

# **Akademia WSB**

Dąbrowa Górnicza, Cieszyń, Olkusz, Żywiec, Kraków

**mgr Karol Reimann**

## **PROBLEMATYKA ZDROWIA W WIEDZY POTOCZNEJ I PRAKTYCE CODZIENNEJ POLAKÓW**

**Autoreferat pracy doktorskiej napisanej pod kierunkiem:**

**prof. dr hab. Mirosławy Nowak-Dziemianowicz**

**Dąbrowa Górnicza 2025**

## **Struktura autoreferatu:**

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Geneza zainteresowań badawczych i uzasadnienie wyboru problematyki pracy..... | 3  |
| 2. Cel pracy i hipoteza badawcza.....                                            | 6  |
| 3. Przedmiot badań podjętych w pracy, postawione problemy .....                  | 7  |
| 4. Charakterystyka oraz uzasadnienie wybranej orientacji metodologicznej .....   | 7  |
| 5. Struktura pracy.....                                                          | 9  |
| 6. Synteza wyników badań własnych w kontekście problemów badawczych .....        | 10 |
| 7. Wnioski i podsumowanie badań, ich aplikacyjny charakter.....                  | 13 |

## 1. Geneza zainteresowań badawczych i uzasadnienie wyboru problematyki pracy

"Nasze zdrowie jest wszystkim co mamy" – to stwierdzenie jest metaforą podkreślającą rolę, jaką zdrowie odgrywa w życiu człowieka. Choć filozoficznie można je kwestionować, podkreśla ono, że bez dobrego zdrowia całe bogactwo, szczęście czy sukces stają się trudne lub niemożliwe do osiągnięcia. Filozof niemiecki Arthur Schopenhauer napisał kiedyś: „Choć zdrowie nie jest na pewno wszystkim, to bez zdrowia wszystko jest niczym”. Dbając o zdrowie, inwestujemy w jakość i długość życia, a dobra kondycja fizyczna i psychiczna jest fundamentem, na którym można budować inne aspekty życia – rodzinę, pracę, rozwój, życie towarzyskie. Zdrowie zdefiniowane przez WHO jako „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, jest nie tylko prawem człowieka, ale także kluczowym elementem jego satysfakcjonującego życia”<sup>1</sup>. Choroby i problemy ze zdrowiem ograniczają możliwości realizowania celów, wykonywania pracy i cieszenia się życiem, czyniąc inne osiągnięcia mniej wartościowymi. Z perspektywy chorego, nawet największe bogactwa tracą na znaczeniu. Niestety ludzie mają w zwyczaju na codzień ignorować swoje zdrowie, spychać je na dalszy plan, dostrzegając jego wartość dopiero po jego utracie.

Dane o zdrowiu Polaków są niepokojące. Polacy masowo chorują m.in. na choroby cywilizacyjne i układu krążenia, które powodują wysoką śmiertelność. Choroby układu krążenia odpowiadały według danych GUS z 2023 r. za ok. 36% wszystkich zgonów<sup>2</sup>, a rocznie liczba chorych umierających w Polsce na choroby układu krążenia oscyluje w granicach ok. 150-180 tys. osób. Dane o zgonach nie odzwierciedlają jednak realnie tego, ile osób naprawdę aktualnie choruje na choroby układu krążenia. Przykładowo nadciśnienie tętnicze, które jest jedną z najczęściej występujących chorób układu krążenia i ich „matką”, rozwija się stopniowo, latami nie dając specyficznych objawów i ujawnia się dopiero w sytuacjach zagrożenia życia (np. udar mózgu, zawał serca). Z danych NFZ wynika, że każdego roku w Polsce u ok. 6 mln dorosłych pacjentów rozpoznawane jest nadciśnienie tętnicze, ale szacunki NFZ wskazują, że chorych może

---

<sup>1</sup> WHO, *World Health Day 2024: My health, my right*, article dated on: 7 April 2024, available online on page: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/04/07/default-calendar/world-health-day-2024-my-health-my-right> [reached: 15.09.2025].

<sup>2</sup> GUS, *Rocznik Demograficzny 2023*, Warszawa 2024.

być dwa razy więcej<sup>3</sup>. Liczba osób z niezdiagnozowanymi i nieleczonymi chorobami układu krążenia nie jest znana.

Każdy człowiek dba o zdrowie na swój sposób, stosując różnorodne metody. Wiedza naukowa, ustalone fakty i metodycznie potwierdzone teorie o tym, w jaki sposób należy dbać o zdrowie jest ogólnodostępna od bardzo dawna, nie stanowiąc dziś żadnej tajemnicy. Nauka daje społeczeństwu gotowe „przepisy”, konkretne zalecenia i rekomendacje dotyczące zdrowia w formie opracowań naukowych, literackich, poradników, artykułów prasowych, ulotek, stron internetowych czy reklam, mając nadzieję, że pozwolą one społeczeństwu podejmować każdego dnia „na własną rękę” odpowiednie decyzje zdrowotne. Dostęp ludzi do wiedzy naukowej na temat zdrowia jest współcześnie największy w historii i niczym nieograniczony. Jednak ścisła, racjonalna i rygorystyczna wiedza naukowa, to tylko jedna strona medalu. Drugą z nich jest wiedza potoczna, czyli nienaukowa. Ludzie w toku życiowego doświadczenia, obserwacji, intuicji, posiadanych stereotypów, spontanicznie budują swoją ogólną, niejednorodną, fragmentaryczną wiedzę potoczną. Ma ona dla nich dużą użyteczność praktyczną i pozwala im na rozwiązywanie codziennych dylematów oraz osiąganie celów, pomimo tego, że nie jest ona precyzyjna. W licznych praktykach codziennych, decyzjach i wyborach między alternatywnymi możliwościami ludzie wykazują wyższą skłonność do kierowania się wiedzą potoczną niż naukową. Każdy człowiek ma jakąś własną wiedzę potoczną na temat zdrowia i kieruje się nią na własną odpowiedzialność. Przechowywane w umyśle każdego człowieka własne poznawcze reprezentacje zdrowia pozwalają na ocenianie swojego zdrowia i podejmowanie subiektywnie słusznych zachowań. Przekonania te, intuicje mogą zarówno zdrowiu służyć, jak i jemu szkodzić, szczególnie wtedy, kiedy nie są aktualne i nie nadążają za rozwojem wiedzy naukowej.

Jaka jest wiedza potoczna współczesnych Polaków o zdrowiu? Czy jest ona wystarczająca do tego, aby utrzymywać zdrowie i zapobiegać chorobom? Mając na uwadze tylko masowe zachorowania i zgony Polaków m.in. na choroby układu krążenia, można mieć co do tego pewne wątpliwości. Rodzi to potrzebę poznania aktualnego stanu wiedzy społeczeństwa polskiego na temat zdrowia i sposobu wykorzystania tej wiedzy na co dzień, jako ważnego uwarunkowania zdrowia publicznego we współczesnych realiach społeczno-kulturowych.

---

<sup>3</sup> NFZ, *NFZ o zdrowiu. Otyłość i jej konsekwencje*, Warszawa 2024, NFZ, *NFZ o zdrowiu. Naciskiśnienie tętnicze*, Warszawa 2019.

Zdrowie publiczne jest sumą wiedzy o zdrowiu pojedynczych jednostek i ich kompetencji w zakresie samodzielnego wykorzystania mechanizmów pozytywnego oddziaływania. Podjęcie w rozprawie tematyki oceny wiedzy potocznej społeczeństwa polskiego o zdrowiu pozwala poznać niektóre determinanty współczesnego stylu życia i dowiedzieć się na ile posiadana wiedza potoczna o zdrowiu wystarcza do profilaktyki chorób. Choć tematyka ta była w przeszłości podejmowana przez innych badaczy, nie odpowiedzieli oni jednak na wszystkie pytania i problemy związane z kontekstem wiedzy potocznej, w szczególności w odniesieniu do motywacji i skali wykorzystania tej wiedzy w praktyce, występujących w niej luk poznawczych, a także wyłaniających się na tej kanwie potrzeb społecznych w zakresie jej rozszerzania. Wiedza społeczna oraz zdrowie są takimi kategoriami, które zawsze potrzebują zainteresowania i troski, uaktualniania i rozwoju. Zdrowie tworzy kapitał narodu, co oznacza, że zdrowa populacja jest kluczowa dla rozwoju i dobrobytu całego narodu.

## 2. Cel pracy

Rozpoznanie stanu wiedzy potocznej o zdrowiu i jej zastosowania w stylu życia jest pierwszym krokiem na drodze do kształtowania zdrowia publicznego. Jest to szczególnie ważne w tych społeczeństwach, w których odsetek zgonów z powodu chorób uwarunkowanych stylem życia jest wysoki. W świetle przyjętej problematyki i jej społecznie istotnego charakteru stwierdzono, że istnieje konieczność przeprowadzenia badań, które pozwolą na poznanie oblicza wiedzy potocznej o zdrowiu społeczeństwa polskiego w kontekście współczesności.

Głównym celem rozprawy było określenie stanu wiedzy potocznej przedstawicieli społeczeństwa polskiego na temat zdrowia, dbania o nie, zapobiegania chorobom, szczególnie układu krążenia, z perspektywy stylu życia i znajomości zasad profilaktyki. Cel główny został zdekomponowany na szereg szczegółowych celów poznawczych, które odnoszą się do:

1. Syntezy wiedzy teoretycznej o koncepcji zdrowia, jego uwarunkowań.
2. Syntezy wiedzy teoretycznej o koncepcji wiedzy potocznej oraz jej roli w życiu człowieka.
3. Diagnozy największych współcześnie zagrożeń zdrowia populacji Polski.
4. Charakterystyki chorób układu krążenia jako najczęstszej przyczyny zgonów Polaków.
5. Określenia stanu zdrowia, prowadzonego stylu życia, stosowanej profilaktyki zdrowia i ryzyka sercowo-naczyniowego.
6. Wyłonienia luk w wiedzy społecznej o zdrowiu.
7. Wskazania potrzeb społeczeństwa w zakresie edukacji zdrowotnej.
8. Przedstawienia propozycji skuteczniejszych inicjatyw z zakresu edukacji zdrowotnej.

### **3. Przedmiot badań podjętych w pracy, postawione problemy**

Przedmiot dociekań prowadzonych w ramach rozprawy wynikał bezpośrednio z jej tytułu. Przedmiotem badań podjętych w rozprawie był stan wiedzy o zdrowiu, sposoby jej wykorzystania w praktyce (dbanie o zdrowie, wybory, prewencja chorób), określenie wpływu posiadanej wiedzy na stan zdrowia (ryzyko sercowo-naczyniowe, posiadane choroby i dolegliwości), a także braki (luki) w wiedzy potocznej o zdrowiu. Zbierane w toku badań informacje pozwoliły na holistyczne ujęcie przedmiotu dociekań i odnalezienie odpowiedzi dla stawianych sobie przez badacza pytań.

Rozwiązaniu problemu głównego brzmiącego: Jaki jest poziom wiedzy badanych o zdrowiu? przyczyniły się wyłonione postawione problemy częściowe:

1. Co stan zdrowia i styl życia badanych mówi o ich wiedzy potocznej o zdrowiu?
2. Czego dotyczą luki w wiedzy Polaków o zdrowiu?
3. Czy i jak uczestnicy badań zapobiegają chorobom układu krążenia.

### **4. Charakterystyka oraz uzasadnienie wybranej orientacji metodologicznej**

Realizacja celu pracy, odpowiedzi na postawione problemy badawcze opierały się na przeprowadzeniu studiów literaturowych oraz badań empirycznych. Badania literaturowe zostały przeprowadzone na podstawie analizy polskich i zagranicznych aktualnych publikacji naukowych, danych statystycznych oraz specjalistycznych źródeł internetowych, które koncentrowały się na problematyce zdrowia, choroby, kategorii wiedzy. Przeprowadzona w pierwszej kolejności dogłębna analiza literatury z zakresu objętego zainteresowaniem rozprawy i przyjęcie aksjomatów płynących z wielu podejść były wstępem do przeprowadzenia badań empirycznych.

Badania empiryczne składały się z dwóch części: diagnozy społecznej i wywiadów indywidualnych. W obydwu przypadkach miały one na celu zebranie od osób badanych danych i informacji ujawniających ich aktualną w okresie badania wiedzę potoczną o zdrowiu. Badania były prowadzone w IV kw. 2024 r. i I kw. 2025 r.

Metodę diagnozy społecznej wybrano z uwagi na charakter eksploracyjny badania zmierzający do przedstawienia złożonego obrazu rzeczywistości społecznej (zagadnienia odnoszące się do wiedzy potocznej) z perspektywy subiektywnych opinii respondentów. Jako że diagnoza społeczna jest projektem naukowym, który można realizować na dużych liczebnie próbach badawczych, jej wybór pozwolił na zebranie obszernego materiału

badawczego w takiej formie, która łatwo poddaje się porównaniom, uogólnianiu i systematyzowaniu oraz można ją prezentować w ujęciu liczbowym. Zebrane dane mogą być z powodzeniem pokazywane na liczbach wyłaniając ogólne tendencje i rozbieżności w badanej populacji. Zastosowanie diagnozy społecznej w badaniach własnych pozwoliło na zrozumienie obiektywnych prawideł determinujących postawy względem zdrowia, prowadzony styl życia i wiedzę Polaków o zdrowiu w warunkach współczesności.

W metodzie diagnozy społecznej posłużono się dwoma technikami: techniką ankiety i techniką wywiadu indywidualnego. Wybór dwóch technik wynikał z dążenia do szerokiego poznania badanej problematyki, weryfikacji pozyskanych danych poprzez spojrzenie na dane zjawisko z różnych perspektyw – indywidualnej i grupowej, a także celem uzyskania wyższej rzetelności i trafności wnioskowania. Zastosowanie dwutorowego podejścia badawczego pozwoliło na pomiar ilościowy i jakościowy, a dzięki temu głębszą prezentację podjętego zagadnienia. Wyniki ankiety i wywiadów wzajemnie się uzupełniły, dając szersze spojrzenie na badane kwestie.

Stosując w badaniu własnym wyżej wskazane techniki ankiety i wywiadu indywidualnego posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety opracowanym do publikacji online i wypełnienia przez Internet, a także autorskim kwestionariuszem wywiadu indywidualnego w wersji papierowej, który użyto w rozmowach z osobami chorującymi na niewrodzone choroby układu krążenia. Dobór próby w ankiecie był losowy, z kolei w wywiadach celowy.

Analizę zebranych wyników badań ankietowych przeprowadzono w programie IBM SPSS Statistics 25 oraz Microsoft Excel 2020. Z kolei analizę materiału badawczego pozyskanego w toku wywiadów oparto o kodowanie indukcyjne. Struktura kodów analitycznych stanowiących wzorzec kodowania indukcyjnego. W ten sposób kategorie analityczne nasycone treścią pozostały spójne z kwestiami poruszonymi w ankiecie i mogły być analizowane w połączeniu z liczbami. Wyniki badań ujęto holistycznie grupując wypowiedzi respondentów udzielających wywiadów ankietowanych w ramach tych samych zagadnień tematycznych. W ten sposób odnaleziono wspólne odniesienia pozwalające na sformułowanie klarownych wniosków i postulatów.

## 5. Struktura pracy

Praca składa się z wprowadzenia, 6 rozdziałów, zakończenia z wnioskami, spisu literatury oraz załączników i streszczenia.

Pierwszy rozdział stanowi teoretyczny trzon rozprawy. Wyjaśnienie w nim znaczenia kluczowych kategorii pojęciowych - zdrowie, choroba, wiedza potoczna – i wskazanie sposobu ich rozumienia sprawiło, że rozdział pierwszy stanowi mapę teoretyczną rozprawy opartą na aktualnych teoriach. Ponadto zawarte w rozdziale pierwszym dane statystyczne prezentujące podstawowe mierniki zdrowia populacji Polski zbudowały obraz ogólnej kondycji zdrowotnej społeczeństwa polskiego, dając ramy odniesienia dla wyników badań własnych. Analiza teorii naukowych i danych statystycznych wyłoniły kluczowe, teoretyczne uwarunkowania i zagrożenia zdrowia, stanowiąc wprowadzenie dla dalszych treści zawartych w rozprawie.

W drugim rozdziale skoncentrowano się na wyłonieniu przesłanek ontologicznych i epistemologicznych, które zadecydowały o świadomym wyborze określonych założeń metodologicznych. Sformułowane w tym rozdziale cele, problemy, hipotezy badawcze oraz wybrane metody, techniki i narzędzia badawcze nie były przypadkowe. Adekwatnie do metodyki dokonano doboru próby, zadecydowano o sposobie prowadzenia analiz statystycznych. Przyjęta metodyka, pomimo pewnych ograniczeń badania własnego, sprzyjała eksploracji przyjętej problematyki i pozwoliła osiągnąć satysfakcjonujące rezultaty.

Rozdziały trzeci i czwarty poświęcone zostały prezentacji wyników badań własnych i znalezieniu odpowiedzi na problemy badawcze. Wyniki badań podzielone tematycznie na sekcje stanowią centralną część rozprawy. To konglomerat interpretacji w przedmiocie badania przedstawionych w sposób możliwie najdokładniejszy i przystępny. Skupiono się na wielokierunkowej analizie całego zebranego materiału badawczego, w oparciu o który przetestowano stan wiedzy badanych o zdrowiu i dokonano oceny tej wiedzy z perspektywy prowadzonego stylu życia, stanu zdrowia, samooceny dobrostanu, znajomości zagadnień ważnych dla profilaktyki zdrowia. Rozdziały te posłużyły udowodnieniu postawionych w pracy hipotez badawczych. Zaprezentowane w tym rozdziale doniesienia badań własnych ukierunkowały konkretne wnioski spisane w rozdziale piątym, który stanowi zamknięcie części badawczej rozprawy.

Rozdział szósty został ukierunkowany na zalecenia praktyczne. Wnioski z badań skłoniły do wydania rekomendacji własnych. Rozdział ten to bardzo wartościowe uzupełnienie rozprawy, które rozszerza wyniki badań własnych o wizje inicjatyw profilaktycznych i edukacyjnych. W rozdziale tym uwzględniając doniesienia badań własnych przedstawiono propozycje możliwych do wdrożenia w Polsce w przyszłości różnych inicjatyw nowoczesnej edukacji zdrowotnej odpowiadających wymaganiom współczesności. Mając świadomość dostępności różnorodnych podejść do nauczania skupiono się na wariantach możliwie nietypowego, nowoczesnego oddziaływania edukacyjnego społeczeństwa cyfrowego. Rozdział ten stał się zbiorem argumentów przemawiających za istnieniem wielu opcji i możliwości profilaktycznych i edukacyjnych.

W ostatniej części rozprawy - zakończeniu, przytoczono najważniejsze konkluzje wynikające z treści rozdziałów teoretycznych i empirycznych. Zakończenie stanowi wyraźne podsumowanie syntetyzujące najważniejsze doniesienia, wnioski i refleksje nad potencjalnymi obszarami usprawnień.

## **6. Synteza wyników badań własnych w kontekście problemów badawczych**

Pierwszy etap badawczy rozprawy koncentrował się na szczegółowej analizie kluczowych podejść teoretycznych w przedmiocie zdrowia, choroby, wiedzy potocznej, co pozwoliło na zaznaczenie przestrzeni pojęciowej, znaczeniowej, po której poruszano się w rozprawie. Analizy te przyczyniły się do lepszego zrozumienia koncepcji zdrowia, a także identyfikacji kluczowych czynników wpływających na jego budowanie, utrzymanie i utratę. Wyłoniły także źródła wiedzy o zdrowiu i ich rolę w społecznym postrzeganiu zdrowia. Wyniki analizy treści teoretycznych pozwoliły na identyfikację zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich czynników, przyczyniających się do konstruowania społecznej wiedzy potocznej o zdrowiu.

Drugi etap badawczy rozprawy koncentrował się na prowadzeniu diagnozy społecznej. Badanie to zarówno w toku prowadzenia ankiety, jak i wywiadów indywidualnych koncentrowało się na dogłębnym określeniu stanu wiedzy badanych o zdrowiu, zrozumieniu mechanizmów jej praktycznego zastosowania, poznaniu typowych zachowań zdrowotnych, stosowanej profilaktyki zdrowia. Wyniki diagnozy społecznej nie tylko pozwoliły na określenie poziomu wiedzy potocznej badanych o zdrowiu, ale także wyłonienie sposobu kierowania się nią i braków w tej wiedzy.

Poprzez identyfikację istotnych czynników determinujących poziom wiedzy, styl życia i stan zdrowia, badanie sprowokowało refleksje nad potrzebami edukacyjnymi. Wyniki diagnozy społecznej dały podstawę do sformułowania usprawnień na rzecz zdrowia publicznego.

Diagnoza społeczna i wywiady indywidualne dowiodły, że:

1. Poziom wiedzy badanych o zdrowiu jest niewystarczający na co wskazują stan zdrowia i styl życia badanych.

Diagnoza społeczna dowiodła, że dominujący odsetek badanych ma zbyt wysoką masę ciała, co wynika z błędów żywieniowych, niewystarczającej wiedzy w zakresie odpowiedniego komponowania posiłków i podaży określonych makroskładników w diecie, braku kontroli masy ciała oraz działań, które zapobiegałyby nadwadze i otyłości. Dominujący odsetek badanych prowadzi siedzący tryb życia, zbyt rzadko podejmuje aktywność ruchową i ma nałogi, które podnoszą ryzyko sercowo-naczyniowe. Zdiagnozowane u dużego odsetka choroby przewlekłe, które rozwijają się latami (np. nadciśnienie) świadczą o wieloletnim powielaniu błędów odnoszących się do stylu życia – nieodpowiedniej diety, braku aktywności fizycznej, obecności nałogów w długim okresie. Zdiagnozowane choroby przewlekłe, przyjmowana farmakoterapia i liczne hospitalizacje pokazują, że stanu zdrowia większości badanych nie można ocenić jako dobrego a jako co najmniej pogorszony, zagrożony rozwojem wielu chorób, w tym chorób układu krążenia. Pogorszony stan zdrowia badanych sugeruje ograniczoną wiedzę na temat zdrowia, brak ugruntowanych przekonań pozwalających na dbanie o zdrowie, unikanie podstawowych błędów w stylu życia i chorób, albo też pozbawioną logiki niechęć do prozdrowotnego działania czego dowodem może być przeświadczenie o poprawności, słuszności i powielaniu destrukcyjnych dla zdrowia praktyk codziennych. O ile wiedza społeczna zawsze wymaga pogłębiania, to wielu badanych wymaga natychmiastowego zaprzestania negatywnych praktyk i wdrożenia prawidłowych wzorców w formie konkretnych instrukcji celem ratowania swojego pogorszonego zdrowia.

2. Luki w wiedzy Polaków o zdrowiu dotyczą braku rozumienia zasadniczych pojęć związanych ze zdrowiem, nieznajomości czynników ryzyka zdrowotnego, braku świadomości roli profilaktyki zdrowia poprzez styl życia.

Diagnoza społeczna dowiodła, że dominujący odsetek badanych po raz pierwszy podczas badania spotkał się z takimi pojęciami jak np. BMI, Talerz Zdrowia, Algorytm SCORE, a więc nie znali oni prawidłowego wskaźnika masy ciała, zaleceń i wytycznych żywieniowych, czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Nadwaga, otyłość była przez duży odsetek badanych postrzegana bardziej jako kwestia estetyczna, naturalna zmiana organizmu zachodząca z wiekiem, a nie czynnik chorobotwórczy. Wielu badanych nie zauważało nic niewłaściwego w swoich antyzdrowotnych praktykach życia codziennego i nie łączyło zdiagnozowanych chorób czy odczuwanych dolegliwości ze swoimi codziennymi antyzdrowotnymi zachowaniami i przyzwyczajeniami. Diagnoza choroby była dla wielu zaskoczeniem, panowało przeświadczenie, że za rozwój chorób odpowiada obciążenie rodzinne, starzenie się, przeznaczenie, albo też „czysty przypadek”. Dobra samoocena stanu zdrowia wynikała z braku świadomości jego prawdziwego stanu, a także niewykonywania badań profilaktycznych. Wielu badanych wyrażało pogląd o pozytywnym wpływie aktywności fizycznej i negatywnym wpływie używek, a mimo to nie praktykowali ruchu i mieli uzależnienia, co oznacza niekompetencję w zakresie samodzielnego inicjowania zachowań prozdrowotnych, brak motywacji, niedowartościowanie roli własnego zdrowia. Wiedza i świadomość czynników ryzyka zdrowotnego nie była na tyle ugruntowana, aby być motywacją do eliminowania ryzyk w codziennych wyborach. Wielu badanych wymaga pogłębiania stanu wiedzy, aby móc lepiej postrzegać wartość swojego zdrowia i własną sprawczość w jego ochronie.

3. Posiadana przez badanych wiedza o zdrowiu nie pozwala im na skuteczne zapobieganie chorobom układu krążenia.

Diagnoza społeczna dowiodła, że źródłem wiedzy badanych o zdrowiu są głównie najbliższe otoczenie (rodzina, przyjaciele), personel medyczny (lekarze i pielęgniarki) oraz media (telewizja, Internet, radio, prasa). Badani nie pozyskiwali wiedzy o zdrowiu innymi kanałami (np. z podręczników, książek czy naukowych dociekań własnych), w szczególności takimi, które mogłyby zasilić ich w wiedzę bardziej zaawansowaną i najbardziej aktualną. Niestety źródła pochodzenia wiedzy o zdrowiu bezsprzecznie wpływają na jakość i zakres tej wiedzy ograniczając ją do typowych prawd znanych od dziecka (np. „ryby są zdrowe”, „palenie zabija”, „sport to zdrowie”). Stały się one tak powszechne, że są jedynie sloganami, a prawdy z nich płynące są lekceważone i nie znajdują odbicia w codziennych praktykach. Wiedza badanych o zdrowiu jest wybiórcza,

powierzchnowa, często nieaktualna i nieusystematyzowana, dlatego najprawdopodobniej nie stanowi wartościowego źródła, nie jest ważnym bodźcem pobudzającym do działania. Czyni to społeczeństwo nie w pełni świadomym zdrowia, a także nie sprzyja efektywnemu zapobieganiu chorobom. Przykładowo większość badanych wiedziała wystarczająco dużo o nadciśnieniu, ale w ogóle nie mierzyła sobie ciśnienia samodzielnie w warunkach domowych i nie wiedziała, że jest to ważny czynnik zachorowania na choroby układu krążenia. Brak było w umysłach badanych powiązań przyczynowo-skutkowych pozwalających na odpowiednio wczesne prewencyjne reagowania, natomiast zbyt dużo było praktyk podejmowanych wbrew logice (np. palenie papierosów, picie alkoholu, lekomania, stosowanie diety sprzyjającej otyłości mając nadwagę, itp.). Wrogiem wiedzy i tzw. zdrowego rozsądku były utarte przez lata nawyki, przyzwyczajenia i dążenie do wygody, które obniżają status wiedzy potocznej czyniąc ją bezużyteczną. Nawyki, przyzwyczajenia, uzależnienia zdają się być silną barierą w profilaktyce zdrowia. Zatem wiedza o zdrowiu i wykorzystanie jej w praktyce to dwie różne kwestie, często pozostające w opozycji. W zasadzie głównie własne doświadczenia chorobowe są najsilniejszym motywatorem do wykluczenia niekorzystnych dla zdrowia praktyk. Wymaga to wyposażenia społeczeństwa nie tylko w wiedzę i świadomość głównej odpowiedzialności za swój organizm, ale też kompetencje samokontroli praktycznego zastosowania tej wiedzy.

## **7. Wnioski i podsumowanie badań, ich aplikacyjny charakter**

Badania empiryczne prowadzone na cele rozprawy pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

- dobre zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości każdego człowieka i społeczeństwa, jest w znacznym stopniu uwarunkowane prozdrowotnym stylem życia, a codzienne korzystne wybory i decyzje mają duży wpływ na jego utrzymanie i zapobieganie chorobom,
- choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków w ostatnich dekadach, stanowiąc palący problem społeczny, zachorowalność na te choroby jest mocno skorelowana ze stylem życia, dlatego odwrócenie trendu masowego zapadania Polaków na te choroby może ziścić się głównie dzięki zaangażowaniu jednostek praktykujących prozdrowotny styl życia,

- wiedza potoczna Polaków o zdrowiu jest wiedzą niepełną, fragmentaryczną, często nieaktualną, dlatego niewystarczającą do skutecznej profilaktyki zdrowia,
- stan zdrowia i styl życia Polaków sugeruje, że ich wiedza potoczna o zdrowiu wymaga uzupełnienia i aktualizacji, a także wyuczenia kompetencji wdrażania w czyn praktyk właściwych,
- Polacy mają niską świadomość wartości zdrowia, brakuje im szerokiego, holistycznego spojrzenia na zdrowie i uznania dla jego roli i wartości w życiu,
- największą barierą w utrzymaniu i profilaktyce zdrowia są nawyki, przyzwyczajenia, uzależnienia, których wpływ jest wielokrotnie silniejszy niż wpływ słusznych poglądów,
- obraz stanu wiedzy, stanu zdrowia i stylu życia Polaków jest pesymistyczny i woła o potrzebę podnoszenia wiedzy społeczeństwa o zdrowiu, ale też wyposażenia w kompetencje realnego jej wykorzystania i motywację do działania, bowiem samo posiadanie wiedzy nie gwarantuje jej wykorzystania w praktyce.

Głównym osiągnięciem pracy doktorskiej jest dostarczenie przesłanek do tego, aby opracować nowy, udoskonalony, holistyczny model edukacji zdrowotnej odpowiadający potrzebom współczesnego społeczeństwa polskiego bez względu na wiek, dopasowany do realiów. Polacy potrzebują i zasługują na solidną edukację zdrowotną, lepszą wzmocnioną, zintensyfikowaną zarówno w formalnym systemie oświaty, jak i nieformalnym. O ile dzisiaj w Polsce edukacja zdrowotna systemowa dotyczy wyłącznie uczniów szkół i odbywa się w ramach zajęć szkolnych, to już dla dorosłych nie ma takich, a jedynie prywatne usługi szkoleniowe i fakultatywne ogólnokrajowe programy refundowanych badań profilaktycznych. Zdecydowanie w edukacji zdrowotnej w Polsce na miarę XXI w. potrzeba innowacyjności i ubogacenia dotychczasowych rozwiązań, których skuteczność można kwestionować. Współczesne społeczeństwo to „społeczeństwo cyfrowe” ponieważ technologia cyfrowa i Internet stały się nieodłącznymi elementami codziennego życia, kształtując sposób wykonywania pracy, komunikacji, świadczenia usług, wymiany informacji. W społeczeństwie cyfrowym technologia jest integralną częścią organizacji działalności gospodarczej, kultury i życia codziennego, w tym także stylu życia. Innowacyjne rozwiązania w edukacji zdrowotnej wykorzystywać mogą technologie cyfrowe (np. aplikacje mobilne, Internet Rzeczy) i nowoczesne metody nauczania (gry, warsztaty, interaktywne platformy) do personalizacji, angażowania i ułatwiania dostępu do wiedzy. Ich potencjał tkwi nie tylko w przekazywaniu informacji, ale w budowaniu kompetencji

interpersonalnych, rozwijani krytycznego myślenia, rozwijaniu zdrowych nawyków, profilaktyki uzależnień oraz ułatwiania monitorowania stanu zdrowia. Implementacja nowoczesnych technologii takich jak rozwiązania oparte na aplikacjach internetowych, sztucznej inteligencji, wirtualnej rzeczywistości pozwolą na transformację procesów edukacyjnych w zakresie edukacji zdrowotnej, czyniąc je bardziej dostępnymi i efektywniejszymi.