

Edukacja zdrowotna jako istotny element oddziaływań profilaktycznych i kompensacyjnych w percepcji przyszłych pedagogów. Raport z badań

Health education as an important element of preventive and compensatory actions in the perception of future educators. Research report

DOI 10.25951/14572

„Edukacja to najpotężniejsza broń,
której możesz użyć, aby zmienić świat.”
Nelson Mandela

Wprowadzenie

Aktualna sytuacja społeczna związana z dynamicznym i nad wyraz emocjonalnym (w znacznej mierze ze względu na jego upolitycznienie) dyskursem, dotyczącym wprowadzenia do szkół przedmiotu edukacja zdrowotna, inspirowane do podejmowania rozważań nad zmianami dokonywanymi się w przestrzeni społecznej i edukacyjnej. W założeniu mają one na celu wypracowanie holistycznego i koncyliacyjnego podejścia do kreowania postaw prozdrowotnych młodego pokolenia.

Trwające aktualnie procesy prawne, metodyczne i społeczne nad nowym przedmiotem szkolnym można postrzegać jako odpowiedź „systemu” na apele badaczy podnoszone od lat. Uwzględniając procesy determinujące środowisko i styl życia współczesnego człowieka, takie jak globalizacja (Baylis i in. 2020), konsumpcjonizm (Prendecki, Rejman 2013, s. 69–78; Pangsy-Kania 2024, s. 2–42) czy presja temporalna (Bojakowski 2024, s. 175–192; Dupłaga, Jeziński, Rostek 2023, s. 239–259), fundamentalnego znaczenia nabiera zrozumienie tego, że wskazane zjawiska mogą powodować istotne problemy w przystosowaniu się jednostki do dynamicznej i niestabilnej rzeczywistości, często określanej jako płynna nowoczesność (Bauman, Kunz 2006). Pokłosem takiego stanu rzeczy można nazwać występujące wśród dzieci i młodzieży,

w różnorodnych formach, tzw. zachowania ryzykowne. Za doskonałe antidotum należy zaś uznać słowa Aliny Dworak, według której obowiązuje nowe myślenie wychowawcze oparte na pojęciu bezpieczeństwa zdrowotnego (*health security*) (WHO, 2001), dążące do zmiany indywidualnych zachowań i aktywności społecznej. Stan pożądaný i oczekiwany to „świadome działania mające na celu zwiększenie potencjału zdrowia i postrzeganie go jako wartości priorytetowej, zarówno w wymiarze deklaratywnym, jak i praktycznym” (Dworak 2022, s. 147). To tworzy paradygmat, który ma istotny potencjał do wygenerowania tak potrzebnej zmiany.

Szansę na zmianę świata jednostki wykluczonej, zaburzonej, dysfunkcyjnej, chorej¹ Marek Konopczyński (2014, s. 13–28) upatruje w „nowej resocjalizacji”. Autor postuluje o „(...) zyskanie humanistycznego wymiaru działań resocjalizacyjnych, zdominowanych przez myślenie ekonomiczno-formalno-utyliitarne”. Uwzględniając to oraz genezę rozwoju resocjalizacji jako nauki, której korzenie nierozzerwalnie związane są z podejściem humanistycznym, przejawiającym się w pedagogice specjalnej Marii Grzegorzewskiej, a także równolegle rozwijającej się pedagogice społecznej, Helena Radlińska (później także Aleksander Kamiński i Irena Lepalczyk) zwracała uwagę, że „skoro wykojenie jest konsekwencją nade wszystko niekorzystnych warunków, najbardziej pożądanymi działaniami naprawczymi winny zatem stać się stosowne zabiegi kompensacyjne, opiekuńcze, profilaktyczne bądź wspomagające rozwój jednostki (...)” (Ambroziak, s. 280).

O profilaktyce, kompensacji i opiece jest bez wątpienia edukacja zdrowotna, którą za Barbarą Wynarowską (2013, s. 103) rozumiem jako całościowy proces związany z ujmowanymi holistycznie wszelkimi obszarami życia człowieka. Obejmującym elementy socjalizacji pierwotnej i wtórnej, czego konsekwencją powinno być rozbudowanie się istoty biologicznej o konstytuujące elementy społeczne. Sedno zawiera się w przekazywaniu wiedzy oraz kształtowaniu umiejętności, nawyków służących zachowaniu i doskonaleniu zdrowia nie tylko własnego, ale także innych ludzi. Istotne jest także uświadczenie zasad dotyczących aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia w przypadku wystąpienia choroby, niepełnosprawności czy innych zaburzeń. Jednocześnie „poprawne i satysfakcjonujące funkcjonowanie człowieka w środowisku społecznym wymaga posiadania cech, dyspozycji i zdolności nazywanych jako kompetencje społeczne

¹ Choroba jest tu rozumiana zgodnie z definicją sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia, uwzględniającą nie tylko obszar fizyczny, ale także psychiczny i społeczny funkcjonowania danej osoby.

lub umiejętności społeczne” (Mudrecka 2020, s. 234). Są to słowa z rozważań o kierunkach rozwoju polskiej teorii i praktyki resocjalizacji. Ukierunkowanie na kompensację i profilaktykę, wyraźne zarówno w resocjalizacji, jak i edukacji zdrowotnej jako obszary działań inicjujących zmianę – zdrowienie, bycie w poczuciu dobrostanu, jest wątkiem chętnie eksplorowanym badawczo przez przedstawicieli różnych dyscyplin. Do konceptów, na które w kontekście poruszanego tematu warto zwrócić uwagę, doskonale integrujących problematykę resocjalizacji, pedagogiki i psychologii w myśleniu o czynnikach sprzyjających zdrowiu i zdrowieniu, można zaliczyć koherencję (Antonovsky 1995), grit (zob. Kolemba, Bajkowski 2021) czy resilience (zwłaszcza parasolowa koncepcja resilience Karola Konarzewskiego) (2020, s. 91).

Myślenie o zdrowiu młodych ludzi, jak i kolejnych pokoleń, wymaga podjęcia namysłu i działań interdyscyplinarnych, a przede wszystkim wielokierunkowych. Założenia przygotowywanej podstawy programowej², która znajduje się w trybie konsultacji społecznych, jasno wskazują, że zawarte w niej cele³ jak najbardziej należy uznać za działania zapobiegające zachowaniom ryzykownym poprzez ich potencjał kompensacyjny. To obrazuje styk edukacji zdrowotnej, profilaktyki i resocjalizacji.

W przejściu z poziomu myślenia, planowania na poziom działań, realizacji warto uwzględnić głosy pochodzące z różnych środowisk. W niniejszym artykule starano się nagłośnić ten należący do młodego pokolenia, reprezentowanego przez osoby studiujące na kierunku predysponującym do realizacji w przyszłej pracy zawodowej zadań z zakresu edukacji zdrowotnej.

² Edukacja obywatelska i edukacja zdrowotna. Rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania skierowane do konsultacji publicznych, <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-obywatelska-i-edukacja-zdrowotna-rozporzadzenie-w-sprawie-ramowych-planow-nauczania-skierowane-do-konsultacji-publicznych> (data dostępu: 18.11.2024).

³ Głównym celem przedmiotu edukacja zdrowotna jest kształtowanie kompetencji uczniów związanych z całościową dbałością o zdrowie oraz budowanie potencjału zdrowotnego własnego i otoczenia. Wymagania szczegółowe dotyczące wiedzy i umiejętności ujęte zostały w 11 działach tematycznych: Wartości i postawy, Zdrowie fizyczne, Aktywność fizyczna, Odżywianie, Zdrowie psychiczne, Zdrowie społeczne, Dojrzewanie (tylko w szkołach podstawowych), Zdrowie seksualne, Zdrowie środowiskowe, Internet i profilaktyka uzależnień, System ochrony zdrowia (tylko w szkołach ponadpodstawowych), <https://www.gov.pl/web/edukacja/podstawy-programowe-do-przedmiotow-edukacja-obywatelska-i-edukacja-zdrowotna-podpisane-przez-minister-edukacji> (data dostępu: 6.03.2025).

Cel i metoda badań

Celem przeprowadzonego badania, którego wyniki zaprezentowano w artykule, było poznanie opinii przyszłych pedagogów na temat edukacji zdrowotnej. Ustalenie, czy osoby studiujące uważają wiedzę dotyczącą szeroko rozumianego zdrowia za istotną. Ponadto ważna była też ocena ich własnych zasobów poznawczych związanych z analizowanym tematem. Jakie według deklaracji badanych są źródła, z których pozyskują wiedzę o edukacji zdrowotnej? Co więcej, jakie są wskazania badanych co do źródeł, z których powinna być dystrybuowana owa wiedza?

W badaniu zwrócono również uwagę na to, jak przyszli pedagodzy postrzegają własne kompetencje do prowadzenia zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej (np. programów profilaktycznych).

Istotnym elementem projektu badań było ustalenie, czy respondenci dostrzegają profilaktyczny charakter oddziaływań wynikających z edukacji zdrowotnej, a także czy wykazują chęć do pogłębiania własnej wiedzy i – co z tym związane – kwalifikacji i kompetencji? To ważne w perspektywie rozwoju tego obszaru edukacji, a w konsekwencji zapobieganiu sytuacjom, stanom i zachowaniom zagrażającym zdrowiu przyszłych pokoleń.

Zaprezentowane w artykule wyniki zostały pozyskane w trybie badań pilotażowych zrealizowanych w ramach projektu badawczego⁴ „Pedagog – edukator zdrowia. Samoocena kwalifikacji i kompetencji przyszłych pedagogów do pełnienia roli edukatorów zdrowia dzieci i młodzieży”. Projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Wydziału Nauk o Edukacji w Białymstoku (Decyzja nr 22/2024).

Badania ilościowe zostały przeprowadzone na podstawie przygotowanych autorskich narzędzi badawczych – kwestionariusza zawierającego zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte. Ankieta została zamieszczona w serwisie „Ankieter” i rozesłana do osób studiujących na kierunku pedagogika przedszkolna i wczesnoszkolna poprzez wewnętrzną sieć informatyczną Uniwersytetu w Białymstoku.

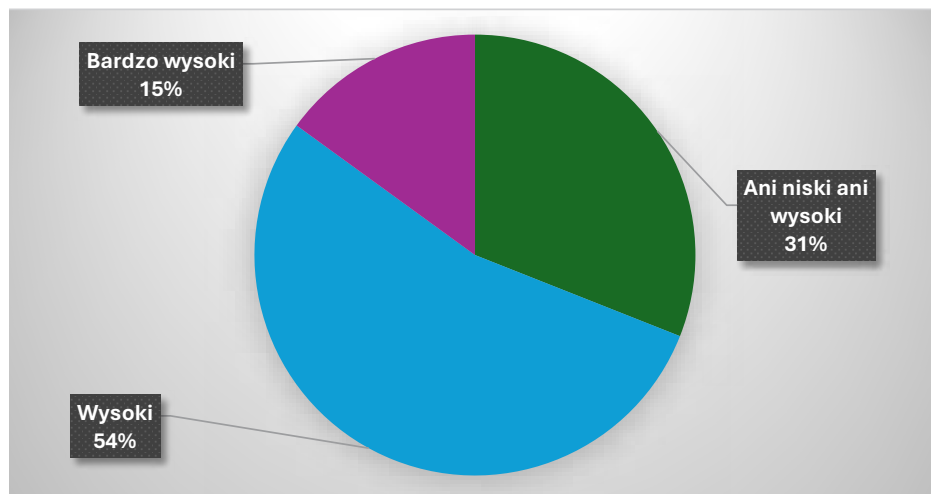
⁴ Celem projektu badawczego jest rozpoznanie tego, czy i w jakim stopniu studenci kierunków pedagogicznych czują się przygotowani do realizacji w przyszłej pracy zawodowej programów profilaktycznych, np. w ramach zapowiadanego przez Ministerstwo Edukacji nowego przedmiotu – edukacja zdrowotna. Aktualnie toczą się prace interdyscyplinarnego zespołu ekspertów. Przedmiot ma być wdrożony do realizacji już w kolejnym roku szkolnym tj. 2025–2026, zob. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/edukacja-zdrowotna> (data dostępu: 6.03.2025).

Dbając o zapewnienie najwyższych standardów etycznych, badanie przeprowadzono w formie zdalnej, co zwiększa zachowanie anonimowości badanych oraz eliminuje możliwość wywierania (nawet w formie nieświadomej) nacisku na osoby badane w czasie badań przeprowadzanych w trybie stacjonarnym poprzez np. realny kontakt z badaczem. Mając na względzie potwierdzony przez badaczy (zob. Wu, Zhao, Fils-Aime 2022; Deutskens i in. 2004, s. 21–26) możliwy niski poziom uzupełniania ankiet przez studentów, próba badana liczyła 647 osób, z czego pozyskano 84 kwestionariusze spełniające standardy badawcze.

Pozyskany materiał badawczy został poddany standardowej procedurze obliczeń statystycznych z wykorzystaniem programu SPSS (wyliczenia procentowe; średnia ważona). Ze względu na niską responsywność badanych zaniechano obliczeń korelacyjnych. Pozyskane dane pozwoliły na sformułowanie interesujących badawczo wniosków i refleksji.

Wyniki. Dyskusja wyników

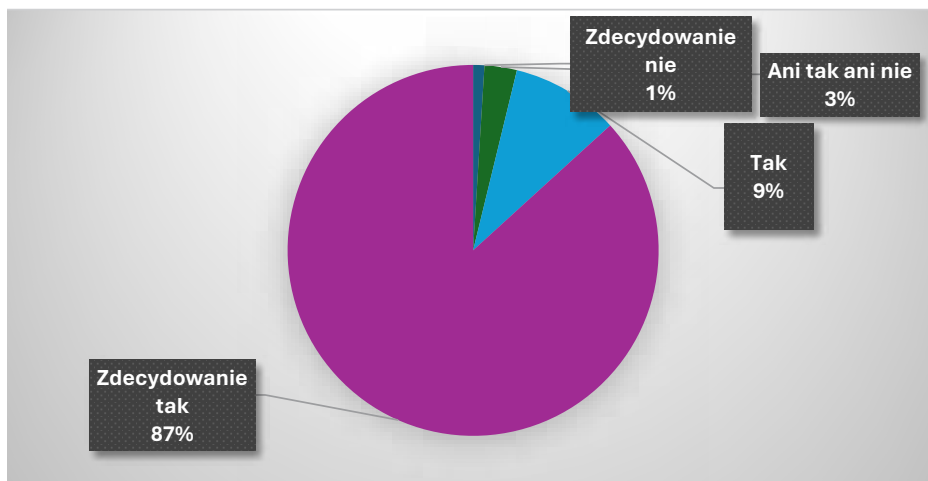
Zarówno w procesie korygowania zachowań niepożądanych, kreowaniu pozytywnych postaw prozdrowotnych czy – szerzej rzecz ujmując – w działalności edukacyjnej, wiodąca rola przypisywana jest wiedzy. To właśnie na jej podstawie generowane są przekonania, opinie czy w konsekwencji podejmowane konkretne zachowania (pożądane, społecznie akceptowane lub przeciwnie). Uzasadnienie takiego wnioskowania stanowi model opisany przez Martina Fishbeina i Icka Ajzena (zob. Perkowska 2019, s. 29; Turner 2009), zwany modelem postawy doskonale racjonalnej lub teorią uzasadnionego działania. Teoria ta zakłada, że u podstaw ludzkiego zachowania leży posiadana wiedza (procesy poznawcze), a podejmowane na jej podstawie działania są racjonalne. Przedstawiona idea pozwala przyjąć, że chcąc kreować społecznie pożądane zachowania w obszarze zdrowia, należy szczególną uwagę obdarzyć kwestię wiedzy, jaką na ten temat dysponuje populacja. Odpowiedzi na pytania zadane respondentom w obszarze subiektywnego, deklarowanego poziomu i rangi przypisywanej przez badanych ich ogólnej wiedzy na temat edukacji zdrowotnej są nader optymistyczne.



Wykres 1. Deklaratywny stan wiedzy badanych na temat edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Prezentowane dane pozwalają na wnioskowanie, że większość badanych ocenia, że dysponuje wysokim (54%) i bardzo wysokim (15%) ogólnym poziomem wiedzy na temat edukacji zdrowotnej. Jednocześnie 96% przyszłych pedagogów deklaruje, że ową wiedzę postrzega jako istotną. Takie wyniki pozwalają domniemywać, że przyszli potencjalni edukatorzy, kreatorzy postaw prozdrowotnych u dzieci i młodzieży w pracy opiekuńczej, wychowawczej czy dydaktycznej wszelkie działania profilaktyczne potraktują priorytetowo. Dostrzegą i docenią istotność realizacji w formalnym systemie edukacyjnym nowego przedmiotu.



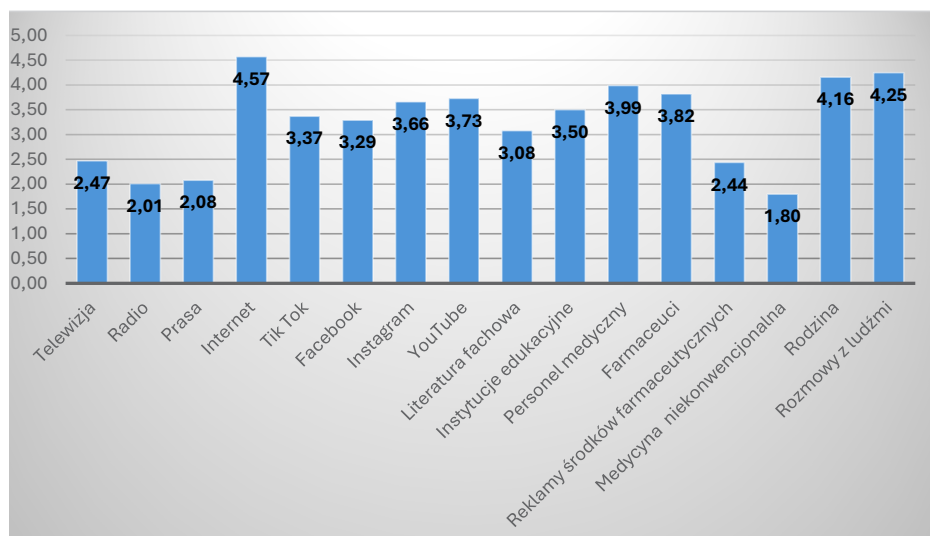
Ocena	Liczebność	Procent
Zdecydowanie nie	1	1
Nie	0	0
Ani tak, ani nie	3	3
Tak	10	9
Zdecydowanie tak	92	87

Wykres 2. Subiektywna ocena badanych o poziomie istotności posiadanej wiedzy o edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Warto podkreślić, że poruszanie tematyki zdrowotnej w działaniach edukacyjnych i kompensacyjnych nie jest niczym nowym. Działalność Komisji Edukacji Narodowej (Chrzanowski 1924) formalnie wprowadziła tematykę zdrowia pod szkolną strzechę. Z kolei resocjalizację i edukację zdrowotną połączył Maciej Demel, wprowadzając spójny z tym, co odnajdujemy we współczesnych raportach, rodzicielskich i pedagogicznych obawach dotyczących szeroko rozumianego zdrowia młodzieży, koncept zdrowia moralnego: „W istocie bowiem chodzi o zdrowie moralne, a tym zajmuje się nie medycyna, lecz etyka, prawo, resocjalizacja” (Demel 2002). Tematyka zdrowotna w formie tzw. ścieżek edukacyjnych funkcjonuje od lat. Tematy związane ze zdrowiem realizowane są w ramach wielu różnych przedmiotów, grupowanych przez tzw. przedmiot wiodący – wychowanie fizyczne. Ta problematyka doczekała się także licznych

opracowań naukowych (zob. Kowalski, Zygałło 2022; Syrek 2022), często oceniających ją krytycznie i rekomendujących zmiany. Oczywiście jest, że proces pozyskiwania, systematyzowania wiedzy dotyczącej zdrowia odbywa się nie tylko w systemie oświatowym. Współcześnie dysponujemy nowymi możliwościami pozyskiwania informacji i wiedzy. Kompetencją nabierającą niezwykle wagi, która powinna stać się kompetencją przyszłości, jest umiejętność selektywnego doboru i weryfikacji „zalewających” ludzi wiadomości. Dlatego też w ramach realizowanego projektu starano się rozpoznać źródła, z których respondenci pozyskują wiedzę z zakresu edukacji zdrowotnej.

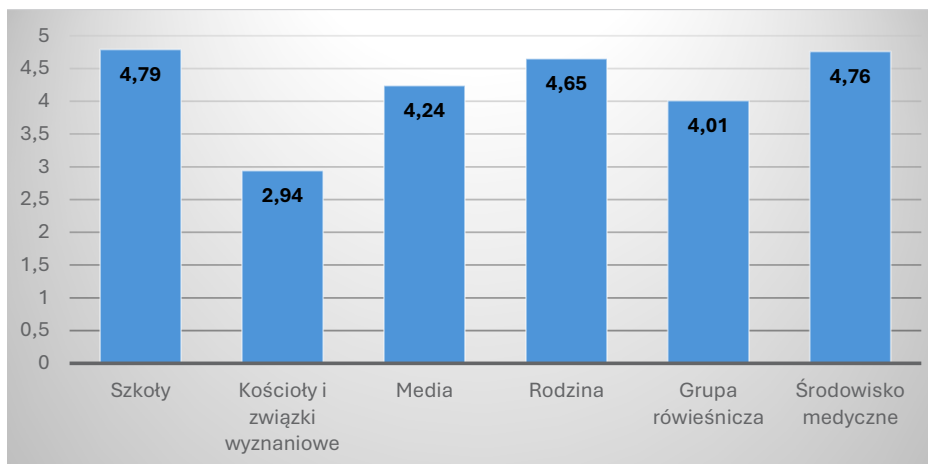


Wykres 3. Źródła pozyskiwania informacji na tematy związane ze zdrowiem

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci mogli wskazać nie tylko, z jakich źródeł korzystają, ale również w jakim stopniu. Wykres 3 przedstawia uśrednione wyniki tych wskazań. Deklaracje respondentów nie są zaskakujące, zwłaszcza w zakresie korzystania z internetu, w tym preferowanych przez dzieci i młodzież platform i aplikacji. Wskazania te wynoszą od 3,29 do 4,57. Z perspektywy pedagogicznej i społecznej optymizmem napawa częste wskazanie rodziny (4,16) i relacji, czyli m.in. rozmów z innymi ludźmi jako przestrzeni mogącej kreować postawy zdrowotne. Jednakże nasuwa się tutaj refleksja o rzetelność oraz jakość wspomnianej wiedzy, która może być nieprawdziwa lub zniekształcona, wypaczona przez systemy indywidualnych lub grupowych przekonań, stereotypów, wierzeń lub

uprzedzeń. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na wskazania skupione na kategorii „instytucje edukacyjne” (3,50). Zwłaszcza jeśli poszerzymy perspektywę analityczną o wyniki zebrane w kolejnym pytaniu zadany respondentom, o to, kto powinien przekazywać informacje związane ze zdrowiem.

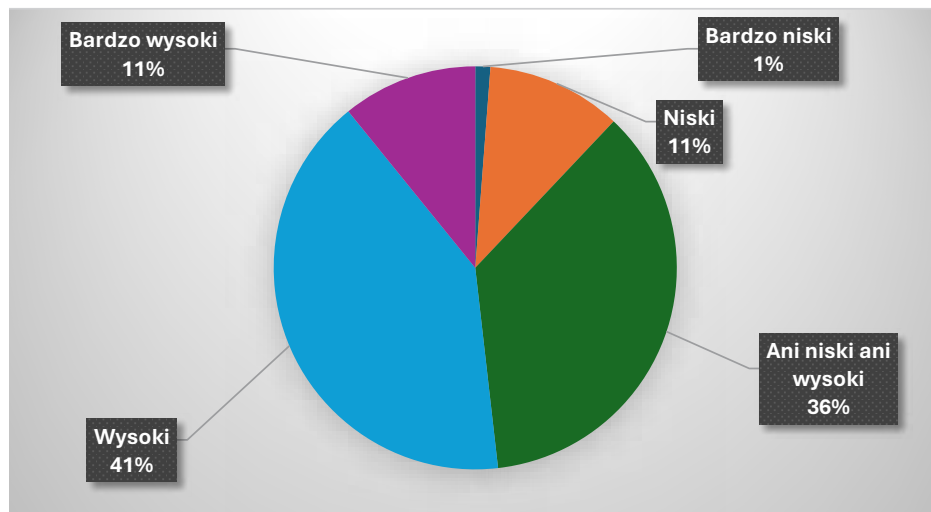


Wykres 4. Instytucje odpowiedzialne za przekazywanie informacji na tematy związane ze zdrowiem

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie zaprezentowanych na wykresie 4 uśrednionych wyników można wnioskować, że młodzi adepci pedagogiki, mimo niekwestionowanej fascynacji mediami, doceniają rolę szkoły jako instytucji mającej do odegrania istotną rolę w kształtowaniu kompetencji w obszarze zdrowia oraz realizacji szerokiego spektrum oddziaływań profilaktycznych i kompensacyjnych.

Wyniki pozyskane w ramach odpowiedzi na pytania dotyczące subiektywnej oceny badanych o ich kompetencje do realizacji zadań z zakresu edukacji zdrowotnej (wykres 5) wskazują, że respondenci mają w większości deklaracji (41%) poczucie posiadania wysokich umiejętności. Bardzo wysoko swoje umiejętności w tym obszarze ocenia 11% przyszłych pedagogów. Tyle samo ankietowanych jednak wskazuje na niskie lub bardzo niskie umiejętności. Uwagę skupia wynik środkowy „ani nisko, ani wysoko” z 36-procentowym pułapem wskazań, który w zestawieniu z kolejnymi pytaniami odnoszącymi się do chęci poszerzania kompetencji w tym obszarze prezentuje się interesująco, zwłaszcza z perspektywy akademickiej i ministerialnej.

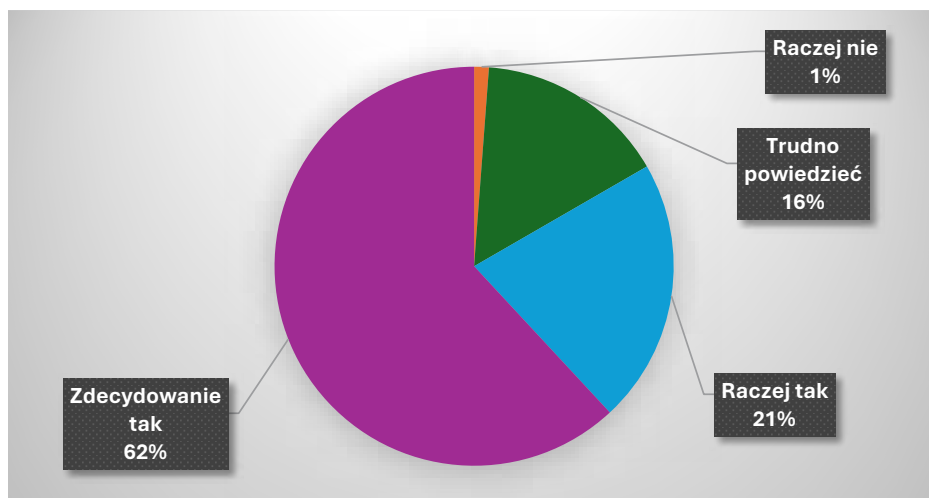


Poziom umiejętności	Liczebność	Procent
Bardzo niski	1	1
Niski	9	11
Ani niski, ani wysoki	30	36
Wysoki	34	41
Bardzo wysoki	9	11

Wykres 5. Deklaratywny poziom umiejętności badanych do prowadzenia zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Młodzi pedagodzy w większości (62%), co warto podkreślić przy braku sprzeciwu („zdecydowanie nie”), zadeklarowali chęć poszerzania swoich kompetencji w zakresie edukacji zdrowotnej.



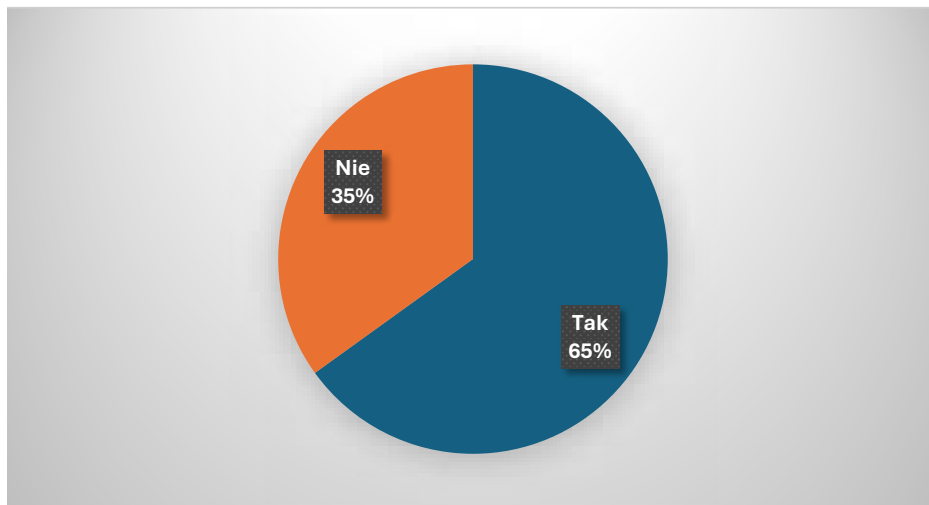
Zainteresowanie	Liczebność	Procent
Zdecydowanie nie	0	0
Raczej nie	1	1
Trudno powiedzieć	13	16
Raczej tak	18	21
Zdecydowanie tak	52	62

Wykres 6. Zainteresowanie badanych poszerzaniem swoich kompetencji w zakresie edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Chęć poszerzenia swoich kompetencji w analizowanym obszarze wskazało 73% badanych. Jednocześnie zdecydowana większość badanych (77%) przyznała, że chce poszerzyć swoje kompetencje, by zdobyć nowe. Uzupełnieniem tych danych są wypowiedzi badanych zebrane w ramach kategorii „inne, jakie”: „Moja wiedza pozwoli na promowanie zdrowej żywności i pobudzenie świadomości”; „Będąc bardziej świadomą, mogę lepiej wspierać innych w tym temacie”; „Troska o to, by realnie zaszczerpić coś w uczniach”; „Lepsze przekazywanie wiedzy dzieciom”.

Przyszłe plany zawodowe są powiązane z zamiarem pozyskiwania nowych kompetencji respondentów. Wskazują na to wyniki zebrane w ramach odpowiedzi na pytanie o zainteresowanie badanych uczestnictwem w studiach podyplomowych poszerzających kompetencje w zakresie edukacji zdrowotnej oraz nadających kwalifikacje do prowadzenia tego typu zajęć na różnych etapach kształcenia.



Zainteresowanie	Liczebność	Procent
Tak	54	65
Nie	29	35

Wykres 7. Zainteresowanie badanych studiami podyplomowymi z zakresu edukacji zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowanie przychylną postawę badanych (65%) wobec poszerzania kompetencji i zdobywania specjalistycznych kwalifikacji należy odczytywać jako prognostyk chęci podejmowania w przyszłej pracy pedagogicznej i resocjalizacyjnej roli edukatora zdrowia, a co za tym idzie, realizacji działań profilaktycznych i kompensacyjnych we wszystkich obszarach zdrowia (fizycznym, psychicznym, społecznym, duchowym, moralnym, seksualnym) dzieci i młodzieży.

Podsumowanie. Refleksje końcowe

Podsumowując, warto wskazać na konieczność włączenia do dyskusji o edukacji zdrowotnej środowiska akademickiego. Nie tylko ze względu na konieczność ciągłego podkreślania interdyscyplinarnego charakteru poruszanej problematyki, ale także na rolę, jaką ma do odegrania pokolenie osób studiujących. To

właśnie ich zadaniem, bądź też zaniechaniem podejmowania tak istotnej z perspektywy społecznej aktywności dydaktyczno-wychowawczej, będzie (w niedalekiej przyszłości zawodowej) realizowanie programów profilaktycznych.

Pomysły na skuteczną profilaktykę ciągle ewoluują, np. dzięki wykorzystaniu technologii. Mimo to edukacja zdrowotna, resocjalizacja i profilaktyka stanowią wspólną przestrzeń w procesie korygowania niepożądanych zachowań młodzieży. Wymienione dziedziny, pomimo różnic w podejściu czy zakresie problematyki badawczej, mają na względzie wpływ na postawy młodych ludzi i ich zachowania, promując wartości prozdrowotne oraz społeczne. Edukacja zdrowotna koncentruje się na dostarczaniu wiedzy o zdrowiu, która ma na celu kształtowanie świadomych wyborów zdrowotnych, natomiast resocjalizacja skupia się na przywracaniu młodzieży odpowiednich norm społecznych i zapobieganiu dewiacjom. Współpraca tych dwóch obszarów umożliwi prawdziwie holistyczne/całościowe podejście do dobrej edukacji, będącej skuteczną profilaktyką. Wspierając kreowanie zdrowotnie i społecznie pożądanых postaw oraz ich zmianę, można korygować niepożądane zachowania dzieci i młodzieży.

Zaprezentowane wyniki badań jednoznacznie dowodzą tego, że tematyka edukacji zdrowotnej jest uważana przez przyszłych pedagogów za istotny obszar wiedzy. Osoby studiujące deklarują chęć poszerzania swoich kompetencji i kwalifikacji. Dostrzegają wagę takiej orientacji nie tylko w perspektywie indywidualnego wykorzystania pozyskanej wiedzy, ale także w kontekście jej implementacji w przyszłej pracy zawodowej. To ważny wniosek, który warto uwzględnić w pracach nad szeroko rozumianą edukacją zdrowotną.

BIBLIOGRAFIA

- Ambroziak W. (2006), *Pedagogika resocjalizacyjna*, w: B. Śliwerski (red), *Pedagogika: Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.
- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Bauman Z., Kunz T. (2006), *Płynna nowoczesność*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Baylis J., Smith S., Owens P. (red.) (2020), *The globalization of world politics: An introduction to international relations*, New York: Oxford University Press.

- Bojakowski W. (2024), *Wiedza niemożliwa do zignorowania. O procesach konstruowania rzeczywistości w raporcie „FutureBrand Index 2023”*, „Dziennikarstwo i Media”, 21, s. 175–192.
- Chrzanowski I. (1924), *Posiew Komisji Edukacji Narodowej*, Warszawa–Kraków–Lublin–Łódź–Poznań–Wilno–Zakopane: Wydawnictwo Gebethner i Wolff.
- Kolemba M., Bajkowski T. (2021), *Grit as a resource conducive to compliance with the rules during the Covid-19 pandemic in the group of young women and men – resocialization inspirations*, „Resocjalizacja Polska”, 21, s. 183–196.
- Konarzewski K. (2020), *Pedagogika wrażliwa na resilience: studium teoretyczno-empiryczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kowalski M., Zygałdo A. (2022), *Problemy i wyzwania współczesnej edukacji w zmieniającej się rzeczywistości społecznej – wprowadzenie w problematykę*, „Rocznik Lubuski”, 48(2), s. 7–12.
- Mudrecka I. (2020), *Wybrane kierunki rozwoju polskiej teorii i praktyki resocjalizacji*, „Studia z Teorii Wychowania”, 11(2), s. 225–244.
- Pangsy-Kania S. (2024), *Czy za pieniądze można kupić szczęście? Konsumpcjonizm jako przyczyna kryzysów*, „Optimum. Economic Studies”, 116(2), s. 20–42.
- Perkowska M.M. (2019), *Postawy młodzieży akademickiej wobec transplantacji*, Białystok: Wydawnictwo Temida 2.
- Prendecki K., Rejman K. (2013), *Konsumpcjonizm w społeczeństwie postindustrialnym – wymiar społeczny i ekonomiczny zjawiska*, „Humanities and Social Sciences”, 18(20), s. 69–78.
- Syrek E. (2022), *Kryzys kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie i jego konsekwencje dla zdrowia publicznego*, „Studia Edukacyjne”, 65, s. 21–34.
- Turner J.H. (2009), *Psychologia społeczna. Zachowania społeczne. Aktywność i bierność w zachowaniu społecznym. Motywacje ludzkiego zachowania. Potrzeby. Aspiracje*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woynarowska B. (2012), *Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Źródła internetowe

- Demel M. (1980), *Pedagogika zdrowia*, <https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Chowanna/Chowanna-r2002-t1/Chowanna-r2002-t1-s13-26/Chowanna-r2002-t1-s13-26.pdf> (data dostępu: 12.01.2025).
- Deutskens E., De Ruyter K., Wetzels M., Oosterveld P. (2004), *Response rate and response quality of internet – based surveys: An experimental study*, „Marketing Letters”, 15, s. 21–36, <https://link.springer.com/article/10.1023/B:MARK.0000021968.86465.00> (data dostępu: 12.02.2025).

- Duplaga A., Jezierski K., Rostek I. (2023), *Perspektywa temporalna w narracjach o życiu w trakcie pandemii COVID-19 u osób we wczesnej i średniej dorosłości*, „Człowiek i Społeczeństwo”, 56, s. 239–259, <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/cis/article/view/40881> (data dostępu: 28.02.2025).
- Dworak A. (2022), *Globalizacja a zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej XXI wieku*, „Studia Edukacyjne”, 64, s. 147–161, <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/se/article/view/39888/33660> (data dostępu: 28.02.2025).
- Konopczyński M. (2014), *Twórcza resocjalizacja: zarys koncepcji rozwijania potencjałów*, „Resocjalizacja Polska”, 7(1), s. 13–28, https://bazhum.muzhp.pl/media/texts/resocjalizacja-polska-polish-journal-of-social-rehabilitation/2014-tom-7/resocjalizacja_polska_polish_journal_of_social_rehabilitation-r2014-t7-s13-28.pdf (data dostępu: 12.12.2024).
- World Health Organization (2001), *Global health security: Epidemic alert and response*, WHO, Genewa, https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea549.pdf (data dostępu: 12.01.2025).
- Wu M.J., Zhao K., Fils-Aime F. (2022), *Response rates of online surveys in published research: A meta-analysis*, „Computers in Human Behavior Reports”, 7, 100206. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451958822000409> (data dostępu: 14.02.2025).

STRESZCZENIE

W trakcie toczących się dyskusji, związanych z wprowadzeniem do szkół nowego przedmiotu – edukacja zdrowotna, warto zwrócić uwagę na głos płynący ze środowiska akademickiego. Konieczne jest nie tylko podkreślenie tego, że problematyka zdrowia w edukacji nie jest tematem nowym, ale również, że ma ona charakter interdyscyplinarny. Zaprezentowane powiązanie edukacji zdrowotnej, resocjalizacji i spajającej je profilaktyki warto potraktować jako zaplecze teoretyczne, którego wykorzystanie może przełożyć się na kreowanie postaw prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży oraz na skuteczne kompensowanie/korygowanie zachowań problemowych.

Artykuł prezentuje wyniki badań przeprowadzonych w grupie 647 przyszłych pedagogów. Badanie miało charakter ilościowy. Celem analizy było rozpoznanie znaczenia, jakie osoby studiujące przypisują edukacji zdrowotnej. Wyniki badań pozwalają wnioskować, że edukacja zdrowotna jest postrzegana przez przyszłych pedagogów jako ważny obszar wiedzy. Studenci chcą rozwijać swoje kompetencje i kwalifikacje w tym zakresie, dostrzegając jej znaczenie zarówno w kontekście dbania o własne zdrowie, jak i potencjał do realizacji w ramach przyszłej pracy zawodowej. To istotne wskazania dla prac nad edukacją zdrowotną.

SŁOWA KLUCZOWE: edukacja zdrowotna, resocjalizacja, profilaktyka, kompensacja, zachowania ryzykowne

SUMMARY

During the ongoing discussions related to the introduction of a new subject, health education, to schools, it is worth paying attention to the voice coming from the academic community. It is necessary to emphasize not only that the issue of health in education is not a new topic, but also that it is interdisciplinary in nature. The presented common ground for health education, resocialization and prevention that unites them should be treated as a theoretical background, the use of which may transform into the creation of pro-health attitudes among children and adolescents and effective compensation/correction of problematic behaviors.

The article presents the results of research conducted in a group of 647 future educators. The study was quantitative in nature. The aim of the analysis was to recognize the importance that students attribute to health education. The results of the research allow us to conclude that health education is perceived by future educators as an important area of knowledge. Students want to develop their competences and qualifications in this area. Recognizing its importance both in the context of taking care of their own health and the potential for implementation in future professional work. These are important indications for work on health education.

KEYWORDS: health education, resocialization, prevention, compensation, risky behaviors