

UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI
WYDZIAŁ NAUK SPOŁECZNYCH

Dziedzina naukowa: nauki społeczne

Dyscyplina naukowa: pedagogika

Barbara Ewa Kołecka

**RECEPCJA IDEI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZDROWIE WŁASNE
I INNYCH PRZEZ KANDYDATÓW DO ZAWODU NAUCZYCIELSKIEGO**

AUTOREFERAT

Rozprawa doktorska
napisana pod naukowym kierunkiem
dra hab. Mirosława Kowalskiego, prof. UZ
oraz promotora pomocniczego
dr Edyty Mianowskiej

Recenzenci:

Dr hab. Violetta Rodek, prof. US – Uniwersytet
Śląski w Katowicach

Dr hab. Teresa Zubrzycka-Maciąg, prof. UMCS –
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
w Lublinie

Zielona Góra 2021

Spis treści

I.	Wstęp.....	3
II.	Uzasadnienie wyboru tematu.....	5
III.	Przyjęta perspektywa teoretyczna.....	6
IV.	Założenia badawcze.....	8
1.	Przedmiot i cele badań.....	8
2.	Problemy badawcze.....	9
3.	Metoda i techniki badawcze.....	12
V.	Synteza wyników badań własnych.....	13
	Podsumowanie i wnioski.....	28
	Bibliografia.....	30

I. Wstęp

Od 1948 roku kategorię „zdrowie” określono, korzystając z definicji Światowej Organizacji Zdrowia WHO. Zgodnie z zawartymi w niej zapisami: *„Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”*¹. Jej treść nie poprzestaje na samym negującym ujęciu zdrowia jako braku choroby, ale bardzo mocno akcentuje aktywny aspekt, którym jest dobrostan. Oznacza to, że w kwestiach zdrowia nie mamy jedynie koncentrować się na chorobach i próbach ich zwalczania, ale powinniśmy dążyć do wzmacniania go. Jest to obowiązek, wynikający z założenia przyjętego i doprecyzowanego w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia w brzmieniu: *„Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z praw podstawowych, wynikających z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka... Odpowiedzialność za zdrowie spoczywa na jednostkach oraz na państwie”*².

W definiowaniu interesującego autorkę rozprawy pojęcia, zwrócono szczególną uwagę na zdrowie jako: stanu pozytywnego, określonego jako *„stan pełnej pomyślności”* (*well-being*), wielowymiarowości w aspektach wymienionych oraz subiektywną ocenę zdrowia przez człowieka – jego samopoczucie. Przyjętą definicję poddano również krytyce, zarzucając jej statyczność w ujęciu „stan” do sytuacji, a zdrowie jest przecież dynamicznym „procesem”. Nie uwzględniono aspektu zdrowia duchowego i podkreślono nieprecyzyjność sformułowania, co podkreśla B. Woynarowska³.

W medycynie wyróżnionych zostało kilka koncepcji zdrowia. W niniejszym opracowaniu omówiono w zarysie dwie wiodące teorie, które tłumaczą z jakich powodów człowiek podejmuje działania na rzecz własnego zdrowia: model biomedyczny oraz holistyczny.

Podjęcie biomedyczne, jak wskazuje M. Czarnecka i L. Cierpiałkowska, *„traktuje zdrowie jako brak choroby, tj. brak zakłóceń w przebiegu funkcji biologicznych organizmu. Tym sposobem zagadnienie zdrowia staje się w tym modelu jedynie tłem dla choroby, która jest głównym przedmiotem zainteresowań. Ponadto, charakterystyczne dla tego podejścia jest utrzymywanie kartezjańskiej myśli dotyczącej podziału człowieka na dwie niezależne części „somę” i „psyche”, oraz podkreślanie roli lekarza, jako jedynej aktywnej osoby w sytuacji*

¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22 lipca 1946 r., Dz. U. z 1948 r. nr 61, poz. 477.

² Tamże.

³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna, Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2017, s. 17.

choroby”⁴. A. Ostrzyżek i J. Marcinkowski podsumowali takie podejście następująco: „biomedyczny model zdrowia skupił się na czynnikach czysto biologicznych, nie obejmując całego pozostałego otoczenia choroby, a więc wpływów psychologicznych, środowiskowych i społecznych. W terapii nacisk położony został na poszukiwanie usterek biofizycznych i analizę wyników badań, a dobre zdrowie było jedynie wykładnią nieobecności bólu, dysfunkcji czy choroby”⁵.

Jak podkreśla M. Koszczyk „Jeśli zdrowie i choroba są traktowane jako stany rozłączne (człowiek albo jest zdrowy, albo jest chory i nie ma stanów pośrednich), wówczas pozostają poza kontrolą jednostki, co oznacza, że zdrowie w tym sposobie pojmowania jest sprowadzone jedynie do zasad biologicznego funkcjonowania jednostki na bazie wrodzonych możliwości”⁶. Potwierdza to jedna z wielu propozycji definiowania pojęcia przez studentów medycyny – przyszłych lekarzy: „zdrowie to zdolność i gotowość każdej części organizmu człowieka do podjęcia w normalnych warunkach mikro i makrośrodowiska wszystkich typowych czynności z wystarczającą wydolnością”⁷.

Drugi z wymienionych modeli zdrowia ukształtował się na krytycznym podejściu wskazującym braki modelu biomedycznego. Model holistyczny ujmuje w swoim zakresie potrzebę odmiennego spojrzenia na sytuację życiową pacjenta. Uwzględnia te obszary jego funkcjonowania, które były dotąd pomijane w ocenach klinicznych. Zatem opiera się na traktowaniu człowieka jako całości, co oznacza, że zdrowie człowieka konstytuują powiązane ze sobą wszystkie aspekty egzystencji: fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy.

W modelu holistycznym wyraźnie podkreśla się, że zdrowie nie jest stanem statycznym i we wszystkich okresach życia należy je: chronić – czyli zapobiegać chorobom (profilaktyka), doskonalić, zwiększać jego potencjał (promocja zdrowia) oraz przywracać, gdy pojawi się choroba (leczenie i rehabilitacja).⁸ Rozpatrując oba podejścia, odnosi się wrażenie, że bliższy rzeczywistości modelowi zdrowia jest model holistyczno-funkcjonalny. Potwierdzają to słowa G.D. Bishopa, autora *Psychologii zdrowia* o istnieniu coraz większej

⁴ M. Czarnecka, L. Cierpiałkowska, *Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty*, [w:] *Nowiny Lekarskie* 2007, nr 76(2), s. 162. (dostęp 25.03.2017) <https://docplayer.pl/12634567-Naukowe-a-subiektywne-koncepcje-zdrowia-i-choroby-wsrod-studentow-i-ich-determinanty.html>.

⁵ A. Ostrzyżek, J. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, [w:] *Problemy Higieny Epidemiologii* 2012, nr 93(4), s. 683. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2012/phe-2012-4-682.pdf>. (dostęp 14.12.2016).

⁶ M. Koszczyk, Ł. Koper, *Health activities as the image of the lifestyle lived by people in late adulthood*, [w:] *Health behaviors of adolescents and adults*, St. Spisacka (red.), Wydawnictwo Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska 2013, s. 46.

⁷ L. Jabłoński, *Rola i zadania epidemiologii we współczesnej medycynie*, [w:] *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, L. Jabłoński (red.), Wydanie II, Wyd. Folium, Lublin 1999, s. 15-28.

⁸ H. Sęk, I. Ścigała, T. Pasikowski, i in., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, [w:] *Przegląd Psychologiczny* 1992, nr 3(35), s. 351-363.

ilości powodów, że psychiczne i behawioralne czynniki są co najmniej tak samo ważne, jak ściśle fizyczne. Wynika z tego, że „we współczesnym dążeniu do skuteczności leczenia niezbędne jest podejście nie tylko medyczne, ale również psychosomatyczne”⁹.

Podejście holistyczne jak podsumowują A. Ostrzyżek i J. Marcinkowski „uznaje odrębność psychospołeczną każdego chorego i poszukuje sposobów leczenia najlepiej dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb, przyjmując tezę o wyjątkowości każdego życia przy zwyczajności przeżywanej choroby. Respektuje społeczne otoczenie choroby i również w nim poszukuje źródeł trapiących pacjenta dysfunkcji i patologii. Włącza rodzinę i społeczność, a przede wszystkim samego chorego w proces przejmowania kontroli nad chorobą, odbudowywania zdrowia i zwiększania jego potencjału. Holistyczna perspektywa zdrowia jest w zgodzie z perspektywą zdrowia WHO”¹⁰.

Jednym z wielu działań, służących utrzymaniu i zachowaniu zdrowia, jest kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych oraz zmiana sposobu myślenia o zdrowiu. Te zjawiska zachodzą w pierwszoplanowym środowisku rodzinnym każdego dziecka, młodego człowieka i jego otoczeniu. Instytucje oświatowe (przedszkola, szkoły, ośrodki akademickie) w swoich działaniach mają wpisane cele i zadania na rzecz całościowej troski o zdrowie, jako wsparcie środowisk domowych, na rzecz ukształtowania odpowiedzialności za swoje zdrowie i przyszłych pokoleń. Ukierunkowane kształcenie, przygotowujące przyszłych pedagogów do realizacji procesu wychowania zdrowotnego zostało zatwierdzone rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu o standardach nauczania dla poszczególnych kierunków i poziomów kształcenia w 2002 roku¹¹.

II. Uzasadnienie wyboru tematu

Przedmiotem badań stała się wiedza i opinie (recepja) wobec idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych (uczniów). Swoje zainteresowanie skupiłam wokół poznania i zgromadzenia danych dotyczących odbioru zdobywanej wiedzy o zdrowiu, kształtujących się opinii oraz ich źródeł, ukierunkowanych zmianami w podstawie kształcenia ogólnego polskiego systemu nauczania od 2009 roku w zakresie edukacji zdrowotnej.

⁹ G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia - zintegrowany umysł i ciało*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000, s.12.

¹⁰ A. Ostrzyżek, J. Marcinkowski, *Biomedyczny...*, dz. cyt., s. 683.

¹¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).

Poszukując czynników, mogących mieć znaczenie dla recepcji idei odpowiedzialności u przyszłych nauczycieli, założono, że jej poziom może być warunkowany przez:

- Uczestnictwo kandydatów do zawodu nauczycielskiego w edukacji zdrowotnej formalnej i nieformalnej.
- Znajomość prawa oświatowego – precyzyjnie określającego konsekwencje zaniedbań przez nauczycieli odpowiadających za zdrowie pozostawionych pod ich opieką uczniów.
- Świadomie podjęte decyzje o odpowiedzialności za zdrowie własne i innych wynikające z aktywności zdrowotno - prawnej w badanym obszarze.
- Poziom akceptacji norm zdrowotnych i prawnych przyjęty jako wynik ich uwewnętrznienia.
- Poziom uspołecznienia, który ukształtował poziom rozwoju rozumowania moralnego przejawiany u badanych kandydatów na kierunkach pedagogicznych.
- Poziom poczucia własnej skuteczności przyszłych nauczycieli na postrzeganie ich możliwości sprostania zadaniom wychowawczym w zawodzie.

Badania poruszają zagadnienia z zakresu pedagogiki, medycyny, prawa i etyki. Dzięki temu problematykę można ukazać z wielu perspektyw. Wyniki natomiast mogą posłużyć do dalszych badań w wielu dyscyplinach naukowych. Badanie recepcji idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych przez młodzież studiującą - kandydatów do zawodu nauczycielskiego - jest uzasadnione przede wszystkim tym, że będą oni wychowawcami młodego pokolenia, a proces wychowawczy dochodzi do skutku dzięki określonym interakcjom pomiędzy wychowankami a wychowawcami.

III. Przyjęta perspektywa teoretyczna

Warto w rozważaniach na wskazany temat przytoczyć słowa wielkiego współczesnego mistrza Dalajlamy XIV: *„Nauczyciel, który nie tylko przekazuje wiedzę akademicką, lecz również bierze na siebie odpowiedzialność za przygotowanie uczniów do życia, zdobywa sobie zaufanie i szacunek swoich uczniów. Wiedza przekazana przez takiego nauczyciela na stałe zapisze się w umysłach jego podopiecznych. Oznacza to równocześnie, że wiedza*

przekazywana przez nauczyciela, który nie okazuje prawdziwej troski względem swoich uczniów, nie pozostanie w ich głowach zbyt długo”¹².

Ma to związek z teorią dyfuzji (rozprzestrzeniania się, szerzenia się, rozpowszechniania), która wzięła swój początek w pracy G. Tarde’a z 1903 roku pt.: „*Prawa naśladowania*” (*Laws of Imitation*). Autor stwierdził, że bliskość kontaktów prowadzi do naśladowania, gdzie osoby, grupy o „niższej” randze, mniejszym znaczeniu w sensie społecznym, naśladują „wyżej” postawionych¹³. Teoria naśladowania znalazła swoje rozwinięcie i kontynuację w latach 60 i 70 XX wieku w teoriach komunikacji, teorii społecznego uczenia się - teorii poznania społecznego.

Teoria społecznego uczenia się¹⁴, obecnie nosi nazwę teorii poznania społecznego¹⁵ i wykorzystuje m.in. twierdzenie, że funkcjonowanie psychiczne jednostki można zrozumieć w kategoriach ciągłej interakcji między zachowaniem a środowiskiem. Teoria ta pokazuje, że człowiek może się uczyć nie tylko przez bezpośrednie doświadczenie, lecz także w sposób zastępczy – obserwując innych ludzi. „*Znaczna część naszego zachowania została wyuczona lub zmodyfikowana w wyniku obserwowania modeli przejawiających te zachowania. Modelami tymi mogą być rodzice, nauczyciele, rówieśnicy, itp.*”¹⁶. Model, jak pisze J. Szczepański „(...) jest wcieleniem pewnej wartości”¹⁷.

Dodatkowo w tym kierunku zmierza teoria A. Bandury, zwracając uwagę na uczenie się obserwacyjne (*observational learning*), jako proces, dzięki któremu podmiot zmienia swe zachowanie pod wpływem obserwacji zachowania innej osoby¹⁸. Ph. G. Zimbardo pisze: „*Dzięki uczeniu się obserwacyjnemu dzieci i młodzież otrzymują ogromny zakres informacji o swym środowisku społecznym. Zdolności, postawy i przekonania mogą być nabywane po prostu na drodze obserwacji tego co ludzie robią i następujących po tym konsekwencji*”¹⁹. Z badań R.R. Lau polegających na porównaniu trzech mechanizmów wywierania wpływu na zachowania zdrowotne dzieci przez: przekazywanie przekonań zdrowotnych za pośrednictwem wyjaśnień i perswazji, stosowanie treningu zachowań zdrowotnych

¹² Dalajlama, *Własnymi słowami. Wprowadzenie do nauczania Dalajlamy XIV*, R. Mehrotry (red.), Wyd. Helion, Gliwice 2010, s. 20.

¹³ R. Ferrence, *Diffusion theory and drug abuse*, [w:] *Addiction* 2001, nr 96, s. 165 – 173.

¹⁴ A. Bandura, *Social Foundations of Thought and Action. a social cognitive theory*, Prentice – Hall, New Jersey 1986.

¹⁵ Za: W.H. Dembo, *Stosowana psychologia wychowawcza*, WSiP, Warszawa 1997, s. 66.

¹⁶ B. Uramowska - Żyto, *Teorie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*, [w:] *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, B. Woynarowska, M. Kapica (red.). Wyd. KOWEZ. Warszawa 2001, s. 97.

¹⁷ J. Szczepański, *Wpływ kultury na życie społeczne*, [w:] *Socjologia wychowania. Wybór tekstów*, H. Mielicka (red.), Wyd. „Stachurski”, Kielce 2000, s. 76.

¹⁸ B. Harwas – Napierała, *Czynniki społeczno – rodzinne w kształtowaniu się lęku u młodzieży*, Wyd. UAM, Poznań 1987.

¹⁹ Ph. G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1999, s. 539.

(instrukcje) oraz modelowanie, które wynika, że zgodnie z teorią społecznego uczenia się jest najbardziej znaczące – najwyraźniej kształtuje zachowania zdrowotne dzieci²⁰. Jak to kontrolować i modelować w społecznej rzeczywistości oraz reagować na obserwowane niepokojące sygnały wskazują specjaliści.

W 1991 roku eksperci międzynarodowych organizacji WHO, UNESCO, UNICEF podczas konsultacji na temat Wprowadzania Wszechstronnych Programów Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia w Szkole ustalili m.in., że szkolna edukacja zdrowotna jest jedną z najlepszych inwestycji w zdrowie społeczeństwa, gdyż im wyższy poziom wykształcenia w tej dziedzinie, tym lepiej dla zdrowia. Potwierdza się to w mniejszej zapadalności na różnego rodzaju choroby i mniejszych wskaźnikach umieralności²¹.

IV. Założenia badawcze

Podjmując wskazany temat badań, chciałam podjąć się analizy efektów dotychczasowych działań w zakresie edukacji zdrowotnej wśród kandydatów do zawodu nauczycielskiego, które zostały ukształtowane na poszczególnych etapach edukacji. To na jakim poziomie kształtuje się ich odpowiedzialność w tym zakresie przed możliwością podjęcia pracy zawodowej w specjalnościach nauczycielskich.

1. Przedmiot i cele badań

Obiektem badań i jego przedmiotem stała się recepcja idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Zainteresowanie tematem skupiło się wokół poznania i zgromadzenia danych jej dotyczących. Stało się to celem głównym przeprowadzonych badań. Jest również próbą ustalenia zależności pomiędzy kształtowaniem się poglądów dotyczących *idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych*, a stopniem rozumowania moralnego badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego. Ważne dla celów badań stało się również zebranie danych o źródłach opiniotwórczych oraz przekazujących badanym wiedzę z zakresu przedmiotowej tematyki.

²⁰ R.R. Lau, M.J. Quadrel, K.A. Hartman, *Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers*, [w:] *Journal of Health and Social Behavior* 1988, nr 31, ss. 240 – 259.

²¹ B. Woynarowska (oprac.), WHO, UNESCO, UNICEF, *Wszechstronna szkolna edukacja zdrowotna. Przewodnik do działania*, [w:] *Lider* 1993, nr 5, s. 5.

2. Problemy badawcze

Poznanie czynników warunkujących proces kształtowania się *odpowiedzialności za zdrowie własne i innych*, rozumiany jako przekazywanie informacji umożliwiających ustosunkowanie się do zdrowia własnego i innych, dają w rezultacie podstawy do podjęcia decyzji o np. aktywnościach sprzyjających zdrowiu. Przedstawione w części teoretycznej refleksje wytyczyły pole poznawczych eksploracji, których celem była odpowiedź na trzy główne pytania badawcze.

1. Jakimi cechami charakteryzują się kandydaci do zawodu nauczyciela w obszarze aktywności zdrowotno – prawnej?
 - 1.1. Jak jest uczestnictwo w edukacji zdrowotnej formalnej i nieformalnej kandydatów do zawodu nauczycielskiego?
 - 1.2. Jakie są decyzje o podjęciu odpowiedzialności za zdrowie własne i innych kandydatów do zawodu nauczycielskiego?
 - 1.3. Jaka jest znajomość prawa oświatowego przez kandydatów do zawodu nauczycielskiego?
 - 1.4. Jaka jest akceptacja obowiązujących norm zdrowotnych przez kandydatów do zawodu nauczycielskiego?
 - 1.5. Jaka jest akceptacja obowiązujących norm prawnych przez kandydatów do zawodu nauczycielskiego?
 - 1.6. Jaki poziom rozwoju rozumowania moralnego przejawiają kandydaci do zawodu nauczycielskiego?
 - 1.7. Jaki jest poziom poczucia własnej skuteczności?
2. Jaka jest recepcja idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych przez kandydatów do zawodu nauczycielskiego?
 - 2.1. Jaka jest wiedza na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
 - 2.2. Jakie są opinie na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

Oprócz problemów deskryptywnych sformułowane zostały również pytania o związki. Postawiono pytania dotyczące zróżnicowania recepcji idei odpowiedzialności w zależności od doświadczeń edukacyjnych, poziomu rozwoju moralnego oraz akceptacji norm prawnych i zdrowotnych z uwzględnieniem moderującego/mediacyjnego znaczenia czynników takich jak kierunek studiów czy poziom poczucia własnej skuteczności. Problemy ujęte zostały w następujące pytania badawcze:

3. Jakie czynniki różnicują recepcję idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

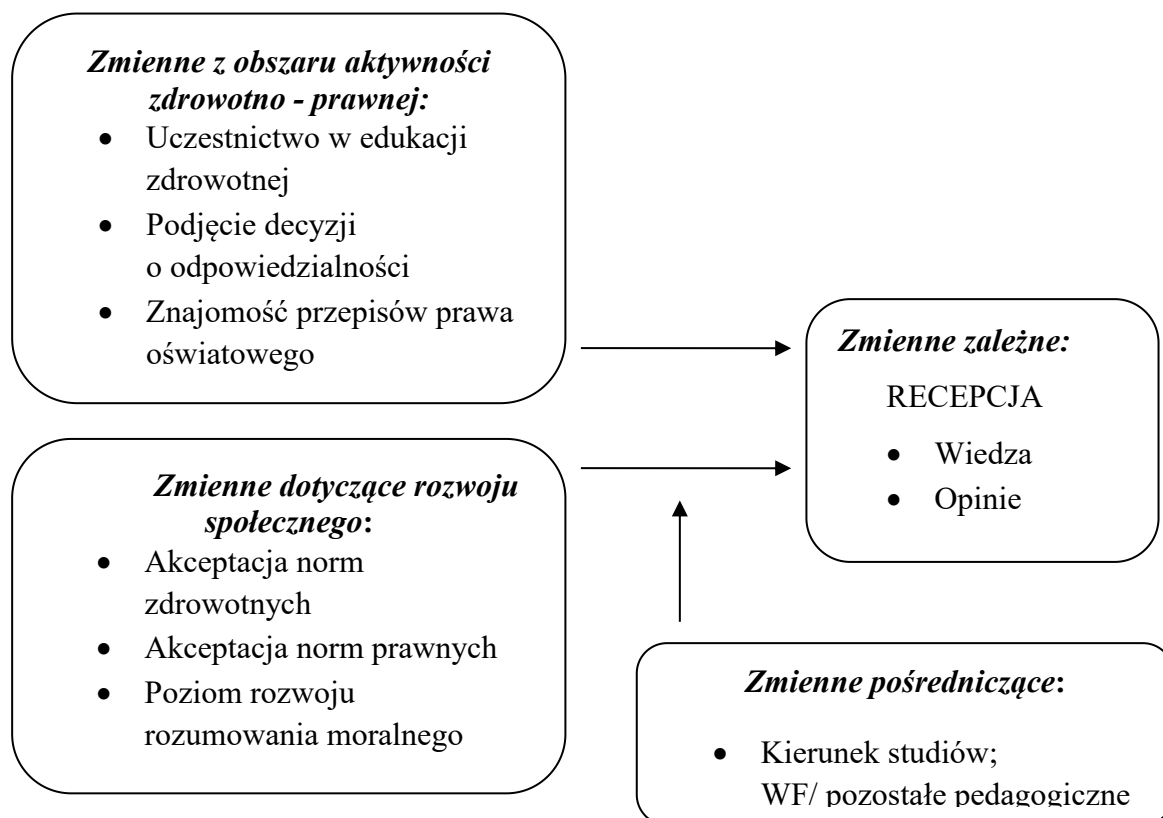
- 3.1. Czy uczestnictwo w edukacji zdrowotnej różnicuje recepcję idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
- 3.2. Czy decyzja o podjęciu odpowiedzialności różnicuje recepcję idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
- 3.3. Czy znajomość przepisów prawa oświatowego różnicuje recepcję idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
- 3.4. Czy istnieje związek między poziomem akceptacji norm zdrowotnych a recepcją odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
 - Czy kierunek studiów jest moderatorem relacji pomiędzy poziomem akceptacji norm zdrowotnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
 - Czy poziom własnej skuteczności jest mediatorem relacji pomiędzy poziomem akceptacji norm zdrowotnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
- 3.5. Czy istnieje związek między akceptacją norm prawnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
 - Czy kierunek studiów jest moderatorem relacji pomiędzy poziomem akceptacji norm prawnych a recepcją odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
 - Czy poziom własnej skuteczności jest mediatorem relacji pomiędzy poziomem akceptacji norm prawnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
- 3.6. Czy istnieje związek między poziomem rozwoju rozumowania moralnego kandydatów do zawodu nauczycielskiego a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
 - Czy kierunek studiów jest moderatorem relacji pomiędzy poziomem rozwoju rozumowania moralnego kandydatów do zawodu nauczycielskiego a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?
 - Czy poziom własnej skuteczności jest mediatorem relacji pomiędzy poziomem rozwoju rozumowania moralnego kandydatów do zawodu nauczycielskiego a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

Przyjęto założenie, że moderatorem analizowanych związków może być kierunek studiów. Studia Wychowania Fizycznego mogą modyfikować istniejące współzależności z racji większej liczby godzin w zakresie intencjonalnego kształcenia w kierunku

odpowiedzialności za zdrowie własne i przyszłych uczniów. Założono również, że: poczucie własnej skuteczności nauczyciela (*teacher self-efficacy*), rozumiane jako: „indywidualną wiarę nauczyciela we własną zdolność do planowania, organizowania i realizacji działań wymaganych w zakresie osiągnięcia odpowiednich celów edukacyjnych²²” w przypadku kandydatów do zawodu nauczycielskiego może mieć wpływ na podjęte decyzje co do skuteczności realizacji założeń edukacji zdrowotnej w myśl idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

W przyjętym modelu badań zmienne przedstawiono na schemacie 1, prezentując zależności między nimi.

Schemat 1. Model zależności między analizowanymi zmiennymi.



Źródło: opracowanie własne.

²²I. Durkalevych., *Poczucie skuteczności studentek kierunków nauczycielskich polskiej i ukraińskiej uczelni. Badanie porównawcze.* (w:) Теоретичні і прикладні проблеми психології Збірник наукових праць. №2(49) 2019. Сєвєродонецьк 2019, s.93, za E. M. Skaalvik., S. Skaalvik. *Teacher Stress and Teacher Self-Efficacy as Predictors of Engagement, Emotional Exhaustion, and Motivation to Leave the Teaching Profession // Creative Education.* 2016. Vol. 07 (13), s. 1787

3. Metoda i techniki badawcze

Badania, których wyniki są omawiane należą do badań typu teoretyczno-eksploracyjnego, gdyż polegają na rozpoznaniu zjawiska i wykazaniu *ex post* jego współzmienności z innym zjawiskiem. Do ich przeprowadzenia przyjęto paradygmat normatywny i podejście obiektywistyczne. Oznacza to, że celem jest „*stworzenie zrozumiałej teorii uniwersalnej, która byłaby w stanie wyjaśnić zachowanie człowieka i zachowanie zbiorowości*”²³ w kontekście omawianych problemów badawczych.

Nieodzownym warunkiem skutecznego rozwiązywania sformułowanych problemów badawczych jest właściwy dobór trafnych i rzetelnych sposobów postępowania badawczego. A. Kamiński ujmuje metodę badań jako zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych, zmierzających do rozwiązania określonego problemu naukowego²⁴. Metody badań według M. Łobockiego rozumiane są jako ogólny system reguł, dotyczących organizowania określonej działalności badawczej²⁵. Również T. Pilch formułuje definicję metody jako zespół czynności i zabiegów zmierzających do poznania określonego przedmiotu, czyli jako pewnego rodzaju charakter działania, jaki jest podejmowany dla zdobycia interesujących badacza danych²⁶. Badania sondażowe pozwalają zatem na zorientowanie się w ogólnych tendencjach i charakterze zjawiska, jego ocenę i zaprojektowanie zmian w rzeczywistości społeczno-wychowawczej badanej grupy umożliwiając sformułowanie zaleceń do zastosowania w praktyce.

Metoda sondażu diagnostycznego „*jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie niezlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje*”²⁷.

W badaniach zastosowano również metodę przeszukiwania źródeł wtórnych a następnie poddano analizie i interpretacji ich treść. K. Rubacha uważa, że niektórzy badacze utożsamiają analizę źródeł z metodą zbierania danych. Jednak autor twierdzi, że zbieranie to

²³ W. Łuszczuk, *Normatywny i interpretacyjny paradygmat w badaniach pedagogicznych*, „Humanitas”, Sosnowiec 2008, s. 23. <http://www.sbc.org.pl/Content/22112/luszczuk.pdf>. (dostęp 19.04.2018).

²⁴ A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, [w:] *Metodologia pedagogiki społecznej*, R. Wroczyński, T. Pilch (red.), Wrocław 1974.

²⁵ M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.

²⁶ T. Pilch, *Metodologia badań środowiskowych*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictw Polskiej Akademii Nauk, Wrocław, Warszawa, Gdańsk 1971.

²⁷ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, s. 51. https://www.academia.edu/22966261/Zasady_bada%C5%84_pedagogicznych_-_Tadeusz_Pilch (dostęp 25.08.18).

nie analiza. Metodolog posługuje się zatem pojęciem źródeł wtórnych określając je jako „zbiory danych, będące materialnymi śladami ludzkiej działalności”²⁸, (do których zalicza m.in.: podręczniki, pamiętniki, świadectwa szkolne, dokumenty prawne). „Źródła wtórne istnieją fizycznie, tak jak osoby badane. Z tego punktu widzenia można powiedzieć, że pozostałe metody zbierania danych bazują na źródłach pierwotnych, ponieważ badacz, aktywizując osobę badaną, niejako kreuje, «wydobywa z niej» dane”²⁹. Na podstawie sformułowanego celu badań i pytań badawczych dokonano celowego doboru źródeł wtórnych, którymi są m.in. podstawy programowe i rozporządzenia MEN w sprawie podstawy programowej kształcenia ogólnego, orzeczenia sądu w kwestii występujących wypadków i zaniedbań z winy nauczycieli podczas pobytu uczniów w szkole, oraz inne dokumenty prawne dotyczące zdrowia publicznego. W badaniach posłużono się:

- 1) autorskim kwestionariuszem ankiety dotyczącym *wiedzy na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych*, oraz jej źródeł;
- 2) autorskim kwestionariuszem ankiety dotyczącym *opinii na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych* i ich źródeł;
- 3) autorskim kwestionariuszem ankiety dotyczącym *akceptacji norm zdrowotnych i prawnych, oraz znajomości prawa oświatowego*;
- 4) *Testem Wyboru* (w badaniu rozwoju rozumowania moralnego kandydatów do zawodu nauczycielskiego), będącym modyfikacją *Defining Issues Test Resta* (R. Leppert, A. Splitt, J. Trempała, *Test wyboru jako zobiektywizowane narzędzie pomiaru poziomu rozwoju sądów moralnych*)³⁰;
- 5) *Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności* – Generalized Self-Efficacy Scale GSES Schwarzera i Jerusalem (1993, wersja niemiecka), która nawiązuje do koncepcji oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności A. Bandury³¹.

V. Synteza wyników badań własnych

²⁸ K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwo Naukowe i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 157.

²⁹ Tamże, s. 158.

³⁰ Pierwszy pomiar badawczy przeprowadzony został przez prof. dra hab. R. Lepperta (UKW), opracowanie danych i drugi pomiar badawczy przeprowadzony przez J. Splawską, zebrane dane zamieszczone są w pracy magisterskiej pt. *Poziom rozwoju sądów moralnych studentów pedagogiki i jego zmiana w trakcie trwania studiów* przygotowany pod kierunkiem prof. dra hab. Romana Lepperta, Bydgoszcz 2008. Opublikowano w *Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy*. Leppert R., Splitt A., Trempała J. *Test wyboru jako zobiektywizowane narzędzie pomiaru poziomu rozwoju sądów moralnych*, [w:] *Studia Psychologiczne* 1991, z. 8, s. 121.

³¹ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2000, s. 89.

W trzeciej części rozprawy przedstawiono wyniki badań własnych – prezentując zgromadzone dane w zakresie uwarunkowań powzięcia decyzji o odpowiedzialności za zdrowie własne i innych przez badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego. Zaprezentowano również efekt dokonanych analiz w celu odpowiedzi na postawione pytania dotyczące zróżnicowania recepcji idei odpowiedzialności w zależności od doświadczeń edukacyjnych, poziomu rozwoju rozumowania moralnego oraz akceptacji norm prawnych i zdrowotnych z uwzględnieniem moderującego/mediacyjnego znaczenia czynników takich jak kierunek studiów czy poziom poczucia własnej skuteczności. Analizy statystyczne przeprowadzono przy wykorzystaniu pakietu statystycznego PS IMAGO wersja 25.

Badana grupa kandydatów do zawodu nauczycielskiego była objęta wprowadzonym przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu programem nauczania w zakresie edukacji zdrowotnej. Jej treści miały dać podstawy do ukształtowania i nabycia indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie własne i innych u każdego z uczniów na poszczególnych etapach kształcenia. Efektem podejmowanych działań w tym zakresie ma być troska o swoje zdrowie, która powinna stanowić dla każdego człowieka jedną z najwyższych wartości. Wobec tego podejmowane w edukacji działania powinny stymulować rozwój jednostek poprzez podnoszenie ich poziomu wiedzy o zdrowiu, jego zagrożeniach oraz odpowiedzialności za nie – istotną wartość w życiu człowieka, którą badani kandydaci do zawodu nauczycielskiego zdobywali w trakcie ukierunkowanego procesu edukacji.

Na trzy główne pytania badawcze postawione przed badaniami autorka rozprawy szukała odpowiedzi w toku analizy zgromadzonego materiału badawczego.

Aby odpowiedzieć na pierwsze pytanie badawcze – *Jakimi cechami charakteryzują się kandydaci do zawodu nauczyciela w obszarze aktywności zdrowotno – prawnej?* dokonano podsumowania na sformułowane poniższe pytania problemowe:

1. Jakie jest uczestnictwo kandydatów do zawodu nauczycielskiego w edukacji zdrowotnej formalnej i nieformalnej?

W wyniku analizy zgromadzonego materiału uzyskano informacje o udziale badanych studentów w zajęciach akademickich, podejmujących zagadnienia zdrowia oraz odpowiedzialności nauczyciela za zdrowie własne i innych przez prawie trzy piąte studentów. Aktywny udział w tej formie edukacji formalnej poszerzył ich wiedzę z zakresu problematyki edukacji zdrowotnej. Niestety dwie piąte z badanych nie korzysta w ramach podjętych studiów z tak ukierunkowanego formalnego zdobywania wiedzy zdrowotnej. Podobne zjawisko odnotowano z udziału w zajęciach dodatkowych (związanych np.: ze zdrowym odżywianiem, zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia), na których podejmowano

zagadnienia zdrowia oraz odpowiedzialności nauczyciela za zdrowie własne i innych. Ponad połowa badanych deklarowała brak wiedzy w kwestii oferowanych zajęć dodatkowych (53,1%). Najczęściej uczestniczyli w nich studenci AWF (22,1%). Prawdopodobnie mają większą świadomość w zakresie potrzeby profesjonalnego przygotowania do dbania o zdrowie własne oraz edukacji zdrowotnej przyszłych uczniów, za których będą odpowiedzialni. Pytając w 2019 roku o udział w innego rodzaju aktywnościach społeczno-naukowych (warsztaty, konferencje, spotkania z prawnikiem), uzyskano informację o braku aktywności przez 91,5% studentów w wymienionych formach edukacji. Tak niski poziom aktywności w procesie własnej autoedukacji na kierunkach nauczycielskich, mającej na celu poszerzanie i pogłębianie wiedzy, związanej ze studiowaną specjalnością jest niepokojący. Wpisuje się jednak w otrzymane wyniki przez V. Rodek, które zostały ustalone na podstawie deklaracji stopnia realizacji przez studentów celów autoedukacyjnych, zawartych w autorskim narzędziu badawczym – Skali Aktywności Autoedukacyjnej (SAA)³² w 2016 roku. Otrzymane wartości średnich realizacji celów autoedukacyjnych, związanych ze sferą poznawczą mieściły się w niskim poziomie (u aż 65,9% ogółu badanych)³³. Realizacja celów autoedukacyjnych związanych ze sferą poznawczą przez studentów studiów pedagogicznych i niepedagogicznych, w badaniach tej samej autorki przeprowadzonych na przełomie 2014/2015 roku tym samym narzędziem badawczym, była na wyższym poziomie³⁴. Zaobserwowano spadający poziom autoedukacji w miarę upływu lat, w których badano te umiejętności.

Zdecydowanie więcej wskazań odnotowano w zdobywaniu wiedzy nieformalnej, dotyczącej zdrowia/odpowiedzialności – innych, niż zajęcia akademickie. Dla większości badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego częstszym źródłem wiedzy okazała się edukacja zdrowotna nieformalna niż formalna. W perspektywie pełnienia roli przyszłych nauczycieli jest to raczej niekorzystne zjawisko u badanych studentów. Rzadziej korzystają z wiedzy głębokiej. Wśród źródeł wiedzy płytkiej dominują informacje pozyskiwane przede

³² V. Rodek, *Poczucie odpowiedzialności a aktywność autoedukacyjna studentów*, dz. cyt., s. 86 - 87. Autorka badań gromadziła wyniki o wiedzy w pięciu podskalach. Pierwsza z nich dotyczyła celów autoedukacyjnych związanych ze sferą poznawczą przez studentów studiów pedagogicznych, a dotyczącą *samodzielnie zdobywanej i pogłębianej wiedzy - związanej ze studiowaną specjalnością (3,07)* oraz *samodzielnie zdobywanych wiadomości związanych z przyszłym zawodem (3,13)* (dla N = 305 studentów pedagogicznych).

³³ Tamże, s. 89.

³⁴ V. Rodek, *Stan i oczekiwania autoedukacji studentów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2014, s. 184 - 185. Wyniki dotyczące *samodzielnie zdobywanej i pogłębianej wiedzy - związanej ze studiowaną specjalnością (3,46-ped. i 3,65-n.ped.)* oraz *samodzielnie zdobywanych wiadomości związanych z przyszłym zawodem (3,44-ped. I 3,35-n.ped)* (dla N = 563 studentów pedagogicznych i N = 451 niepedagogicznych). https://rebus.us.edu.pl/bitstream/20.500.12128/4333/1/Rodek_Stan_i_uwarunkowania_autoedukacji.pdf. (dostęp 25.05.2020)

wszystkim w Internecie – blogi i portale tematyczne, serwisy informacyjne i portale społecznościowe.

Najważniejszym jednak wskazywanym źródłem nieformalnym pozostają inni nauczyciele oraz rodzice. Wynika z tego, że socjalizacja w rodzinie i szkole jest ważnym elementem przygotowania do odpowiedzialności za siebie i innych, a w sferze zawodowej pierwszoplanowym źródłem wiedzy stają się nauczyciele-praktycy.

Można wnioskować również, że oferta kształcenia w tym obszarze jest niewystarczająca, a stosunkowo częste wskazywanie zasobów sieci Internet wpisuje się w tezę coraz większego uprawomocnienia się tej formy wiedzy alternatywnej. Wpływ wiedzy płytkiej zdobywanej przez ogólnodostępne media społecznościowe, dostarczanej przez popkulturę czynią ją zdecydowanie bardziej atrakcyjną dla młodych ludzi, niż wiedza akademicka, co podkreślał Z. Melosik.

2. Jakie są decyzje o podjęciu odpowiedzialności za zdrowie własne i innych u kandydatów do zawodu nauczycielskiego?

Z poddanych pod analizę respondentów rodzajów wiedzy, najwyższy odsetek deklaracji w zakresie jej ważności odnotowano w obszarze wiedzy dotyczącej zdrowia i zachowań zdrowotnych oraz wiedzy z odpowiedzialności za siebie i innych. Te zagadnienia obejmowały meritum wiedzy pozwalającej podjąć przyszłym nauczycielom indywidualne decyzje na etap czekającej ich pracy w zawodzie.

Do najmniej przydatnej w dokonaniu wyboru i podjęciu decyzji o akceptacji przyszłej roli zawodowej w ramach społeczno-moralnej odpowiedzialności nauczyciela za zdrowie własne i innych (uczniów), respondenci wskazali wiedzę z zakresu odpowiedzialności porządkowej, dotyczącej pracy nauczyciela oraz wiedzę z zakresu odpowiedzialności dyscyplinarnej jako pracownika. Zostały te rodzaje zagadnień rozgraniczone. Niejako podzielone na wiedzę dającą podstawy teoretyczno – moralne, pozwalające podjąć decyzję o odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, oraz na zagadnienia omawiające konsekwencje prawne zaniedbań nauczyciela w omawianym zakresie.

Tabela 1 przedstawia wskazane deklaracje badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego, dotyczące akceptacji przyszłej roli zawodowej wobec społeczno-moralnej odpowiedzialności nauczyciela za zdrowie własne i innych (uczniów).

Tabela 1. Deklarowane decyzje kandydatów do zawodu nauczycielskiego dotyczące akceptacji przyszłej roli zawodowej wobec społeczno-moralnej odpowiedzialności nauczyciela za zdrowie własne i innych (uczniów)

Czy wiesz, jaka jest Twoja decyzja co do akceptacji przyszłej roli zawodowej wobec społeczno-moralnej odpowiedzialności nauczyciela za zdrowie własne i innych (uczniów)?	N	%
Tak wiem. Podjąłem/łam decyzję o pełnej odpowiedzialności za własne zdrowie i innych (uczniów)	84	39,8
Tak wiem. Podjąłem/łam decyzję o częściowej odpowiedzialności za własne zdrowie i innych (uczniów)	51	24,2
Nie, nie wiem. Nie podjąłem/łam jeszcze takiej decyzji	76	36,0
Ogółem:	211	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Co czwarty kandydat (24,2%) podjął *częściową decyzję o odpowiedzialności* za zdrowie własne i innych. Czyli jego decyzje nie są ostatecznie ugruntowane w ramach zawodowo-społecznej aktywności nauczycielskiej w kontekście teoretycznego lub moralnego przekonania. Dwie piąte badanych (39,8%) podjęło *pełną odpowiedzialność* w analizowanym zakresie. Natomiast 36,0% badanych, będące wielkościowo pośrednią grupą *nie podjęło jeszcze decyzji* w zakresie akceptacji przyszłej roli zawodowej wobec społeczno-moralnej odpowiedzialności nauczyciela za zdrowie własne i innych (uczniów).

Może to wynikać z braku akceptacji powyższych analiz w ramach norm zdrowotnych, prawnych lub niedostatecznej wiedzy z zakresu znajomości prawa oświatowego, lub braku przekonań o odpowiedzialności w sferze moralnej respondentów. Może, jak sugeruje M. Kowalski i D. Falcman kandydaci z perspektywy etycznej realnie oceniają: *Ażeby być za coś odpowiedzialnym, należy – co oczywiste – zdobyć realny wpływ na bieg zdarzeń i kształt spraw, objętych zakresem wzmiankowanej odpowiedzialności*³⁵. Mogą takie przekonanie badani kandydaci do zawodu nauczycielskiego mają z własnych doświadczeń i obserwacji poczynionych w trakcie praktyk zawodowych. Autorzy rozważań w kwestii odpowiedzialności nauczyciela wskazali wyjaśnienie, iż wielość obowiązków, przepisów prawnych znacznie nadwątlili pozycję nauczyciela, tym samym ograniczając możliwość skutecznego wpływu na ucznia. Realne możliwości nie pozostawiają nauczycielowi dostatecznego pola działania, krępują go różnymi rygoryzmami, które nakazując – nie dają żadnych przywilejów umożliwiających ich urzeczywistnienie³⁶. Podobne treści wybrzmiały w oryginalnych wypowiedziach uzasadniających stanowisko – braku akceptacji idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych uczniów przez badanych studentów.

³⁵ M. Kowalski, D. Falcman *Refleksje o moralno-etycznych kompetencjach nauczyciela w obliczu zmiany społecznej (między profesjonalizmem a hedonizmem)*, s. 108, za: K. Ferencz, *Odpowiedzialność w wychowaniu jako kategoria aksjologiczna*, (w:) *Zachowania zawodowe nauczycieli i ich uwarunkowania*. (red.) E. Kozioł, E. Kobyłecka, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2008.

³⁶ dz. cyt., s. 109.

3. Jaka jest znajomość prawa oświatowego przez kandydatów do zawodu nauczycielskiego?

Analizując znajomość zagadnień z zakresu prawa oświatowego uwidocznił się fakt, że jedna trzecia zagadnień wskazanych przez respondentów na wysokim poziomie znajomości przepisów prawnych (w zakresie powyżej 80%), dotyczy zagadnień skupionych w obrębie dbałości o zdrowie i bezpieczeństwo uczniów powierzonych nauczycielom podczas wszelkiego rodzaju zajęć prowadzonych na terenie szkoły. Świadczyć to może o dobrym przygotowaniu teoretycznym w omawianym zakresie. Najwyższy poziom wiedzy (powyżej 90%), dotyczył zagadnień odpowiedzialności pracowniczej, obowiązków nauczycieli w celu zapewnienia uczniom bezpieczeństwa, oraz konsekwencji prawnych za stosowaną przemoc fizyczną wobec ucznia, który nie wypełnia wskazanych zadań wraz z wiedzą o konsekwencjach prawnych zaniedbań w powyższych zakresach ze strony nauczyciela. Ogólnie ujmując znajomość przepisów wypadła dobrze mimo faktu, że tylko jedna trzecia spośród badanych kandydatów wykazała się znajomością prawa w stopniu wysokim.

4. Jaka jest akceptacja obowiązujących norm zdrowotnych przez kandydatów do zawodu nauczycielskiego?

Podsumowując wyniki akceptujące normy zdrowotne, zauważalny jest fakt deklaracji postawy akceptującej omawiane zagadnienia u prawie połowy badanej grupy (46,9%). Zdecydowanie wyższy poziom stwierdzono w przypadku trzech zakresów tematycznych. Kandydaci jako przyszli kreatorzy postaw zdrowotnych młodzieży, chcą propagować dbałość o zdrowie własne i uczniów jako świadomy wybór w 76,3%. Za jeden z ważniejszych elementów postawy etycznej uważają w 66,8% odpowiedzialność za zdrowie własne i uczniów. Akceptują również w 66,3% sankcje karne w ramach odpowiedzialności porządkowej za palenie tytoniu i spożywanie napojów alkoholowych na terenie placówek oświatowych. Nie mają problemu z akceptacją tych norm zdrowotnych i świadomie chcą je propagować w praktyce zawodowej. Nie są jednak gotowi na odpowiedzialność prawną – karną nauczyciela za działania niesprzyjające zdrowiu własnemu i innych (uczniów) przez 61,2% badanej grupy kierunków nauczycielskich. Podkreślić należy fakt odrzucenia norm zdrowotnych przez prawie jedną piątą badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego (19,9%), a jedna trzecia ma podejście ambiwalentne do analizowanych zagadnień (33,2%).

5. Jaka jest akceptacja obowiązujących norm prawnych przez kandydatów do zawodu nauczycielskiego?

Podsumowując przedstawione wyniki akceptujące/odrzucające normy prawne można wyciągnąć ostrożny wniosek o braku akceptacji przez kandydatów do zawodu

nauczycielskiego norm prawnych wskazujących na precyzyjne zagrożenie karą pracowniczą w momencie zaistnienia zaniedbań, zaniechań z zakresu odpowiedzialności nauczycielskiej. Dotyczą one u ponad połowy badanych kandydatów odrzucenia w przestrzeganiu zapisów prawa, gdy nie są zgodne z wyznawanymi przez nich przekonaniem, są związane z nieobecnością nieusprawiedliwioną na zebraniu rady pedagogicznej itp., dotyczą zaniedbań w wypełnianiu dokumentacji szkolnej przez nauczycieli, ustaleniu ocen śródrocznych i rocznych w terminie ustawowym. Można to zinterpretować jako zauważalne braki w wiedzy z tego zakresu. Największą akceptację zyskała dbałość o bezpieczne otoczenie w trakcie prowadzonych zajęć lekcyjnych, pozalekcyjnych i przerw jako podstawowy obowiązek pracujących nauczycieli (76,3%); konieczność zachowania tajemnicy z rad pedagogicznych jako moralny obowiązek każdego nauczyciela (64,9%); oraz dbałość o bezpieczeństwo i zdrowie uczniów przez nauczycieli jako jeden z głównych obowiązków podlegających sankcjom prawnym (55,9%). Co może dowodzić lepszego zaznajomienia z tymi przepisami lub ich praktycznego zaobserwowania w trakcie praktyki zawodowej.

6. Jaki poziom rozwoju rozumowania moralnego przejawiali kandydaci do zawodu nauczycielskiego?

W zakresie poziomu akceptowanych sądów moralnych oraz poziomu preferowanych sądów moralnych zebrane dane wskazują, że badani kandydaci do zawodu nauczycielskiego reprezentują w większości *konwencjonalny poziom rozumowania moralnego*, gdyż pełne stadium 3 i 4 osiągnęła najliczniejsza grupa studentów. Bez względu jakim wskaźnikiem wyznaczono stadia rozwoju w sekwencji L. Kohlberga z dokładnością do ½ stadium, to ich wartości są zbliżone. Porównywalna liczba studentów osiąga pełne stadium 3 „interpersonalnej harmonii”, co nie jest już widoczne w stadium 4 „prawa i porządku społecznego” – tabela 2 (z dokładnością do 1 stadium).

Tabela 2. Zestawienie liczby kandydatów do zawodu nauczycielskiego osiągających określone stadium rozwoju form rozumowania moralnego w sekwencji L. Kohlberga z dokładnością do 1 stadium

Stadium rozwoju:	Wskaźnik pomiaru P _a		Wskaźnik pomiaru P _p	
	ilość	procent	ilość	procent
1 - kary i posłuszeństwa,	3	1.4	4	1,9
2 - relatywizmu instrumentalnego,	5	2.4	23	10,9
3 - „dobrego chłopca/dziewczyny”,	91	43.1	96	45,5
4 - prawa i porządku,	75	35.5	60	28,4
5 - umowy społecznej,	10	4.7	27	12,8
6 - uniwersalnych zasad sumienia.	0	0	1	0,5
Ogółem:	184	87.2	211	100,0
Systemowe braki:	27	12.8		

Źródło: opracowanie własne.

Systemowe braki*: Dla 27 badanych nie udało się obliczyć poziomu rozwoju akceptowanych sądów moralnych ponieważ waga akceptowanego przez badanego stwierdzenia wynosiła zero.

W odniesieniu do preferowanych sądów moralnych widoczne jest ich swoiste rozproszenie na tym poziomie. Na tej podstawie można wyciągnąć wnioski, że akceptowanie określonych stwierdzeń nie znaczy tyle samo co ich preferowanie. Warto podkreślić, że najczęściej różnice związane ze zmianą w zakresie sądów akceptowanych a preferowanych oscylują w obrębie jednego stadium.

Podobne wyniki w tym zakresie opisała J. Spławska³⁷ po przeprowadzeniu badań na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy wśród studentów pedagogiki. Otrzymane w badaniach wyniki są zbieżne również z efektem badań Niny Woderskiej na grupie adolescentów w wieku 11- 21 lat³⁸.

Jak podaje Dorota Czyżowska powołując się na badania (Armon, Dawson 1997) – stwierdzono, iż poziom rozumowania moralnego związany jest ściśle z poziomem otrzymanego wykształcenia oraz doświadczeniem zdobytym przez jednostki. Szczególną rolę w opisywanych badaniach odgrywają doświadczenia związane z podejmowaniem nowych ról społecznych, z wchodzeniem w nowe związki interpersonalne oraz z pracą w instytucjach społecznych i politycznych. Cheryl Armon i Theo L. Dawson twierdzi, że do stadiów tych należy stadium 4, które zazwyczaj nie pojawia się przed 24 rokiem życia, oraz stadium 5, którego nie rejestruje się zwykle przed 35 rokiem życia³⁹. Jest to teoretyczne wyjaśnienie otrzymanych wyników w tym zakresie na poziomach poszczególnych stadiów. Badani studenci w obu przypadkach badawczych znajdowali się w prawidłowym poziomie rozwoju rozumowania moralnego. Można nawet podkreślić fakt wystąpienia kilku przypadków pojawiających się wcześniej niż sugerują spostrzeżenia Ch. Armona i T. L. Dawsona.

Natomiast M. Steć za autorami badań podkreśla fakt, że Kohlberg uczynił wykształcenie jako jeden z najważniejszych czynników rozwoju rozumowania moralnego. Twierdził, że zdobywanie doświadczenia edukacyjnego na poszczególnych etapach kształcenia, poprzez uczęszczanie do szkoły, sprzyja podejmowaniu ról, kształtuje kompetencje dyskursywne i zdolności komunikacyjne u młodego pokolenia. W trakcie

³⁷ J. Spławska, *Poziom rozwoju rozumowania moralnego w świetle badań metodą Lawrence'a Kohlberga*, s. 115 [w] *Przegląd Pedagogiczny*, 2008, Numer 2 [13], <https://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/522>. (dostęp 29.09.2019).

³⁸ N. Woderska, *Wiedza i opinie młodzieży dotyczące dawstwa narządów do transplantacji. Aspekty edukacyjne*. Publikacja współfinansowana z funduszy Kujawsko-Pomorskiego Stowarzyszenia na Rzecz Transplantacji. Poznań 2018, s.188 (dostęp 17.05.2020) <https://repozytorium.ukw.edu.pl/bitstream/handle/item/5221/Wiedza%20i%20opinie%20mlodziezy%20dotyczac%20dawstwa%20narzadow%20do%20transplantacji.pdf?sequence=1>

³⁹ D. Czyżowska, O celu i granicach rozwoju moralnego. *Analiza i Egzystencja* t. 8, 2008, s. 93 – 94, (dostęp 30.10.2019), http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Analiza_i_Egzystencja/Analiza_i_Egzystencja-r2008-t8/Analiza_i_Egzystencja-r2008-t8-s85-101/Analiza_i_Egzystencja-r2008-t8-s85-101.pdf. za: C. Armon, i T. Dawson, (1997). Development trajectories in moral reasoning across the lifespan. *Journal of Moral Education*, 26, 433–454.

procesów edukacyjnych zachodzą naturalne zjawiska spotykania się z mnogością poglądów, koniecznością odpowiedzialnego stanowienia o własnym zdaniu na określone tematy, uzgadnianiu nierzadko sprzecznych stanowisk z szacunkiem do innych uczestników. Co reguluje naturalne procesy socjalizacyjne, szczególnie poprzez metody dyskursywne, proponowane jako celowe oddziaływania edukacyjne. Edukacja moralna dodatkowo wspiera procesy „myślenia sprawiedliwościowego”⁴⁰, którego wykształcenie jest koniecznym elementem w rozwoju rozumowania moralnego.

7. *Jaki jest poziom poczucia własnej skuteczności?* – to siódmy problem szczegółowy.

Jak podaje Kulawska: nauczyciele o wysokim poczuciu własnej skuteczności, częściej od nauczycieli o niskiej skuteczności, wprowadzają innowacje dydaktyczne w pracy, nowoczesne metody nauczania, zachęcają uczniów do samodzielności i autonomii w działaniu. Łatwiej dają sobie radę z problemami wychowawczymi i sprawnie zarządzają klasą. W polskich badaniach M. Chomczyńskiej-Rubachy i K. Rubachy wskazano, że wysokie poczucie własnej skuteczności współwystępuje z podejściem indywidualnym do ucznia, rozwijaniem jego wewnątrzsterowności i samokontroli. W badaniach międzynarodowych wykazano, że wyższe natężenie poczucia skuteczności nauczycieli pozostaje w związku z wyższym poziomem zaangażowania i satysfakcji z pracy, a mniejszym wypaleniem zawodowym i słabszymi tendencjami do porzucenia zawodu nauczycielskiego.⁴¹

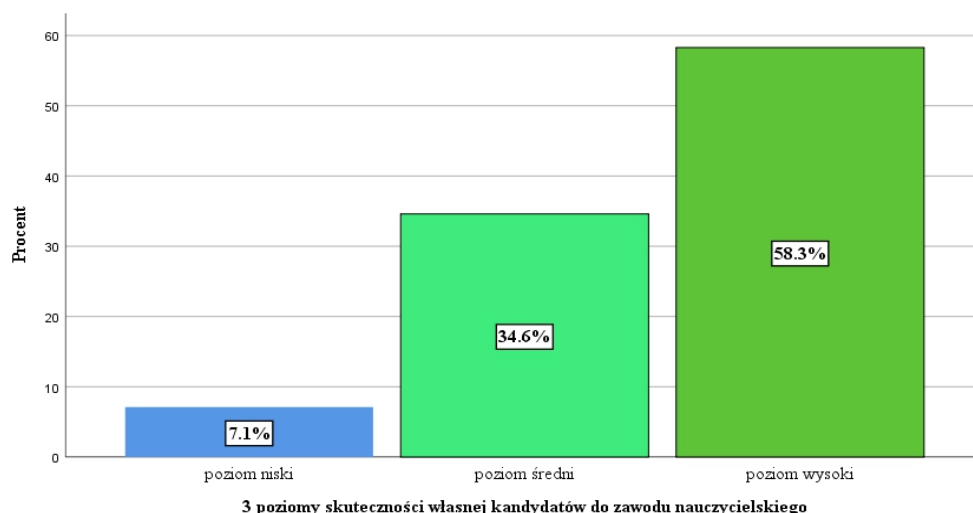
Wobec takich wniosków trzy piąte badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego (wykres 1) ma szansę osiągnąć sukces pedagogiczny w swojej przyszłej pracy zawodowej z uczniami, pokonując wszelkie trudności i realizując planowe zamierzenia w realizacji procesu edukacyjnego, w oparciu o silne strony własnej samoskuteczności.

Badani kandydaci wskazali je w obszarach: „*Jestem w stanie rozwiązać większość problemów, jeśli tylko włożę w to odpowiednio dużo wysiłku,*” „*Zazwyczaj jestem w stanie poradzić sobie z tym, co mnie spotyka,*” oraz „*Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się postaram*”.

Wykres 1. Prezentowane postawy własnej skuteczności w poziomach u badanych na kierunkach pedagogicznych.

⁴⁰ M. Steć. *Doświadczenia edukacyjne a rozwój moralny młodzieży. Uzasadnienie potrzeby badań nad relacją pomiędzy nauczaniem etyki w szkołach a stymulacją rozwoju społeczno-moralnego młodzieży.* *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica VIII* (2015), s.42 <https://studia-psychologica.up.krakow.pl/article/view/5611/5232>, (dostęp 20.11.2019).

⁴¹ E. Kulawska, *Poczucie własnej skuteczności nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej.* *Forum Pedagogiczne* 2017/2, s. 240, za: M. Chomczyńska-Rubacha., K. Rubacha. *Poczucie skuteczności a preferowane strategie wychowawcze nauczycieli.* (w:) W. Szulakiewicz (red). *Świat idei edukacyjnych.* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Toruń 2008.



Odpowiadając na drugie pytanie badawcze: *Jaka jest recepcja idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych przez kandydatów do zawodu nauczycielskiego?* należy podsumować zebrane wyniki w zakresie wiedzy i opinii na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

Jaka jest wiedza na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

Zebrane wyniki grupują badanych w zależności od poziomu prezentowanej wiedzy na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Niskim poziomem wiedzy w tym zakresie wykazało się 13,3%. Badani kandydaci udzielili po 5, 6 lub 7 odpowiedzi prawidłowych. Najliczniejszą grupę stanowią badani (65,4% - udzielający po 8 – 10 odpowiedzi prawidłowych), których wyniki świadczą o średnim poziomie wiedzy. U co piątego studenta (21,3% - udzielającego 11 lub 12 odpowiedzi prawidłowych /12 możliwych) uznano ten poziom za wysoki. Odsetek badanych prezentujących dwa w/w poziomy wiedzy (86,7%) może być wskazaniem, świadczącym o dużej znajomości zagadnień z zakresu odpowiedzialności za zdrowie własne i innych wśród ankietowanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego. Jest to bardzo pożądaný stan wiedzy o zdrowiu u badanych, którzy zgodnie z zapisem podstawy programowej mają jako jedno z głównych zadań w swoim zawodzie: *„rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi, wzmocnienie w uczniach poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości oraz ich przygotowaniu do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej”*. W podsumowaniu tych wyników należy podkreślić, że jest to również efekt intencjonalnego kształcenia w zakresie edukacji zdrowotnej, przygotowującej do odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

Jakie są opinie na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

Dokonane analizy wskazują, iż kandydaci do zawodu nauczycielskiego nie mają wypracowanej jednoznacznej opinii wobec twierdzenia, iż *Każdy nauczyciel powinien być zobligowany prawnie do przestrzegania zasad prozdrowotnego stylu życia, oraz zastosowania prawno-karnej formy jako skutecznego rozwiązania w promowaniu prozdrowotnego stylu życia przez nauczycieli odpowiedzialnych za zdrowie własne i innych (uczniów).*

W tym miejscu warto podkreślić, że *„Niezależnie od specjalizacji współczesny pedagog powinien myśleć przyszłościowo i mieć świadomość własnego oddziaływania na kształtowane postawy jego podopiecznych. Aby zakres działalności dydaktyczno – wychowawczej nadązał za szybkim tempem zmian współczesnego świata, pedagogika zdrowia powinna powrócić do swoich pierwotnych założeń wypracowanych przez prekursorów edukacji zdrowia – Jędrzeja Śniadeckiego i Grzegorza Piramowicza, którzy podkreślali, że treści edukacji zdrowia należy szukać w medycynie, a formy pracy z dzieckiem w pedagogice. Lekarze dociekają przyczyn chorób, sposobów zapobiegania im oraz leczenia. Nauczyciele, pedagodzy powinni umiejętnie pomóc lekarzom – przekazując wiedzę o zdrowiu i sposobach prewencji, aby edukować, wychowując do zdrowia”⁴².*

Pewną konsekwencją odpowiedzi dotyczących akceptacji opinii ujętych w jeden czynnik stały się wskazania prawie co drugiej osoby wśród kandydatów do zawodu nauczycielskiego, przedstawiających postawę ambiwalentną (47,2% %), świadcząca o wątpliwościach lub braku przekonania o słuszności analizowanych zagadnień. Co siódmy kandydat odrzuca powyższe zakresy tematyczne, które spotka w trakcie pełnienia roli zawodowej (13,7%). Wśród badanych postawę akceptacji stwierdzono u prawie dwóch piątych (38,9%). Ważnym sygnałem jest fakt, że badani najwyżej cenią wiedzę popartą doświadczeniem i przekazywaną w trakcie zdobywania praktyki zawodowej. W drugiej kolejności wskazują na podające sposoby przekazywania wiedzy. Preferują zatem instytucjonalne formy i źródła zdobywania wiedzy w tym zakresie, choć stosunkowo wysoko oceniają również znaczenie rodziców i rodziny w budowaniu wiedzy na temat idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. W znacznej części uzupełniają wiedzę zdrowotną i formułują swoje opinie zasobem wiedzy dostępnej w mediach społecznościowych.

W odpowiedzi na trzecie pytanie problemowe: *Jakie czynniki różnicują recepcję idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?* – dokonano podsumowania analiz

⁴² B. Kołeczka, *Prozdrowotny styl życia w środowisku szkolnym ucznia. Analizy i refleksje.* (w) *Na krawędzi. Reperkusje zachowań ryzykownych w relacji do ciała.*(red.) P. Prüfer, Wyd. Naukowe Akademii im. Jakuba z Paradyża, Gorzów Wlkp. 2016, s. 267.

prowadzących do wyłonienia istotności związków korelacyjnych w poszczególnych problemach:

Problem 1. *Czy uczestnictwo w edukacji zdrowotnej różnicuje recepcję idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?*

Model zależności między uczestnictwem w edukacji zdrowotnej a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych nie wykazał istnienia związku między trzema miarami uczestnictwa w edukacji, a dwoma wymiarami idei recepcji odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. (*Udział w zajęciach z odpowiedzialności za zdrowie a wiedza* – $p = 0,90$; przy *opiniach* $p = 0,095$. *Podjęcie zagadnień zdrowia a wiedza* – $p = 0,868$; przy *opiniach* $p = 0,284$; *Udział w zajęciach z prawnikiem a wiedza* $p = 0,307$; przy *opiniach* – $p = -0,646$). W przypadku testowania poziomu wiedzy jak i opinii wyniki testu okazały się nieistotne statystycznie. Co jest uzasadnione w części prezentacji badań własnych małą aktywnością badanej grupy w zajęciach edukacyjnych typu formalnego i nieformalnego.

Problem 2. *Czy decyzja o odpowiedzialności różnicuje recepcję idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?*

Podobnie jak w pierwszym problemie nie udało się potwierdzić istnienia zróżnicowania *wiedzy i opinii* dotyczących odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ze względu na *podjętą decyzję o odpowiedzialności za zdrowie własne i innych*. Wyniki testu przeprowadzone zarówno w przypadku wiedzy ($p = 0,336$) jak i opinii ($p = 0,086$) okazały się nieistotne statystycznie.

Problem 3. *Czy znajomość przepisów prawa oświatowego różnicuje recepcję idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?*

Pierwszy etap analiz dał odpowiedź, że pomiędzy znajomością prawa oświatowego a opiniami istnieje słaba korelacja dodatnia ($p < 0,001$). Dane wskazywały na zależność – im wyższy poziom *znajomości prawa oświatowego* u badanych studentów kierunków pedagogicznych, tym częściej występują akceptujące *opinie* dotyczące odpowiedzialności za zdrowie własne i innych u kandydatów do zawodu nauczycielskiego. Zależność tę odnotowano w przypadku drugiego wymiaru recepcji idei odpowiedzialności – *wiedzy*. Wyższemu poziomowi *znajomości prawa oświatowego* częściej towarzyszy wyższy poziom *wiedzy* w zakresie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Ustalona zależność jest istotna statystycznie.

Dalsze analizy miały wyjaśnić w jakim stopniu znajomość prawa oświatowego mierzona na trzy-stopniowej skali (niska, średnia i wysoka) różnicuje recepcję idei odpowiedzialności? Przeprowadzone analizy wskazały istotne statystycznie wyniki zarówno

w przypadku *wiedzy* ($p = 0,002$) jak i *opinii* ($p = 0,005$) wśród grup różniących się znajomością prawa oświatowego. Wyniki okazały się istotne statystycznie jedynie pomiędzy 1 (niskim), a 3 poziomem (wysokim) – a *wiedzą* ($p = 0,001$) i *opiniami* ($p = 0,001$).

Otrzymane wyniki pozwoliły wyciągnąć wniosek, że znajomość prawa oświatowego różnicuje poziom recepcji idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Częściej wyższy poziom wiedzy i częstszą akceptację opinii dotyczących odpowiedzialności za zdrowie własne i innych reprezentują kandydaci do zawodu nauczycielskiego, których znajomość prawa jest na wysokim poziomie niż na niskim. Tę zależność potwierdzili badani argumentując swoje zdanie w odpowiedzi na pytanie: *Czy Twoim zdaniem temat idei odpowiedzialności nauczycieli za zdrowie własne i innych (uczniów) powinien być przedmiotem rozmów, specjalnych zajęć dedykowanych dla kandydatów do zawodu nauczycielskiego?* Wyłoniono wśród podanych argumentacji 3 zakresy tematyczne, a znajomość podstaw prawnych działalności nauczycieli jako fundament wiedzy w pracy z dziećmi został wskazany przez najliczniejszą grupę (34,6%).

Problem 4. *Czy istnieje związek między poziomem akceptacji norm zdrowotnych a recepcją odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?*

1 problem szczegółowy:

Czy kierunek studiów jest moderatorem relacji pomiędzy poziomem akceptacji norm zdrowotnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

W początkowym etapie analiz ustalono, że pomiędzy *akceptacją norm zdrowotnych* a *opiniami* istnieje korelacja dodatnia na poziomie umiarkowanym ($p = 0,001$). Im wyższy poziom akceptacji norm zdrowotnych tym częściej występują akceptujące opinie dotyczące odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Podobne zależności odnotowano z drugim wymiarem recepcji idei odpowiedzialności – *wiedzą*. Wyższemu poziomowi akceptacji norm zdrowotnych częściej towarzyszy wyższy poziom wiedzy w zakresie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Ustalona zależność jest istotna statystycznie.

Aby wyjaśnić kierunek studiów jako moderatora relacji między *akceptacją norm zdrowotnych* i *recepcją* idei odpowiedzialności testowano dwa modele, z których każdy uwzględniał wymiar opinii lub wiedzy. Po szczegółowym badaniu tych zależności nie można mówić o jej moderowaniu przez kierunek studiów w relacji do obu wymiarów recepcji.

2 problem szczegółowy:

Czy poziom własnej skuteczności jest mediatorem relacji pomiędzy poziomem akceptacji norm zdrowotnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

W celu zbadania pośredniczącej roli poczucia własnej skuteczności między akceptacją norm zdrowotnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, przeprowadzono analizę mediacji w dwóch modelach, uwzględniając jeden z wymiarów recepcji – opinię lub wiedzę o odpowiedzialności za zdrowie własne i innych według powyższego schematu. W jego wyniku model zakładający mediację poczucia własnej skuteczności pomiędzy normami zdrowotnymi a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych u badanych nie został potwierdzony statystycznie.

Problem 5 *Czy istnieje związek między akceptacją norm prawnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?*

1 problem szczegółowy:

Czy kierunek studiów jest moderatorem relacji pomiędzy poziomem akceptacji norm prawnych a recepcją odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

W początkowym etapie analiz ustalono, że pomiędzy *akceptacją norm prawnych* a *opiniami* istnieje słaba korelacja dodatnia, ($\tau c = 0,252$; $p = 0,001$). Im wyższy poziom akceptacji norm prawnych u badanych studentów, tym częściej występują w ich wypowiedziach akceptujące opinie dotyczące odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Podobne zależności odnotowano z użyciem drugiego wymiaru recepcji idei odpowiedzialności – *wiedzą*. Wyższemu *poziomowi akceptacji norm prawnych* towarzyszy wyższy *poziom wiedzy* w zakresie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych u badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego. Ustalona zależność jest istotna statystycznie. Sprawdzając czy kierunek studiów jest moderatorem relacji między akceptacją norm prawnych i recepcją idei odpowiedzialności testowano dwa modele, z których każdy uwzględniał jeden z jej wymiarów.

W modelu pierwszym istotny okazał się kierunek studiów ($p = 0,03$) oraz jego interakcja z akceptacją norm prawnych ($p = 0,04$). Dokonana analiza efektów warunkowych pozwoliła stwierdzić istotny statystycznie związek między akceptacją norm prawnych a opiniami o odpowiedzialności za zdrowie własne innych jedynie wśród studentów wychowania fizycznego ($p < 0,001$). Wyniki na pozostałych kierunkach pedagogicznych okazały się nieistotne statystycznie ($p = 0,351$).

Model drugi, w którym moderatorem relacji między akceptacją norm prawnych a wiedzą o odpowiedzialności za zdrowie własne i innych uwzględniono kierunek studiów okazał się istotny statystycznie ($p = 0,008$). Podobnie istotną zmienną okazał się kierunek studiów ($p = 0,030$) i jego interakcja z akceptacją norm prawnych ($p = 0,05$). Efekty warunkowe wskazały, że zależność jest istotna statystycznie jedynie wśród studentów kierunku *wychowania*

fizycznego ($p = 0,005$). Na pozostałych kierunkach pedagogicznych są nieistotne statystycznie ($p = 0,658$).

Analizy doprowadziły do wniosku, iż moderujący efekt kierunku studiów można wskazać tylko wśród *studentów wychowania fizycznego*. Jest to prawdopodobne potwierdzenie przyjętego w badaniach założenia, iż studia Wychowania Fizycznego mogą modyfikować istniejące współzależności z racji większej liczby godzin z zakresu intencjonalnego kształcenia w kierunku odpowiedzialności za zdrowie własne i przyszłych uczniów. Podstawą takich zależności mogą być zwiększone godzinowo zajęcia na kierunku Wychowanie Fizyczne z metodyki nauczania gier zespołowych. Poznawanie zasad obowiązujących reguł niesie w konsekwencji świadome funkcjonowanie według narzuconych norm gier i postępowania mającego na celu zapewnienie bezpieczeństwa zawodników/uczniów w trakcie rozgrywek. Co w efekcie końcowym doprowadza do ich systematycznego przypominania i utrwalania w czasie prowadzenia zajęć z uczniami/studentami. W efekcie jest początkiem nabywania czujności na ich stosowanie w praktyce zawodowej związanej z odpowiedzialnością za zdrowie uczniów.

2 problem szczegółowy:

Czy poziom własnej skuteczności jest mediatorem relacji pomiędzy poziomem akceptacji norm prawnych a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

Etapy sprawdzania miały ten sam przebieg jak przy sprawdzaniu tej zależności z normami zdrowotnymi. Jednak po ich przeprowadzeniu stwierdzono, że model zakładający mediację poczucia własnej skuteczności pomiędzy normami zdrowotnymi a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych nie znalazł potwierdzenia w danych.

Problem 6 *Czy istnieje związek między poziomem rozwoju rozumowania moralnego kandydatów do zawodu nauczycielskiego a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?*

1 problem szczegółowy:

Czy kierunek studiów jest moderatorem relacji pomiędzy poziomem rozwoju rozumowania moralnego kandydatów do zawodu nauczycielskiego a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

W toku przeprowadzonych analiz ustalono istnienie słabej korelacji ($\tau_c = 0,147$; $p = 0,002$) pomiędzy poziomem rozwoju rozumowania moralnego a opiniami dotyczącymi odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Oraz podobnej w przypadku drugiego wymiaru recepcji idei – wiedzy ($\tau_c = 0,109$, $p = 0,036$). Wynik dalszych analiz według dotychczasowego schematu po wprowadzeniu do modelu zmiennych: opinie, wiedza,

kierunek studiów lub składnika interakcyjnego tych zmiennych nie dał pozytywnej odpowiedzi na pytanie. Wobec powyższego można stwierdzić, że w badaniach nie udało się wykazać moderującego wpływu kierunku studiów na zależność między poziomem rozumowania moralnego a opiniami i wiedzą na temat odpowiedzialności za zdrowie własne i innych u badanej grupy kandydatów. Podobnie nie udało się potwierdzić moderującego wpływ kierunku studiów na relację między poziomem rozwoju moralnego a opiniami i wiedzą o odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

2 problem szczegółowy:

Czy poziom własnej skuteczności jest mediatorem relacji pomiędzy poziomem rozwoju rozumowania moralnego kandydatów do zawodu nauczycielskiego a recepcją idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych?

W celu odpowiedzi na ostatnie pytanie problemowe o pośredniczącą rolę poczucia własnej skuteczności między poziomem rozwoju rozumowania moralnego a recepcją idei odpowiedzialności przeprowadzono analizę mediacji dwóch modeli postępując zgodnie z wcześniejszymi etapami analiz szczegółowych. Pierwszy etap potwierdził bezpośrednią zależność pomiędzy *poziomem rozwoju rozumowania moralnego a opiniami* dotyczącymi odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Model regresji był istotny statystycznie ($B = 0,2123$; $p < 0,001$). Tak samo jak zależności pomiędzy *poziomem rozwoju rozumowania moralnego a wiedzą* ($B = 0,0402$; $p = 0,0621$). Podobnie istotny statystycznie okazał się między *poziomem rozwoju rozumowania moralnego a poczuciem własnej skuteczności* ($B = 0,1536$; $p = 0,0053$). Jednak interpretacja statystyk dla efektu całkowitego ($p < 0,001$), bezpośredniego ($p = 0,003$) oraz efektu interakcji (pośredniego) doprowadziły do wniosku, że poczucie własnej skuteczności nie jest mediatorem relacji między poziomem rozwoju rozumowania moralnego a wiedzą i opiniami dotyczącymi odpowiedzialności za zdrowie własne i innych. Wynik testu Sobela ($p = 0,1091$) wskazuje na nieistotny efekt pośredni w interakcji poziomu rozwoju rozumowania moralnego i poczucia własnej skuteczności. W badaniach nie potwierdzono, że poczucie własnej skuteczności jest mediatorem relacji pomiędzy poziomem rozwoju rozumowania moralnego a recepcją idei odpowiedzialności.

Podsumowanie i wnioski

Otrzymane wyniki obrazują wiedzę badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego z obszaru działalności zdrowotno – prawnej oraz poziomu akceptacji obowiązujących norm prawnych i zdrowotnych, kształtujących poziom rozwoju społecznego. Ich wyniki są zadawalające choć wskazują zagadnienia z pewnymi niedociągnięciami.

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Większość studentów nie podejmuje dodatkowej aktywności w zakresie edukacji zdrowotnej. Przyczyną może być z jednej strony skromna oferta uczelni w tym zakresie, z drugiej brak wiedzy wśród studentów o dostępności takiej oferty.
2. Badani kandydaci jako przyszli nauczyciele w bardzo niskim stopniu dążą do samodzielnego zdobywania wiedzy pedagogicznej w formach innego rodzaju: warsztaty, konferencje, spotkania z prawnikiem, którego tematem była odpowiedzialność nauczycieli za zdrowie własne i innych (uczniów), jako pogłębianie wiedzy przydatnej w przyszłym zawodzie. Niestety badana grupa nie współtworzyła procesu samokształcenia na wyższych poziomach edukacji, który przyjęto w założeniach badań.
3. Stosunkowo częste wskazywanie zasobów sieci Internet jako źródła zdobywanej wiedzy o zdrowiu i odpowiedzialności nauczycielskiej wpisuje się w tezę, coraz większego uprawomocnienia się tej formy wiedzy alternatywnej. Co potwierdziło wpływ wiedzy płytkiej zdobywanej przez ogólnodostępne media społecznościowe, które dostarczając wiedzę przez pop-kulturę czynią ją zdecydowanie bardziej atrakcyjną dla młodych ludzi, niż wiedza akademicka.
4. Cztery piąte badanych kandydatów do zawodu nauczycielskiego wyraziło swoje opinie, wskazując potrzebę i uzasadnienie włączenia tematów odnoszących się do idei odpowiedzialności nauczycieli za zdrowie własne i innych (uczniów) do treści specjalnych zajęć dedykowanych dla studentów kierunków nauczycielskich. Należy rozważyć te sugestie przy układaniu planów nauczania w profilowanych kierunkach pedagogicznych uczelni wyższych.
5. Czas pobytu w szkole wyższej na kierunkach pedagogicznych powinien utrwalać wiedzę z edukacji zdrowotnej i precyzować kierunki odpowiedzialności nauczyciela za ucznia w jego pracy zawodowej. Poszerzenia wymaga wiedza z zakresu znajomości norm prawnych i odpowiedzialności za ich przestrzeganie w przyszłej roli zawodowej.

Podjęte w rozprawie rozważania na temat recepcji idei odpowiedzialności za zdrowie własne i innych wśród kandydatów do zawodu nauczycielskiego prowadzą do przekonania o słuszności podjęcia dalszych poszukiwań badawczych, prowadzących do zgłębienia poruszanego zagadnienia. Celowość tych poszukiwań ma ukierunkować przyszłych pedagogów/nauczycieli do odpowiedzialnego kształtowania młodego pokolenia w dorosłość ze świadomością własnej odpowiedzialności za zdrowie własne i przyszłych pokoleń.

Bibliografia

- Bandura A., *Social Foundations of Thought and Action. a social cognitive theory*, Prentice – Hall, New Jersey 1986.
- Bishop G.D., *Psychologia zdrowia - zintegrowany umysł i ciało*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000.
- Dalajlama, *Własnymi słowami. Wprowadzenie do nauczania Dalajlamy XIV*, R. Mehrotry (red.), Wyd. Helion, Gliwice 2010.
- Dembo W.H., *Stosowana psychologia wychowawcza*, WSiP, Warszawa 1997.
- Durkalevych I., *Poczucie skuteczności studentek kierunków nauczycielskich polskiej i ukraińskiej uczelni. Badanie porównawcze.* (w:) Теоретичні і прикладні проблеми психології Збірник наукових праць. №2(49) 2019. Сєверодонецьк 2019.
- Ferrence R., *Diffusion theory and drug abuse*, [w:] *Addiction* 2001, nr 96, s. 165 – 173.
- Harwas – Napierała B., *Czynniki społeczno – rodzinne w kształtowaniu się lęku u młodzieży*, Wyd. UAM, Poznań 1987.
- Jabłoński L., *Rola i zadania epidemiologii we współczesnej medycynie*, [w:] *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, L Jabłoński (red.), Wydanie II, Wyd. Folium, Lublin 1999, s. 15-28.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2000.
- Kamiński A., *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, [w:] *Metodologia pedagogiki społecznej*, R. Wroczyński, T. Pilch (red.), Wrocław 1974.
- Kołecka B., *Prozdrowotny styl życia w środowisku szkolnym ucznia. Analizy i refleksje.* (w) *Na krawędzi. Reperkusje zachowań ryzykownych w relacji do ciała.*(red.) P. Prüfer, Wyd. Naukowe Akademii im. Jakuba z Paradyża, Gorzów Wlkp. 2016.
- Koszczyk M., Koper Ł., *Health activities as the image of the lifestyle lived by people in late adulthood*, [w:] *Health behaviors of adolescents and adults*, St. Spisacka (red.), Wydawnictwo Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska 2013.
- Kowalski M., Falcman D., *Refleksje o moralno-etycznych kompetencjach nauczyciela w obliczu zmiany społecznej (między profesjonalizmem a hedonizmem)*, s. 108, za: K. Ferencz, *Odpowiedzialność w wychowaniu jako kategoria aksjologiczna*, (w:) *Zachowania zawodowe nauczycieli i ich uwarunkowania.* (red.) E. Kozioł, E. Kobyłecka, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2008.

- Lau R.R., Quadrel M.J., Hartman K.A., *Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers*, [w:] *Journal of Health and Social Behavior* 1988, nr 31, ss. 240 – 259.
- Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
- Pilch T., *Metodologia badań środowiskowych*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictw Polskiej Akademii Nauk, Wrocław, Warszawa, Gdańsk 1971.
- Rodek V., *Poczucie odpowiedzialności a aktywność autoedukacyjna studentów*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2016.
- Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwo Naukowe i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- Sęk H., Ściagała I., Pasikowski T., i in., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, [w:] *Przegląd Psychologiczny* 1992, nr 3(35), s. 351-363.
- Szczepański J., *Wpływ kultury na życie społeczne*, [w:] *Socjologia wychowania. Wybór tekstów*, H. Mielicka (red.), Wyd. „Stachurski”, Kielce 2000.
- Uramowska - Żyto B., *Teorie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej*, [w:] *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, B. Woynarowska, M. Kapica (red.). Wyd. KOWEZ. Warszawa 2001.
- Woynarowska B., (oprac.), WHO, UNESCO, UNICEF, *Wszechstronna szkolna edukacja zdrowotna. Przewodnik do działania*, [w:] *Lider* 1993, nr 5.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna, Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2017.
- Zimbardo Ph. G., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1999.

Netografia

- Czarnecka M., Cierpiałkowska L., *Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty*, [w:] *Nowiny Lekarskie* 2007, nr 76(2), (dostęp 25.03.2017) <https://docplayer.pl/12634567-Naukowe-a-subiektywne-koncepcje-zdrowia-i-choroby-wsrod-studentow-i-ich-determinanty.html>.
- Czyżowska D., O celu i granicach rozwoju moralnego. Analiza i Egzystencja t. 8, 2008, http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Analiza_i_Egzystencja/Analiza_i_Egzystencja-r2008-t8/Analiza_i_Egzystencja-r2008-t8-s85-101/Analiza_i_Egzystencja-r2008-t8-s85-101.pdf. (dostęp 30.10.2019).

- Kulawska E. *Poczucie własnej skuteczności nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej*. Forum Pedagogiczne 2017/2, s. 239 (dostęp 20 04 2020.) <https://czasopisma.uksw.edu.pl/index.php/fp/article/view/1999/2089>.
- Łuszczuk W., *Normatywny i interpretacyjny paradygmat w badaniach pedagogicznych*, „Humanitas”, Sosnowiec 2008, s. 23. <http://www.sbc.org.pl/Content/22112/luszczuk.pdf>. (dostęp 19.04.2018).
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, [w:] *Problemy Higieny Epidemiologii* 2012, nr 93(4), <http://www.phie.pl/pdf/phe-2012/phe-2012-4-682.pdf>. (dostęp 14.12.2016).
- Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, https://www.academia.edu/22966261/Zasady_bada%C5%84_pedagogicznych_-_Tadeusz_Pilch (dostęp 25.08.18).
- Rodek V., *Stan i oczekiwania autoedukacji studentów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2014, (dostęp 25.05.2020) https://rebus.us.edu.pl/bitstream/20.500.12128/4333/1/Rodek_Stan_i_uwarunkowania_autoedukacji.pdf.
- Spławska J., *Poziom rozwoju rozumowania moralnego w świetle badań metodą Lawrence'a Kohlberga* [w] [Przeгляд Pedagogiczny](https://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/522), 2008, Numer 2 [13], <https://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/522>. (dostęp 29.09.2019).
- Stęć M., *Doświadczenia edukacyjne a rozwój moralny młodzieży. Uzasadnienie potrzeby badań nad relacją pomiędzy nauczaniem etyki w szkołach a stymulacją rozwoju społeczno-moralnego młodzieży*. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica* VIII (2015), ss. 34-50. <https://studia-psychologica.up.krakow.pl/article/view/5611/5232>, (dostęp 20.11.2019).
- Woderska N., *Wiedza i opinie młodzieży dotyczące dawstwa narządów do transplantacji. Aspekty edukacyjne*. Publikacja współfinansowana z funduszy Kujawsko-Pomorskiego Stowarzyszenia na Rzecz Transplantacji. Poznań 2018. (dostęp 17.05.2020) <https://repozytorium.ukw.edu.pl/bitstream/handle/item/5221/Wiedza%20i%20opinie%20młodzieży%20dotyczące%20dawstwa%20narządów%20do%20transplantacji.pdf?sequence=1>

Akty prawne

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący

Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22 lipca 1946 r., Dz. U. z 1948 r. nr 61, poz. 477.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2002, nr 51, poz. 458).