

# ZACHOWANIA PROZDROWOTNE STUDENTÓW KIERUNKÓW NAUCZYCIELSKICH A ICH AKCEPTACJA DLA ROLI EDUKACJI ZDROWOTNEJ W SZKOLE

W wyniku wprowadzenia w 2009 roku kolejnej podstawy programowej kształcenia ogólnego zmianie uległ status edukacji zdrowotnej w polskiej szkole<sup>1</sup>. W preambule dokumentu zapisano, iż „ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, realizowana przez nauczycieli wielu przedmiotów, której celem jest kształtowanie u uczniów umiejętności dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”<sup>2</sup>. Oznacza to, że obowiązek realizacji edukacji zdrowotnej spoczywa na nauczycielach różnych specjalności, a treści dotyczące holistycznie rozumianego zdrowia, zgodnie z modelem zalecanym przez WHO, zostały uwzględnione w wielu przedmiotach szkolnych. Natomiast przedmiotem wiodącym w tej dziedzinie jest wychowanie fizyczne.

W ślad za zmianą statusu edukacji zdrowotnej w podstawie programowej kształcenia ogólnego dokonano zmiany w tym zakresie w standardach

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009, nr 4, poz. 17).

<sup>2</sup> *Podstawa programowa z komentarzami* (2009), t. 8. *Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, Warszawa: 12.

kształcenia nauczycieli. W 2012 roku ukazało się rozporządzenie MNiSW<sup>3</sup>, zgodnie z którym w standardach kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu nauczyciela uwzględniono zagadnienia biomedyczne oraz edukację zdrowotną. Od tego czasu obowiązkiem szkół wyższych oferujących kształcenie pedagogiczne jest zapewnienie swoim studentom realizacji treści w tym zakresie. Odpowiednie przygotowanie studenta – przyszłego nauczyciela do pełnienia roli nauczyciela zdrowia jest bowiem kluczowym warunkiem prowadzenia przez niego skutecznej edukacji zdrowotnej w szkole. Celem jego działań w tym obszarze jest m.in. pomoc uczniom w poznaniu siebie, rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych osób, zwiększaniu poczucia własnej wartości i wiary w siebie oraz rozwijaniu swoich umiejętności, w tym umiejętności życiowych<sup>4</sup>.

Bogaty zakres tematyczny oraz liczba wymagań edukacyjnych w zakresie edukacji zdrowotnej powoduje, że na nauczycielach spoczywa dzisiaj bardzo duża odpowiedzialność. Zdaniem Tadeusza Maszczaka, „nowe wyzwania edukacyjne wymagają innowacyjnego i wielowymiarowego spojrzenia na kształcenie nauczycieli zdrowia. Potrzebny jest nauczyciel doradca i mądry tłumacz społecznej rzeczywistości – zdolny do przyjęcia na siebie roli przewodnika po świecie wartości somatycznych, zdrowotnych i kulturowych”<sup>5</sup>. Oprócz posiadanych kompetencji, współczesny nauczyciel powinien być wzorem dbałości o zdrowie i promotorem aktywnego stylu życia<sup>6</sup>.

Przyjmując założenie, że zachowania prozdrowotne stanowią kluczowy czynnik warunkujący zdrowie i wpływają na jakość życia, a studenci kierunków nauczycielskich podejmując pracę zawodową zostaną zaangażowani w edukację zdrowotną młodzieży szkolnej, podjęto badania nad zachowaniami prozdrowotnymi studentów kierunków nauczycielskich oraz ich akceptacją dla pełnienia roli nauczyciela zdrowia w szkole.

Celem badań była analiza zależności między zachowaniami prozdrowotnymi i akceptacją roli szkolnej edukacji zdrowotnej w grupie krakowskiej

---

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela (Dz. U. 2012, nr 25, poz. 131).

<sup>4</sup> B. Woynarowska (2012), *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej kształcenia ogólnego*. W: Taże [red.], *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*, Kielce: 14-24.

<sup>5</sup> T. Maszczak (2000), *Nauczyciel jako centralna postać w edukacji zdrowotnej uczniów*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, 1: 33-37.

<sup>6</sup> G. Kosiba (2006), *Aktywność ruchowa nauczycieli w czasie wolnym*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, 50(3): 151-156.

młodzieży akademickiej kierunków nauczycielskich. Dokonano także charakterystyki uwzględnionych zmiennych: poziomu zachowań zdrowotnych przyszłych nauczycieli oraz stopnia ich akceptacji dla roli edukacji zdrowotnej w szkole. Weryfikacji poddano hipotezę, że studenci o wyższym nasileniu zachowań prozdrowotnych będą przejawiać wyższą akceptację dla tej dziedziny szkolnej edukacji i roli nauczyciela jako edukatora zdrowia.

## **Materiał i metoda**

Badania przeprowadzono na losowo wybranej grupie 486 studentów, w tym 416 (85,60%) kobiet i 70 mężczyzn (14,40%) w wieku 22-28 lat. Badaniami objęto studentki i studentów III roku studiów licencjackich, kierunków nauczycielskich, trzech krakowskich uczelni: Uniwersytetu Pedagogicznego (66,26%), Uniwersytetu Jagiellońskiego (25,31%) i Krakowskiej Akademii (8,43%). Znaczne zróżnicowanie liczby kobiet i mężczyzn wynika z generalnej tendencji do mniejszej liczby mężczyzn na kierunkach nauczycielskich.

Na podstawie „Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ)”<sup>7</sup> oceniono cztery kategorie zachowań prozdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), zachowania profilaktyczne (ZP), praktyki zdrowotne (PZ) i pozytywne nastawienie psychiczne (PNP). Nasilenie tych zachowań w badanej grupie przedstawiono z zastosowaniem właściwych norm stenowych<sup>8</sup>.

Stopień akceptacji dla roli edukacji zdrowotnej w szkole oceniono za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Kwestionariusz zawierał 15 twierdzeń dotyczących roli i miejsca edukacji zdrowotnej w szkole oraz zadań nauczycieli w zakresie jej realizacji. Badany po zapoznaniu się z każdym twierdzeniem zaznaczał jedną z pięciu możliwych odpowiedzi (1-5), uzyskując w ten sposób odpowiadającą danej odpowiedzi liczbę punktów („zdecydowanie tak” – 5 pkt., „raczej tak” – 4 pkt., „nie mam zdania” – 3 pkt., „raczej nie” – 2 pkt., „zdecydowanie nie” – 1 pkt.). W celu określenia stopnia akceptacji roli edukacji zdrowotnej dokonano podziału uzyskanych za pomocą kwestionariusza ankiety wyników według 1/2 odchylenia standardowego od średniej arytmetycznej ogólnego wskaźnika poglądów na temat roli tej dziedziny edukacji w szkole. Wyodrębniono w ten sposób trzy kategorie wyników: niskie, przeciętne oraz wysokie.

Analizę statystyczną przeprowadzono z zastosowaniem: testu chi-kwadrat wraz z testami dla proporcji z poprawką Bonferroniego do porównań zmiennych nominalnych (skategoryzowanego poziomu zachowań prozdrowotnych

<sup>7</sup> Z. Juczyński (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa.

<sup>8</sup> Dz. cyt.

oraz stopnia akceptacji roli edukacji zdrowotnej), testu U Manna-Whitneya – do porównań międzypłciowych w poziomie wskaźnika akceptacji roli edukacji zdrowotnej oraz analizy korelacji Spearmana wykorzystanej do określenia związków poziomu wskaźnika akceptacji z zachowaniami prozdrowotnymi. Dla porównań międzypłciowych w poziomie zachowań prozdrowotnych wykorzystano test t. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$ .

## Wyniki badań

Na podstawie norm stenowych kwestionariusza IZZ wykazano, że większość badanych studentów podejmowało zachowania prozdrowotne w stopniu niskim (47,94%) i przeciętnym (38,89%). Jedynie 13,17% badanych cechowało się wysokim ich poziomem. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie nasilenia zachowań prozdrowotnych kobiet i mężczyzn (tab. 1).

Tab. 1. Nasilenie zachowań prozdrowotnych studentów w zależności od płci

Wyniki IZZ	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%
Wysokie	64	13,17	57a	13,7	7a	10
Przeciętne	189	38,89	163a	39,18	26a	37,14
Niskie	233	47,94	196a	47,12	37a	52,86
Ogółem	486	100	416	100	70	100

$$X^2(2)=1,100;p=0,577$$

a, b – testy z dla proporcji z poprawką Bonferroniego (wartości w wierszach różniące się istotnie są oznaczone: a, b)

Spośród czterech kategorii zachowań sprzyjających zdrowiu badani najczęściej podejmowali praktyki zdrowotne i zachowania obejmujące pozytywne nastawienie psychiczne, rzadziej zachowania związane z prawidłowymi nawykami żywieniowymi, a najrzadziej zachowania profilaktyczne (tab. 2). Oznacza to, że badani częściej podejmowali zachowania związane m.in. z odpowiednią ilością snu i odpoczynku, rekreacyjną aktywnością fizyczną, ograniczaniem używek oraz zachowania związane ze zdrowiem psychicznym, jak unikanie silnych emocji, napięć i stresów. Rzadziej natomiast w ich stylu życia przejawiały się prawidłowe nawyki żywieniowe, a najrzadziej zachowania zapobiegające utracie zdrowia, np. regularne badania lekarskie czy uzyskiwanie informacji z zakresu czynników sprzyjających utrzymaniu zdrowia i zapobieganiu rozwojowi chorób.

W obrębie ww. kategorii stwierdzono statystycznie istotne różnice na korzyść kobiet w skali podejmowania zachowań związanych z pozytywnym nastawieniem psychicznym, prawidłowymi zachowaniami żywieniowymi i zachowaniami

profilaktycznymi. Istotnej różnicy między studentkami i studentami nie stwierdzono jedynie w zakresie podejmowania praktyk zdrowotnych (tab. 2).

Tab. 2. Kategorie zachowań prozdrowotnych studentów w zależności od płci

Zachowania prozdrowotne	Ogółem (N=486)		Kobiety (N=416)		Mężczyźni (N=70)		Różnica <i>P</i>
	M	SD	M	SD	M	SD	
Praktyki zdrowotne	19,48	4,10	19,57	4,00	18,91	4,69	0,161
Pozytywne nastawienie psychiczne	19,47	4,16	19,71	4,13	18,03	4,07	0,008
Prawidłowe nawyki żywieniowe	18,95	4,92	19,41	4,75	16,17	5,01	< 0,001
Zachowania profilaktyczne	17,99	4,64	18,31	4,63	16,07	4,22	< 0,001
Zachowania zdrowotne (wskaźnik ogólny)	75,88	12,83	77,00	12,43	69,19	13,17	< 0,001

M – średnia arytmetyczna

SD – odchylenie standardowe

W toku dalszych analiz starano się poznać poglądy studentów na temat edukacji zdrowotnej w szkole – ich akceptacji dla jej zadań w kreowaniu prozdrowotnego stylu życia i roli nauczycieli jako edukatorów zdrowia. Badani studenci w swoich deklaracjach mocno przychylają się do opinii, że „Edukacja zdrowotna jest ważnym zadaniem szkoły” (4,47), podkreślając jednocześnie, że „Rodzice uczniów powinni współpracować z nauczycielami w realizacji edukacji zdrowotnej” (4,35). Uważają również, że „Nauczyciel bez względu na nauczany przedmiot powinien motywować uczniów do dbałości o zdrowie własne i innych osób” (4,26), a „(...) poprzez swoje zachowania prozdrowotne powinien propagować wśród uczniów zdrowy styl życia” (4,20).

W tabeli 3 przedstawiono średnie wyniki uzyskane przez badanych studentów w zakresie ogólnego wskaźnika akceptacji roli szkolnej edukacji zdrowotnej. Z danych w niej zawartych wynika, że kobiety w większym stopniu niż mężczyźni akceptują rolę tej dziedziny edukacji w szkole.

Tab. 3. Ogólny wskaźnik akceptacji roli edukacji zdrowotnej w szkole z uwzględnieniem płci

Ogólny wskaźnik	Ogółem				Kobiety				Mężczyźni			
	N	M	Mediana	SD	N	M	Mediana	SD	N	M	Mediana	SD
	486	3,89	4	0,75	416	3,94	4	0,73	70	3,61	4	0,78

U=10655,00; Z=3,59;p<0,001

Przeprowadzona analiza wykazała ponadto, że badani studenci akceptują rolę szkolnej edukacji zdrowotnej w stopniu przeciętnym (37,7%) i wysokim (37%), a co czwarty student (25,3%) w stopniu niskim. Statystycznie istotną różnicę pomiędzy

kobietami i mężczyznami stwierdzono w zakresie wysokiego stopnia akceptacji na korzyść studentek i niskiego – częściej prezentowanego przez studentów (tab. 4).

Tab. 4. Stopień akceptacji roli szkolnej edukacji zdrowotnej w szkole z uwzględnieniem płci

Stopień akceptacji roli szkolnej edukacji zdrowotnej	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%
Wysoki	180	37,00	166b	39,9	14a	20,00
Przeciętny	183	37,7	157a	37,7	26a	37,1
Niski	123	25,3	93b	22,36	30a	42,86
Ogółem	486	100	416	100	70	100

$\chi^2=16,36$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$

a, b – testy z dla proporcji z poprawką Bonferroniego (wartości w wierszach różniące się istotnie są oznaczone: a, b)

W tabeli 5 przedstawiono zależności pomiędzy nasileniem zachowań prozdrowotnych badanej młodzieży akademickiej a stopniem ich akceptacji dla roli edukacji zdrowotnej w szkole. Wykazano, że niski poziom zachowań zdrowotnych deklarowało 30,9% osób o niskim, 42,5% o przeciętnym i 26,6% o wysokim stopniu akceptacji roli szkolnej edukacji zdrowotnej. Nieco inaczej wyniki rozkładają się w przypadku osób podejmujących zachowania zdrowotne na poziomie przeciętnym i wysokim. Otóż w przypadku badanych prezentujących przeciętny poziom zachowań sprzyjających zdrowiu 45,5% akceptuje szkolną edukację zdrowotną w stopniu wysokim, a 22,8% w stopniu niskim. Natomiast wśród osób o wysokim poziomie zachowań prozdrowotnych aż połowa przejawia wysoki stopień akceptacji dla roli szkolnej edukacji zdrowotnej, a tylko 12,5% stopień niski. Istotność różnic pomiędzy poszczególnymi kategoriami potwierdzono w analizie statystycznej (tab. 6).

Tab. 5. Stopień akceptacji roli szkolnej edukacji zdrowotnej a nasilenie zachowań prozdrowotnych badanych

Stopień akceptacji roli szkolnej edukacji zdrowotnej	Ogółem		Wyniki IZZ					
			Niskie		Przeciętne		Wysokie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Wysoki	180	37,0	62a	26,6	86b	45,5	32b	50,0
Przeciętny	183	37,7	99a	42,5	60a	31,7	24a	37,5
Niski	123	25,3	72a	30,9	43a,b	22,8	8b	12,5
Ogółem	486	100	233	100	189	100	64	100

$\chi^2=21,12$ ;  $df=4$ ;  $p<0,001$

a, b – testy z dla proporcji z poprawką Bonferroniego (wartości w wierszach różniące się istotnie są oznaczone: a, b)

Przeprowadzone analizy wykazały również, że wraz ze wzrostem poziomu zachowań prozdrowotnych zwiększał się stopień akceptacji roli szkolnej edukacji zdrowotnej. Studenci, którzy częściej podejmują zachowania prozdrowotne, w tym zachowania profilaktyczne, zachowania obejmujące prawidłowe nawyki żywieniowe oraz pozytywne nastawienie psychiczne prezentują wyższy stopień akceptacji roli edukacji zdrowotnej. Jedynie w przypadku praktyk zdrowotnych nie wykazano istotnego związku między zmiennymi (tab. 6).

Tab. 6. Korelacje pomiędzy kategoriami zachowań prozdrowotnych (IZZ) a ogólnym wskaźnikiem akceptacji roli edukacji zdrowotnej w szkole

Kategorie zachowań prozdrowotnych (IZZ) N=486	Wskaźnik ogólny akceptacji edukacji zdrowotnej
	<i>rho</i> Spearmana
Praktyki zdrowotne (PZ)	0,08
Pozytywne nastawienie psychiczne (PNP)	,238**
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ)	,334**
Zachowania profilaktyczne (ZP)	,264**
Zachowania prozdrowotne – wskaźnik ogólny	,329**

\*\* $p < 0,01$

## Dyskusja

Edukacja zdrowotna jest potrzebna na każdym etapie życia. Szczególną rolę odgrywa jednak w dzieciństwie i we wczesnej młodości, gdyż właśnie w tym okresie kształtują się nawyki zdrowotne, które decydują o podejmowaniu w przyszłości pro- lub antyzdrowotnych zachowań. Z uwagi na to, że znaczącą rolę w procesie kształtowania prozdrowotnego stylu życia odgrywiają nauczyciele – uczelnie pedagogiczne powinny dołożyć wszelkich starań, by skutecznie przygotować swoich studentów do realizacji edukacji zdrowotnej w ich przyszłej pracy zawodowej. Przygotowanie to powinno mieć, zdaniem Danuty Skulicz, „charakter wielowymiarowy, polegający na zdobywaniu, poszerzaniu i pogłębianiu wiedzy i rozwijaniu umiejętności prozdrowotnych samych studentów oraz kształtowaniu ich kompetencji zawodowych<sup>9</sup>

Z analizy zebranego materiału wynika, że większość badanych studentów podejmowało zachowania prozdrowotne w stopniu niskim (47,94%) i przeciętnym (38,89%). Jedynie 13,17% badanych cechowało się wysokim ich poziomem. Dominujący niski i przeciętny poziom zachowań prozdrowotnych

<sup>9</sup> D. Skulicz (2002), *Edukacja zdrowotna w kształceniu nauczycieli nauczania początkowego*. W: W. Wrona-Wolny, B. Makowska, B. Jawień [red.], *Nauczyciel w edukacji zdrowotnej*, t. 1, Kraków: 234-240.

wskazuje na duże zaniedbania młodzieży akademickiej kierunków nauczycielskich w zakresie realizacji zachowań sprzyjających zdrowiu. Wyniki badań własnych korespondują z wynikami badań innych autorów na ten temat. Wykazano w nich m.in., że studenci poświęcają zbyt mało czasu na odpoczynek<sup>10</sup> oraz preferują bierny sposób spędzania czasu wolnego<sup>11</sup>. Dodatkowo – wbrew powszechnej wiedzy na temat szkodliwości nałogów – młodzież akademicka nie stroni od alkoholu<sup>12</sup>. Wyniki badań dotyczące palenia tytoniu przez studentów ukazują natomiast dość sprzeczne informacje. Z jednego wynika, że duży odsetek studiującej młodzieży pali papierosy<sup>13</sup>, z innych natomiast, że ten nałóg nie cieszy się wśród tej grupy społecznej zbyt dużą popularnością<sup>14</sup>. Dość korzystnie przedstawia się sytuacja w zakresie stosowania przez studentów narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Okazuje się, że duża część środowiska akademickiego<sup>15</sup> popiera całkowity zakaz stosowania tego typu używek, a jedynie niewielki odsetek młodzieży akademickiej przyznaje się do regularnego ich zażywania<sup>16</sup>.

Spśród czterech kategorii zachowań sprzyjających zdrowiu, na które składają się: pozytywne nastawienie psychiczne, prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne i praktyki zdrowotne, u badanych studentów dominują tzw. praktyki zdrowotne związane m.in. z odpowiednią ilością snu i odpoczynku, rekreacyjną aktywnością fizyczną, ograniczaniem używek oraz działania korzystnie wpływające na ich zdrowie psychiczne, do których należą pozytywne myślenie, utrzymywanie prawidłowych relacji z innymi ludźmi oraz unikanie silnych emocji i napięć. Uzyskane wyniki własne zarówno w zakresie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, jak

---

<sup>10</sup> A. Romanowska-Tołłoczko (2011), *Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych*, „Hygeia Public Health”, 46(1): 89-93.

<sup>11</sup> T. Lisicki, E. Kosińska (2010), *Krytycznie o badaniach czasu wolnego młodzieży akademickiej. Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, t. 5, Gdańsk: 49-57.

<sup>12</sup> A. Łysak A. Walentukiewicz, B. Wilk (2009), *Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej o wysokim poziomie aktywności fizycznej – doniesienia wstępne*, „Rocznik Naukowy AWFIS Gdańsk”, 19: 113-127; A. Romanowska-Tołłoczko (2011), dz. cyt.: 89-93.

<sup>13</sup> Dz. cyt.

<sup>14</sup> R. Podstawski, K. Górnik, A. Romańczuk (2012), *Styl życia przyszłych nauczycielek wczesnej edukacji kształcących się na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie*, „Hygeia Public Health”, 47(1): 95-99.

<sup>15</sup> T. Lisicki (2005), *Stosowanie używek jako przejaw stylu życia studentów akademii medycznych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, LX(supl. XVI): 289-293.

<sup>16</sup> J. Patok (2008), *Antyzdrowotne zachowania studentów Uniwersytetu Gdańskiego. Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, t. 2, Gdańsk: 111-115.

i poszczególnych grup zachowań były porównywalne do wyników uzyskanych przez Renatę Rasińską<sup>17</sup>. Wykazano w nich, że studenci poznańskich uczelni prezentują niski i przeciętny poziom zachowań prozdrowotnych oraz prezentują najwyższe nasilenie zachowań obejmujących pozytywne nastawienie psychiczne, a najniższe – zachowań profilaktycznych. Również studenci Wszechnicy Świętokrzyskiej uzyskali najwyższe wartości w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych, a niższe w obrębie racjonalnych nawyków żywieniowych<sup>18</sup>, podobnie jak studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, którzy najwyższe nasilenie prezentowali w zakresie praktyk zdrowotnych, a najniższe w kategorii zachowań profilaktycznych<sup>19</sup>.

Badania własne pokazują również, że wśród osób o wysokim poziomie zachowań prozdrowotnych aż połowa przejawia wysoki stopień akceptacji dla roli szkolnej edukacji zdrowotnej, a tylko 12,5% – stopień niski. Istotność różnic pomiędzy poszczególnymi kategoriami potwierdzono w analizie statystycznej. Wykazano ponadto, że wraz ze wzrostem poziomu zachowań prozdrowotnych zwiększał się stopień akceptacji roli szkolnej edukacji zdrowotnej. Tendencję taką stwierdzono w prawie wszystkich kategoriach zachowań: profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz prawidłowych nawyków żywieniowych. Jedynie w przypadku tzw. praktyk zdrowotnych analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku między zmiennymi.

Dominujący wysoki i przeciętny poziom akceptacji dla roli szkolnej edukacji zdrowotnej studentów – przyszłych nauczycieli oraz niski i przeciętny poziom ich prozdrowotnych zachowań pokazują, że tylko część badanych rozumie i w pełni akceptuje potrzebę jej realizacji w szkole i wykazuje gotowości do tego, by własnym przykładem propagować wśród dzieci i młodzieży prozdrowotny styl życia.

## Wnioski dla praktyki

1. Należy uświadamiać studentów kierunków nauczycielskich, niezależnie od ich specjalizacji, że realizacja edukacji zdrowotnej młodzieży szkolnej będzie ich zadaniem wynikającym z zapisów w podstawie programowej

---

<sup>17</sup> R. Rasińska (2012), *Nawyki żywieniowe studentów w zależności od płci*, „Nowiny Lekarskie”, 81(4): 354-359.

<sup>18</sup> J. Palacz (2014), *Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 20(3): 301-306.

<sup>19</sup> B. Kropornicka, B. Baczevska, W. Dragan, E. Krzyżanowska, C. Olszak, E. Szymczuk (2015), *Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania*, „Rozprawy Społeczne”, 9(2): 58-64.

kształcenia ogólnego oraz w obowiązujących standardach kształcenia przygotowujących do zawodu nauczyciela.

2. Edukacja zdrowotna na kierunkach nauczycielskich, sprzyjając kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych, powinna uwzględniać w szczególności problematykę przeciwdziałania utracie zdrowia w przyszłości (zachowania profilaktyczne) i racjonalnego odżywiania się, gdyż w tych obszarach młodzież akademicka uzyskała najniższe wyniki.

3. W planie studiów nauczycielskich powinien znaleźć się odrębny przedmiot z zakresu szeroko pojętej edukacji zdrowotnej. Stworzyłoby to szansę na właściwe przygotowanie przyszłych nauczycieli do jej realizacji w ich przyszłej pracy zawodowej oraz pomogłoby w dostrzeżeniu znaczenia i roli edukacji zdrowotnej przez samych nauczycieli akademickich, którzy często nie doceniają potrzeby jej realizacji<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> B. Woynarowska (2012), *Edukacja zdrowotna w nowych standardach kształcenia nauczycieli*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, 5: 4-10.