolenie nauczycieli:** Organizowanie szkoleń i warsztatów dla nauczycieli, aby posiadli aktualną wiedzę z zakresu zdrowia oraz umiejętności przekazywania jej uczniom w sposób angażujący i zrozumiały.
- **Włączenie rodziców:** Prowadzenie warsztatów dla rodziców, które pozwolą im na lepsze zrozumienie zagadnień zdrowotnych i wspieranie dzieci w podejmowaniu zdrowych wyborów.
- **Interaktywne narzędzia dydaktyczne:** Opracowanie i wykorzystanie nowoczesnych narzędzi edukacyjnych, takich jak aplikacje mobilne, gry edukacyjne czy filmy, które uczynią naukę bardziej atrakcyjną.
- **Współpracy z ekspertami ds. zdrowia:** Nawiązanie współpracy z lokalnymi ośrodkami zdrowia, które mogą prowadzić warsztaty, prelekcje lub badania profilaktyczne dla uczniów.
- **Promowanie zdrowego stylu życia w szkole:** Wprowadzenie działań promujących zdrowe nawyki, takich jak zdrowe jedzenie w stołówkach, programy sportowe czy wycieczki edukacyjne do miejsc związanych z aktywnością fizyczną.
- **Edukacja w zakresie zdrowia psychicznego:** Włączenie tematów dotyczących zdrowia psychicznego do programu nauczania, aby uczniowie byli świadomi problemów, które mogą ich dotyczyć, oraz umieli szukać wsparcia.
- **Aktywne uczestnictwo uczniów:** Angażowanie uczniów w tworzenie programów zdrowotnych, aby czuli się współodpowiedzialni za swoją edukację zdrowotną i mogli dzielić się swoimi pomysłami.
- **Monitorowanie i ocena:** Regularne ocenianie efektywności programów edukacji zdrowotnej i dostosowywanie ich do zmieniających się potrzeb uczniów.
- **Budowanie pozytywnej atmosfery:** Tworzenie środowiska, w którym uczniowie czują się swobodnie, dzieląc się swoimi obawami i pytaniami dotyczącymi zdrowia.

Zaproponowane powyżej działania mogą przyczynić się do ukształtowania bardziej spójnego i skutecznego systemu edukacji zdrowotnej w środowisku szkolnym, co w perspektywie długofalowej może mieć istotny wpływ na poprawę stanu zdrowia oraz jakości życia kolejnych pokoleń.

Na zakończenie warto przytoczyć opinię D. Nutbeama, który zauważa, że zakres tematyczny oraz metody realizacji edukacji zdrowotnej powinny podlegać nieustannej ewolucji, tak aby odzwierciedlały dynamiczne przemiany

zachodzące we współczesnym świecie. Celem tych dostosowań jest ułatwienie jednostkom orientacji w coraz bardziej złożonym krajobrazie informacyjnym, a także wzmocnienie ich aktywnego udziału w kształtowaniu społecznych i ekonomicznych uwarunkowań zdrowia oraz skutecznego reagowania na indywidualne zagrożenia zdrowotne⁷.

⁷ D. Nutbeam: *Health education and health promotion revisited...*

Aneks 1

Karina Leksy

Kwestionariusz ankiety do oceny alfabetyzmu zdrowotnego studentów... w kontekście realizacji edukacji zdrowotnej szkole podstawowej i ponadpodstawowej

Szanowni Studenci I i II roku studiów,

W ramach projektu badawczego przeprowadzam badania na temat alfabetyzmu zdrowotnego studentów I roku studiów w kontekście realizacji edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej. W związku z tym zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie załączonego kwestionariusza ankiety, bowiem bardzo zależy mi na Państwa opiniach i doświadczeniach z tym związanych. Badania mają charakter dobrowolny i anonimowy, a uzyskane dane będą podlegać zbiorczej analizie i zostaną wykorzystane jedynie w celach naukowych. Pragnę jednocześnie podkreślić, że nie ma odpowiedzi „dobrych”, ani „złych”, ponieważ nie będą one oceniane w takich kategoriach. Czas badania wynosi około 25 minut. Podczas wypełniania kwestionariusza proszę o postępowanie zgodne z instrukcją zamieszczoną przy każdym pytaniu. Przystąpienie do wypełniania kwestionariusza ankiety jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na uczestnictwo w badaniu. W każdej chwili można odstąpić od dalszych etapów badania. W przypadku pytań, wątpliwości i trudności związanych z badaniem udostępniam swój adres mailowy: karina.leksy@us.edu.pl

Dziękuję za udział w badaniu!

I. ALFABETYZM ZDROWOTNY HLQ (część I – licencjonowana)

Lp.	Proszę o wskazanie, w jakim stopniu nie zgadza lub zgadza się Pani/Pan z każdym z poniższych stwierdzeń	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
1.	Uważam, że mam dobrą wiedzę...				
2.	Jest co najmniej jeden pracownik opieki zdrowotnej, który...				
3.	W moim otoczeniu jest kilka osób, do których...				
4.	Porównuję informacje na temat zdrowia...				
5.	Kiedy źle się czuję...				
6.	Przeznaczam sporo czasu na...				
7.	Kiedy widzę nowe informacje na temat zdrowia...				
8.	Jest co najmniej jeden pracownik opieki zdrowotnej, z którym...				
9.	Planuję, co muszę zrobić, aby...				
10.	Mam dostateczną wiedzę, aby...				
11.	Kiedy potrzebuję pomocy, jest wiele osób...				
12.	Zawsze porównuję informacje na temat zdrowia...				
13.	Pomimo innych zajęć, znajduję czas...				
14.	Jestem pewny/a, że mam pełną wiedzę...				
15.	Jest co najmniej jedna osoba, która...				
16.	Wiem, jak sprawdzić, czy otrzymywane informacje...				
17.	Znam takich pracowników opieki zdrowotnej, którzy...				
18.	Wyznaczam sobie własne cele...				
19.	Mam duże wsparcie ze strony...				
20.	Pytam pracowników opieki zdrowotnej o...				
21.	Są rzeczy, które robię regularnie...				
22.	Mogę polegać na co najmniej jednym...				
23.	Mam pełną wiedzę potrzebną do...				

* Ze względu na obostrzenia licencyjne, nie jest możliwe podanie pełnych stwierdzeń podanych w trakcie przeprowadzania badań.

II. SZKOLNA EDUKACJA ZDROWOTNA (część II – autorska – opracowana przez: Karina Leksy)

1. Czy w Pani/Pana szkole podstawowej odbywały się zajęcia z edukacji zdrowotnej?

Tak	
Nie	

1.1 Jak często w Pani/Pana szkole podstawowej odbywały się zajęcia z edukacji zdrowotnej? Proszę wskazać jedną odpowiedź.

Częściej niż raz w tygodniu	
Raz w tygodniu	
Dwa razy w miesiącu	
Raz w miesiącu	
Rzadziej niż raz w miesiącu	
Nie pamiętam	

1.2 Proszę uporządkować od 1 do 4 przedmioty, w ramach których realizowana była edukacja zdrowotna – gdzie 4 oznacza, że treści z zakresu zdrowia pojawiały się najczęściej, a 1 oznacza, że treści z zakresu zdrowia nie pojawiały się.

Przedmiot	1	2	3	4
Przyroda/biologia				
Wychowanie fizyczne				
Edukacja dla bezpieczeństwa				
Inny, jaki?				

1.3 Kto realizował edukację zdrowotną w Pani/Pana szkole podstawowej? Proszę wskazać maksymalnie 3 odpowiedzi.

Nauczyciel przyrody/biologii	
Nauczyciel wychowania fizycznego	
Nauczyciel przedmiotu „Edukacja dla bezpieczeństwa”	
Wychowawca	
Pedagog szkolny	

Psycholog szkolny	
Nikt	
Nie pamiętam	
Nauczyciel (proszę wpisać swoją odpowiedź)	

1.4 Jakie treści były poruszane na zajęciach z edukacji zdrowotnej w Pani/Pana szkole podstawowej?

Zdrowe odżywianie	
Aktywność fizyczna	
Uzależnienia od substancji psychoaktywnych	
Uzależnienia behawioralne (od czynności)	
Dbłość o zdrowie psychiczne	
Choroby cywilizacyjne	
Zasady zdrowego stylu życia	
Dbłość o higienę ciała	
Korzyści i zagrożenia związane z upiększaniem ciała	
Dbłość o bezpieczeństwo w życiu codziennym	
Zdrowie seksualne	
Zapobieganie zachowaniom ryzykownym dla zdrowia	
Edukacja do bycia aktywnym (zaangażowanym w proces leczenia/rehabilitacji) pacjentem	

1.5 Jak ocenia Pani/Pan realizację edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej? Proszę zaznaczyć dla każdego elementu.

Ocena edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej w kontekście jej:	Bardzo nisko	Nisko	Trudno powiedzieć	Wysoko	Bardzo wysoko
Skuteczności (nabyłam/łem wiedzę i umiejętności, które sprzyjają dbałości o moje zdrowie; potrafię dokonywać prozdrowotnych wyborów)					
Praktycznej użyteczności (aktualnie wykorzystuję nabytą w szkole wiedzę o zdrowiu)					
Podejmowanej tematyki (uwzględnianie różnych obszarów tematycznych)					
Atrakcyjności z punktu widzenia ucznia (np. omawianie zagadnień w interesujący sposób; przekazywanie wiedzy poprzez aktywizację uczniów)					

1.6 Proszę wskazać, w obrębie jakiego obszaru znajdowała się Pani/Pana szkoła podstawowa:

Wieś	
Małe miasto – do 50 tys. mieszkańców	
Średnie miasto – 50–200 tys. mieszkańców	
Duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców	

2. Czy w Pani/Pana szkole ponadpodstawowej odbywały się zajęcia z edukacji zdrowotnej?

Tak	
Nie	

2.1 Jak często odbywały się zajęcia z edukacji zdrowotnej w Pani/Pana szkole ponadpodstawowej? Proszę wskazać jedną odpowiedź.

Częściej niż raz w tygodniu	
Raz w tygodniu	
Raz na dwa tygodnie	
Raz w miesiącu	
Rzadziej niż raz w miesiącu	
Nie pamiętam	

2.2 Proszę uporządkować od 1 do 4 przedmioty, w ramach których realizowana była edukacja zdrowotna – gdzie 4 oznacza przedmiot wiodący (najczęściej pojawiały się treści dotyczące zdrowia), a 1 – oznacza, że treści z zakresu zdrowia nie pojawiały się lub pojawiały się sporadycznie.

Przedmiot	1	2	3	4
Biologia				
Wychowanie fizyczne				
Edukacja dla bezpieczeństwa				
Inny, jaki?				

2.3 Kto realizował edukację zdrowotną w Pani/Pana szkole ponadpodstawowej? Proszę wskazać maksymalnie 3 odpowiedzi.

Nauczyciel przyrody/biologii	
Nauczyciel wychowania fizycznego	
Nauczyciel przedmiotu „Edukacja dla bezpieczeństwa”	
Wychowawca	
Pedagog szkolny	
Psycholog szkolny	
Nikt	
Nie pamiętam	
Nauczyciel (proszę wpisać swoją odpowiedź).....	

2.4 Jakie treści były poruszane na zajęciach z edukacji zdrowotnej w Pani/Pana szkole ponadpodstawowej?

Zdrowe odżywianie	
Aktywność fizyczna	
Uzależnienia od substancji psychoaktywnych	
Uzależnienia behawioralne (od czynności)	
Dbłość o zdrowie psychiczne	
Choroby cywilizacyjne	
Zasady zdrowego stylu życia	
Dbłość o higienę ciała	
Dbłość o wygląd ciała	
Dbłość o bezpieczeństwo w życiu codziennym	
Zdrowie seksualne	
Zapobieganie zachowaniom ryzykownym dla zdrowia	
Edukacja do bycia aktywnym (zaangażowanym w proces leczenia/rehabilitacji) pacjentem	

2.5 Jak ocenia Pani/Pan realizację edukacji zdrowotnej w Pani/Pana szkole ponadpodstawowej? Proszę zaznaczyć dla każdego elementu.

Ocena edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej w kontekście jej:	Bardzo nisko	Nisko	Trudno powiedzieć	Wysoko	Bardzo wysoko
Skuteczności (nabyłam/łem wiedzę i umiejętności, które sprzyjają dbałości o moje zdrowie; potrafię dokonywać prozdrowotnych wyborów)					
Praktycznej użyteczności (aktualnie wykorzystuję nabytą w szkole wiedzę o zdrowiu)					
Podjęmowanej tematyki (uwzględnianie różnych obszarów tematycznych)					
Atrakcyjności z punktu widzenia ucznia (np. omawianie zagadnień w interesujący sposób; przekazywanie wiedzy poprzez aktywizację uczniów)					

2.6 Proszę wskazać, w obrębie jakiego obszaru znajdowała się Pani/Pana szkoła ponadpodstawowa:

Wieś	
Małe miasto – do 50 tys. mieszkańców	
Średnie miasto – 50–200 tys. mieszkańców	
Duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców	

3. Napisz proszę, jakich treści/zagadnień brakowało Ci w szkolnej edukacji zdrowotnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy były inne, pozaszkolne źródła edukacji zdrowotnej, które w Pani/Pana opinii wpłynęły na poziom wiedzy o zdrowiu i umiejętności związanych ze zdrowiem (np. dokonywanie prozdrowotnych wyborów żywieniowych; czytanie etykiet produktów żywnościowych; krytyczna ocena informacji dotyczących zdrowia; rozumienie zaleceń lekarskich; realizowanie zasad zdrowego stylu życia i in.)?

Tak, nieformalna domowa edukacja zdrowotna (rodzice/opiekunowie)	
Tak, na treningu/ach sportowych	
Tak, na zbiórkach harcerskich	
Tak, w kołach zainteresowań (np. koła muzyczne, teatralne i in.)	
Tak, w kościele i na spotkaniach np. oazowych	
Tak, kolonie/obozy	
Nie pamiętam	
Zdecydowanie nie było tego rodzaju edukacji nieformalnej	

5. Proszę w skali od 1 do 5 ocenić, w jakim stopniu szkolna, a w jakim pozaszkolna edukacja zdrowotna zdeterminowała Pani/Pana aktualny poziom wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem. 1 – zdecydowanie nie zdeterminowała; 2 – nie zdeterminowała; 3 – trudno ocenić; 4 – zdeterminowała; 5 – zdecydowanie zdeterminowała.

Wyszczególnienie	1	2	3	4	5
Szkolna edukacja zdrowotna					
Pozaszkolna edukacja zdrowotna					

METRYCZKA

Płeć:

Kobiet	
Mężczyzna	
Brak odpowiedzi	

Wiek (w latach):

18–20	
21–22	
23–25	
powyżej 25	

Typ ukończonej szkoły podstawowej

Publiczna	
Prywatna	
Szkoła publiczna z certyfikatem szkoły promującej zdrowie	
Szkoła prywatna z certyfikatem szkoły promującej zdrowie	
Szkoła sportowa	
Inne, jakie?	

Rodzaj ukończonej szkoły ponadpodstawowej

Liceum ogólnokształcące	
Technikum	
Liceum ogólnokształcące dla dorosłych	
Technikum uzupełniające	

Typ ukończonej szkoły ponadpodstawowej

Publiczna	
Prywatna	
Szkoła publiczna z certyfikatem szkoły promującej zdrowie	
Szkoła prywatna z certyfikatem szkoły promującej zdrowie	
Szkoła sportowa	
Inne, jakie?	

Miejsce pochodzenia terytorialnego:

wieś	
małe miasto – do 50 tys. mieszkańców	
miasto – 50–200 tys. mieszkańców	
duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców	

Wykształcenie rodziców:

Wyszczególnienie	Matka	Ojciec
podstawowe		
zasadnicze zawodowe		
średnie		
wyższe zawodowe (licencjat)		
pełne wyższe		

Samoocena statusu socjoekonomicznego:

poniżej średniej	
średni	
powyżej średniej	
znacznie powyżej średniej	

Wyciąg treści z podstawy programowej przedmiotu „Edukacja zdrowotna” z roku 2025¹

DZIAŁ I. WARTOŚCI I POSTAWY

KLASY IV–VI

Pytanie wiodące: *Dlaczego zdrowie jest wartością oraz jak rozwijać odpowiedzialność za zdrowie własne i innych osób?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) traktuje zdrowie jako wartość na różnych etapach życia człowieka i klasyfikuje je w osobistej hierarchii wartości;
- 2) traktuje zdrowie jako zasób człowieka, o który należy się troszczyć i który należy rozwijać – w wymiarze indywidualnym, społecznym i środowiskowym;
- 3) rozumie, na czym polega postawa troski i odpowiedzialności za własne zdrowie;
- 4) okazuje szacunek sobie i rozwija poczucie własnej wartości; okazuje szacunek i empatię w relacjach międzyludzkich i jest gotów przyjąć perspektywę drugiego człowieka oraz troszczyć się o świat przyrody, dostrzegając perspektywę przyszłych pokoleń;

¹ Podstawy prawne: Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2025 r. poz. 378); Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (Dz.U. 2025 r. poz. 382).

- 5) prezentuje postawę optymizmu życiowego, który sprzyja zdrowiu i harmonii z otaczającym środowiskiem.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jak kształtować postawy i wartości związane z godnością, szacunkiem oraz prospołecznym podejściem do zdrowia i troską o środowisko naturalne?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) rozumie, że godność człowieka stanowi fundamentalną wartość na wszystkich etapach jego życia;
- 2) potrafi w imię godności i ludzkiego szacunku akceptować człowieka bez względu na jego indywidualne cechy, choroby, niepełnosprawności;
- 3) rozumie, że zdrowie stanowi wartość nadrzędną w różnych kręgach kulturowych;
- 4) dba o poczucie własnej sprawczości w odniesieniu do zdrowia własnego i innych osób oraz stanu środowiska naturalnego i klimatu;
- 5) przyjmuje postawę prospołeczną w odniesieniu do zdrowia innych osób; rozumie ideę zachowań prozdrowotnych w kontekście zdrowia publicznego, w tym donacji krwi, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych oraz unikania zażywania substancji psychoaktywnych; rozumie, na czym polega kultura wolontariatu i ma świadomość, że służy ona dobru innych osób, w tym działaniom na rzecz ochrony środowiska naturalnego.

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *Jak kształtować postawę wolną od uprzedzeń w relacjach międzyludzkich oraz promować kulturę wolontariatu?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) rozumie, że godność i szacunek wobec człowieka wykluczają wszelkie formy dyskryminacji ze względu na ludzką różnorodność;
- 2) promuje postawy prospołeczne w odniesieniu do zdrowia własnego i innych osób oraz wspiera działania na rzecz zrównoważonego rozwoju; wykazuje gotowość do wspierania badań naukowych w obszarze zdrowia;
- 3) wie, na czym polega postawa altruizmu w odniesieniu do zdrowia innych osób, w szczególności rozumie znaczenie i wartość transplantologii komórek, tkanek i narządów zarówno za życia, jak i po śmierci oraz znaczenie i wartość dawstwa szpiku oraz krwiodawstwa;

- 4) inicjuje działania wolontariackie na rzecz zdrowia, w tym wobec osób w wieku senioralnym, z niepełnosprawnościami i niesamodzielnych, i uczestniczy w tych działaniach.

DZIAŁ II. ZDROWIE FIZYCZNE

KLASY IV–VI

Pytanie wiodące: *Jak kształtować postawy i umiejętności w zakresie dbania o zdrowie oraz systematycznego monitorowania zdrowia fizycznego i stosowania podstawowej profilaktyki zdrowotnej?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia pojęcie zdrowia i zdrowego stylu życia; wymienia wiarygodne i rzetelne źródła informacji o zdrowiu i zdrowym stylu życia;
- 2) wykonuje czynności higieniczne (tj. mycie zębów, mycie rąk, mycie twarzy, mycie ciała, mycie włosów, dba o czystość bielizny i odzieży); korzysta z podstawowych środków higienicznych i pielęgnacyjnych; omawia znaczenie higieny osobistej dla utrzymania zdrowia;
- 3) wyjaśnia, czym jest nadwaga i otyłość oraz omawia, na czym polega ich profilaktyka;
- 4) wyjaśnia, czym są badania profilaktyczne i badania przesiewowe oraz w jakich grupach i kiedy powinny być wykonywane; omawia pojęcie grupy ryzyka;
- 5) wymienia objawy, które mogą świadczyć o chorobie, w tym: zmiany skórne, bóle brzucha, klatki piersiowej, głowy, wymioty, krew w stolcu;
- 6) mierzy temperaturę ciała przy użyciu różnych termometrów; wyjaśnia, czym jest gorączka, kiedy jest groźna, a kiedy nie trzeba jej obniżać;
- 7) wyjaśnia, czym są szczepienia; wyjaśnia dlaczego warto się szczepić;
- 8) wymienia zasady przygotowania się do wizyty lekarskiej, w tym do wizyty stomatologicznej, oraz zasady higieny osobistej; przygotowuje odpowiedzi na pytania standardowo zadawane przez lekarza;
- 9) postępuje w stanach zagrożenia życia i zdrowia zgodnie z zasadami udzielania pierwszej pomocy; wymienia sytuacje, w których należy wezwać zespół ratownictwa medycznego (karetkę pogotowia).

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jak zapobiegać najczęstszym chorobom cywilizacyjnym i zakaźnym oraz jak budować empatyczną postawę wobec osób z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnościami?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia czynniki, które wpływają pozytywnie i negatywnie na zdrowie i samopoczucie; wyjaśnia, w jaki sposób sam może wpływać na zdrowie;
- 2) wyjaśnia, czym są choroby zakaźne, jakie są drogi ich przenoszenia, w tym droga kropelkowa, płciowa, przez krew, przez kontakt, a także wyjaśnia, jak można ograniczyć ryzyko zakażenia; opisuje objawy najczęstszych chorób zakaźnych oraz wymienia, które z nich mogą być groźne; wymienia objawy sepsy; wyjaśnia, czym są antybiotyki, czym jest antybiotykooporność i zagrożenia z niej wynikające;
- 3) stosuje zasady epidemiologicznej profilaktyki; wyjaśnia, czym są epidemie i pandemie oraz jak do nich dochodzi;
- 4) wyjaśnia znaczenie szczepień w przeszłości i obecnie; rozróżnia szczepienia obowiązkowe i zalecane; omawia, czym są ruchy antyszczepionkowe, czym jest dezinformacja o szczepieniach i jak ją rozpoznać;
- 5) opisuje podstawowe mierniki zdrowia fizycznego oraz ich wartości referencyjne dla swojego wieku, w tym wskaźnik masy ciała (BMI), ciśnienie tętnicze krwi, tętno, stężenie glukozy we krwi, profil lipidowy; za pomocą aparatu automatycznego mierzy tętno oraz ciśnienie tętnicze krwi w spoczynku i po wysiłku fizycznym, a także wyjaśnia znaczenie monitorowania tych parametrów przez całe życie;
- 6) identyfikuje przeszkody społeczne, techniczne i architektoniczne w życiu osób z niepełnosprawnością oraz podaje przykłady rozwiązań pozwalających na tworzenie przestrzeni przyjaznej osobom z niepełnosprawnością.

Wymagania fakultatywne (nauczyciel realizuje przynajmniej jedno z wymagań fakultatywnych). Uczeń:

- 1) wymienia choroby przenoszone przez zwierzęta na ludzi oraz sposoby ochrony przed nimi; opisuje, jak usunąć kleszcza;
- 2) omawia najczęstsze choroby przewlekłe i cywilizacyjne (np. otyłość, nadciśnienie tętnicze, różne typy cukrzycy, zaburzenia lipidowe, choroby nerek, choroby wątroby, choroby serca, alergie, nowotwory, zaburzenia psychiczne, choroby otępienne); opisuje wyzwania osób żyjących z chorobami

przewlekłymi; prezentuje postawę opartą na zrozumieniu problemów stojących przed osobami chorymi przewlekle.

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *W jaki sposób przygotować się do dorosłego życia w zdrowiu?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia znaczenie edukacji zdrowotnej oraz dostępu do wiarygodnych i rzetelnych źródeł informacji o zdrowiu na różnych etapach życia;
- 2) wyjaśnia skutki zdrowego i niezdrowego stylu życia dla jakości zdrowia w trakcie całego życia; opisuje zmiany we wskaźnikach zdrowia fizycznego na różnych etapach życia oraz przy występowaniu chorób przewlekłych;
- 3) wyjaśnia, czym są badania diagnostyczne, i omawia ich rodzaje; wymienia badania mające zastosowanie w profilaktyce na różnych etapach życia;
- 4) wyjaśnia, na czym polega profilaktyka kardiologiczna, w tym stosowanie zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz badań przesiewowych w kierunku chorób sercowo-naczyniowych; uzasadnia, dlaczego wczesne wykrycie choroby jest ważne; mierzy ciśnienie tętnicze krwi aparatem automatycznym i interpretuje wynik;
- 5) wyjaśnia, na czym polega profilaktyka onkologiczna; wymienia programy profilaktyczne w onkologii realizowane w Polsce; wymienia najczęstsze nowotwory; uzasadnia, dlaczego wczesne wykrycie choroby jest ważne;
- 6) uzasadnia, dlaczego trzeba badać skórę i oceniać znamiona; regularnie wykonuje ocenę skóry;
- 7) opisuje, jak przebiega samobadanie piersi i jąder; regularnie wykonuje samobadanie piersi lub jąder;
- 8) wyjaśnia, czym zajmuje się transplantologia, na czym polega dawstwo narządów, szpiku oraz krwiodawstwo; wyjaśnia, na czym polega zgoda świadoma, zgoda domniemana oraz sprzeciw wyrażony za życia i jaka jest rola osób bliskich dawcy w tym zakresie;
- 9) wyjaśnia, na czym polega profilaktyka nadwagi i otyłości oraz zespołu metabolicznego na różnych etapach życia; omawia znaczenie nadwagi i otyłości dla ogólnego stanu zdrowia; omawia wpływ otyłości na występowanie innych chorób i na jakość życia;

- 10) omawia normy wskaźnika masy ciała (BMI) i obwodu talii; oblicza wskaźnik masy ciała (BMI) i mierzy obwód talii oraz interpretuje wynik.

Wymagania fakultatywne (decyzję o ich zrealizowaniu oraz zakresie, w jakim będą zrealizowane, podejmuje nauczyciel na podstawie oceny dostępnego czasu, umiejętności uczniów i ich zainteresowania danym zagadnieniem). Uczeń:

- 1) omawia profilaktykę chorób zakaźnych na różnych etapach życia oraz w aspekcie podróży w rejonów endemiczne;
- 2) wyjaśnia, na czym polega opieka paliatywna i czym jest terapia uporczywa.

DZIAŁ III. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

KLASY IV-VI

Pytanie wiodące: *Jak systematycznie podejmować pozaszkolną aktywność fizyczną oraz świadomie ograniczać sedentarny styl życia (bezczynność ruchową) w kontekście dbałości o zdrowie, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki otyłości?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) systematycznie uczestniczy w różnorodnych formach aktywności fizycznej, szczególnie na świeżym powietrzu; dobiera strój do panujących warunków atmosferycznych; stosuje zasady bezpieczeństwa podczas aktywności fizycznej; wymienia korzyści zdrowotne wynikające z aktywności fizycznej, w tym w profilaktyce nadwagi i otyłości;
- 2) promuje aktywność fizyczną w grupach rówieśniczych i rodzinie; dąży do zalecanego poziomu aktywności fizycznej (np. wspomagając się technologiami informacyjno-komunikacyjnymi);
- 3) znajduje miejsca, obiekty i wydarzenia w najbliższej okolicy, które można wykorzystać do podejmowania aktywności fizycznej w sposób bezpieczny i zgodny z jego zainteresowaniami;
- 4) ogranicza czas spędzany w pozycji siedzącej lub leżącej w ciągu dnia przez aktywne przerwy (np. ćwiczenia rozciągające, ćwiczenia oporowe, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia wzroku); wymienia negatywne skutki zdrowotne wynikające z prowadzenia sedentarnego stylu życia (bezczynności ruchowej);

- 5) systematycznie wykonuje ćwiczenia relaksacyjne, w tym ćwiczenia oddechowe; rozumie znaczenie ćwiczeń fizycznych dla obniżenia stresu;
- 6) przyjmuje prawidłową pozycję ciała podczas codziennych aktywności; regularnie wykonuje ćwiczenia ukierunkowane na kształtowanie prawidłowej postawy;
- 7) praktykuje techniki relaksacji przed zaśnięciem i stosuje zasady higieny snu; wyjaśnia znaczenie snu dla zdrowia fizycznego i psychicznego; określa zalecaną długość snu dla osób w jego wieku; opisuje kluczowe czynniki wpływające na jakość snu, ze szczególnym uwzględnieniem negatywnego wpływu korzystania z urządzeń elektronicznych przed zaśnięciem.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jak promować aktywny styl życia, zastępować bezruch ruchem, korzystać z aktywnego transportu oraz podejmować aktywność fizyczną, aby zapobiegać chorobom?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) promuje aktywność fizyczną, inicjując, organizując i uczestnicząc w różnorodnych wydarzeniach, projektach i wyzwaniach, które zachęcają do aktywności fizycznej; angażuje społeczność szkolną i lokalną do wykonywania regularnych ćwiczeń; wyjaśnia korzyści zdrowotne wynikające z aktywności fizycznej w kontekście profilaktyki chorób;
- 2) planuje i monitoruje własną 24-godzinną aktywność, w tym aktywność fizyczną, wypoczynek i sen, także z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych;
- 3) regularnie wykonuje ćwiczenia, które wspierają prawidłową postawę ciała oraz zapobiegają bólom pleców i dysfunkcjom mięśni dna miednicy;
- 4) zastępuje bezruch ruchem w codziennych czynnościach (np. wybiera schody zamiast windy) oraz systematycznie korzysta z aktywnego transportu (np. chodzenie pieszo, jazda na rowerze); uzasadnia znaczenie aktywnego stylu życia dla zdrowia fizycznego, psychicznego oraz środowiska naturalnego;
- 5) korzysta z różnych metod hartowania organizmu; wymienia różne metody i korzyści zdrowotne hartowania organizmu.

Wymagania fakultatywne (nauczyciel realizuje przynajmniej jedno z wymagań fakultatywnych). Uczeń:

- 1) formułuje argumenty na temat korzyści zdrowotnych wynikających z aktywności fizycznej w kontekście profilaktyki wybranych chorób niezakaźnych (np. otyłości, chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, zaburzeń metabolicznych, niepłodności, zwyrodnienia stawów i osteoporozy, depresji i innych zaburzeń psychicznych); wyjaśnia krótko- oraz długoterminowe konsekwencje zdrowotne wynikające z braku aktywności fizycznej);
- 2) formułuje argumenty na temat motywów uczestnictwa w aktywności fizycznej, a także omawia bariery i sposoby ich pokonywania; omawia znaczenie aktywności fizycznej dla rozwoju psychospołecznego.

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *Jak podejmować aktywność fizyczną w trakcie całego życia oraz świadomie przeciwdziałać sedentarnemu stylowi życia (bezczynności ruchowej), z uwzględnieniem zróżnicowanych potrzeb biologicznych i psychospołecznych pojawiających się na różnych etapach życia?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) regularnie podejmuje aktywność fizyczną, dostosowaną do indywidualnych potrzeb zdrowotnych oraz upodobań; ocenia wiarygodność i rzetelność źródeł informacji na temat aktywności fizycznej;
- 2) dobiera proste programy aktywności fizycznej dla siebie i innych, bazując na rekomendacjach oraz wiarygodnych i rzetelnych źródłach informacji;
- 3) promuje aktywność fizyczną w najbliższym otoczeniu i wśród osób z różnymi potrzebami i możliwościami psychofizycznymi oraz o różnym stanie zdrowia;
- 4) formułuje argumenty na temat aktywności fizycznej dla różnych grup wiekowych (np. dzieci i młodzieży, osób dorosłych, seniorów), grup ze zróżnicowanymi potrzebami (np. planujących ciążę, w okresie ciąży i po porodzie, w okresie menopauzy i andropauzy, osób z niepełnosprawnościami, chorujących na: cukrzycę typu 1 i 2, nadciśnienie, choroby serca, depresję i stany lękowe, chorobę nowotworową), odnosząc się do wiarygodnych i rzetelnych źródeł informacji;
- 5) wyjaśnia wpływ sedentarnego stylu życia (bezczynności ruchowej) na zdrowie fizyczne i psychiczne ludzi w różnym wieku; opisuje sposoby

przeciwdziałania sedentarnemu stylowi życia dostosowane do wieku i ograniczeń zdrowotnych;

- 6) rozpoznaje zagrożenia związane z nadmierną aktywnością fizyczną (np. przemęczenie fizyczne i psychiczne, zaburzenia snu, skłonność do urazów, zmniejszenie odporności organizmu), zagrożenia związane z kompulsywnym wykonywaniem ćwiczeń fizycznych oraz zagrożenia związane z aktywnością fizyczną na powietrzu w czasie epizodów smogowych i w miejscach ze zwiększoną emisją zanieczyszczeń powietrza (np. przy drogach); wyjaśnia, jak unikać tych zagrożeń przez planowanie wysiłku fizycznego;
- 7) planuje wycieczkę turystyczną (np. pieszą, rowerową, górską, wodną), organizuje ją i w niej uczestniczy; wyjaśnia znaczenie turystyki dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego; w planowaniu i realizacji wycieczki turystycznej uwzględnia podstawowe zasady zrównoważonej turystyki.

DZIAŁ IV. ODŻYWIANIE

KLASY IV–VI

Pytanie wiodące: *Jak zdrowo się odżywiać, aby wspierać swój rozwój fizyczny ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki nieprawidłowej masy ciała?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) stosuje się do zaleceń zgodnych z talerzem zdrowego żywienia, ze szczególnym uwzględnieniem regularnego spożywania posiłków, w tym dużej ilości warzyw i owoców; dostosowuje wielkość porcji do swoich potrzeb; unika żywności niekorzystnej dla zdrowia (np. fast food, słodczy);
- 2) stosuje zasady zdrowego nawadniania; unika słodzonych napojów;
- 3) samodzielnie przygotowuje proste, zdrowe posiłki oraz zdrowe przekąski; wybiera produkty bogate w podstawowe składniki odżywcze;
- 4) uprawia rośliny jadalne w celu przygotowania zdrowych posiłków; wskazuje produkty pochodzenia roślinnego korzystne dla zdrowia;
- 5) rozpoznaje oznakowania na etykietach produktów spożywczych, w tym informacje o wartości odżywczej i alergenach, a także wyjaśnia ich znaczenie oraz zastosowanie w wyborze produktów; korzysta z wiarygodnych aplikacji mobilnych do analizy składu produktów;

- 6) ocenia świeżość produktów spożywczych; rozpoznaje oznaki psucia się żywności; stosuje podstawowe metody przechowywania żywności; szacuje zapotrzebowanie na produkty spożywcze, aby unikać ich marnotrawienia.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jak samodzielnie planować i komponować zbilansowane posiłki oraz przeciwdziałać niezdrowym zachowaniom żywieniowym?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) samodzielnie planuje i komponuje zbilansowane posiłki zgodnie z zaleceniami talerza zdrowego żywienia, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno komunikacyjnych (np. wiarygodnych aplikacji mobilnych, programów komputerowych);
- 2) przygotowuje napój izotoniczny oraz posiłki przedwysiłkowe i powysiłkowe;
- 3) wymienia konsekwencje zdrowotne wynikające z niewłaściwego odżywiania (np. nadwagę, otyłość, insulinooporność, cukrzycę typu 2, choroby układu krążenia); omawia znaczenie diety w kontekście chorób autoimmunologicznych (np. celiakię, cukrzycę typu 1, Hashimoto) i alergii pokarmowych;
- 4) opisuje negatywne skutki stosowania nieprawidłowych diet, nadużywania suplementów, spożywania napojów energetyzujących oraz stosowania środków dopingujących.

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *Jak stosować racjonalną dietę przez całe życie i świadomie dokonywać zdrowych wyborów żywieniowych?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) planuje posiłki na podstawie różnych diet (np. diety planetarnej, wegetariańskiej, wegańskiej, śródziemnomorskiej), korzystając z wiarygodnych i rzetelnych źródeł informacji, a także uzasadniania wpływ tych diet na zdrowie człowieka i środowisko naturalne;
- 2) wyjaśnia wybrane założenia strategii „Od pola do stołu”; omawia zrównoważone praktyki żywieniowe; wyjaśnia, jaki wpływ ma przetwarzanie żywności na jej wartość odżywczą;
- 3) formułuje argumenty na temat wpływu reklam i trendów żywieniowych na osobiste wybory dietetyczne oraz na temat konsekwencji tych wyborów dla zdrowia i środowiska naturalnego.

DZIAŁ V. ZDROWIE PSYCHICZNE

KLASY IV-VI

Pytanie wiodące: *Jak dbać o dobrostan psychiczny i emocjonalny, w tym poczucie własnej wartości i skuteczności?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia pojęcie zdrowia psychicznego, czynniki je chroniące oraz te, które zwiększają ryzyko występowania zaburzeń psychicznych;
- 2) rozpoznaje i nazywa emocje u siebie i innych osób; omawia i stosuje konstruktywne sposoby radzenia sobie z emocjami, m.in. techniki uważności; omawia zasady pierwszej pomocy emocjonalnej;
- 3) omawia pojęcie stresu; wyjaśnia wpływ stresu na ciało, myśli, emocje, zdolności poznawcze; stosuje konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem;
- 4) omawia pojęcie pozytywnej samooceny i pozytywnego obrazu siebie, a także wymienia sposoby ich budowania w swoim życiu;
- 5) omawia pojęcie postawy asertywnej; adekwatnie do sytuacji korzysta z asertywności; odróżnia, czym jest postawa asertywna, a czym agresywna i uległa;
- 6) omawia pojęcie przemocy; wymienia przykłady zachowań przemocowych, w tym przemoc fizyczną, psychiczną, rówieśniczą i cyberprzemoc; omawia sposoby reagowania na przemoc i wskazuje miejsca, w których można szukać pomocy, będąc osobą doświadczającą przemocy lub jej świadkiem;
- 7) omawia pojęcie zachowań autoagresywnych; wymienia konsekwencje zdrowotne związane z zachowaniami autoagresywnymi; wskazuje miejsca, w których można szukać pomocy;
- 8) omawia zagadnienie komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz ich znaczenie w relacjach interpersonalnych, w tym rówieśniczych, rodzinnych i innych; rozwija umiejętności komunikacyjne;
- 9) wskazuje miejsca uzyskania pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, w tym telefony zaufania; omawia sytuacje wymagające reakcji osób dorosłych;
- 10) omawia potrzeby osób z zaburzeniami neurorozwojowymi, w tym z zaburzeniem ze spektrum autyzmu, ADHD, rozwojowymi zaburzeniami uczenia się, zaburzeniem rozwoju intelektualnego, oraz potrzeby osób z niepełnościami fizycznymi.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jakie są uwarunkowania zdrowia psychicznego i emocjonalnego oraz czynników je chroniących?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia zależność między emocjami, myślami a objawami fizycznymi i zachowaniem;
- 2) analizuje swoje zachowanie, uczucia i potrzeby w różnych sytuacjach pod kątem budowania poczucia własnej wartości;
- 3) dba o pozytywny obraz własnego ciała; analizuje, jaki wpływ na obraz ciała ma, m.in. Internet oraz media społecznościowe;
- 4) stosuje zasady pierwszej pomocy emocjonalnej wobec osób ze swojego otoczenia.

Wymagania fakultatywne (nauczyciel realizuje przynajmniej jedno z wymagań fakultatywnych). Uczeń:

- 1) identyfikuje czynniki indywidualne i środowiskowe mające wpływ na własny dobrostan i stosuje adekwatne techniki radzenia sobie z trudnościami;
- 2) omawia potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi występującymi najczęściej w okresie dojrzewania, w tym z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi, psychotycznymi, odżywiania (bulimią, anoreksją), dysmorfofobią.

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *Jak rozwijać przez całe życie umiejętności dbania o dobrostan psychiczny i emocjonalny?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) utrzymuje swój dobrostan psychiczny przez prowadzenie zdrowego stylu życia, w tym znajomość swoich emocji i potrzeb, troskę o relacje społeczne, równowagę między obowiązkami a czasem wolnym, działanie na rzecz społeczności lokalnej, kontakt ze środowiskiem naturalnym;
- 2) wyraża i komunikuje swoje uczucia i buduje prawidłowe relacje w rodzinie i innych grupach społecznych; nawiązuje bezpieczne relacje interpersonalne, zachowując uważność na siebie i drugiego człowieka; wyraża wdzięczność;
- 3) analizuje presję otoczenia, przekazy z Internetu i mediów społecznościowych oraz oczekiwania społeczne i podejmuje świadome decyzje dotyczące swojego życia;
- 4) omawia potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi występującymi na różnych etapach życia, w szczególności z zaburzeniami odżywiania,

zaburzeniami depresyjnymi (np. depresją w ciąży, depresją poporodową), zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, zaburzeniami psychotycznymi i zaburzeniami neurodegeneracyjnymi.

Wymagania fakultatywne (decyzję o ich zrealizowaniu oraz zakresie, w jakim będą zrealizowane, podejmuje nauczyciel na podstawie oceny dostępnego czasu, umiejętności uczniów i ich zainteresowania danym zagadnieniem). Uczeń:

- 1) omawia różnice między adekwatną i nieadekwatną samooceną; przekształca nieracjonalne przekonania na swój temat, na temat innych ludzi i świata w racjonalne odpowiedniki;
- 2) rozpoznaje i zaznacza swoje granice i przestrzeń psychiczną; omawia pojęcie nadodpowiedzialności; szanuje granice innych osób przez adekwatne reagowanie na potrzeby i komunikaty od innych; rozpoznaje zachowania bierno-agresywne;
- 3) dobiera odpowiednią pomoc specjalistyczną adekwatnie do sytuacji; omawia różnice między: psychologiem, psychoterapeutą, psychiatrą, specjalistą psychoterapii uzależnień, trenerem, coachem; opisuje podstawowe nurty psychoterapeutyczne (np. poznawczo-behawioralny, psychodynamiczny, systemowy, humanistyczny, integracyjny);
- 4) wyszukuje przepisy prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego.

DZIAŁ VI. ZDROWIE SPOŁECZNE

KLASY IV-VI

Pytanie wiodące: *Jak budować relacje interpersonalne oparte na otwartości, zaufaniu i podmiotowości w otoczeniu rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym i lokalnym?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) wyjaśnia pojęcia: koleżeństwo, przyjaźń, zauroczenie, zakochanie, miłość, a także rozpoznaje niewłaściwe zachowania w tych relacjach;
- 2) wymienia i omawia funkcje rodziny; opisuje przejawy jej prawidłowego funkcjonowania; omawia wartość rodziny w życiu osobistym człowieka;
- 3) omawia czynniki wpływające na atmosferę w rodzinie, zna prawa i obowiązki dziecka oraz rodziców;

- 4) omawia sposoby dbania o więzi rodzinne (relacje z matką, ojcem, rodzeństwem, dziadkami i dalszą rodziną);
- 5) opisuje zmiany mogące występować w rodzinach, w tym separację, rozwód, wejście rodziców w nowe związki, adopcję, rodzicielstwo zastępcze, pojawienie się rodzeństwa, chorobę i śmierć, a także wymienia sposoby radzenia sobie w takich sytuacjach.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jak rozwijać relacje interpersonalne oparte na otwartości, zaufaniu i podmiotowości w otoczeniu rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym i lokalnym?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) opisuje oznaki zakochania; odróżnia zakochanie od popędu seksualnego oraz od miłości, a także miłość młodzieńczą od miłości dojrzałej;
- 2) nawiązuje i utrzymuje relacje, dbając o swoje potrzeby, jednocześnie szanując potrzeby innych osób; rozumie swoją rolę w budowaniu pozytywnej atmosfery w rodzinie;
- 3) rozpoznaje manipulację w najbliższym otoczeniu oraz asertywnie na nią reaguje;
- 4) omawia sposoby rozwiązywania problemów i konfliktów, w tym alternatywne metody rozwiązywania sporów, w szczególności mediacje.

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *Jak przygotować się do wyzwań związanych z dorosłością i podejmowaniem decyzji dotyczących życia rodzinnego, zawodowego i społecznego?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia, w jaki sposób jest odpowiedzialny za własny rozwój; wymienia kompetencje, które pomagają w prowadzeniu świadomego i szczęśliwego dorosłego życia;
- 2) omawia aspekty organizacyjne, psychospołeczne i zdrowotne dotyczące ciąży, macierzyństwa i ojcostwa, w tym zagrożenia związane ze spożywaniem alkoholu w ciąży, m.in. syndrom alkoholowego zespołu płodowego (FAS, FAE), oraz związane ze stosowaniem innych substancji psychoaktywnych w ciąży;
- 3) omawia etapy bliskiej, długotrwałej relacji, w tym koleżeńskej, przyjacielskiej, romantycznej, małżeńskiej, partnerskiej, i sposoby dbania o nią; odróżnia

zachowania prawidłowe od przemocowych w relacjach, w tym wymienia cechy przemocy fizycznej, psychicznej i ekonomicznej.

Wymagania fakultatywne (decyzję o ich zrealizowaniu oraz zakresie, w jakim będą zrealizowane, podejmuje nauczyciel na podstawie oceny dostępnego czasu, umiejętności uczniów i ich zainteresowania danym zagadnieniem). Uczeń:

- 1) z szacunkiem formułuje komunikaty dotyczące decyzji innych osób związane z życiem rodzinnym, partnerskim i rodzicielskim, w tym dotyczące decyzji o związku formalnym, nieformalnym, niepozostawaniu w związku, separacji, rozwodzie, rozstaniu, rodzicielstwie, rodzicielstwie adopcyjnym i zastępczym, wielodzietności, bezdzietności, a także rozumie potencjalne skutki wymienionych sytuacji życiowych;
- 2) wyszukuje przepisy prawne dotyczące uprawnień i obowiązków związanych z zawarciem związku małżeńskiego oraz z prawnymi aspektami funkcjonowania związków nieformalnych w Polsce;
- 3) wyszukuje przepisy prawne dotyczące urlopów i świadczeń związanych z macierzyństwem i rodzicielstwem (urlop macierzyński, rodzicielski, wychowawczy i ojcowski) oraz przepisy prawne dotyczące rodzicielstwa nieletnich (matka lub ojciec małoletni).

DZIAŁ VII. DOJRZEWANIE

KLASY IV–VI

Pytanie wiodące: *Jak akceptować przemiany okresu dojrzewania oraz radzić sobie z jego wyzwaniami i kształtować pozytywny obraz własnego ciała?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) opisuje fizyczne, psychiczne, emocjonalne oraz społeczne zmiany występujące w okresie dojrzewania; omawia zmiany zachodzące w mózgu podczas dojrzewania oraz wpływ tych zmian na zachowanie nastolatków; wyjaśnia różnice między dojrzewaniem fizycznym a dojrzałością psychiczną;
- 2) identyfikuje zmiany dotyczące dojrzewania należące do normy medycznej, w tym różne tempo wzrostu, zmianę sylwetki, ginekomastię, nocne polucje, mutację, wzmożone pocenie się, zmianę zapachu, mimowolne erekcje, owłosienie, wzrost piersi, pojawienie się miesiączki, trądzik, a także odbiegające

od normy medycznej, w tym przedwczesne lub opóźnione dojrzewanie, stulejkę, nieprawidłową wydzielinę z pochwy, nieprawidłowości związane z miesiączkowaniem;

- 3) wymienia i stosuje zasady higieny osobistej związanej ze zmianami okresu dojrzewania, higieny skóry twarzy, higieny całego ciała, w tym narządów płciowych; wymienia zasady użycia podpasek i tamponów;
- 4) omawia etapy cyklu miesięczkowego i jego wpływ na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jak w okresie dojrzewania troszczyć się o swoje ciało?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia cele rozwojowe i wyzwania etapu dojrzewania oraz kolejnych etapów życia człowieka, w tym menopauzy, andropauzy, starości;
- 2) omawia czynniki wpływające na prawidłowy rozwój płciowy; monitoruje stan swojego ciała oraz identyfikuje możliwe nieprawidłowości i urazy układu moczowo-płciowego, w tym endometriozę, adenomiozę, zespół policystycznych jajników, nietrzymanie moczu, skręt jądra, złamanie prącia, wnętrostwo, spodziewstwo, załupek;
- 3) charakteryzuje dostępne na rynku produkty menstruacyjne; wyjaśnia zjawisko ubóstwa menstruacyjnego i sposoby przeciwdziałania mu.

DZIAŁ VIII. ZDROWIE SEKSUALNE

KLASY IV-VI

Pytanie wiodące: *Jak kształtować pozytywną postawę wobec seksualności człowieka wraz z respektowaniem autonomii cielesnej swojej i innych osób?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) charakteryzuje pojęcia: zdrowie seksualne, seksualność i omawia ich rolę w życiu człowieka;
- 2) omawia budowę i podstawowe funkcje narządów płciowych wewnętrznych i zewnętrznych;
- 3) wyjaśnia proces zapłodnienia; wymienia najważniejsze fakty dotyczące przebiegu ciąży, porodu oraz opieki nad noworodkiem;

- 4) omawia zagadnienie autonomii cielesnej oraz to, w jaki sposób asertywnie o nią dbać; wymienia rodzaje zachowań dorosłego lub rówieśnika, które są przekroczeniem granic intymnych; wyszukuje przepisy prawne dotyczące ochrony seksualności osób poniżej 15 roku życia, w tym art. 200 i art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r. poz. 17 i 1228); omawia możliwości uzyskania pomocy w sytuacji zagrożenia;
- 5) wymienia stereotypy płciowe oraz wyjaśnia ich wpływ na funkcjonowanie człowieka.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jakie znaczenie ma seksualność w życiu człowieka m.in. w kontekście rozumienia i respektowania autonomii cielesnej własnej oraz innych osób?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) wyjaśnia pozytywne znaczenie ludzkiej seksualności; omawia pojęcie popędu seksualnego i jego zmian w okresie dojrzewania; wymienia powody podjęcia aktywności seksualnej oraz konsekwencje z nią związane; rozumie rolę odpowiedzialności w odniesieniu do seksualności w życiu człowieka;
- 2) omawia pojęcie orientacji psychoseksualnej i kierunki jej rozwoju; wyjaśnia pojęcia związane z tożsamością płciową;
- 3) omawia kryteria świadomej zgody; identyfikuje elementy seksualizacji oraz presji związanej z podjęciem aktywności seksualnej obecne w mediach społecznościowych, środkach masowego przekazu, kulturze młodzieżowej oraz we własnym otoczeniu, a także wymienia sposoby przeciwdziałania im i radzenia sobie z nimi; omawia elementy dojrzałego, świadomego i odpowiedzialnego przygotowania się do inicjacji seksualnej; wymienia konsekwencje przedwczesnej inicjacji seksualnej;
- 4) charakteryzuje metody antykoncepcji (mechaniczne, hormonalne, chemiczne, naturalne);
- 5) rozróżnia formy przemocy seksualnej, w tym molestowania seksualnego, a także omawia sposoby reagowania, gdy sam jej doświadcza lub gdy doświadcza ją inni; identyfikuje miejsca, w których można uzyskać pomoc.

Wymagania fakultatywne (nauczyciel realizuje przynajmniej jedno z wymagań fakultatywnych). Uczeń:

- 1) wymienia infekcje i choroby przenoszone drogą płciową, w tym kiły, rzeżączki, chłamydiozy, zakażenie wirusem HPV, HBV, HCV, HIV i HSV; wymienia uniwersalne zasady profilaktyki infekcji i chorób przenoszonych drogą płciową; rozpoznaje objawy wymagające interwencji lekarskiej;
- 2) wymienia specjalności zawodowe zajmujące się tematem seksualności człowieka i zdrowia reprodukcyjnego (ginekologię, urologię, andrologię, seksuologię, dermatologię i wenerologię, proktologię, endokrynologię, położnictwo, fizjoterapię uroginekologiczną, farmację).

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *W jaki sposób dbać o zdrowie seksualne przez całe życie, korzystając z danych opartych na dowodach, oraz tworzyć relacje, kierując się szacunkiem wobec każdego człowieka?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) wyjaśnia pojęcie seksualności; omawia rolę całościowej edukacji seksualnej i jej wpływ na bezpieczeństwo oraz umiejętność tworzenia satysfakcjonujących relacji;
- 2) opisuje budowę i funkcję narządów płciowych wewnętrznych i zewnętrznych; omawia ich znaczenie dla zdrowia i profilaktyki; wyjaśnia funkcję mięśni dna miednicy dla zdrowia fizycznego oraz seksualnego;
- 3) omawia metody antykoncepcji, mechanizm ich działania i kryteria wyboru odpowiedniej metody;
- 4) omawia profilaktykę infekcji i chorób przenoszonych drogą płciową, w tym kiły, rzeżączki, chłamydiozy, zakażenia wirusem HPV, HBV, HCV, HIV i HSV, oraz profilaktykę przed- i poekspozycyjną zakażenia wirusem HIV; wyjaśnia różnicę między życiem z wirusem HIV a życiem z chorobą AIDS; wymienia miejsca (np. punkty konsultacyjno-diagnostyczne), w których można wykonać bezpłatne i anonimowe testy; wyszukuje przepisy prawne o odpowiedzialności karnej za bezpośrednie narażenie na zakażenie innych osób chorobami przenoszonymi drogą płciową;
- 5) wymienia czynniki wpływające na płodność człowieka i sposoby dbania o nią; omawia zjawisko niepłodności, określa jej możliwe przyczyny, w tym związane z niezdrowym stylem życia, a także omawia jej skutki i formy leczenia; omawia metody leczenia niepłodności (rozdziela metodę in vitro od innych metod);

- 6) omawia przebieg ciąży; wyjaśnia, na czym polega przebieg porodu fizjologicznego, zabiegowego i cesarskiego cięcia, oraz wpływ ciąży i porodu na zdrowie oraz rozwój człowieka; omawia kwestie zdrowotne związane z karmieniem piersią; opisuje połóg i zasady związane z opieką nad noworodkiem; omawia rolę wsparcia edukacyjnego oraz psychicznego dla osób oczekujących na dziecko, w tym rolę edukacji przedporodowej; omawia sposób organizacji opieki okołoporodowej i prawa kobiet w tym okresie;
- 7) wyjaśnia pojęcia: poronienie, aborcja; wymienia etyczne, prawne, zdrowotne i psychospołeczne uwarunkowania dotyczące przerywania ciąży;
- 8) wyjaśnia, na czym polega norma medyczna, prawna, statystyczna, społeczna, moralna, religijna, partnerska oraz indywidualna; wymienia wyznaczniki partnerskiej normy seksualnej;
- 9) wymienia kryteria świadomej zgody oraz omawia sytuacje, w których powinno się ją stosować w relacjach zarówno seksualnych, jak i np. przyjacielskich, rodzinnych i społecznych;
- 10) omawia formy przemocy seksualnej, w tym molestowania seksualnego, a także mity na ten temat; omawia sposoby reagowania w sytuacji, gdy doświadcza przemocy seksualnej lub gdy ktoś mówi mu o takim doświadczeniu; identyfikuje instytucje i organizacje udzielające pomocy osobom po doświadczeniu przemocy seksualnej; wyszukuje przepisy prawne dotyczące przemocy seksualnej;
- 11) wymienia zagrożenia związane z różnymi aspektami seksualności, m.in.: uwodzenie w sieci (grooming), seksting, szantaż seksualny (sextortion), pornografia, seksualizacja, prostytutka z udziałem małoletnich, a także wymienia sposoby przeciwdziałania tym zagrożeniom.

Wymagania fakultatywne (decyzję o ich zrealizowaniu oraz zakresie, w jakim będą zrealizowane, podejmuje nauczyciel na podstawie oceny dostępnego czasu, umiejętności uczniów i ich zainteresowania danym zagadnieniem). Uczeń:

- 1) omawia zagadnienie odpowiedzialnego i satysfakcjonującego życia seksualnego oraz wymienia, co wpływa na libido; wymienia formy aktywności seksualnej; opisuje zaburzenia i dysfunkcje seksualne;
- 2) omawia czynniki wpływające na jakość życia seksualnego;
- 3) omawia kwestie prawne i społeczne związane z przynależnością do grupy osób LGBTQ+;

- 4) opisuje stereotypy płciowe, w tym odnoszące się do sfery seksualnej, a także omawia ich wpływ na rozwój człowieka i relacje interpersonalne oraz omawia sposoby przeciwdziałania tym stereotypom.

DZIAŁ IX. ZDROWIE ŚRODOWISKOWE

KLASY IV–VI

Pytanie wiodące: *Jak środowisko naturalne i jego zanieczyszczenia wpływają na zdrowie publiczne i indywidualne?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia wpływ jakości środowiska naturalnego na zdrowie człowieka, w tym zanieczyszczenia powietrza i wód, zmniejszenie ilości terenów zielonych, zmiany klimatu; wyjaśnia, jak wzrost średniej globalnej temperatury wpływa na zdrowie i warunki życia człowieka;
- 2) sprawdza aktualny stan zanieczyszczenia powietrza przy użyciu technologii informacyjno-komunikacyjnych (np. specjalistycznych aplikacji mobilnych) oraz podaje przykłady ograniczania jego poziomu w swoim otoczeniu;
- 3) wyjaśnia, dlaczego kontakt z naturą jest istotny dla zdrowia; wyjaśnia, czym jest odpowiedzialność za zwierzęta domowe, jak również za dziką przyrodę i ekosystemy;
- 4) sprawdza natężenie hałasu przy użyciu technologii informacyjno-komunikacyjnych (np. specjalistycznych aplikacji mobilnych) oraz podaje przykłady ograniczania jego poziomu w swoim otoczeniu; wyjaśnia zasady profilaktyki niedosłuchu;
- 5) podejmuje działania proekologiczne, aby poprawić stan środowiska naturalnego i własne zdrowie.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jak rozpoznać i ocenić poziom zagrożeń zdrowotnych związanych z degradacją środowiska naturalnego oraz zmianą klimatu i jakie działania mogą pomóc w minimalizowaniu tych zagrożeń dla zdrowia człowieka?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) opisuje, jak zmiany klimatu i degradacja środowiska naturalnego wpływają na zdrowie indywidualne i publiczne, wymienia choroby, które mogą być ich wynikiem, w tym zaburzenia psychiczne, choroby układu oddechowego,

układu sercowo-naczyniowego, choroby skóry, a także wskazuje negatywne następstwa ekstremalnych zjawisk pogodowych dla zdrowia;

- 2) wyjaśnia, jak utrata bioróżnorodności wpływa na zdrowie indywidualne i zdrowie publiczne;
- 3) realizuje działania na rzecz poprawy stanu środowiska naturalnego; uczestniczy w działaniach promujących zdrowie środowiskowe.

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *Jakie są powiązania między zdrowiem środowiskowym a zdrowiem publicznym i indywidualnym?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) rozpoznaje dezinformację dotyczącą zmian klimatu oraz ich wpływu na zdrowie i rozpoznaje wiarygodne i rzetelne źródła informacji na ten temat.

Wymagania fakultatywne (decyzję o ich zrealizowaniu oraz zakresie, w jakim będą zrealizowane, podejmuje nauczyciel na podstawie oceny dostępnego czasu, umiejętności uczniów i ich zainteresowania danym zagadnieniem). Uczeń:

- 1) opracowuje plan działań na rzecz poprawy zdrowia środowiskowego w swojej lokalnej społeczności (np. działań związanych z ochroną powietrza, wody i gleby oraz redukcją hałasu);
- 2) organizuje działanie promujące zdrowie środowiskowe przy współpracy ze środowiskiem rówieśniczym, rodzinnym, szkolnym i lokalnym.

DZIAŁ X. INTERNET I PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ

KLASY IV-VI

Pytanie wiodące: *Co należy wiedzieć na temat bezpiecznego korzystania z Internetu i zagrożeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) przestrzega zasad higieny cyfrowej; omawia definicje zjawiska: niebieskiego światła, szty SMS-owej, krótkowzroczności w kontekście nadużywania urządzeń ekranowych; omawia różnice między relacjami międzyludzkimi bez użycia oraz z użyciem technologii i urządzeń elektronicznych;

- 2) omawia zagrożenia wynikające z niewłaściwego używania technologii informacyjno-komunikacyjnych, w tym cyberprzemoc, hejt, mowę nienawiści, kreowanie cyberrzeczywistości, zjawisko patostreamingu, uzależnienie od Internetu i gier komputerowych oraz niebezpieczne kontakty w sieci, m.in. uwodzenie w sieci (grooming); omawia korzyści i zagrożenia związane ze sztuczną inteligencją oraz wirtualną rzeczywistością (VR);
- 3) omawia korzyści wynikające z przestrzegania „domowych zasad ekranowych”;
- 4) omawia zagrożenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, wyrobów tytoniowych, napojów energetyzujących;
- 5) omawia sposoby reagowania w sytuacjach występowania zagrożeń związanych z korzystaniem z Internetu i zażywaniem substancji psychoaktywnych, w tym ze spożywaniem alkoholu, używaniem wyrobów tytoniowych, spożywaniem napojów energetyzujących, a także wymienia sposoby uzyskania pomocy specjalistycznej w tym zakresie;
- 6) formułuje argumenty dotyczące korzyści wynikających z niezazywania substancji psychoaktywnych, w tym niespożywania alkoholu, nieużywania wyrobów tytoniowych, niespożywania napojów energetyzujących.

KLASY VII i VIII

Pytanie wiodące: *Jak identyfikować zachowania ryzykowne u siebie i innych osób w zakresie szkodliwego korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych, zażywania substancji psychoaktywnych oraz występowania uzależnień behawioralnych?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) opisuje specyfikę cyfrowych relacji i zachowań; wymienia konsekwencje nadmiernego dzielenia się informacjami osobistymi w Internecie oraz konsekwencje odbioru niewłaściwych treści, takich jak patostreaming, internetowe wyzwania (challenge);
- 2) analizuje własną aktywność w Internecie pod kątem potencjalnych zagrożeń (np. cyberprzemocy, hejtu i mowy nienawiści, sekstingu, korzystania z pornografii, uzależnienia od mediów społecznościowych i gier komputerowych);
- 3) wymienia konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne zażywania substancji psychoaktywnych (np. spożywania alkoholu, używania wyrobów tytoniowych, zażywania narkotyków, nowych substancji psychoaktywnych, leków przyjmowanych w celach innych niż wskazania medyczne, niezgodnie

z zaleceniami lekarza i potrzebami zdrowotnymi), oraz korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych w szkodliwy dla siebie oraz najbliższego otoczenia sposób;

- 4) wykorzystuje sposoby chroniące przed szkodliwym korzystaniem z technologii informacyjno-komunikacyjnych i przed zażywaniem substancji psychoaktywnych (np. spożywaniem alkoholu, używaniem wyrobów tytoniowych, zażywaniem narkotyków, nowych substancji psychoaktywnych, leków przyjmowanych w celach innych niż wskazania medyczne, niezgodnie z zaleceniami lekarza i potrzebami zdrowotnymi), a także stosuje postawę asertywną i nie ulega presji otoczenia.

Wymagania fakultatywne (nauczyciel realizuje przynajmniej jedno z wymagań fakultatywnych). Uczeń:

- 1) formułuje argumenty zachęcające do unikania ryzykownych zachowań wpływających na rozwój uzależnień;
- 2) realizuje działania promujące higienę cyfrową i styl życia wolny od ryzykownych zachowań we współpracy ze środowiskiem rówieśniczym, rodzinnym, szkolnym i lokalnym.

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *Jak bezpiecznie korzystać z Internetu oraz reagować na objawy uzależnienia fizycznego i behawioralnego?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) omawia sposoby ochrony prywatności swojej i bliskich osób, w tym zagrożenia związane z udostępnianiem wizerunku dzieci w Internecie (sharenting);
- 2) wymienia rodzaje dezinformacji; charakteryzuje pojęcie fake news, omawia korzyści i zagrożenia związane z rozwojem sztucznej inteligencji; omawia wpływ reklam na postawy i decyzje w zakresie używania substancji psychoaktywnych, w tym w szczególności alkoholu i nowatorskich wyrobów tytoniowych;
- 3) podaje przykłady uzależnienia fizycznego i behawioralnego, w tym hazard; omawia mechanizm uzależnienia; ocenia własne zachowania pod względem potencjalnego ryzyka uzależnień fizycznych i behawioralnych;
- 4) wymienia objawy uzależnień; omawia sytuacje, w których należy podjąć leczenie uzależnień w trybie ambulatoryjnym, dziennym, stacjonarnym albo w trybie leczenia przymusowego.

Wymagania fakultatywne (decyzję o ich zrealizowaniu oraz zakresie, w jakim będą zrealizowane, podejmuje nauczyciel na podstawie oceny dostępnego czasu, umiejętności uczniów i ich zainteresowania:

- 1) wymienia zagrożenia zdrowotne i psychospołeczne wynikające z używania niektórych narkotyków w celach seksualnych; wyjaśnia koncepcję redukcji szkód;
- 2) wyszukuje przepisy prawne dotyczące zakazu posiadania, nakłaniania do używania, udzielania substancji psychoaktywnych oraz handlu nimi;
- 3) omawia zjawisko przeciążenia informacyjnego, lęku przed niedoinformowaniem (FOMO) oraz radości z pomijania informacji z Internetu (JOMO).

DZIAŁ X. SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Liceum ogólnokształcące, technikum oraz branżowa szkoła II stopnia

Pytanie wiodące: *Jak świadomie korzystać z systemu ochrony zdrowia w Polsce?*

Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności. Uczeń:

- 1) wymienia prawa pacjenta, osoby i instytucje, które są odpowiedzialne za ich przestrzeganie, oraz omawia sposób reagowania na ich naruszanie; opisuje rolę Rzecznika Praw Pacjenta;
- 2) omawia rolę dowodów naukowych i badań klinicznych w profilaktyce i terapii chorób; omawia ogólne zasady badań klinicznych i zasady udziału w nich;
- 3) wyjaśnia, jak korzystać ze świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (NiŚPL), ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), szpitalu, w tym szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR); wyszukuje podmioty lecznicze świadczące usługi w zależności od potrzeb zdrowotnych;
- 4) wyjaśnia, jak postępować w stanach zagrożenia życia i zdrowia oraz opisuje sytuacje, w których należy wezwać zespół ratownictwa medycznego (karetkę pogotowia); symuluje przeprowadzenie rozmowy z dyspozytorem i przedstawia, na czym polega problem zdrowotny; omawia przykłady nieuzasadnionego wezwania zespołu ratownictwa medycznego oraz przykłady nieuzasadnionego zgłoszenia się na szpitalny oddział ratunkowy (SOR);

- 5) wyjaśnia, czym jest samoleczenie, i podaje jego przykłady, w tym omawia, jak postępować w przypadku podwyższonej temperatury ciała i jak prawidłowo stosować leki bez recepty;
- 6) wyjaśnia, czym jest telemedycyna oraz co to jest e-zdrowie;
- 7) wyjaśnia różnice między lekiem a suplementem diety; czyta ze zrozumieniem ulotki leków; omawia zasady dostępu do leków na receptę i bez recepty; omawia podstawowe zasady refundacji leków w Polsce;
- 8) wyjaśnia, jak przygotować się do badań diagnostycznych i jak przedstawić swoje dolegliwości w gabinecie lekarskim oraz jak opisać dotychczas stosowane leczenie;
- 9) omawia znaczenie i rolę Internetowego Konta Pacjenta (IKP), wyjaśnia, jak z niego korzystać, omawia jego funkcje.

Wymagania fakultatywne (decyzję o ich zrealizowaniu oraz zakresie, w jakim będą zrealizowane, podejmuje nauczyciel na podstawie oceny dostępnego czasu, umiejętności uczniów i ich zainteresowania danym zagadnieniem). Uczeń:

- 1) opisuje podstawy funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz wyjaśnia, jaka jest rola Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) wyjaśnia, czym jest opieka farmaceutyczna oraz kiedy i jak można z niej skorzystać;
- 3) omawia działania niepożądane najczęściej stosowanych leków dostępnych bez recepty.

Bibliografia

- Aagaard-Hansen J., Bloch P.: *Settings, populations, and time: A conceptual framework for public health interventions*. „Frontiers in Public Health” 2023, 11:1297019. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1297019>.
- Abel T.: *Cultural capital in health promotion*. W: *Health and modernity: The role of theory in health promotion*. Red. D.V. McQueen, I. Kickbusch. Wydawnictwo Springer, New York 2007, s. 43–73.
- Alfabetyzm – Słownik języka polskiego PWN [dostęp: 17.03.2025].
- Antonovsky A.: *Health, stress and coping*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1979.
- Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Fundacja IPiN, Warszawa 1995.
- Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995.
- Augustyn A., Rutkowski D., Pac-Pomarnacka L.: *Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych młodzieży na tle warunków życia i percepcji środowiska miejsca zamieszkania*. „Studia Periegetica” 2021, nr 35 (3), s. 41–60. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.6039>.
- Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Babbie E.: *Podstawy badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Badora B.: *Wartości w czasach zarazy*. Komunikat z badań, Nr 160/2020, CBOS.
- Baker D.W., Gazmararian J.A., Williams M.V., Scott T., Parker R.M., Green D., Ren J., Peel J.: *Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed enrollees*. „American Journal of Public Health” 2002, vol. 92, no. 8, s. 1278–1283. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1278>.
- Baker D.W., Parker R.M., Williams M.V., Clark W.S.: *Health literacy and the risk of hospital admission*. „Journal of General Internal Medicine” 1998, vol. 13, no. 12, s. 791–798.
- Bales K.: *Multiple literacies in the classroom: Tips & strategies*. ThoughtCo. 2019. <https://www.thoughtco.com/multiple-literacies-types-classroom-strategies-4177323> [dostęp: 15.10.2024].

- Bandura A.: *Social cognition theory: An agentic perspective*. „Annual Review of Psychology” 2001, vol. 52, s. 1–26.
- Barabas M.: *Kompetencje nauczyciela w zakresie profilaktyki w szkole*. W: *Nauczyciel we współczesnej rzeczywistości edukacyjnej*. Red. A. Karpińska, M. Zińczuk, K. Kowalczyk. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2021.
- Basińska M.A., Andruszkiewicz A.: *Poczucie koherencji a zdrowie – koncepcja Aarona Antonovsky’ego*. W: *Zdrowie – stres – choroba*. Red. H. Wrona-Polańska. Impuls, Kraków 2008.
- Berkman N., Davis T., McCormack L.: *Health literacy: What is it?* „Journal of Health Communication” 2010, vol. 15 (Suppl. 2), s. 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.
- Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K.: *Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review*. „Annals of Internal Medicine” 2011, vol. 155, no. 2, s. 97–107.
- Bik B.: *Koncepcja promocji zdrowia*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. A. Czupryna, S. Paździuch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 207–248.
- Binkowska-Bury M., Kruk W., Szymańska J., Marc M., Penar-Zadarko B., Wdowiak L.: *Psychosocial factors and health-related behavior among students from South-East Poland*. „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2010, vol. 17, no. 1, s. 107–113. PMID: 20684487.
- Brytek-Matera A.: *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
- Charzyńska-Gula M., Jaworska M., Bogusz R., Kocka K., Domżał-Drzewicka R., Wasil A.: *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum w świetle opinii wybranej grupy uczniów*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, vol. 19, no. 4, s. 431–438.
- Charzyńska-Gula M.: *Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej i szanse na jej osiągnięcie w obecnej podstawie programowej*. „Zdrowie-Kultura Zdrowotna-Edukacja”, AWFis w Gdańsku, 2009, t. III, s. 59–64.
- Coiro J., Knobel M., Lankshear C., Leu D.J.: *Handbook of research on new literacies*, 1st edn. Routledge, New York/London 2008.
- Constitution of the World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Geneva 1948. <https://www.who.int/about/governance/constitution> [dostęp: 24.06.2025].

- Creswell J.W.: *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Przeł. J. Gilewicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
- Cylkowska-Nowak M.: *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.
- Czym jest świat VUCA i BANI i jak sobie w nim poradzić?; BANI – Nowy akronim naszego świata oparty na świadomości – Growth Advisors [dostęp: 15.03.2025].
- Dadaczynski K., Rathmann K., Hering T., Okan O.: *The role of school leaders' health literacy for the implementation of health promoting schools*. „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020, vol. 17, no. 6. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061855> PMID:32178457.
- Dąbrowski K.: *Co to jest zdrowie psychiczne?* W: Idem: *Zdrowie psychiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1979.
- Demel M.: *Pedagogika zdrowia*. W: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*. Red. L. Turoś. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999, s. 236–254.
- Demel M.: *Pedagogika zdrowia*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980.
- DeWalt D.A., Berkman N.D., Sheridan S., Lohr K.N., Pignone M.P.: *Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature*. „Journal of General Internal Medicine” 2004, vol. 19, s. 1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>.
- Diagnoza społeczna*. Red. J. Czapiński, T. Panek. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
- Dobrostan Polek i Polaków 2024*, Infuture Institute, Gdańsk 2024.
- Dodson S., Good S., Osborne R.H.: *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2015.
- Dolińska-Zygmunt G.: *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Domański C.: *Testy statystyczne*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1980.
- Domaradzki J.: *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*. „Hygeia Public Health” 2013, nr 48 (4), s. 408–419.
- Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Red. M. Sajkowska, R. Szredzińska. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

- Dzwonkowska-Godula K.: *Stosunek młodych ludzi do własnego zdrowia a ideologia Healthismu*. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica” 2016, nr 58. <https://doi.org/10.18778/0208-600X.58.02>.
- Education and training in the EU – facts and figures*. Eurostat, Education and training in the EU – facts and figures – Statistics Explained [dostęp: 17.01.2025].
- Encyklopedia socjologii*. T. 2, Oficyna Naukowa, Warszawa 1999.
- European Commission: Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, *EU high level group of experts on literacy – Final report, September 2012*, Publications Office, 2012. <https://data.europa.eu/doi/10.2766/34382> [dostęp: 04.04.2025].
- European Commission: *Together for Health. A Strategic Approach for the EU 2008–2013*. COM, 2007, 630 final. Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_e_n.pdf. [dostęp: 27.05.2016].
- Ewles L., Simnett I.: *Promoting health. A practical guide*. Bailliere Tindall, Edinburgh 2003.
- Fedyn B.: *Pedagogika zdrowia a edukacja zdrowotna (wybrane zagadnienia)*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 75–82.
- Ferguson G.A., Takane Y.: *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J., Sartorius N.: *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*. „Psychiatria Polska” 2017, nr 51 (3). <https://doi.org/10.12740/PP/74145>.
- Gatnar E., Walesiak M.: *Metody statystycznej analizy wielowymiarowej w badaniach marketingowych*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2004.
- Gaweł A.: *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Gazmararian J.A., Williams M.V., Peel J., Baker D.W.: *Health literacy and knowledge of chronic disease*. „Patient Education Counseling” 2003, vol. 51, no. 3, s. 267–275.
- Giddens A.: *Socjologia*. Przeł. A. Szulżycka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Green L.W., Kreuter M.H.: *Health promotion planning – An educational and environmental approach*. Mayfield Publishing comp., Mouton 1991.
- Gurba E.: *Zadania rozwojowe okresu wczesnej dorosłości*. W: *Psychologia rozwoju człowieka*. Red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

- Halman L., Reeskens T., Sieben I., van Zundert M.: *Atlas of European values: Change and continuity in turbulent times*. Open Press TiU, Tilburg University, 2022.
- Health Promotion. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1 [dostęp: 17.03.2025].
- Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- HLS-EU Consortium: *Comparative report on health literacy in eight EU members states. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. 2012. <https://www.health-literacy.eu> [dostęp: 14.02.2015].
- Hołyst B.: *Bezpieczeństwo społeczeństwa*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015.
- Howard D.H., Sentell T.L., Gazmararian J.A.: *Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population*. „Journal of General Internal Medicine” 2006, vol. 21, s. 857–861.
- International Reading Association: *New literacies and 21st-century technologies: A position statement of the international reading association*. 2009. <https://www.literacyworldwide.org/docs/default-source/where-we-stand/new-literacies-21st-century-position-statement.pdf> [dostęp: 15.10.2024].
- Janik I., Maciejewska M., Sipak-Szmigiel O.: *Postrzeganie zdrowia przez młodych dorosłych*. W: *Społeczne wymiary zdrowia i choroby: od teorii do praktyki*. Red. B. Trzop, K. Walentynowicz-Moryl. Fundacja Obserwatorium Społeczne Inter Alia, Zielona Góra 2017.
- Kacprzak M.: *Nasz program*. „Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna” 1960, nr 1, s. 3–5.
- Kajta J., Pustulka P.: *Międzypokoleniowy przekaz wartości i wizji dobrego życia w rodzinie. Porównanie perspektyw młodych dorosłych i ich rodziców*. „Studia BAS” 2023, nr 3 (75), s. 97–118.
- Kam C.M., Greenberg M.T., Walls C.T.: *Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum*. „Prevention Science” 2003, vol. 4, s. 55–63.
- Kapica M.: *Czy edukacji zdrowotnej potrzebna jest teoria?* W: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Red. B. Woynarowska, M. Kapica. Wydawnictwo KOWEZ, Warszawa 2001, s. 77–83.

- Kardialik K., Olejniczak D., Religioni U.: *Wykorzystanie umiejętności odczytywania (postrzegania) zdrowia przez studentów w procesie pozyskiwania informacji o chorobach*. „Hygeia Public Health” 2012, nr 47(1), 89–94. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2012/hyg-2012-1-089.pdf> [dostęp: 22.05.2023].
- Karski J.B.: *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2007.
- Karski J.B.: *Zdrowie i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski. Sanmedia, Warszawa 1994.
- Karta Ottawska. Przeł. J.B. Karski. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski. Wydawnictwo Sanmedia, Warszawa 1986, s. 246–251.
- Kawula S.: *Pedagogika społeczna*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 4. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2005.
- Kaźmierczyk P., Papis M., Nowosielska-Łaskawiec J., Bednarski J.: *Raport regulacyjny: Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce*. Rymarz, Zdort, Maruta. Warszawa 2024.
- Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A.D.: *Health literacy. The solid facts*. WHO Europe 2013.
- Kickbusch I.S.: *Health literacy: Addressing the health and education divide*. „Health Promotion International” 2001, vol. 16, no. 3, s. 289–297.
- Knight C.: *A resilience framework: Perspectives for educators*. „Health Education” 2007, vol. 107, 6, s. 543–555.
- Konarzewski K.: *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*. WSiP, Warszawa 2000.
- Korporowicz-Żmichowska V.: *Edukacja zdrowotna jako element kształtowania zachowań i kompetencji zdrowotnych. Teoria i praktyka*. „Polityka Społeczna” 2024, nr 1, s. 23–28.
- Kowalewska A.: *Zdrowie i zagrożenia zdrowia a edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 145–162.
- Kozinets R.V.: *Netografia. Badania etnograficzne online*. Przeł. M. Brzozowska-Brywczyńska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Kripalani S., Gatti M.E., Jacobson T.A.: *Association of age, HL, and medication management strategies with cardiovascular medication adherence*. „Patient Education and Counseling” 2010, vol. 81, s. 177–181. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.030>.
- Kropińska I.: *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*. Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2000.

- Kropińska I.: *Szkoła jako środowisko wspierające zdrowie w opiniach licealistów*. W: *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*. Red. D. Bilski. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź 2010.
- Królak A., Kurowska P., Giermaziak W.: *Tworzenie systemowych rozwiązań w ochronie zdrowia w oparciu o ekonomię behawioralną*. „Zdrowie Publiczne” 2019, nr 75 (2), s. 61–68.
- Kulik T.B., Latański M.: *Promocja zdrowia. Ujęcie interdyscyplinarne*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2020.
- Kupisiewicz Cz., Kupisiewicz M.: *Złote myśli o wychowaniu i kształceniu*. Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania w Rykach, Ryki–Warszawa 2005.
- Leksy K.: *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej. Wybrane aspekty zdrowotne i pedagogiczne*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2020.
- Leksy K., Gawron G., Rosario R.: *Associations between Polish school principals' health literacy and implementation of the Health Promoting School approach during the COVID-19 pandemic*. „PLoS ONE” 2024, vol. 19, no. 4: e0301055. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301055>.
- Leksy K., Gawron G., Rosario R., Sormunen M., Velasco V., Sandmeier A., Simovska V., Wojtasik T., Dadaczynski K.: *The importance of school leaders in school health promotion. A European call for systematic integration of health in professional development*. „Frontiers in Public Health” 2024, 11:1297970. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1297970>.
- Leksy K., Nawój-Połoczańska J., Skowrońska-Pućka A.: *Ocena alfabetyzmu zdrowotnego studentów na podstawie kwestionariusza Health Literacy Questionnaire (HLQ): badania wstępne*. „Studia Edukacyjne” 2023, nr 69, s. 57–76. <https://doi.org/10.14746/se.2023.69.4>.
- Lewicki C.: *Edukacja zdrowotna: systemowa analiza zagadnień*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006.
- Lewowicki T.: *Problemy pedagogiki szkolnej: szkoła – przemiany instytucji i jej funkcji*. W: *Pedagogika ogólna i subdyscypliny*. Red. L. Turoś. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999, s. 167–180.
- Lew-Starowicz Z., Krajka K., Darewicz B., Ciesielska B., Robacha A., Jakima S., Windak A., Haczyński J.: *Zdrowie seksualne – trudny problem dla lekarzy*. „Seksuologia Polska” 2004, nr 2, s. 33–38.
- Leżańska W.: *Historyczne i współczesne konteksty kształcenia nauczycieli wczesnej edukacji*. Wyższa Szkoła Informatyki, Łódź 2004.

- Liberska H.: „Klasyczne” i współczesne podejścia do wartości w psychologii. W: *Tradycja a nowoczesność. Wartości współczesnego człowieka – przedmiot, źródła, obszary i konflikty*. Red. H. Liberska, A. Malina, D. Suwalska-Barancewicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2017.
- Liu Ch., Chang F.C., Liao L.L., Niu Y.Z., Cheng C.C., Shih S.F.: *Health-promoting schools in Taiwan: School principals’ and teachers’ perspectives on implementation and sustainability*. „Health Education Journal” 2019, vol. 78, s. 163–175. <https://doi.org/10.1177/0017896918793661>.
- Łobocki M.: *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000.
- Łobocki M.: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2003.
- Makowska B.: *Realizacja edukacji zdrowotnej w szkołach wiejskich w ocenie nauczycieli i matek uczniów*. W: *Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej*. Red. D. Bilski. Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych, Łódź 2010, s. 191–208.
- Mancuso J.M.: *Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature*. „Nursing and Health Sciences” 2009, vol. 11, s. 77–89.
- Mangelanello J.A.: *Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research*. „Health Education Research” 2008, vol. 23, no. 5, s. 840–847.
- Maszkę A.W.: *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008.
- Matusiak R.: *Cyberświat jako wyzwanie wychowawcze i edukacyjne – zagrożenia i profilaktyka*. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2020.
- Matyjas B.: *Integralna koncepcja wychowania w ujęciu Heleny Radlińskiej (punkt widzenia pedagogiki społecznej)*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 91–104.
- Mazur J., Malinowska-Cieślak M., Oblacińska A.: *Przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat w Polsce w świetle międzynarodowych statystyk od 2000 roku*. „Developmental Period Medicine” 2017, XXI, 2, s. 111–123.
- Melosik Z.: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Wydawnictwo Edytor, Toruń–Poznań 1999.
- Mikiewicz P.: *Socjologia edukacji. Teorie, koncepcje, pojęcia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.
- Młodzi 2011*. Red. K. Szafraniec, M. Boni, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2011.

- Młodzież 2023. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2023.
- Modrzewski J.: *Socjalizacja wartości zdrowia*. „Chowanna” 2008, nr 2, s. 13–32.
- Muhanga M.I., Malungo J.R.S.: *The what, why and how of health literacy: A systematic review of literature*. „International Journal of Health” 2017, vol. 5, no. 2, s. 107–114. <https://doi.org/10.14419/ijh.v5i2.7745>.
- Nawój-Połoczańska J.: *Społeczne i biologiczne uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży*. W: *Pomóc talentowi rozkwitnąć, lokalne działania koalicyjne na rzecz uczniów zdolnych*. Red. K. Stępnia, W. Jaskólska. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016.
- NFZ o zdrowiu. *Depresja*. Raport z 2020 roku NFZ o zdrowiu, depresja.pdf [dostęp: 17.01.2025].
- Nico M.: *What do I care for? Social values of young people compared*. Pool of European Youth Researchers Centre for Research and Studies in Sociology, University Institute of Lisbon, Lisbon 2019. c8e7b81a-f41b-52ca-ea31-7e7e5c4ce67f (coe.int) [dostęp: 17.01.2025].
- Niedorys B., Chrzan-Rodak A., Bartoszek A., Ślusarska B.: *Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010–2018*. „Hygeia Public Health” 2019, vol. 54, no. 2, s. 105–113. [hyg-2019-2-105.pdf \(h-ph.pl\)](https://doi.org/10.1007/s00137-019-0105-2) [dostęp: 22.05.2023].
- Nielsen-Bohlman L., Panzer A., Kindig D.: *Health literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies Press Washington 2004. <https://www.nap.edu/read/10883/chapter/1> [dostęp: 13.04.2016].
- Nowak S.: *Metodologia badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Nutbeam D., Kickbusch I.S.: *Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century*. „Health Promotion International” 2000, vol. 15, no. 3, s. 183–184.
- Nutbeam D.: *Health education and health promotion revisited*. „Health Education Journal” 2019, vol. 78, no. 6, s. 705–709. <https://doi.org/10.1177/0017896918770215>.
- Nutbeam D.: *Health literacy as a population strategy for health promotion*. „Japanese Journal of Health Economics and Policy” 2017, vol. 25, no. 3, s. 210–222.
- Nutbeam D.: *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. „Health Promotion International” 2000, vol. 15, no. 3, s. 259–267.
- Nutbeam D.: *Health promotion glossary*. „Health Promotion International” 1998, vol. 13, no. 4, 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.
- Nutbeam D.: *The evolving concept of health literacy*. „Social Science & Medicine” 2008, vol. 67, no. 12, s. 2072–2078.

- Omyła-Rudzka M.: *Postawy prokreacyjne kobiet*. CBOS Komunikat z badań Nr 3/2023.
- Opinie i diagnozy: *Młodzi Polacy w badaniach CBOS 1989–2021*, nr 48, CBOS.
- Opinie i diagnozy: *Młodzież 2021*, nr 49, CBOS.
- Opinie i diagnozy: *Sekularyzacja w Polsce*, nr 50, CBOS.
- Osborne R.H., Batterham R.W., Elsworth G.R. et al.: *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. „BMC Public Health” 2013, vol. 13, art. no. 658.
- Ostaszewski K.: *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 113–119.
- Ostryżek A., Marcinkowski J.T.: *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, nr 93 (4), s. 682–686.
- Paakkari L., Paakkari O.: *Health Literacy as a Learning Outcome in Schools*. „Journal of Health Education” 2012, vol. 112, no. 2, s. 133–152. <https://doi.org/10.1108/09654281211203411>.
- Paasche-Orlow M.K., Wolf M.S.: *The causal pathways linking health literacy to health outcomes*. „American Journal of Health Behavior” 2002, vol. 31 (Suppl. 1): S19–S26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.200731supp.S19>.
- Palka S.: *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*. GWP, Gdańsk 2006.
- Pawluk I. et al.: *Nadwaga i otyłość. Małymi krokami do zdrowia*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Warszawa 2022. <https://ncez.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2022/12/Nadwaga-i-otylosc-Malymi-Krokami-do-Zdrowia..pdf>.
- Peterson P.N., Shetterly S.M., Clarke C.L., Allen L.A., Matlock D.D., Magid D.J., Masoudi F.A.: *Low health literacy is associated with increased risk of mortality in patients with heart failure*. „Circulation” 2009, vol. 120, no. 18, S749–S749.
- Piasecka H., Ślusarska B., Nowicki G.: *Zdrowie jako wartość wśród młodzieży studiującej w uwarunkowaniach społeczno-demograficznych i ocena żywienia badanej grupy*. „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2 (56), s. 124–134.
- Pilch T., Bauman T.: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- Przybylska E.: *Alfabetyzacja i edukacja podstawowa osób dorosłych jako wyzwanie teraźniejszości*. „Przegląd Pedagogiczny” 2014, nr 2, s. 28–39. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-f863d4d1-fd18-4c29b323-d867ad1a7e89> [dostęp: 15.10.2024].
- Radzewicz-Winnicki A.: *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.

- Rokeach M.: *The nature of human values*. Free Press, New York 1973.
- Roter A.: *Proces socjalizacji dzieci w warunkach ubóstwa społecznego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2005.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2025 r. poz. 378).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji z 6 marca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego dla liceum ogólnokształcącego, technikum oraz branżowej szkoły II stopnia (Dz.U. 2025 r. poz. 382).
- Ruszkowska K.: *Cukrzyca I typu u dzieci – klinika i postępowanie*. W: *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku*. Red. K. Kowalczyk, E. Krajewska-Kułak, M. Cybulski. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2016, s. 229–230.
- Ryff C.D.: *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. „Journal of Personality and Social Psychology” 1989, vol. 57, no. 6, s. 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069> [dostęp: 24.06.2025].
- Schillinger D., Bindman A., Wang F., Stewart A., Piette J.: *Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients*. „Patient Education Counseling” 2004, vol. 52, no. 3, s. 315–323.
- Scott T.L., Gazmararian J.A., Williams M.V., Baker D.W.: *Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization*. „Medical Care” 2002, vol. 40, no. 5, s. 395–404.
- Sentell T.L., Halpin H.A.: *Importance of adult literacy in understanding health disparities*. „Journal of General Internal Medicine” 2006, vol. 21, no. 8, s. 862–866.
- Sęk H.: *Poczucie koherencji i zasoby odpornościowe jako czynniki zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen, H. Sęk. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Sheridan Ch. L., Radmacher S.A.: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.
- Simonds S.K.: *Health education as social policy*. „Health Education Monograph” 1974, vol. 2, s. 1–25. <https://doi.org/10.1177/10901981740020s102>.
- Skulicz D.: *Badania opisowe i badania diagnostyczne*. W: *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Red. S. Palka. GWP, Gdańsk 2010.

- Słońska Z.: *Model edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*. „Lider” 1992, nr 7–8.
- Sokołowska M.: *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986.
- Sørensen K.: *Smart health! Expanding the need for new literacies*. W: *Managing infodemics in the 21st century. Addressing new public health challenges in the information ecosystem*. Red. T.D. Purnat, T. Nguyen, S. Briand. Springer, Cham 2023, s. 71–83. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-27789-4> [dostęp: 15.10.2024].
- Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F. et al.: *Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU)*. „European Journal of Public Health” 2015, vol. 25, no. 6, s. 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J. et al.: *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. „BMC Public Health” 2012, vol. 12, no. 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Start | M-POHL – WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy [dostęp: 12.02.2025].
- Sun X., Shi Y., Zeng Q., Wang Y., Du W., Wei N., Xie R., Chang C.: *Determinants of health literacy and health behaviour regarding infectious respiratory diseases: A pathway model*. „BMC Public Health” 2013, vol. 13, s. 261. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-261>.
- Syrek E.: *Problematyka „spraw zdrowia” w dziełach polskich klasyków pedagogiki społecznej – Heleny Radlińskiej, Aleksandra Kamińskiego, Ryszarda Wroczyńskiego*. „Pedagogika Społeczna Nova” 2021, t. 1, nr 1, s. 147–163.
- Syrek E.: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów*. Red. S. Kawula. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 599–624.
- Syrek E.: *Reprodukcja kulturowa a socjalizacja zdrowotna*. W: *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Red. Z. Żukowska, R. Żukowski. Akademia Wychowania fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, Warszawa 2002, s. 54–57.
- Syrek E.: *Styl życia w rodzinie – konteksty socjalizacji w obszarze zdrowia*. „Pedagogika Społeczna Nova” 2022, vol. 2, no. 4, s. 55–68. <https://doi.org/10.14746/psn.2022.4.03>.
- Syrek E.: *Subdyscypliny pedagogiki, socjologii i psychologii. Konteksty interdyscyplinarnego zainteresowania zdrowiem i chorobą w naukach społecznych*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 43–59.
- Syrek E.: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997.

- Syrek E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
- Szredzińska R.: *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. W: *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Red. M. Sajkowska, R. Szredzińska. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2022, s. 136–157.
- Sztembis R., Popielski K.: *Zdrowie jako wyjściowa wartość egzystencji*. W: *Wartości dla życia*. Red. K. Popielski. Wydawnictwo KUL, Lublin 2008.
- Sztumski J.: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2005.
- Śliwa M.M.: *Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki*. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Katowice 2001.
- Śliwerski B.: *Pedagogika*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 4. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2005, s. 100–105.
- Światowa Organizacja Zdrowia: *Health promotion glossary*. WHO, Geneva 1998.
- Tabak I.: *Edukacja zdrowotna w rodzinie*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Red. B. Woynarowska. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 211–216.
- Tannahill A.: *Health education and health promotion: Planning for the 1990s*. „Health Education Journal” 1990, vol. 49, no. 4, s. 194–198.
- Taraszevska A.: *Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży*. Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej (pzh.gov.pl) [dostęp: 17.01.2025].
- Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Truszkiewicz A., Olejniczak D., Religioni U., Skonieczna J.: *Edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym – badanie opinii i oczekiwań uczniów gimnazjów i liceów*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015, nr 21 (1), s. 24–28.
- U.S. Department of Health and Human Services: *National Action Plan to improve health literacy*. Washington 2011. <http://health.gov/communication/HLActionPlan/> [dostęp: 12.05.2016].
- UNESCO Institute for Lifelong Learning: *2nd global report on adult learning and education: Rethinking literacy*. Hamburg 2013. 2nd global report on adult learning and education: rethinking literacy – UNESCO Digital Library [dostęp: 04.04.2025].
- Van Servellen G., Brown J.S., Lombardi E., Herrera G.: *Health literacy in low income Latino men and women receiving an tiretroviral therapy in community based treatment centers*. *AIDS Patient Care and STDs*, 2003, vol. 17, s. 283–298. <https://doi.org/10.1089/108729103322108166>.

- Wallon H.: *Mysliciele – o wychowaniu*. T. 2. Wydawnictwo Graf-Punkt, Warszawa 2000.
- Wenclawek K., Wojnowski K.: Świadomość zdrowotna i zachowania prozdrowotne młodzieży licealnej – przyczynek diagnostyczno-poznawczy. *Zeszyty Naukowe WSG*, t. 35, seria: „Edukacja – Rodzina – Społeczeństwo” 2019, nr 4, s. 349–380.
- Więckowska B.: *Materiały dodatkowe do wykładu 1: Wprowadzenie do map potrzeb zdrowotnych 1_Wprowadzenie.pdf* (mz.gov.pl).
- Wilk T.: *Szkoła jako instytucja, przestrzeń, misja, wartość, zadanie, możliwość, instrument...*, czyli o potrzebie tworzenia szkoły zorientowanej na przyszłość. *Kultura i sztuka jako źródło wsparcia i rozwoju*. W: *Współczesna szkoła w następstwie przemian społeczno-kulturowych. Studia i refleksje socjopedagogiczne*. Red. A. Rzymelka-Frąckiewicz. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2014, s. 17–30.
- Williams T.: *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1988, nr 7–8, s. 195–197.
- Wojtyna E., Stawiarska P.: *O współczesnym rozumieniu zdrowia*. W: *Kultura współczesna a zdrowie*. Red. M. Górnik-Durose. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013.
- Wolf M.S., Feinglass J., Thompson J., Baker D.W.: *In search of 'low HL': Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality*. „*Social Science and Medicine*” 2010, 70, s. 1335–1341. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.013>.
- World Health Organization. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report). World Health Organization, Geneva 2004 [dostęp: 17.01.2025].
- World Health Organization: *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. „*Health Policy for Children and Adolescents*” 2012, vol. 6.
- Woynarowska B.: *Zdrowie jako wartość i zasób dla jednostki oraz zasób dla społeczeństwa*. W: Idem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 27–29.
- Woynarowska B., Oblacińska A.: *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*. „*Studia BAS*” 2014, nr 2 (38), s. 41–64.
- Woynarowska B., Woynarowska M.: *Edukacja zdrowotna w szkole*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 431–454.
- Woynarowska B., Woynarowska M.: *Promocja zdrowia w szkole*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 455–471.

- Woynarowska B., Woynarowska M.: *Związek między edukacją i zdrowiem*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 31–33.
- Woynarowska B., Woynarowska-Soldan M.: *Rola i kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną*. W: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 145–153.
- Woynarowska B.: *Cechy współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 14–18.
- Woynarowska B.: *Działania szkoły w zakresie profilaktyki chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*. W: *Szkoła i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Red. M. Woynarowska, B. Woynarowska. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2022, s. 447–454.
- Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele*. W: Eadem: *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli gimnazjum*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 11–13.
- Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna jako kluczowy komponent promocji zdrowia*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 119–127.
- Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna w różnych siedliskach*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 211–243.
- Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Woynarowska B.: *Nowe koncepcje i strategie w edukacji zdrowotnej*. W: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*. Red. B. Zawadzka, T. Łączek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2017, s. 29–42.
- Woynarowska B.: *Teorie i modele wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 129–137.
- Woynarowska B.: *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: Eadem: *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 93–105.
- Woynarowska B.: *Zdrowie i czynniki je warunkujące*. W: *Biomedyczne podstawy rozwoju i edukacji*. Red. B. Woynarowska, A. Kowalewska, Z. Izdebski. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2021, s. 209–219.

- Wojnarowska B.: *Związki między zdrowiem a edukacją*. W: Eadem: *Zdrowie i szkoła*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, s. 15–17.
- Wrona-Polańska H.: *Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy*. W: *Zdrowie-stres-choroba*. Red. H. Wrona-Polańska. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2008.
- Wysocka E.: *Doświadczenie życia w młodości – problemy, kryzysy i strategie ich rozwiązywania. Próba opisu strukturalno-funkcjonalnego modelu życia preferowanego przez młodzież z perspektywy pedagogiki społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2010.
- Zagórska W., Jelińska M., Surma M., Lipska A.: *Wydłużająca się droga do dorosłości*. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2012.
- Zarcadoolas C., Pleasant A., Greer, D.: *Understanding health literacy: An expanded model*. „Health Promotion International” 2005, vol. 20, no. 2, s. 195–203.
- Zaręba E.: *Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice*. W: *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*. Red. S. Palka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, s. 43–54.
- Zawadzka B.: *Dorastająca młodzież wobec problemu własnego zdrowia*. Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Kraków 2007.
- Zawadzka B.: *Promocja zdrowia w szkole – teoria i praktyka*. W: *Edukacja zdrowotna. Programy szkolne*. Red. B. Wojnarowska. Wydawnictwo WSzZ, Warszawa 2001.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.* GUS, 2023.
- Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Raport z badań 2022–2023*, Fundacja GrowSPACE, Warszawa 2023. <https://www.growspace.pl/zdrowiepsychicznemlodych> [dostęp: 24.06.2025].
- Zimny-Zajac A.: *Narodowy Test Zdrowia Polaków*. Ringier Axel Springer Polska, Warszawa 2022.
- Zipin L., Sellar S., Brennan M., Gale T.: *Educating for Futures in Marginalized Regions: A Sociological Framework for Rethinking and Researching Aspirations*. „Journal of Educational Philosophy and Theory” 2015, vol. 47, no. 3, s. 227–246. <https://doi.org/10.1080/00131857.2013.839376>.
- Zrównoważony rozwój albo nic. Wymarzona przyszłość Europejczyków z pokoleń Y i Z*. Badanie międzynarodowe. Merc Raport, Warszawa 2022 (merckgroup.com) [dostęp: 17.01.2025].

Indeks osobowy

- Aagaard-Hansen Jens 69; 247
Abel Thomas 42; 43; 247
Allen Larry A. 124; 256
Andruszkiewicz Anna 32; 248
Antonovsky Aaron 26; 31; 32; 37; 247
Apfel Franklin 106; 107; 252
Augustyn Agnieszka 186; 247
- Babbie Earl 110; 115; 116; 247
Badora Barbara 247
Baker David W. 51; 52; 124; 247; 250; 257; 260
Bales Kris 15; 247
Bandura Albert 44; 248
Barabas Magdalena 144; 248
Bartoszek Adrian 107; 255
Basińska Małgorzata A. 32; 248
Batterham Roy W. 113; 114; 123; 126; 256
Bauman Teresa 113; 115; 256
Bednarski Jan 93; 252
Berkman Nancy 51; 52; 124; 248; 249
Bik Barbara 67; 74; 248
Bilski Dobrosław 137; 138; 253; 254
Bindman Andrew 124; 257
Binkowska-Bury Monika 106; 107; 248
Bloch Paul 69; 263
Bogusz Renata 138; 139; 140; 142; 146; 248
Boni Michał 94; 102; 104; 254
- Brennan Marie 53; 262
Briand Sylvie 15; 41; 48; 258
Brown Jean S. 51; 259
Brytek-Matera Anna 151; 248
- Chang Chun 40; 258
Chang Fong-Ching 77; 254
Charzyńska-Gula Marianna 137; 138; 139; 140; 142; 146; 248
Cheng Chi-Chia 77; 254
Chrzan-Rodak Agnieszka 106; 107; 255
Ciesielska Beata 30; 253
Clark W. Scott 124; 247
Clarke Christina L. 124; 256
Coiro Julie 16; 248
Creswell John W. 115; 249
Crotty Karen 124; 248
Cybulski Mateusz 98; 257
Cylkowska-Nowak Mirosława 64; 145; 249
Czapiński Janusz 79; 249
Czupryna Antoni 67; 74; 248
- Dadaczynski Kevin 77; 78; 249; 253
Dahlgren Göran 36; 37
Darewicz Barbara 30; 253
Davis Terry 51; 248
Dąbrowski Kazimierz 91; 249
Demel Maciej 17; 19; 20; 249
DeWalt Darren A. 51; 52; 249

- Dodson Sarity 125; 249
 Dolińska-Zygmunt Grażyna 24; 27; 28; 31; 38; 147; 249
 Domański Czesław 112; 249
 Domaradzki Jan 27; 34; 37; 249
 Domżał-Drzewicka Renata 138; 139; 140; 142; 146; 248
 Donahue Katrina E. 124; 248
 Du Weijing 40; 258
 Dzwonkowska-Godula Krystyna 106; 250

 Elsworth Gerald R. 113; 114; 123; 126; 256
 Ewles Linda 64; 250

 Fedyn Beata 17; 250
 Feinglass Joseph 52; 260
 Ferguson George A. 111; 250
 Fullam James 40; 48; 184; 258

 Galderisi Silvana 91; 92; 250
 Gale Trevor 53; 262
 Gatnar Eugeniusz 250
 Gatti Margaret E. 52; 252
 Gawel Anna 17; 18; 197; 250
 Gawron Grzegorz 77; 78; 253
 Gazmararian Julie A. 51; 124; 247; 250; 251; 257
 Giddens Anthony 54; 55; 250
 Giermaziak Wojciech 45; 253
 Good Sujavee 125; 249
 Górnik-Durose Małgorzata 27; 260
 Green Diane 51; 247
 Green Lawrence W. 67; 250
 Greenberg Mark T. 77; 251
 Greer David 42; 43; 262
 Gurba Ewa 100; 250

 Haczyński Józef 30; 253
 Halman Loek 79; 81; 251
 Halpernm David J. 124; 248
 Halpin Helen A. 124; 257
 Hancock Trevor 34
 Harwas-Napierała Barbara 100; 250
 Heinz Andreas 91; 92; 250
 Hering Thomas 77; 249
 Herrera Gilberto 51; 259
 Heszen Irena 25; 26; 28; 29; 30; 31; 32; 34; 35; 38; 43; 44; 46; 146; 251; 257
 Hołyst Brunon 186; 251
 Howard David H. 124; 251

 Izdebski Zbigniew 23; 261

 Jacobson Terry A. 52; 252
 Jakima Sławomir 30; 253
 Janik Inga 99; 182; 251
 Jaskólska Wioletta 97; 255
 Jaworska Małgorzata 138; 139; 140; 142; 146; 248
 Jelińska Magdalena 95; 262

 Kacprzak Marcin 13; 20; 251
 Kajta Justyna 86; 251
 Kam Chi-Ming 77; 251
 Kapica Marian Teodor 19; 251
 Kardialik Kinga 106; 107; 252
 Karpińska Anna 144; 248
 Karski Jerzy B. 35; 67; 75; 252
 Kastrup Marianne 91; 92; 250
 Kawula Stanisław 18; 252; 258
 Kaźmierczyk Paweł 93; 252
 Kickbusch Ilona 42; 43; 106; 107; 247; 252; 255

- Kindig David 50; 255
Knight Cecily 158; 252
Knobel Michele 16; 248
Kocka Katarzyna 138; 139; 140; 142; 146; 248
Konarzewski Krzysztof 115; 252
Korporowicz-Żmichowska Violetta 146; 252
Kowalczuk Karol 144; 248
Kowalczuk Krystyna 98; 257
Kowalewska Anna 20; 23; 252; 261
Kozinets Robert 114; 252
Krajewska-Kułąk Elżbieta 98; 257
Krajka Kazimierz 30; 253
Kreuter Marshall H. 67; 250
Kripalani Sunil 52; 252
Kropińska Irena 43; 60; 137; 140; 146; 252; 253
Królak Anna 45; 253
Kruk Waław 106; 107; 248
Kulik Teresa Bernadetta 57; 253
Kupisiewicz Czesław 76; 253
Kupisiewicz Małgorzata 76; 253
Kurowska Patrycja 45; 253
- Lankshear Colin 16; 248
Latański Maciej 57; 253
Leksy Karina 20; 21; 39; 53; 77; 78; 105; 108; 123; 124; 183; 193; 194; 198; 205; 211; 213; 253
Leu Donald J. 16; 248
Lewicki Czesław 132; 150; 253
Lewowicki Tadeusz 13; 205; 253
Lew-Starowicz Zbigniew 30; 253
Leżańska Wiesława 159; 253
Liao Li-Ling 77; 254
- Liberska Hanna 81; 254
Lipska Anna 95; 262
Liu Chieh-Hsing 77; 254
Lohr Kathleen N. 51; 52; 249
Lombardi Emilia 51; 259
- Łączek Tomasz 17; 18; 20; 208; 250; 252; 254; 258; 261
Łobocki Mieczysław 109; 110; 115; 254
- Maciejewska Martyna 99; 182; 251
Magid David J. 124; 256
Makowska Bożena 138; 143; 254
Malina Alicja 81; 254
Malinowska-Cieślík Marta 102; 254
Malungo Jacob R.S. 39; 40; 41; 43; 44; 45; 46; 49; 50; 51; 52; 255
Mancuso Josephine M. 42; 254
Manganello Jennifer A. 42; 43; 254
Marc Małgorzata 106; 107; 248
Marcinkowski Jerzy Tadeusz 27; 64; 256
Masoudi Frederick A. 124; 256
Maszke Albert Wojciech 116; 254
Matlock Daniel D. 124; 256
Matusiak Renata 159; 254
Matyjas Bożena 17; 18; 254
Mazur Joanna Teresa 102; 254
Mazurkiewicz Edward 19
McCormack Lauren 51; 248
McQueen David V. 42; 247
Melosik Zbyszko 28; 140; 254
Mikiewicz Piotr 55; 254
Modrzewski Jerzy 56; 60; 206; 255
Muhanga Mikidadi I. 39; 40; 41; 43; 44; 45; 46; 49; 50; 51; 52; 255

- Nawój-Połoczańska Joanna 78; 94; 97;
105; 108; 154; 193; 253; 255
- Nguyen Tim 15; 41; 48; 258
- Nico Magda 85; 255
- Niedorys Barbara 106; 107; 255
- Nielsen-Bohlman Lynn 50; 255
- Niu Yu-Zhen 77; 254
- Nowak Stefan 116; 117; 255
- Nowicki Grzegorz Józef 100; 256
- Nowosielska-Łaskawiec Julia 93; 252
- Nutbeam Don 40; 42; 43; 46; 47; 126;
127; 183; 193; 201; 202; 203; 209; 210;
255; 269
- Oblacińska Anna Maria 97; 102; 254; 260
- Okan Orkan 77; 249
- Olejniczak Dominik 106; 107; 138; 139;
143; 145; 152; 252; 259
- Omyła-Rudzka Małgorzata 86; 256
- Osborne Richard H. 113; 114; 123; 125; 126;
249; 256
- Ostaszewski Krzysztof 71; 74; 107; 256
- Ostrzyżek Artur 27; 256
- Paakkari Leena 42; 132; 194; 198; 256
- Paakkari Olli 42; 132; 194; 198; 256
- Paasche-Orlow Michael K. 49; 256
- Pac-Pomarnacka Lidia 186; 247
- Palka Stanisław 108; 114; 256; 257; 262
- Panek Tomasz 79; 249
- Panzer Allison 50; 255
- Papis Maria 93; 252
- Parker Ruth M. 51; 124; 247
- Pawluk Izabela 101; 256
- Paździoch Stefan 67; 74; 248
- Peel Jennifer 51; 124; 247; 250
- Pelikan Jürgen M. 106; 107; 252; 258
- Penar-Zadarko Beata 106; 107; 248
- Perkins Fran 34
- Peterson Pamela N. 124; 256
- Piasecka Honorata 100; 256
- Piette John 124; 257
- Pignone Michael P. 51; 52; 249
- Pilch Tadeusz 110; 113; 115; 256
- Pleasant Andrew 42; 43; 262
- Popielski Kazimierz 80; 89; 259
- Przybylska Ewa 14; 256
- Purnat Tina D. 15; 41; 48; 258
- Pustułka Paula 86; 251
- Radmacher Sally A. 27; 257
- Radziewicz-Winnicki Andrzej 53; 54; 256
- Rathmann Katharina 77; 249
- Reeskens Tim 79; 81; 251
- Religioni Urszula 106; 107; 138; 139; 143;
145; 152; 252; 259
- Ren Junling 51; 247
- Robacha Aleksandra 30; 253
- Rokeach Milton 80; 81; 82; 88; 257
- Rosario Rafaella 77; 78; 253
- Roter Adam 54; 257
- Röthlin Florian 106; 258
- Ruszkowska Kamila 98; 257
- Rutkowski Dariusz 186; 247
- Ryff Carol D. 87; 257
- Ryś Andrzej 67; 74; 248
- Rzymełka-Frąckiewicz Agata 13; 260
- Sajkowska Monika 93; 249; 259
- Sandmeier Anita 78; 253
- Schillinger Dean 124; 257
- Scott Tracy 51; 124; 247; 257

- Sellar Sam 53; 262
 Sentell Tetine L. 124; 251; 257
 Sęk Helena 25; 26; 28; 29; 30; 31; 32; 34; 35; 38; 43; 44; 46; 146; 251; 257
 Sheridan Charles L. 27; 257
 Sheridan Stacey L. 51; 52; 124; 248; 249
 Shetterly Susan M. 124; 256
 Shi Yuhui 40; 258
 Shih Shu-Fang 77; 254
 Sieben Inge 79; 81; 251
 Simnett Ina 64; 250
 Simonds Scott K. 39; 257
 Simovska Venka 78; 253
 Sipak-Szmigiel Olimpia 99; 182; 251
 Skonieczna Joanna 138; 139; 143; 145; 152; 259
 Skowrońska-Pućka Agnieszka 23; 105; 108; 132; 193; 253
 Skulicz Dorota 114; 257
 Słońska Zofia 35; 65; 66; 67; 252; 258
 Sokołowska Magdalena 258
 Sørensen Kristine 15; 16; 40; 41; 48; 106; 184; 258
 Sormunen Marjorita 78; 253
 Stawiarska Patrycja 27; 260
 Stewart Anita 124; 257
 Stępnia Katarzyna 97; 255
 Sun Xinying 40; 258
 Surma Małgorzata 95; 262
 Suwalska-Barancewicz Dorota 81; 254
 Syrek Ewa 11; 18; 19; 22; 53; 55; 109; 123; 258; 259
 Szafraniec Krystyna 94; 102; 104; 254
 Szredzińska Renata 93; 249; 259
 Sztembis Rafał 89; 259
 Sztumski Janusz 114; 259
 Szymańska Jolanta 106; 107; 248
 Śliwa Marek M. 60; 61; 259
 Śliwerski Bogusław 17; 259
 Ślusarska Barbara 100; 106; 107; 255; 256
 Tabak Izabela 53; 259
 Takane Yoshio 111; 250
 Tannahill Andrew 64; 259
 Taraszevska Anna 101; 259
 Thompson Jason 52; 260
 Tobiasz-Adamczyk Beata 23; 150; 184; 259
 Trempała Janusz 100; 250
 Truszkiewicz Aleksander 138; 139; 143; 145; 151; 152; 259
 Trzop Beata 95; 99; 182; 251
 Tsouros Agis D. 106; 107; 252
 Turowski Lucjan 13; 17; 205; 249; 253
 Van den Broucke Stephan 40; 48; 184; 258
 Van Servellen Gwen 51; 259
 van Zundert Marga 79; 81; 251
 Velasco Veronica 78; 253
 Walentynowicz-Moryl Katarzyna 95; 100; 251
 Walesiak Marek 112; 250
 Wallon Henri 76; 260
 Walls Carla T. 77; 251
 Wang Frances 124; 257
 Wang Yanling 40; 258
 Wasil Anna 138; 139; 140; 142; 146; 248
 Wasilewski Bohdan Włodzimierz 35; 67; 252

- Wdowiak Leszek 107; 248
- Wei Nanfang 40; 258
- Wenclawek Katarzyna 160; 169; 260
- Whitehead Margaret 36; 37
- Więckowska Barbara 99; 260
- Wilk Teresa 13; 58; 260
- Williams Mark V. 51; 59; 124; 247; 250; 257; 260
- Windak Adam 30; 253
- Włodarczyk Włodzimierz Cezary 67; 74; 248
- Wojnowski Kazimierz 160; 169; 260
- Wojtasik Tomasz 78; 253
- Wojtyna Ewa 27; 260
- Wolf Michael S. 49; 52; 256; 260
- Woynarowska Barbara 13; 19; 20; 23; 24; 25; 27; 29; 30; 33; 34; 36; 43; 44; 46; 53; 55; 57; 58; 59; 61; 62; 63; 64; 66; 68; 69; 71; 72; 73; 74; 76; 97; 106; 108; 123; 137; 146; 208; 251; 256; 259; 260; 261; 262
- Woynarowska Magdalena (Woynarowska-Soldan Magdalena) 57; 58; 69; 72; 73; 76; 260; 261
- Wrona-Polańska Helena 29; 32; 36; 248; 262
- Wysocka Ewa 110; 262
- Xie Ruiqian 40; 258
- Zagórska Wanda 95; 262
- Zarcadoolas Christina 42; 43; 262
- Zaręba Ewa 108; 262
- Zawadzka Bożena 17; 18; 20; 57; 137; 208; 250; 252; 258; 261; 262
- Zeng Qingqi 40; 258
- Zimny-Zajac Anna 96; 262
- Zińczuk Monika 144; 248
- Zipin Lew 53; 262
- Żukowska Zofia 123; 258
- Żukowski Ryszard 123; 258

Spis tabel, wykresów i rysunków

Tabela 1.	Komponenty alfabetyzmu zdrowotnego w ujęciu różnych autorów	42
Tabela 2.	Poziomy alfabetyzmu zdrowotnego według D. Nutbeama	47
Tabela 3.	Relacje pomiędzy zdrowiem a edukacją	58
Tabela 4.	Funkcje wychowania zdrowotnego	60
Tabela 5.	Cele edukacji zdrowotnej w szkole	62
Tabela 6.	Tradycyjny podział oddziaływań profilaktycznych	72
Tabela 7.	Nowy podział oddziaływań profilaktycznych	73
Tabela 8.	Różnice pomiędzy promocją zdrowia a profilaktyką	74
Tabela 9.	Operacjonalizacja zmiennych	110
Tabela 10.	Charakterystyka umiejętności u osób o niskim i wysokim poziomie kompetencji w zakresie dbałości o zdrowie w ramach poszczególnych podskal HLQ	112
Tabela 11.	Podział próby badawczej ze względu na płeć	117
Tabela 12.	Podział próby badawczej ze względu na wiek	118
Tabela 13.	Podział próby badawczej ze względu na typ ukończonej szkoły podstawowej i ponadpodstawowej	119
Tabela 14.	Podział próby badawczej ze względu na rodzaj ukończonej szkoły ponadpodstawowej	119
Tabela 15.	Podział próby badawczej ze względu na lokalizację szkoły podstawowej	120
Tabela 16.	Podział próby badawczej ze względu na lokalizację szkoły ponadpodstawowej	120
Tabela 17.	Podział próby badawczej ze względu na wykształcenie rodziców	121
Tabela 18.	Podział próby badawczej ze względu na miejsce pochodzenia . . .	121
Tabela 19.	Podział próby badawczej ze względu na status socjoekonomiczny	122
Tabela 20.	Powiązania pomiędzy poziomami alfabetyzmu zdrowotnego D. Nutbeam'a a podskalami Health Literacy Questionnaire . . .	126
Tabela 21.	Poziom alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów	127

Tabela 22. Statystyki opisowe dla ogólnego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego i poszczególnych podskal w zależności od płci, miejsca pochodzenia i statusu socjoekonomicznego badanych	129
Tabela 23. Statystyki opisowe dla ogólnego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego i poszczególnych podskal w zależności od poziomu wykształcenia rodziców respondentów	131
Tabela 24. Obecność edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej	133
Tabela 25. Ocena częstotliwości zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej	134
Tabela 26. Przedmioty, na których były realizowane treści z zakresu edukacji zdrowotnej – szkoła podstawowa	136
Tabela 27. Przedmioty, na których były realizowane treści z zakresu edukacji zdrowotnej – szkoła ponadpodstawowa	136
Tabela 28. Ocena skuteczności edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej	139
Tabela 29. Ocena praktycznej użyteczności edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej	141
Tabela 30. Ocena podejmowanej tematyki w ramach edukacji zdrowotnej realizowanej na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej	142
Tabela 31. Ocena atrakcyjności edukacji zdrowotnej realizowanej na poziomie szkoły podstawowej i ponadpodstawowej	145
Tabela 32. Pozaszkolne źródła edukacji zdrowotnej, które w opinii respondentów zdeterminowały ich poziom wiedzy o zdrowiu i umiejętności związanych ze zdrowiem	149
Tabela 33. Ocena stopnia znaczenia szkolnej i pozaszkolnej edukacji zdrowotnej dla aktualnej wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem badanych	153
Tabela 34. Treści realizowane na zajęciach z edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej wskazane przez respondentów	158
Tabela 35. Zakres odpowiedzialności za edukację zdrowotną	168
Tabela 36. Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów a płeć respondentów	185
Tabela 37. Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów a realizacja treści z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej	187

Tabela 38. Ogólny poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów a realizacja treści z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej	188
Tabela 39. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów w poszczególnych podskalach a obecność edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej	189
Tabela 40. Poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów w poszczególnych podskalach a obecność edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej	190
Tabela 41. Wyniki dla współczynnika korelacji τ Kendalla pomiędzy oceną szkolnej edukacji zdrowotnej a ogólnym poziomem alfabetyzmu zdrowotnego respondentów	192
Wykres 1. Podział próby badawczej ze względu na płeć	117
Wykres 2. Podział próby badawczej ze względu na wiek	118
Wykres 3. Podział próby badawczej ze względu na wykształcenie rodziców	121
Wykres 4. Podział próby badawczej ze względu na miejsce pochodzenia	122
Wykres 5. Podział próby badawczej ze względu na status socjoekonomiczny	122
Wykres 6. Obecność edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej	134
Wykres 7. Obecność edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej	134
Wykres 8. Ocena częstotliwości zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej	135
Wykres 9. Ocena częstotliwości zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej w szkole ponadpodstawowej	135
Wykres 10. Ocena edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole podstawowej	147
Wykres 11. Ocena edukacji zdrowotnej realizowanej w szkole ponadpodstawowej	147
Wykres 12. Ocena stopnia znaczenia szkolnej i pozaszkolnej edukacji zdrowotnej dla aktualnej wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem badanych	153
Rysunek 1. Model konceptualny alfabetyzmu zdrowotnego opracowany na podstawie Europejskiego Programu Kompetencji Zdrowotnych	48
Rysunek 2. Cechy edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży	63
Rysunek 3. Edukacja zdrowotna zorientowana na chorobę	65
Rysunek 4. Edukacja zdrowotna zorientowana na czynniki ryzyka	65
Rysunek 5. Edukacja zdrowotna zorientowana na zdrowie	66
Rysunek 6. Kompetencje nauczyciela edukacji zdrowotnej	76

Health Literacy of Students from the Perspective of School-Based Health Education

Summary

The aim of this study is to diagnose the level of health literacy among students in the context of their experience of school-based health education. Health literacy refers not only to individuals' health-related behaviours, but also to their ability to comprehend and critically evaluate information concerning health, prevention, and therapy. The motivation for undertaking research in this area stemmed from the belief in the crucial role of health education and health socialisation in shaping one's lifestyle, health, and well-being at every stage of life. Numerous studies indicate that a low level of health literacy correlates with low socio-economic status, limited education, and poorer medical test results among individuals with chronic conditions. Conversely, a high level of health literacy constitutes a fundamental determinant of human health and preventive behaviour. In contrast, systematic health education represents an important – though still undervalued – tool for its development. This study also aims to present the current state of educational practice in health education and, in certain sections – to reveal existing barriers and discrepancies between regulatory provisions and everyday school practice. These inconsistencies directly influence both the level of health literacy and the development of individuals' health competencies.

The structure of the monograph comprises four main chapters and corresponding subchapters, of which the first five form the theoretical part. This section focuses on the concept of health as a key element in the context of health education and promotion. It discusses the process of health socialisation, the essence of health education, and the concept of health literacy as the outcome of learning about health. Two additional theoretical subchapters explore the value of health in an individual's life and analyse the health needs of persons in early adulthood. The second chapter constitutes the methodological part of the study, presenting in detail the research objectives, problems, and hypotheses, as well as the methods, techniques, and research tools employed. It also includes a description of the research procedure, as well as the characteristics and selection of the research sample. Chapters three and four present the results of diagnostic and verification studies aimed at determining the level of health literacy among students and examining the relationship between their past school health education and current

health competencies. Chapter three provides a retrospective analysis of students' educational experiences in health education at the primary and secondary school levels. This section also includes a qualitative study of students' statements regarding content that – according to both the authors and respondents – was neglected or insufficiently covered in their health education. The chapter also considers the significance of non-school sources of health knowledge and their impact on students' current health competencies. The final part of the study presents the main findings and formulates recommendations and proposals for educational practice in health education. The traditional conclusion has been replaced with a chapter entitled “Health Education 2025 – New Perspectives and Great Expectations,” which offers a reflection on the possible future directions for the development of health education.

The research findings clearly indicate that the scope of health education implementation in primary and secondary schools among the surveyed students was marginal. Only slightly more than one-third of the respondents declared that this topic had been addressed in their schools. Even then, the classes were sporadic – usually less frequent than once a month – indicating a lack of systematic and coherent educational curriculum. Moreover, the respondents rated the quality of school-based health education relatively low. In terms of effectiveness, only just over one-third of the respondents assessed it as high or very high. Health education received the lowest ratings in terms of its attractiveness to students. As many as 61.4% of the respondents stated that school health education had not influenced their level of knowledge and skills related to health maintenance. According to the students, the content of these classes was primarily conventional, focusing on issues such as healthy eating, physical activity, and substance abuse prevention. More complex and contemporary topics – such as behavioural addictions, risky health behaviours (including those related to body image and modification), and sexual and reproductive health – were addressed far less frequently.

The results and conclusions drawn from the study clearly indicate the need for intensified efforts to enhance knowledge, awareness, and skills related to health promotion and protection, as well as to strengthen the implementation and appreciation of school-based health education.

Keywords: health, health education, health promotion, health literacy, young adults, core curriculum, school

Redakcja
Gabriela Marszołek-Kalaga

Projekt okładki z wykorzystaniem ilustracji Gerda Altmanna z Pixabay
Tomasz Tomczuk

Łamanie
Marek Zaginiński

Korekta
Marzena Marczyk

Redaktor inicjujący
Przemysław Pieniążek

Wersją referencyjną publikacji jest wersja elektroniczna. Publikacja na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)



 <https://orcid.org/0000-0001-5907-7836>

 <https://orcid.org/0000-0001-8261-7116>

 <https://orcid.org/0000-0003-3248-8189>

<https://doi.org/10.31261/PN.4309>

Alfabetyzm zdrowotny studentów z perspektywy
uczestnictwa w szkolnej edukacji zdrowotnej
/ Karina Leksy, Agnieszka Skowrońska-Pućka
Joanna Nawój-Połoczańska. – Wydanie I.
– Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu
Śląskiego, 2026

ISBN 978-83-226-4598-7
(wersja elektroniczna)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Jordana 18, 40-043 Katowice
<https://wydawnictwo.us.edu.pl>
e-mail: wydawnictwo@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 17,25. Ark. wyd. 175. PN 4309.

Aktualność poruszanej tematyki koresponduje z podejmowanymi współcześnie dyskusjami w środowiskach kreujących proces kształcenia społeczeństwa. Uwzględniając doniesienia o wzrastającej liczbie sytuacji trudnych, wymagających interwencji specjalistów, a także potrzeby poszerzania kwalifikacji nauczycieli czynnych zawodowo w zakresie edukacji zdrowotnej (w tym nowej podstawy programowej), treść niniejszej publikacji nabiera dodatkowego znaczenia.

*Z recenzji wydawniczej dr hab. Pauliny Formy, prof. UJK,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach*

* * *

Doceniam zamysł przygotowania książki poświęconej rzadko podejmowanej w Polsce problematyki interdyscyplinarnie rozumianej edukacji zdrowotnej (...). Monografia łączy w sobie dogłębną analizę teoretyczną z rzetelnie przeprowadzonymi, nowatorskimi badaniami empirycznymi, ukazującymi poziom alfabetyzmu zdrowotnego studentów oraz ich retrospektywne doświadczenia związane z edukacją zdrowotną na wcześniejszych etapach kształcenia w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych.

*Z recenzji wydawniczej dr hab. Agaty Matysiak-Błaszczuk, prof. UAM,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*

