

Od założeń do praktyki: bariery i wyzwania w realizacji edukacji zdrowotnej w polskich szkołach podstawowych

Aleksandra Piłat-Kobla 

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

Maria Świątkiewicz-Mośny 

Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Magdalena Ślusarczyk 

Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Anna Prokop-Dorner 

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

Natalia Ożegalska-Łukasik 

Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Aleksandra Potysz-Rzyman 

Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Marianna Zarychta 

Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Małgorzata M. Bała 

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

<https://doi.org/10.18778/1733-8069.21.3.02>

Received: 26.10.2024. Verified: 30.12.2024. Accepted: 11.04.2025.

© by the author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)



Funding information: The article is based on research conducted within the project “Diagnosis and developing health capital – Health Literacy of primary school students” (https://light.project.uj.edu.pl/pl_PL/badania), funded by the National Science Centre (Narodowe Centrum Nauki) under the OPUS-20 call (grant agreement no. 2020/39/B/HS6/0097). **Conflict of interests:** None. **Ethical considerations:** The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Słowa kluczowe: kompetencje zdrowotne, edukacja zdrowotna, szkoły podstawowe, wywiady eksperckie, myślenie krytyczne

Abstrakt: W artykule autorki analizują wyzwania związane z kształtowaniem kompetencji zdrowotnych w polskich szkołach podstawowych na podstawie wywiadów z dziesięcioma ekspertami z kluczowych obszarów kształtowania treści edukacyjnych. Badanie jakościowe pozwoliło im zrozumieć prakseologię konstruowania programów nauczania oraz praktyczne aspekty edukacji zdrowotnej na poziomie szkoły podstawowej. Wyniki wskazują na istotne luki w programach, zwłaszcza w zakresie rozwijania krytycznego myślenia i integracji treści zdrowotnych, co ogranicza efektywność nauczania. Zmiany w kontekście pandemii COVID-19 oraz potrzeba dynamicznego dostosowywania programów uwidoczniły dodatkowe trudności w kształtowaniu kompetencji zdrowotnych uczniów. Artykuł formułuje rekomendacje dla polityki edukacyjnej, koncentrując się na potrzebie lepszego wsparcia nauczycieli, integracji teoretycznych podstaw z praktyką oraz systematycznej ewaluacji realizacji treści zdrowotnych.

Aleksandra Piłat-Kobla

Doktor nauk o zdrowiu, absolwentka socjologii, dziennikarstwa i komunikacji społecznej. Specjalizuje się w socjologii medycyny, badając społeczne uwarunkowania zdrowia. Zajmuje się edukacją zdrowotną dzieci i młodzieży oraz wspieraniem międzypokoleniowych inicjatyw promujących zdrowy styl życia.

e-mail: aleksandra.pilat@uj.edu.pl

Maria Świątkiewicz-Mośny

Doktor habilitowana, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, socjolożka, psycholożka. Pracuje w Instytucie Socjologii UJ. Zajmuje się szeroko pojętą komunikacją oraz zmianą społeczną. Fascynują ją: tożsamość, mechanizmy jej budowy oraz wpływ na procesy komunikacyjne w różnych obszarach, w tym w medycynie.

e-mail: maria.swiatkiewicz-mosny@uj.edu.pl

Magdalena Ślusarczyk

Doktor habilitowana, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, socjolożka i germanistka. Pracuje w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Członkini Komitetu Badań nad Migracjami PAN i Komitetu Nauk Demograficznych PAN. Jej badania łączą tematykę edukacji i migracji, koncentrując się na równości szans w szkole i debatach nad zmianami w edukacji.

e-mail: magdalena.slusarczyk@uj.edu.pl

Anna Prokop-Dorner

Doktor, adiunktka w Zakładzie Socjologii Medycyny w Katedrze Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum. Socjolożka i psycholożka. Jej zainteresowania naukowe obejmują społeczne konteksty zdrowia psychicznego, kulturowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz aplikację metod jakościowych w obszarze badań nad zdrowiem.

e-mail: anna.prokop@uj.edu.pl

Natalia Ożegalska-Łukasik

Doktor, asystentka naukowo-dydaktyczna w Instytucie Studiów Międzynarodowych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Absolwentka kulturoznawstwa Dalekiego Wschodu i socjologii. Studiowała chiński w Pekinie i Wuhan. Otrzymała stypendia w Australii i Nanjing. Jej zainteresowania naukowe obejmują społeczeństwo chińskie, edukację, migracje i zdrowie.

e-mail: natalia.ozegalska@uj.edu.pl

Aleksandra Potysz-Rzyman

Magister, psycholożka, socjolożka, instruktorka Związku Harcerstwa Polskiego. Stypendystka w projekcie badawczym. Na co dzień pracuje w poradniach psychologicznych dla dzieci i młodzieży. Interesuje się neuropsychologią, profilaktyką zdrowia psychicznego oraz psychologią twórczości.

e-mail: aleksandra.potysz@gmail.com

Marianna Zarychta

Magister, była stypendystką w projekcie badawczym, specjalizującą się w zarządzaniu zmianą społeczną. Obecnie kontynuuje studia magisterskie na kierunku socjologia, ze specjalizacją w komunikowaniu społecznym, w Instytucie Socjologii na Uniwersytecie Jagiellońskim.

e-mail: marianna.zarychta@student.uj.edu.pl

Małgorzata M. Bała

Profesor doktor habilitowana, kierowniczka Ośrodka Przeglądów Systematycznych oraz p.o. kierowniczki Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej w ramach Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum. Jej zainteresowania badawcze skupiają się wokół opieki zdrowotnej opartej na danych naukowych (ang. *evidence-based healthcare*).

e-mail: malgorzata.1.bala@uj.edu.pl

Wprowadzenie

Kształtowanie kompetencji zdrowotnych uczniów wymaga nie tylko opracowania programów nauczania, lecz także ich skutecznego wdrażania. Badania wskazują na kluczową rolę edukacji zdrowotnej w kształtowaniu korzystnych zachowań zdrowotnych (Nutbeam, 2000; Tones, Tilford, 2001; Langford i in., 2015; World Health Organization, 2016), jednak w polskim kontekście nadal brakuje pogłębionych analiz jej skuteczności. Dane z badań HBSC (2021/2022) oraz Instytutu Matki i Dziecka ukazują niepokojące zjawiska, takie jak niska aktywność fizyczna i niewłaściwe nawyki żywieniowe wśród uczniów (Fijałkowska i in., 2022; Gudelj Rakić i in., 2024), co podkreśla konieczność wzmacniania edukacji zdrowotnej.

W świetle tych wyzwań istotne staje się określenie roli szkoły jako środowiska kształtowania kapitału zdrowotnego uczniów. Efektywne programy edukacyjne mogą przyczynić się do trwałego rozwoju kompetencji zdrowotnych, wpływając na przyszłe zdrowie i jakość życia uczniów. Ważne jest zatem określenie zakresu treści dotyczących zdrowia, ich umiejscowienia w podstawie programowej i planach nauczania, a także sposobów ich rozwijania. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśla rolę szkoły w budowaniu kompetencji zdrowotnych, ponieważ systemy edukacyjne, mimo swoich ograniczeń, pozostają przestrzenią, w której można dotrzeć do większości dzieci i młodzieży, umożliwiając długofalowe interwencje i tym samym trwałe wzmacnianie tych kompetencji. Szkoła jako instytucja pozwala na modyfikację i rozszerzanie treści przy przechodzeniu przez kolejne szczeble edukacyjne, z uwzględnieniem uczniów o specjalnych potrzebach oraz różnic związanych z płcią, pochodzeniem etnicznym czy statusem społeczno-ekonomicznym (Hawe, Shiell, 2000).

Skuteczność edukacji zdrowotnej zależy jednak nie tylko od treści programowych, ale także od sposobu definiowania zdrowia, które na przestrzeni lat ewoluowało pod wpływem różnych perspektyw teoretycznych i społeczno-kulturowych. Już w 1948 roku WHO określiła zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, wykraczający poza brak choroby, a współczesne podejścia coraz częściej podkreślają także jego dynamiczny i relacyjny charakter. Równocześnie krytyczne podejście do zdrowia i edukacji zdrowotnej wskazuje na konieczność problematyzowania tradycyjnych definicji. Robert Crawford (2000) wprowadził pojęcie „rytuału promocji zdrowia”, pokazując, że działania prozdrowotne nie zawsze wynikają z chęci osiągnięcia lepszego zdrowia, lecz mogą pełnić funkcję symboliczną, wzmacniając normy społeczne oraz dając jednostkom poczucie kontroli w obliczu niepewności. Z kolei Deborah Lupton (2014) podkreśliła rolę technologii cyfrowych w redefiniowaniu pojęcia zdrowia, które prowadzi nie tylko do nowych możliwości monitorowania zdrowia, ale także do nadmiernej medykalizacji codziennego życia oraz stygmatyzacji osób, które nie przestrzegają narzuconych norm zdrowotnych. Podobne wnioski wyciągnęła Sarah Nettleton (1997), wskazując, że promocja zdrowia nie jest neutralnym procesem, lecz odzwierciedla dyskursy i praktyki społeczne, które mogą marginalizować określone grupy społeczne. Jej zdaniem edukacja zdrowotna jest uwikłana w struktury władzy i ideologie, co wpływa na sposób przekazywania wiedzy oraz jej treści. Promocja zdrowia, realizowana na podstawie określonych standardów kulturowych, może w sposób nieświadomy prowadzić do wykluczenia tych, którzy nie spełniają (także dlatego, że nie mają możliwości) narzuconych norm.

Dotychczasowe badania nad edukacją zdrowotną w polskich szkołach podstawowych są nieliczne, a temat kształtowania kompetencji zdrowotnych uczniów pozostaje stosunkowo słabo rozpoznany. Niniejsze badanie koncentruje się na identyfikacji i wstępnym zrozumieniu kluczowych procesów oraz wyzwań związanych z tym obszarem, uwzględniając nie tylko formalne programy nauczania, ale także ich społeczne i kulturowe uwarunkowania. Szczególnie istotne staje się pytanie, w jaki sposób programy edukacyjne i działania prozdrowotne mogą nieświadomie reprodukcować normy, które nie są uniwersalne. Promowanie określonych standardów zdrowia, ciała czy stylu życia może prowadzić do wykluczenia uczniów, którzy nie są w stanie sprostać tym wymaganiom. Dlatego niezwykle ważne jest, aby edukacja zdrowotna była projektowana w sposób inkluzywny, uwzględniający różnorodność doświadczeń i perspektyw uczniów, a także krytycznie analizowała, jakie przekazy są w niej zawarte oraz jakie mogą być ich konsekwencje.

Podsumowując, zarówno tradycyjne, jak i krytyczne perspektywy na zdrowie i edukację zdrowotną podkreślają, że są to pojęcia wielowymiarowe, głęboko zakorzenione w normach społecznych i strukturach władzy. Rozważenie ich w kontekście współczesnych wyzwań, takich jak *healthism*¹,

1 *Healthism* to koncepcja, według której zdrowie jest postrzegane jako nadrzędna wartość, a jego utrzymanie i poprawa zależą przede wszystkim od indywidualnych wyborów i stylu życia (Crawford, 1980; Borowiec, Lignowska, 2012). Podejście to kładzie nacisk na osobistą odpowiedzialność za zdrowie, często pomijając strukturalne uwarunkowania, takie jak czynniki ekonomiczne, społeczne czy dostęp do opieki medycznej, co może prowadzić do normatywnego wartościowania określonych praktyk zdrowotnych.

medykalizacja życia czy reprodukcja nierówności, pozwala lepiej zrozumieć implikacje dla praktyki edukacyjnej i promocji zdrowia w szkołach.

Celem artykułu jest rozpoznanie mechanizmów budowania programów nauczania dotyczących zdrowia oraz analiza praktyk edukacji zdrowotnej w polskich szkołach podstawowych. W opracowaniu wykorzystano wyniki analizy wywiadów eksperckich, aby ukazać procesy leżące u podstaw kształtowania edukacji zdrowotnej, w tym zarówno decyzje instytucjonalne dotyczące programów nauczania, jak i praktyczne aspekty ich realizacji w środowisku szkolnym.

Inspiracje teoretyczne

Kapitał zdrowotny jako element kształtowania kompetencji zdrowotnych

Rozwijanie kompetencji zdrowotnych to proces wymagający wieloaspektowego podejścia, w którym kluczową rolę odgrywa kapitał zdrowotny, rozumiany jako szczególna forma kapitału kulturowego. To pojęcie, szeroko omawiane w literaturze naukowej, podkreśla związek między kulturowymi a zdrowotnymi determinantami społecznymi. Choć Pierre Bourdieu (1986), twórca teorii kapitału kulturowego, nie używał bezpośrednio tego terminu, jego założenia zostały zastosowane przez innych badaczy do opisu zjawisk związanych ze zdrowiem.

Jedną z kluczowych badaczek rozwijających tę koncepcję była Janet K. Shim (2010), która wprowadziła termin *cultural health capital*, definiując go jako specyficzną odmianę kapitału kulturowego, istotną dla procesów zdrowotnych i medycznych. Shim zwracała uwagę, że kapitał zdrowotny obejmuje nie tylko relacje z profesjonalistami medycznymi, ale także codzienne praktyki zdrowotne, takie jak regularna aktywność fizyczna, umiejętność przygotowywania zdrowych posiłków oraz techniki zarządzania stresem. Bourdieu, wprowadzając pojęcie habitusu, zwrócił uwagę na to, jak wcielonie praktyki, nawyki oraz zachowania wynikające z wcześniejszych doświadczeń wpływają na działanie jednostek, a dostęp do zasobów zdrowotnych oraz umiejętność ich efektywnego wykorzystania mogą istotnie oddziaływać na jakość życia jednostki i jej możliwości w społeczeństwie (Putland i in., 2013; Schneider-Kamp, 2021).

Kulturowy kapitał zdrowotny, analogicznie do kapitału kulturowego na innych polach, przejawia się przypisywaniem wartości określonym praktykom w kontekście zdrowia, wskazywaniem norm (nie)konsumowania pewnych dóbr czy rozwijaniem nawyków behawioralnych i poznawczych dla uzyskania pozytywnych efektów zdrowotnych. Rozwijanie kapitału zdrowotnego będzie zatem przejawiać się podkreślaniem wartości wyborów i powtarzaniem praktyk określanych jako prozdrowotne. Edukacja sprzyjająca temu rodzajowi kapitału stwarza okoliczności, w których praktyki korzystne dla zdrowia będą mogły być wykonane, dostarcza infrastrukturę konieczną do ich podejmowania i zachęca do rozumienia swoich codziennych wyborów w kontekście konsekwencji dla zdrowia i myślenia o nich poprzez pryzmat obniżania ryzyka chorób (Shim, 2010). Edukacja sprzyjająca kapitałowi

zdrowotnemu nie tylko kładzie nacisk na rozumienie procesów biologicznych związanych ze zdrowiem oraz mechanizmów chorobowych stojących za antyzdrowotnymi wyborami, ale także rozwija nawyk krytycznej oceny napływających informacji o zdrowiu. Wzmacnianie kapitału zdrowotnego to w końcu rozwijanie umiejętności dbania o ciało i psychikę oraz właściwego komunikowania swojego stanu profesjonalistom medycznemu.

Programy szkolne, w tym podręczniki, odgrywają istotną rolę w procesie przekazywania wiedzy i budowania kompetencji zdrowotnych, który umożliwia jednostkom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia. Niemniej jednak ich rola jako głównego kanału przekazywania kapitału zdrowotnego wymaga krytycznej analizy. Chociaż WHO zaleca, aby edukacja zdrowotna była integralną częścią programów nauczania w celu promowania zdrowia wśród młodzieży (World Health Organization, UNESCO, 2021), skuteczność tych działań zależy od jakości programów oraz ich wdrażania w praktyce.

Współczesne instytucje edukacyjne, realizując programy edukacji zdrowotnej, funkcjonują w złożonym kontekście społeczno-ekonomicznym, gdzie dominują neoliberalne narracje przedstawiające zdrowie jako indywidualną odpowiedzialność i przedmiot konsumpcji. System edukacji, mimo deklarowanej autonomii, może reprodukcować i wzmacniać owo rynkowe podejście do zdrowia, promując określone produkty, usługi i style życia, które są silnie związane z komercyjnym wymiarem dbania o dobrostan. Dzieje się tak m.in. dlatego, że szkolne programy profilaktyki zdrowotnej mogą opierać się na materiałach i zasobach dostarczanych przez podmioty komercyjne, co prowadzi do subtelного promowania konkretnych marek i produktów, stwarzając ramy obiektywnej edukacji zdrowotnej. Proces medykalizacji edukacji zdrowotnej w szkołach jest ściśle powiązany z neoliberalną logiką urynkowania wszystkich aspektów życia społecznego, gdzie zdrowie staje się towarem podlegającym prawom popytu i podaży (McGregor, 2001). W konsekwencji istotne jest, by szkolna edukacja zdrowotna rozwijała krytyczne myślenie i świadomość systemowych uwarunkowań zdrowia i nie wspierała procesu komercjalizacji zdrowia, redukując je do indywidualnych wyborów konsumenckich i odpowiedzialności jednostki.

Edukacja zdrowotna w szkołach, realizowana poprzez odpowiednio zaprojektowane programy nauczania, może przyczyniać się do rozwijania postaw prozdrowotnych oraz umiejętności krytycznej oceny informacji na temat zdrowia (Langford i in., 2015). Jednak niezbędne jest uwzględnienie barier strukturalnych i społecznych, które mogą ograniczać potencjał programów edukacyjnych w zakresie wzmacniania kapitału zdrowotnego uczniów. Nierówności zdrowotne były przez długi czas wyjaśniane głównie czynnikami behawioralnymi, kładącymi nacisk na indywidualną odpowiedzialność jednostek za ich styl życia (Tulchinsky, 2018). Po krytyce tego podejścia zwrócono jednak większą uwagę na uwarunkowania kulturowe i środowiskowe – takie jak płeć, wiek, wykształcenie czy pochodzenie społeczne – oraz na dostęp (lub jego brak) do instytucji wspierających zdrowie (Popham, Iannelli, 2021). W takim kontekście szkoła, jako instytucja obejmująca niemal całą populację dzieci i młodzieży, ma potencjał do niwelowania tych nierówności (Korporowicz-Żmichowska, 2023).

Jednakże dostępność zasobów, różnorodność kontekstów szkolnych oraz poziom zaangażowania nauczycieli także znacząco wpływają na efektywność tych działań (Korzeniowska, Puchalski, 2015).

Jednym z kluczowych elementów skutecznej edukacji zdrowotnej jest rozwijanie krytycznego myślenia, które pozwala uczniom nie tylko świadomie podejmować decyzje dotyczące własnego zdrowia, ale także analizować szerszy kontekst społeczny i kulturowy, w którym te decyzje są podejmowane (Cairns, Johnston, 2015). W kontekście neoliberalnych narracji, które akcentują indywidualną odpowiedzialność za zdrowie, pozwala ono na analizę wpływu czynników społecznych, ekonomicznych i kulturowych na zdrowotne wybory jednostek. Jest to szczególnie istotne wśród młodzieży, która kształtuje swoją tożsamość zdrowotną i stopniowo przyjmuje nowe role społeczne (Erikson, 1980). Rozwijanie umiejętności krytycznej analizy informacji sprzyja odporności na presję społeczną oraz podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych (Bergsma, Carney, 2008).

Pojęcie kapitału zdrowotnego stanowi istotne ramy teoretyczne do analizy dostępu do zasobów zdrowotnych i ich wpływu na decyzje jednostek. Badanie opiera się na analizie wywiadów z osobami kształtującymi i realizującymi programy nauczania, co pozwala na krytyczną refleksję nad kapitałem zdrowotnym jako narzędziem zmiany społecznej. Artykuł wpisuje się w literaturę socjologiczną, ukazując instytucjonalne praktyki zdrowotne oraz sposoby, w jakie teorie kapitału i habitusu Bourdieu mogą być stosowane do badania nierówności w edukacji zdrowotnej.

Metodologia

W ramach realizowanego projektu „Diagnoza i rozwój kapitału zdrowotnego – kompetencje zdrowotne uczniów szkół podstawowych” podjęliśmy próbę identyfikacji sposobów budowania kompetencji zdrowotnych i krytycznego myślenia o zdrowiu w szkołach podstawowych. W związku z tym postawiliśmy następujące pytanie badawcze: „W jaki sposób budowana jest świadomość zdrowotna i krytyczne myślenie o zdrowiu w szkołach podstawowych w Polsce?”. Badanie pozwalające odpowiedzieć na to pytanie zostało podzielone na dwa etapy: analizę treści podręczników szkolnych pod kątem kształtowania kompetencji zdrowotnych i umiejętności krytycznego myślenia, której wyniki zostały opublikowane (Piłat-Kobla i in., 2024), oraz wywiady z ekspertami odpowiedzialnymi za tworzenie podstaw programowych i podręczników szkolnych. Badanie otrzymało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (numer zgody 1072.6120.23.2023 z 15 marca 2023 roku).

Celem badania opisanego w niniejszym artykule jest rozpoznanie mechanizmów budowania programów nauczania dotyczących zdrowia oraz identyfikacja szkolnych praktyk zdrowotnych w polskich szkołach podstawowych. W związku z tym przeprowadziliśmy szczegółową analizę wywiadów eksperckich, skupiając się na praktykach pedagogicznych. Badanie miało charakter eksploracyjny, co oznacza, że skoncentrowaliśmy się na identyfikacji i zrozumieniu kluczowych procesów, mechanizmów oraz wyzwań związanych z edukacją zdrowotną w szkołach. Eksploracyjny charakter wynikał z ograniczonej liczby wcześniejszych badań dotyczących tego zagadnienia w polskim kontekście oraz potrzeby sformułowania wstępnych hipotez i wskazówek dla dalszych badań w tym obszarze.

Zastosowaliśmy podejście jakościowe, które pozwala na analizę złożonych procesów kształtowania kompetencji zdrowotnych w szkołach oraz uwzględnienie perspektyw osób zaangażowanych w edukację zdrowotną i kontekstów społeczno-kulturowych ich działań (Denzin, Lincoln, 2009). W artykule analizujemy dziesięć wywiadów eksperckich z osobami posiadającymi wiedzę i doświadczenie w tej dziedzinie. Decyzja o przeprowadzeniu wywiadów eksperckich niesie pewne ograniczenia metodologiczne, ponieważ wypowiedzi badanych mogą być kształtowane przez ich doświadczenia zawodowe i dominujące narracje instytucjonalne. Aby zminimalizować to ryzyko, w doborze próby uwzględniono ekspertów z różnych instytucji i poziomów decyzyjnych. Ponadto wywiady prowadzono w sposób eksploracyjny, zachęcając respondentów do refleksji nad wyzwaniami, a nie jedynie do przedstawiania oficjalnych stanowisk. Mimo tych ograniczeń wywiady eksperckie dostarczyły wartościowego wglądu w procesy decyzyjne i praktyki pedagogiczne nieuwzględnione w oficjalnych dokumentach oraz ukazały perspektywy twórców i realizatorów programów nauczania (Bogner, Littig, Menz, 2009).

Badanie prowadziłyśmy od lipca do listopada 2022 roku, opierając się na scenariuszu wywiadu obejmującym kwestie konstruowania programów nauczania, priorytetowych treści zdrowotnych, kształtowania kompetencji zdrowotnych uczniów, wpływu pandemii COVID-19 oraz wykorzystania myślenia krytycznego w podręcznikach i praktykach szkolnych. Zastosowaliśmy celowy dobór próby, koncentrując się na osobach z odpowiednimi kompetencjami i doświadczeniem (Patton, 2002), a dodatkowo posłużyłyśmy się techniką kuli śnieżnej, co pozwoliło dotrzeć do kluczowych ekspertów zaangażowanych w tworzenie programów edukacyjnych (Meuser, Nagel, 2009). Wszystkie wywiady przeprowadzono zdalnie, a badani łączyli się zarówno z domów, jak i miejsc pracy, co zapewniło komfortowe warunki rozmowy. Badani byli wcześniej informowani o czasie trwania wywiadu i proszeni o jego przeprowadzenie w osobnym pomieszczeniu. Wszystkie rozmowy zostały nagrane za zgodą osób badanych, a ich udział został udokumentowany na początku każdej rozmowy. Nie odnotowano przypadków wycofania się z badania po wcześniejszym wyrażeniu zgody, choć część osób nie odpowiedziała na zaproszenie do udziału.

Osoby zaproszone do badania musiały spełniać przynajmniej jedno z kryteriów włączenia: były to osoby pełniące funkcję rzeczoznawców lub autorów/współautorów podstaw programowych z takich przedmiotów, jak wychowanie fizyczne, przyroda, biologia, chemia, edukacja wczesnoszkolna, edukacja dla bezpieczeństwa, język angielski, technika, wychowanie do życia w rodzinie oraz wiedza o społeczeństwie.

Ostatecznie do badania włączyłyśmy siedem kobiet i trzech mężczyzn. Większość badanych (dziewięć osób) była zatrudniona w dużych miastach, w tym ośmioro w miastach wojewódzkich. Charakterystyka osób badanych przedstawiona jest w tabeli 1. Dane z wywiadów przeanalizowano z wykorzystaniem założeń teorii ugruntowanej (Glaser, Strauss, 1967).

Tabela 1. Charakterystyka osób badanych

Oznaczenie rozmówcy/ rozmówczyni	Charakterystyka osoby badanej
B1	Rzecznik(-czyni) w zakresie tworzenia podręczników do nauki przyrody i biologii, nauczyciel(-ka) biologii i przyrody, doradca(-czyni) metodyczny(-a)
B2	Autor(-ka) lub współautor(-ka) podstawy programowej z wychowania fizycznego, nauczyciel(-ka) wychowania fizycznego i języka obcego
B3	Rzecznik(-czyni) w zakresie tworzenia podręczników do nauki biologii, nauczyciel(-ka), doradca(-czyni) metodyczny(-a)
B4	Rzecznik(-czyni) w zakresie tworzenia podręczników do nauki informatyki, autor(-ka) podstawy programowej z informatyki, nauczyciel(-ka) nauczania wczesnoszkolnego
B5	Autor(-ka) lub współautor(-ka) podstawy programowej dla dzieci ze specjalnymi potrzebami
B6	Rzecznik(-czyni) w zakresie tworzenia podręczników do nauki chemii i fizyki, nauczyciel(-ka)
B7	Autor(-ka) lub współautor(-ka) podstawy programowej z biologii, dyrektor(-ka) szkoły podstawowej, nauczyciel(-ka) biologii
B8	Autor(-ka) lub współautor(-ka) podstawy programowej z edukacji wczesnoszkolnej, nauczyciel(-ka), doradca(-czyni) metodyczny(-a)
B9	Autor(-ka) lub współautor(-ka) podstawy programowej z edukacji dla bezpieczeństwa
B10	Ekspert(-ka) programu „Szkoła promująca zdrowie”

Źródło: opracowanie własne.

Proces analizy obejmował kodowanie selektywne oraz rozwijanie kluczowych kategorii, takich jak rola nauczycieli, praktyki pedagogiczne i myślenie krytyczne w edukacji zdrowotnej. Kodowanie analityczne pozwoliło na połączenie tych kategorii w bardziej złożone modele interpretacyjne. Cały proces analizy przeprowadziłyśmy przy wykorzystaniu programu Maxqda 2022.

Omówienie i interpretacja wyników

Wyzwania w realizacji edukacji zdrowotnej w polskich szkołach: od założeń do praktyki

Badani eksperci wskazali na przepisy regulujące edukację zdrowotną, które są zapisane w ustawach i rozporządzeniach MEN, takich jak Rozporządzenie MEN z dnia 14 lutego 2017 r. dotyczące podstaw programowych wychowania przedszkolnego oraz ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe. Zgodnie z przepisami szkoły są zobowiązane do promowania higieny, zdrowego odżywiania, bezpieczeństwa oraz aktywności fizycznej. Mimo to realizacja tych założeń w praktyce napotyka liczne wyzwania.

Dane wskazują na rozbieżność między zapisami formalnymi a praktyką edukacyjną w zakresie zdrowia. Jak zauważył jeden z badanych: „Szkoły mają zawieszone na stronach programy profilaktyczne, obok podstaw programowych i innych dokumentów, ale to jest jedno, to teoria, a to, co się dzieje

w praktyce, to jest całkiem inaczej” (B5). Ta niespójność pomiędzy założeniami a praktyką wynika częściowo z niewystarczającej ewaluacji i braku odpowiedzialności poszczególnych instytucji za skuteczne wdrażanie założeń edukacji zdrowotnej. Eksperci podkreślali, że nadzór jest powierzchowny i sprowadza się do reaktywnych działań: „Ten nadzór nie dąży do monitorowania, jak to przebiega w szkołach, a tylko czeka na dyrektywę z Ministerstwa” (B9). Brak stałej kontroli i nadzoru prowadzi do rozmycia odpowiedzialności i skutkuje różnorodnością w sposobach realizacji edukacji zdrowotnej w różnych placówkach.

Analiza wypowiedzi badanych wskazuje również na niedobór zasobów organizacyjnych i finansowych, co ogranicza możliwości wdrażania spójnych i skutecznych programów profilaktycznych: „Nie widzę jakoś takich bardzo mocno wdrażanych projektów, programów profilaktyki prozdrowotnej. Nie widzę takich konkretnych działań” (B5). Nauczyciele zmagają się z brakiem wsparcia instytucjonalnego i często działają indywidualnie, bez koordynacji z innymi członkami zespołu pedagogicznego, co prowadzi do fragmentaryczności działań i pominięcia istotnych aspektów edukacji zdrowotnej. Przykładem jest „brak współpracy między przedmiotami, który mógłby pozwolić na integrację treści zdrowotnych z innymi dziedzinami wiedzy, jak matematyka czy biologia” (B7).

Na poziomie kompetencyjnym badanie ujawniło braki w przygotowaniu nauczycieli do prowadzenia edukacji zdrowotnej. Jak stwierdził jeden z badanych: „obecnie, gdy brakuje kadry nauczycielskiej, która jest po studiach, to dla samych nauczycieli może być to trudne, żeby znaleźć taki kontekst życiowy” (B6). Brak szkoleń z zakresu edukacji zdrowotnej prowadzi do sytuacji, w której nauczyciele czują się nieprzygotowani do prowadzenia zajęć rozwijających krytyczne myślenie o zdrowiu, co znacząco wpływa na efektywność przekazu. Zamiast prowadzić spójne zajęcia, nauczyciele często realizują treści zdrowotne w sposób fragmentaryczny, bez odpowiedniego kontekstu.

Mimo wielu wyzwań niektórzy z badanych ekspertów dostrzegają pozytywne zmiany, szczególnie w postawach i kompetencjach uczniów. Powołując się na wyniki badań, takich jak badanie PISA (<https://pisa.ibe.edu.pl/>), wskazują na wzrost umiejętności uczniów w zakresie nauk przyrodniczych i rozumienia tekstu. Takie programy jak Szkoła Promująca Zdrowie (ang. *Schools for Health in Europe* – SHE) stanowią przykład projektów, które skutecznie wspierają rozwój kompetencji zdrowotnych, zwłaszcza w zakresie zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz zdrowia psychicznego. To pokazuje, że mimo ograniczeń instytucjonalnych inicjatywy te mogą wpływać na zwiększenie świadomości zdrowotnej wśród uczniów.

Kompetencje zdrowotne w praktyce – realizacja treści zdrowotnych w podręcznikach i praktyce szkolnej

Analiza programu nauczania i podręczników w polskich szkołach podstawowych pozwoliła zidentyfikować mocne strony edukacji zdrowotnej oraz wskazać obszary wymagające udoskonalenia. Chociaż w podstawie programowej pojawiają się zapisy dotyczące zdrowia, eksperci zauważyli, że sposób ich realizacji bywa ograniczony i fragmentaryczny: „W podstawie programowej są zapisy, które jasno

stanowią o zdrowiu, jak je zachować, one pojawiają się w programie nauczania i muszą pojawić się w podręcznikach, te treści są obecne” (B4).

Ten komentarz wskazuje, że teoretyczna podstawa edukacji zdrowotnej jest solidna, ale jej wdrożenie pozostaje wyzwaniem. Wyniki analizy podręczników, które przedstawiliśmy w innym opracowaniu (Piłat-Kobla i in., 2024), pokazują, że o zdrowiu mówi się w szkole często – niemal na każdym przedmiocie podejmowany jest wątek związany ze zdrowiem. Jednak nasze analizy wskazują, że forma przekazu jest częściej podająca i nie pobudza krytycznego myślenia. Z tymi wnioskami zgodzili się również eksperci, którzy podkreślali, że choć edukacja zdrowotna jest obecna w programach nauczania, jej realizacja nie sprzyja aktywnej refleksji uczniów i rozwijaniu umiejętności analizy informacji zdrowotnych.

Jednak pomimo tych pozytywnych aspektów analiza danych ujawniła również luki w realizacji treści z zakresu edukacji zdrowotnej. Brak odpowiedniej organizacji treści zdrowotnych, szczególnie w klasach 4–8, prowadzi do ich rozproszenia na różnych przedmiotach, co skutkuje brakiem spójności i ciągłości w nauczaniu (B9). Brak współpracy między nauczycielami dodatkowo utrudnia realizację kompleksowej edukacji zdrowotnej: „W edukacji zdrowotnej nie chodzi tylko o zdrowie fizyczne, ale także o przygotowanie uczniów do radzenia sobie z wyzwaniami natury psychicznej” (B7).

Problem ten staje się szczególnie istotny w kontekście rosnących trudności związanych ze zdrowiem psychicznym wśród młodzieży. Dbanie o dobrostan psychiczny wymaga uwzględnienia zarówno w treściach programowych, jak i w codziennej praktyce szkolnej.

Ekspert wskazał, że podręczniki, choć zawierają podstawowe zagadnienia dotyczące zdrowia, prezentują je w sposób powierzchowny. Brak spójnej struktury oraz logicznego powiązania tematów zmusza nauczycieli do samodzielnego uzupełniania materiałów, co zwiększa ich obciążenie i prowadzi do różnic w podejściu do nauczania między poszczególnymi nauczycielami i szkołami. Jak zauważył jeden z badanych: „W podręcznikach nie ma wszystkiego, co powinno się znaleźć na lekcjach. Widzę ogromne pole do działania dla nauczycieli, zwłaszcza w zakresie form przekazywania wiedzy” (B2).

Wskazuje to na potrzebę stworzenia lepszej jakości materiałów dydaktycznych, które nie tylko ułatwiłyby pracę nauczycielom, ale również zwiększyłyby efektywność nauczania poprzez spójność i systematyczność przekazu.

Wyniki badania wskazują, że edukacja zdrowotna w polskich szkołach nie sprzyja rozwijaniu kapitału zdrowotnego, który – zgodnie z koncepcją Janet K. Shim (2010) – obejmuje zarówno wiedzę o zdrowiu, jak i umiejętność jej praktycznego zastosowania w codziennym życiu. Przekaz skoncentrowany na podających metodach nauczania nie daje uczniom narzędzi do skutecznego nawigowania w przestrzeni zdrowotnej, np. w zakresie oceny rzetelności informacji zdrowotnych w mediach.

Eksperci zwracali uwagę, że choć w teorii edukacja zdrowotna ma dostarczać narzędzi do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych, w praktyce dominuje nacisk na przekazywanie suchych faktów, co nie sprzyja nabywaniu kompetencji umożliwiających świadome zarządzanie własnym zdrowiem. Jeden z ekspertów podkreślał: „Dzieci uczą się o zdrowiu, ale nie uczą się, jak radzić sobie w realnych sytuacjach, gdzie pojawiają się sprzeczne informacje. Nie rozwijają umiejętności selekcji wiedzy ani oceny, co jest naukowe, a co jest jedynie popularnym mitem” (B6).

Brak systematycznej struktury edukacji zdrowotnej powoduje, że programy profilaktyczno-wychowawcze, choć cenne, nie są w pełni skuteczne bez odpowiedniej koordynacji działań między nauczycielami różnych przedmiotów. Taka integracja mogłaby znacząco przyczynić się do zwiększenia skuteczności edukacji zdrowotnej w polskich szkołach, szczególnie jeśli uwzględniałaby rozwijanie kapitału zdrowotnego uczniów, czyli nie tylko dostarczanie informacji, ale także rozwijanie zdolności do ich krytycznej analizy i praktycznego zastosowania.

Stosowane metody dydaktyczne

Aby uzyskać bardziej szczegółowy obraz prowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, badani zostali poproszeni o opisanie znanych im metod dydaktycznych, które są wykorzystywane w nauczaniu tego obszaru.

Badani opisali liczne metody dydaktyczne, podkreślając elastyczność podejścia nauczycieli do nauki o zdrowiu. Najczęściej wskazywano na metody aktywizujące, takie jak projekty, warsztaty, wycieczki, praca w grupach oraz zajęcia w terenie, które sprzyjają praktycznemu wykorzystaniu wiedzy (B2). Przykładowo, działania takie jak „tworzenie zdrowego talerzyka” wspierają uczniów w codziennym stosowaniu zasad zdrowego odżywiania, kształtując pozytywne nawyki (B7). Jak podkreślono: „projekty, prace w grupach oraz ćwiczenia relaksacyjne, które wspierają nabywanie umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami” (B10), stanowią wartościowy element edukacji zdrowotnej, zwłaszcza w kontekście zdrowia psychicznego.

Badani twierdzili, że często dostosowują metody do wieku i możliwości uczniów, oferując młodszym uczniom zabawy tematyczne, a starszym zadania problemowe. Eksperci podkreślali znaczenie różnorodności, aktywizacji uczniów oraz praktycznych doświadczeń, które angażują ich w naukę (B9). Ważną rolę odgrywały również dyskusje i zadawanie pytań, co sprzyjało głębszemu zrozumieniu treści i aktywnemu uczestnictwu uczniów: „Kluczowe jest nie tylko podawanie treści, ale przede wszystkim prowadzenie rozmów, dyskusji, rozwiewanie wątpliwości, zadawanie pytań i wspólne poszukiwanie odpowiedzi” (B2). Taki styl nauczania, oparty na interakcji i aktywności uczniów, stymuluje krytyczne myślenie bardziej niż sama prezentacja wiedzy.

Praktyki rozwijające krytyczne myślenie w edukacji zdrowotnej

Krytyczne myślenie, kluczowe dla kształtowania kompetencji zdrowotnych, pozwala uczniom świadomie oceniać informacje i rozpoznawać manipulacje medialne, co jest szczególnie ważne w obliczu dezinformacji i nadmiaru treści zdrowotnych w mediach. Eksperci podkreślali, że rozwój tej umiejętności wspiera podejmowanie przemyślanych decyzji dotyczących zdrowia: „Trudno jest oddzielić prawdę od fałszu w internecie, dlatego ważne jest, żeby uczyć krytycznego myślenia, jak oddzielić prawdę od nieprawdy i rozpoznać fałszywe informacje” (B3). Przykładem mogą być powszechne mity zdrowotne, takie jak „spożywanie dużej ilości witaminy C zapobiega przeziębieniom” lub „szkodliwość szczepień”, które często pojawiają się w mediach społecznościowych i bywają rozpowszechniane przez influencerów. W takich sytuacjach uczniowie uczą się nie tylko weryfikowania źródeł informacji, ale również rozumienia, jak dane narracje mogą wpływać na ich decyzje dotyczące zdrowia.

Nauczyciele rozwijają krytyczne myślenie uczniów, stosując metody takie jak analiza przypadków, debaty czy projekty badawcze, które uczą oceny wiarygodności informacji i podejmowania przemyślanych decyzji. Jak podkreślał jeden z ekspertów: „W projekcie promujemy krytyczne myślenie, zachęcając uczniów do analizy i rozpoznawania fałszywych informacji w mediach oraz reklam” (B10). Inny badany wskazał: „Podczas zajęć staram się zachęcać uczniów do samodzielnego myślenia i zadawania pytań, które pozwolą im zrozumieć konsekwencje ich wyborów zdrowotnych” (B3). Te podejścia nie tylko rozwijają umiejętność krytycznego myślenia, ale także wspierają uczniów w świadomym podejmowaniu decyzji.

Eksperci podkreślali, że rozwój krytycznego myślenia wymaga większej integracji międzyprzedmiotowej. Jak zauważył jeden z badanych: „Krytyczne myślenie rozwijamy, współpracując między przedmiotami. Nauczyciele biologii, wychowania fizycznego i etyki mogą wspólnie tworzyć projekty, które uczą uczniów krytycznego podejścia do problemów zdrowotnych” (B9). Eksperci rekomendowali również wprowadzanie tych umiejętności już na etapie szkoły podstawowej, aby uczniowie wcześniej zrozumieli, że nie wszystko, co widzą w mediach, jest prawdą. Jak wskazał jeden z badanych: „Ważne jest, aby uczniowie już od najmłodszych lat byli uczulani na to, że nie wszystko, co słyszą lub widzą w mediach, jest prawdą” (B8). Taka edukacja pozwala uczniom nie tylko przyswajać wiedzę zdrowotną, ale także świadomie ją analizować i stosować.

Rozwijanie krytycznego myślenia poprzez analizę mediów i reklam przygotowuje uczniów do świadomego funkcjonowania w społeczeństwie, w którym zdrowie staje się coraz bardziej komercyjnym tematem. Kształtuje też umiejętności analityczne niezbędne w obliczu współczesnych wyzwań zdrowotnych. Interdyscyplinarne projekty, praktyczne ćwiczenia i analiza przypadków wspierają trwałe przyswajanie kompetencji zdrowotnych i ocenę przekazów medialnych.

Wpływ pandemii COVID-19 – zmiany w programach nauczania i materiałach edukacyjnych

Pandemia COVID-19 znacząco zmieniła edukację zdrowotną, ale odpowiedź instytucjonalna była ograniczona i skupiała się na instruktażowych zaleceniach, takich jak mycie rąk czy zachowanie dystansu społecznego, co niewiele wносиło do rozwijania kompetencji zdrowotnych uczniów (Świątkiewicz-Mośny i in., 2022). Eksperti wskazywali na brak materiałów dotyczących zdrowia psychicznego i kompetencji emocjonalnych. Jak zauważył jeden z badanych: „Na pewno w jakimś momencie zaczęło brakować tych materiałów dotyczących rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych, jak sobie radzić z tymi trudnościami, ze złością, z przygnębieniem, z depresjami” (B4). Inny ekspert dodał: „Pandemia bardzo, bardzo osłabiła więzi wewnątrzklasowe i dzieciakom jest trudno obecnie się zreintegrować” (B10). Lockdown pogłębił problemy psychiczne i osłabił relacje społeczne, co – zdaniem badanych – może mieć długotrwałe konsekwencje dla uczniów.

Ponadto eksperci zwrócili uwagę na pogorszenie zdrowia fizycznego uczniów, które przypisywali brakowi aktywności fizycznej i nowym nawykom żywieniowym. Sytuacja pandemiczna sprzyjała rozwojowi siedzącego trybu życia i problemom z masą ciała. Jak zauważył jeden z badanych: „Nadużywanie siedzenia przy komputerze, problemy ze snem, a podstawowy problem to brak ruchu” (B5). Z analizy wynika, że pandemia nie tylko wyeksponowała problemy zdrowotne, które istniały wcześniej, ale również nasiliła je, tworząc nową rzeczywistość edukacyjną, w której konieczne stało się dostosowanie programów nauczania do przeciwdziałania negatywnym skutkom zdrowotnym pandemii.

Jednym z niewielu pozytywnych aspektów pandemii było zwiększenie świadomości dotyczącej zdrowia somatycznego, zwłaszcza w kontekście chorób zakaźnych i higieny osobistej. Eksperti zauważyli poprawę nawyków higienicznych, takich jak częstsze mycie rąk i noszenie środków dezynfekujących przez uczniów: „Zauważyłam w szkole zmianę nawyków higienicznych, dzieci zdecydowanie częściej myją ręce” (B7). Pandemia uwypukliła wagę zdrowia publicznego i przyczyniła się do wdrożenia nawyków, które mogą przynieść długoterminowe korzyści w zakresie prewencji chorób.

Mimo że pandemia „zmusiła” nauczycieli do wprowadzenia nowych treści, podręczniki nie zostały bezpośrednio dostosowane do jej realiów z powodu ich długiego cyklu produkcji. W rezultacie wielu nauczycieli musiało samodzielnie opracowywać materiały na temat zdrowia psychicznego i radzenia sobie z emocjami, co często prowadziło do improwizacji. Jak zauważyła jedna z badanych: „Sama pisałam scenariusze, żeby to wiązało się z podstawą programową” (B4). Brak wsparcia instytucjonalnego i opóźnione działania organizacji publicznych sprawiły, że nauczyciele musieli działać „trochę po omacku” (B7), co wskazuje na braki w strukturze systemu edukacyjnego, które uniemożliwiały skuteczne i szybkie wdrażanie nowych treści edukacyjnych.

Pandemia COVID-19 uwidoczniła zarówno mocne strony, jak i słabości systemu edukacji zdrowotnej. Choć zwiększyła świadomość na temat zdrowia publicznego, ujawniła również systemowe

zaniedbania, takie jak brak narzędzi do skutecznego wdrażania treści dotyczących zdrowia psychicznego. Eksperci wskazywali, że obecne podejście do edukacji zdrowotnej jest niewystarczające i że konieczne są strukturalne zmiany, aby sprostać wyzwaniom wynikającym z nagłych kryzysów zdrowotnych.

Wnioski

Wyniki przedstawionego badania dostarczają nowych perspektyw do socjologicznej dyskusji na temat kształtowania kompetencji zdrowotnych w Polsce, szczególnie w kontekście ograniczeń strukturalnych i organizacyjnych, które wpływają na edukację zdrowotną w szkołach podstawowych. Wywiady z ekspertami uwypukliły fakt, że choć programy nauczania formalnie zawierają treści zdrowotne, ich realizacja w praktyce pozostaje niespójna i często fragmentaryczna. Rozbieżności między założeniami teoretycznymi a ich implementacją odzwierciedlają problemy opisane przez Stephena Kemmisa i współautorów (2014), wskazujących na trudności w realizacji programów edukacyjnych wynikające z braku wsparcia instytucjonalnego oraz niedoboru zasobów.

Badanie ujawniło, że brak systematycznego wdrażania codziennych praktyk zdrowotnych, które mogłyby wspierać rozwój długoterminowych nawyków uczniów, wynika nie tylko z niedostatecznego przygotowania nauczycieli, ale również z ograniczeń strukturalnych szkół. W świetle teorii Bourdieu (1986) można to interpretować jako konsekwencję niedostatecznego kapitału zdrowotnego w systemie edukacyjnym. Nauczyciele, mimo znajomości treści związanych ze zdrowiem, często ograniczają się do przekazu teoretycznego, co wynika zarówno z braku odpowiednich narzędzi dydaktycznych, jak i obciążenia innymi obowiązkami. Teoria habitusu pozwala zrozumieć, jak wcześniejsze doświadczenia edukacyjne oraz ograniczenia strukturalne wpływają na zdolność szkół do kształtowania trwałych postaw prozdrowotnych. Wyniki te wzbogacają dyskusję w ramach socjologii jakościowej o analizę mechanizmów systemowych, które mogą utrudniać skuteczną realizację edukacji zdrowotnej (Glaser, Strauss, 1967).

Jednym z kluczowych problemów ujawnionych w badaniu jest brak pełnego wykorzystania potencjału kapitału zdrowotnego jako narzędzia wspierającego edukację zdrowotną. Zgodnie z koncepcją *cultural health capital* według Shim (2010) edukacja zdrowotna powinna nie tylko dostarczać informacji, ale także umożliwiać rozwijanie praktycznych umiejętności zdrowotnych i krytycznej analizy przekazów medialnych. Jednak analiza wywiadów eksperckich wskazuje, że w polskich szkołach edukacja zdrowotna częściej stosuje metody oparte na faktograficznym omówieniu czy ekspozycji treści, co oznacza, że uczniowie otrzymują gotowe informacje, niż na praktycznym czy krytycznym, w którym mieliby angażować się w rozwiązywanie problemów czy krytycznie analizować informacje o zdrowiu (Prokop-Dorner i in., 2024). Jak zauważają Kate Cairns i Josée Johnston (2015), takie podejście może wzmacniać neoliberalne narracje o zdrowiu jako wyłącznie o indywidualnej odpowiedzialności jednostki, ignorując szersze uwarunkowania społeczne i strukturalne wpływające na zdrowie. Eksperci wskazywali, że podręczniki oraz scenariusze lekcji rzadko uwzględniają aktywne metody

dydaktyczne, które umożliwiałyby uczniom rozwijanie umiejętności analizy informacji zdrowotnych i podejmowania świadomych decyzji. Brak interdyscyplinarnego podejścia powoduje, że treści zdrowotne są traktowane wybiórczo i nie są spójnie powiązane z innymi elementami kształcenia. W efekcie uczniowie nie mają przestrzeni do rozwijania nawyków i kompetencji, które mogłyby przyczynić się do zmniejszenia nierówności zdrowotnych. Ten problem został także odnotowany w innych badaniach nad edukacją zdrowotną w kontekście międzynarodowym (Langford i in., 2015), które wskazują, że skuteczna edukacja zdrowotna wymaga zarówno solidnego zaplecza teoretycznego, jak i możliwości praktycznego zastosowania zdobytej wiedzy.

Analiza podręczników (Piłat-Kobla i in., 2024) oraz wywiady z ekspertami wykazały również, że rozwój krytycznego myślenia w edukacji zdrowotnej jest niedostatecznie uwzględniany. Jak wskazują Linda Bergsma i Mary Carney (2008), zdolność do oceny informacji zdrowotnych i podejmowania przemyślanych decyzji wymaga aktywnych metod dydaktycznych, takich jak analiza przypadków, debaty czy projekty badawcze. W badanych szkołach dominuje jednak model oparty na podawaniu faktów, co ogranicza możliwość kształtowania refleksyjnych postaw wobec zdrowia. Problem ten jest szczególnie istotny w kontekście obecnych wyzwań, takich jak dezinformacja zdrowotna w mediach czy rosnące nierówności w dostępie do zasobów zdrowotnych.

Dodatkowo wywiady z ekspertami ujawniły brak spójnych wytycznych i zasobów wspierających nauczycieli w realizacji edukacji zdrowotnej. Zgodnie z teorią Jamesa Colemana (1988) brak koordynacji w systemie edukacyjnym prowadzi do fragmentaryczności działań i osłabia ich skuteczność. Wyniki badania wskazują, że bez odpowiedniego wsparcia instytucjonalnego nauczyciele często zmuszeni są do podejmowania działań na własną rękę, co prowadzi do nierówności w jakości edukacji zdrowotnej między różnymi placówkami.

W kontekście analizowanego materiału badawczego można także zauważyć, że edukacja zdrowotna w szkołach nie uwzględnia w wystarczającym stopniu podejścia holistycznego, jakie zostało zaproponowane już w konstytucji WHO (1948) i rozwijane w kolejnych dokumentach tej organizacji, m.in. w strategii Zdrowie 2020. Podejście to podkreśla konieczność integracji zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, a także uwzględnienia kontekstu społeczno-ekonomicznego uczniów. Obecne praktyki edukacyjne, choć formalnie wpisują się w te założenia, w rzeczywistości często redukują zdrowie do wymiaru biologicznego, pomijając aspekty psychospołeczne.

W świetle powyższych wyników konieczne jest podjęcie działań w kilku kluczowych obszarach:

- 1) integracja kapitału zdrowotnego w programach nauczania – należy uwzględnić szeroką definicję kapitału zdrowotnego, łącząc zasoby kulturowe, społeczne i ekonomiczne w treści programów edukacyjnych;
- 2) rozwój krytycznego myślenia – metody dydaktyczne, takie jak analiza przypadków czy projekty badawcze powinny być włączone do programów nauczania, aby wspierać uczniów w podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych;

- 3) wsparcie dla nauczycieli – konieczne jest zainwestowanie w szkolenia oraz stworzenie wysokiej jakości materiałów dydaktycznych, które umożliwią skuteczne realizowanie edukacji zdrowotnej, w tym rozwijanie krytycznego myślenia o zdrowiu;
- 4) dalsze badania – eksploracyjny charakter badania wskazuje na potrzebę pogłębionych analiz oraz badań porównawczych, które pozwolą zrozumieć różnice w implementacji edukacji zdrowotnej na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Podsumowując, wyniki badania wskazują na konieczność przemyślenia i udoskonalenia podejścia do edukacji zdrowotnej w polskich szkołach podstawowych. Wykorzystanie zaproponowanych zmian w procesie rozwijania spójnego programu nauczania oraz wzmacniania kompetencji nauczania o zdrowiu mogłoby pozwolić przekuć bariery w sprzyjające zdrowiu młodzieży działania. Co więcej, wnioski te wnoszą wkład do socjologicznej refleksji nad mechanizmami kształtowania kompetencji zdrowotnych w kontekście strukturalnych ograniczeń oraz wyzwań związanych z rosnącą komercjalizacją zdrowia i nierównościami społecznymi.

Bibliografia

- Bergsma Linda J., Carney Mary E. (2008), *Effectiveness of health-promoting media literacy education: A systematic review*, „Health Education Research”, vol. 23(3), s. 522–542.
- Bogner Alexander, Littig Barbara, Menz Wolfgang (2009), *Interviewing Experts*, London: Palgrave Macmillan.
- Borowiec Anna, Lignowska Iwona (2012), *Zdrowie i jego konteksty*, [w:] Anna Borowiec, Iwona Lignowska (red.), *Zdrowie i style życia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, s. 9–30.
- Bourdieu Pierre (1986), *The Forms of Capital*, [w:] John Richardson (red.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York: Greenwood Press, s. 241–258.
- Cairns Kate, Johnston Josée (2015), *Choosing health: Embodied neoliberalism, postfeminism, and the “do-diet”*, „Theory and Society”, vol. 44, s. 153–175.
- Coleman James S. (1988), *Social Capital in the Creation of Human Capital*, „American Journal of Sociology”, vol. 94(Supplement), s. S95–S120, <https://doi.org/10.1086/228943>
- Crawford Robert (1980), *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*, „International Journal of Health Services”, vol. 10(3), s. 365–388, <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- Crawford Robert (2000), *The Ritual of Health Promotion*, [w:] Simon J. Williams, Jonathan Gabe, Michael Calnan (red.), *Health, Medicine and Society: Key Theories, Future Agendas*, London: Routledge, s. 219–235.
- Denzin Norman K., Lincoln Yvonna S. (2009), *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Erikson Erik H. (1980), *Identity and the Life Cycle*, New York: W.W. Norton & Company.
- Fijałkowska Anna, Oblacińska Anna, Dzielska Anna, Nałęcz Hanna, Korzycka Magdalena, Okulicz-Kozaryn Katarzyna, Bójko Martyna, Radiukiewicz Katarzyna (2022), *Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19*, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

Glaser Barney G., Strauss Anselm L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine Publishing Company.

Gudelj Rakić Jelena, Hamrik Zdenek, Dzielska Anna, Felder-Puig Rosemarie, Oja Leila, Bakalár Peter (2024), *A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Hawe Penelope, Shiell Alan (2000), *Social capital and health promotion: A review*, „Social Science & Medicine”, vol. 51(6), s. 871–885.

Kemmis Stephen, Wilkinson Jane, Edwards-Groves Christine, Hardy Ian, Grootenboer Peter, Bristol Laurette (2014), *Changing Practices, Changing Education*, Singapore: Springer.

Korporowicz-Żmichowska Violetta (2023), *Nierówności w health literacy – aspekty przestrzenne i edukacyjne*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, nr 73, s. 75–91.

Korzeniowska Elżbieta, Puchalski Krzysztof (2015), *Nierówności edukacyjne a zachowania zdrowotne i zdrowie*, [w:] Włodzimierz Piątkowski (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 269–282.

Langford Rebecca, Bonell Chris P., Jones Hayley E., Pouliou Theodora, Murphy Simon M., Waters Elizabeth, Campbell Rona (2015), *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, no. 4, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>

Lupton Deborah (2014), *Critical Perspectives on Digital Health Technologies*, „Sociology Compass”, vol. 8(12), s. 1344–1359, <https://doi.org/10.1111/soc4.12226>

McGregor Sue (2001), *Neoliberalism and health care*, „International Journal of Consumer Studies”, vol. 25(2), s. 82–89.

Meuser Michael, Nagel Ulrike (2009), *The expert interview and changes in knowledge production*, [w:] Alexander Bogner, Beate Littig, Wolfgang Menz (red.), *Interviewing Experts*, London: Palgrave Macmillan, s. 17–42.

Nettleton Sarah (1997), *If health promotion is everybody's business what is the fate of the health promotion specialist?*, „Sociology of Health and Illness”, vol. 19(1), s. 23–47, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00014.x>

Nutbeam Don (2000), *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, „Health Promotion International”, vol. 15(3), s. 259–267, <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Patton Michael Quinn (2002), *Qualitative Research & Evaluation Methods*, Thousand Oaks: Sage Publications.

Piłat-Kobla Aleksandra, Świątkiewicz-Mośny Maria, Ślusarczyk Magdalena, Prokop-Dorner Anna, Ożegalska-Łukasik Natalia, Potysz-Rzyman Aleksandra, Zarychta Marianna, Bała Małgorzata M. (2024), *Krytyczne spojrzenie na treści zdrowotne: analiza podręczników szkolnych w Polsce z lat 2017–2022*, „Kultura i Społeczeństwo”, t. 68, nr 4, s. 205–230.

Popham Frank, Iannelli Cristina (2021), *Does comprehensive education reduce health inequalities?*, „SSM – Population Health”, vol. 15, 100834.

Prokop-Dorner Anna, Piłat-Kobla Aleksandra, Ślusarczyk Magdalena, Świątkiewicz-Mośny Maria, Ożegalska-Łukasik Natalia, Potysz-Rzyman Aleksandra, Bała Małgorzata M. (2024), *Teaching methods for critical thinking in health education of children up to high school: A scoping review*, „PLoS ONE”, vol. 19, e0307094, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307094>

Putland Christine, Baum Fran, Ziersch Anna, Arthurson Kathy, Pomagalska Dorota (2013), *Enabling pathways to health equity: developing a framework for implementing social capital in practice*, „BMC Public Health”, vol. 13, 517, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-517>

Schneider-Kamp Andreas (2021), *Health capital: toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health*, „Social Theory & Health”, vol. 19, s. 205–219, <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00145-x>

Shim Janet K. (2010), *Cultural Health Capital and Health Inequality: A Theoretical Proposal*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 51(1), s. 1–15.

Świątkiewicz-Mośny Maria, Ślusarczyk Magdalena, Prokop-Dorner Anna, Ożegalska-Łukasik Natalia, Potysz-Rzyman Aleksandra (2022), *Edukacja społeczna szczepionką na infodemię? Eksploracja kapitału zdrowotnego podczas pandemii COVID-19 w Polsce*, „Przegląd Socjologiczny”, vol. 71(2), s. 115–140.

Tones Keith, Tilford Sylvia (2001), *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*, Cheltenham: Nelson Thornes.

Tulchinsky Theodore (2018), *Marc Lalonde, the health field concept and health promotion*, „Case Studies in Public Health”, 523.

World Health Organization (1948), *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Dz.U. z 1948 r., Nr 61, poz. 477.

World Health Organization (2016), *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization, UNESCO (2021), *Making every school a health promoting school*, Geneva, <https://www.who.int/initiatives/making-every-school-a-health-promoting-school> [dostęp: 29.01.2025].

Cytowanie

Aleksandra Piłat-Kobla, Maria Świątkiewicz-Mośny, Magdalena Ślusarczyk, Anna Prokop-Dorner, Natalia Ożegalska-Łukasik, Aleksandra Potysz-Rzyman, Marianna Zarychta, Małgorzata M. Bała (2025), *Od założeń do praktyki: bariery i wyzwania w realizacji edukacji zdrowotnej w polskich szkołach podstawowych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. XXI, nr 3, s. 24–43, <https://doi.org/10.18778/1733-8069.21.3.02>

From Theory to Practice: Challenges and Barriers in Implementing Health Education in Polish Schools

Abstract: This article analyzes the challenges related to developing health competencies in Polish primary schools based on interviews with ten experts from key areas of educational content development. The qualitative study enabled us to understand the praxeology of curriculum design and the practical aspects of health education at the primary school level. The results reveal significant gaps in the programs, particularly in the development of critical thinking and the integration of health content, which limits the effectiveness of teaching. Changes in the context of the COVID-19 pandemic and the need for dynamic program adjustments have highlighted additional difficulties in shaping primary school pupils' health competencies. The article provides recommendations for educational policy, focusing on the need for better teacher support, the integration of theoretical foundations with practice, and the systematic evaluation of the implementation of health content.

Keywords: health competencies, health education, primary schools, expert interviews, critical thinking