

RECENZJA

rozprawy doktorskiej mgr. Karola Reimanna

Problematyka zdrowia w wiedzy potocznej i praktyce codziennej Polaków
przygotowanej pod kierunkiem prof. dr hab. Mirosławy Nowak-Dziemianowicz

Rozprawa doktorska poświęcona *zagadnieniu problematyki zdrowia w wiedzy potocznej i praktyce codziennej Polaków* podejmuje niezwykle istotny, a zarazem wieloaspektowy problem badawczy, którego znaczenie wykracza poza dyskurs *stricte* pedagogiczny, sytuując się na styku wielu dyscyplin naukowych: socjologii zdrowia, pedagogiki społecznej, antropologii codzienności, psychologii społecznej oraz studiów nad ciałem i zdrowiem w kontekście kulturowym. Współczesne społeczeństwa – w tym społeczeństwo polskie – charakteryzują się dynamicznymi zmianami w zakresie rozumienia zdrowia, choroby, troski o ciało oraz indywidualnej odpowiedzialności za własny dobrostan. W tym kontekście coraz większe znaczenie zyskuje kategoria *wiedzy potocznej*, czyli zbioru przekonań, opinii, stereotypów i intuicyjnych sądów, które kształtują się w wyniku codziennych interakcji, mediatyzacji dyskursów zdrowotnych oraz doświadczeń osobistych i zbiorowych. Wiedza ta – choć nieusystematyzowana i nienaukowa – stanowi istotny element orientacji jednostek w świecie społecznym i realnie wpływa na ich zachowania zdrowotne, decyzje diagnostyczne, wybory terapeutyczne oraz relacje z systemem ochrony zdrowia.

Wybór takiej problematyki badawczej należy uznać za wysoce trafny i aktualny z co najmniej kilku powodów. Po pierwsze, temat odpowiada na realne potrzeby poznawcze i społeczne związane z deficytem badań empirycznych nad funkcjonowaniem potocznych przekonań zdrowotnych w polskim społeczeństwie. Po drugie, podejmując refleksję nad tym, w jaki sposób wiedza nieeksperska kształtuje praktyki zdrowotne jednostek i grup, praca wnosi istotny wkład do rozwijającego się nurtu pedagogiki zdrowia i edukacji zdrowotnej – zwłaszcza

w wymiarze krytycznym i emancypacyjnym. Warto również podkreślić, że podejście przyjęte przez Doktoranta – analizujące zdrowie nie tylko jako biologiczną kategorię medyczną, ale jako konstrukt kulturowo-społeczny – pozwala na głębsze zrozumienie mechanizmów, które wpływają na codzienne praktyki związane z troską o ciało, prewencją chorób, korzystaniem z medycyny alternatywnej, relacjami z lekarzami czy stosunkiem do szczepień, diety czy aktywności fizycznej. Praktyki te, choć często marginalizowane w oficjalnym dyskursie medycznym, mają zasadnicze znaczenie dla kondycji społecznej, zdrowia publicznego oraz systemów edukacyjnych.

Dysertacja prezentuje również wyraźny potencjał aplikacyjny – wnioski płynące z przeprowadzonych analiz mogą stanowić istotny punkt odniesienia dla projektowania i wdrażania skutecznych strategii edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych oraz kampanii społecznych. Szczególnie istotne jest to w kontekście rosnącego znaczenia edukacji zdrowotnej w przestrzeni formalnej (szkoła, uniwersytet) i nieformalnej (media, internet, grupy wsparcia), a także konieczności budowania świadomej, krytycznie myślącej i odpowiedzialnej postawy obywateli wobec własnego zdrowia.

Reasumując, podjęty przez Doktoranta temat jest nie tylko naukowo uzasadniony i empirycznie relewantny, ale także społecznie potrzebny. Rozprawa wnosi istotny wkład do wiedzy o społeczno-kulturowych uwarunkowaniach zdrowia, ukazując znaczenie wiedzy potocznej jako elementu pedagogicznego oddziaływania, a zarazem jako przestrzeni, w której kształtują się indywidualne i zbiorowe strategie radzenia sobie z problemami zdrowotnymi we współczesnej Polsce. Nie budzi wątpliwości, że Doktorant podjął się realizacji zagadnienia o wysokim stopniu aktualności i znaczącym wymiarze społecznym, mieszczącego się w obszarze szeroko rozumianych praktyk instytucjonalnych, osadzonych w kontekście pedagogiki oraz refleksji nad społecznym funkcjonowaniem wiedzy potocznej i praktyk zdrowotnych współczesnych Polaków.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska mgra Karola Reimanna ma strukturę typową dla prac teoretyczno-empirycznych, zawarta jest na 265 stronach. Tworzą ją następujące rozdziały:

1. Koncepcja zdrowia i choroby.
2. Metodologia badań własnych.

3. Zdrowie w wiedzy potocznej i praktyce codziennej Polaków – wyniki diagnozy społecznej.
 4. Wiedza potoczna o zdrowiu w świetle badań własnych.
 5. Wnioski.
 6. Edukacja zdrowotna jako droga do podnoszenia wiedzy Polaków o zdrowiu.
- Strukturę tę uzupełniają: Wstęp, Zakończenie, Bibliografia, Streszczenia (w języku polskim i angielskim), Wykaz tabel, Wykaz wykresów i rysunków oraz Aneks (kwestionariusz ankiety, scenariusz wywiadu z pacjentami po zabiegu kardiochirurgicznym).

W rozdziale I (s.19-84) Doktorant dokonał ukierunkowanego przeglądu literatury na temat koncepcji zdrowia i choroby. Stanowi to istotny wkład w interdyscyplinarne rozważania nad uwarunkowaniami postrzegania zdrowia i choroby zarówno w perspektywie teoretycznej, jak i społeczno-kulturowej. Podjął on próbę uporządkowania pojęć fundamentalnych dla nauk medycznych, społecznych i humanistycznych, zwracając także uwagę na aksjologiczny wymiar - wskazując na ewolucję ich rozumienia oraz zróżnicowanie podejść badawczych. W pierwszym podrozdziale autor podejmuje refleksję nad koncepcją zdrowia, wskazując *modelowe rozumienie tej kategorii (s.19)* oraz ograniczenia tradycyjnego, biomedycznego podejścia. Przywołana zostaje klasyczna definicja WHO, według której zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz także stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu. Doktorant trafnie zauważa, że definicja ta – mimo swojego normatywnego charakteru – pozostaje nieprecyzyjna i trudna do operacjonalizacji w praktyce badawczej, *ludzką rzeczywistość tworzy jego cielesność, psychika i duchowość oraz to co z nich wynika, ale też osadzenie w kontekście środowiskowym i sytuacyjnym (s.28)*. Ważnym uzupełnieniem tej refleksji jest wprowadzenie pojęcia *zachowań zdrowotnych*, czyli działań jednostki, na które wpływ mają także *czynniki osobowościowe (s.36)*, rzutujące na utrzymanie, poprawę lub pogorszenie stanu zdrowia (np. niedojrzałość emocjonalna, odporność na stres, unikanie substancji psychoaktywnych, przestrzeganie zaleceń lekarskich). Doktorant zaznacza, że zachowania te są nie tylko wyrazem indywidualnych wyborów, lecz również rezultatem uwarunkowań społeczno-kulturowych, co podkreśla znaczenie kontekstu społecznego w kształtowaniu zdrowia.

Rozdział zawiera także analizę pojęcia choroby, rozumianej nie tylko jako stan zaburzenia funkcji organizmu, ale również jako doświadczenie jednostkowe, emocjonalne i społeczne. Choroba jawi się tu jako zjawisko nie tylko biologiczne, lecz także kulturowe – posiadające

określony sens, znaczenie i miejsce w życiu społecznym. Doktorant odwołuje się do paradygmatów biomedycznych, psychospołecznych i socjokulturowych, wskazując na potrzebę wielowymiarowego ujmowania zjawisk zdrowia i choroby w badaniach interdyscyplinarnych. Rozdział wzbogacają odniesienia do podejść salutogenetycznych (A. Antonovsky), funkcjonalnych (T. Parsons), holistycznych i społeczno-kulturowych, co nadaje analizie szeroki, wielowymiarowy charakter. Należy zwrócić uwagę na przejrzystość wywodu oraz trafne ukazanie zdrowia jako konstruktu społecznego i dynamicznego stanu równowagi.

Kolejny podrozdział dotyczy wiedzy potocznej o zdrowiu i chorobie. Doktorant zwraca uwagę na znaczenie codziennych, nieeksperskich przekonań w kształtowaniu postaw zdrowotnych. Trafnie wskazuje, że wiedza ta różni się zasadniczo od wiedzy naukowej – nie opiera się na dowodach empirycznych ani metodologicznie weryfikowalnych źródłach, lecz na doświadczeniach osobistych, przekonaniach środowiskowych, opiniach medialnych i przekazach kulturowych. W tym kontekście warto docenić rozróżnienie między wiedzą obiektywną (faktyczną, zgodną z aktualnym stanem wiedzy naukowej) a wiedzą subiektywną (opartą na przekonaniach jednostki, często intuicyjną, emocjonalną i uproszczoną). Doktorant zauważa, że to właśnie wiedza subiektywna, budowana w oparciu o tzw. *zdrowy rozsądek*, dominuje w codziennych praktykach zdrowotnych społeczeństwa i może zarówno wspierać, jak i utrudniać podejmowanie racjonalnych decyzji zdrowotnych. Szczególnie wartościowe jest wskazanie na stan wiedzy potocznej o zdrowiu w społeczeństwie polskim, która – jak wynika z dostępnych badań – cechuje się dużą zmiennością i fragmentarycznością. Z jednej strony rośnie świadomość znaczenia zdrowego stylu życia, z drugiej jednak obserwuje się silną obecność mitów zdrowotnych (np. błędnych przekonań dotyczących szczepień, suplementów diety, czy alternatywnych metod leczenia). Doktorant zaznacza, że potoczna wiedza zdrowotna często nie nadąża za rozwojem wiedzy medycznej, a jej źródła (np. media społecznościowe, grupy internetowe) mogą prowadzić do dezinformacji i utrwalania szkodliwych stereotypów.

Doktorant trafnie podkreśla, że edukacja zdrowotna powinna uwzględniać kulturowo ugruntowane formy rozumienia zdrowia, a nie wyłącznie przekazywać wiedzę ekspercką. Wartością podrozdziału jest również podkreślenie znaczenia narracji i osobistego doświadczenia w budowaniu wiedzy o zdrowiu.

W ostatniej części rozdziału Doktorant przedstawia syntetyczny przegląd danych dotyczących stanu zdrowia ludności Polski. Omawiane są m.in. przyrost naturalny populacji w

Polsce, wskaźniki długości życia, umieralności, wyjazdy ratownictwa medycznego, zachorowalność na choroby cywilizacyjne (choroby układu krążenia, nowotwory, depresja), a także czynniki ryzyka zdrowotnego – takie jak palenie tytoniu, niewłaściwa dieta, niska aktywność fizyczna czy stres. Szczególnie cenne są odniesienia do danych GUS oraz Eurostatu. Doktorant nie tylko prezentuje statystyki, ale również interpretuje je w kontekście społecznych determinant zdrowia (status materialny, wykształcenie, dostęp do opieki zdrowotnej), wskazując na potrzebę działań systemowych i profilaktyki wielopoziomowej. W rozdziale dobrze wybrzmiewa także problem nierówności zdrowotnych i ich konsekwencji społecznych. Analiza uzupełniona zostaje odniesieniami do wyników międzynarodowych badań epidemiologicznych, takich jak INTERHEART i PREDIMED, które w istotny sposób pogłębiają rozumienie czynników ryzyka chorób układu krążenia (ChUK). Badanie INTERHEART, obejmujące populacje z różnych regionów świata (w tym Europy Środkowo-Wschodniej), wykazało, że *około 90% ryzyka zawału mięśnia sercowego można wyjaśnić obecnością modyfikowalnych czynników ryzyka, w tym nieprawidłowym lipidom, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość brzuszna, niski poziom aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, stres psychospołeczny i nadużywanie alkoholu (s.75)*. Wyniki te potwierdzają konieczność ukierunkowania profilaktyki w Polsce na zmianę stylu życia i redukcję czynników ryzyka. Z kolei badanie PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) przeprowadzone w Hiszpanii dowiodło, że stosowanie diety śródziemnomorskiej wzbogaconej oliwą z oliwek lub orzechami znacząco obniża ryzyko wystąpienia ChUK, w tym zawałów serca i udarów mózgu u osób z grupy wysokiego ryzyka. Wyniki te mają istotne implikacje dla promocji zdrowia w Polsce, gdzie dieta nadal często charakteryzuje się wysokim spożyciem tłuszczów nasyconych, soli i produktów wysoko przetworzonych.

Warto jednak zauważyć, że zarówno poszczególne podrozdziały, jak i cały rozdział **nie zawierają wyraźnego podsumowania**, które syntetyzowałoby przedstawione treści, wskazywało najważniejsze wnioski oraz akcentowało ich znaczenie dla praktyki zdrowotnej i edukacyjnej. Brak takiej części sprawia, że całość traci na spójności kompozycyjnej, a czytelnik pozostaje bez klarownego obrazu kluczowych ustaleń i rekomendacji. Dodanie zwięzłego, merytorycznego podsumowania mogłoby również stanowić **naturalne przejście do założeń metodologicznych badań własnych**, tworząc logiczny pomost między częścią teoretyczną a empiryczną pracy. Pomimo tego braku, rozdział pozostaje **interesującym i wartościowym opracowaniem**, łączącym szeroką perspektywę teoretyczną z aktualnymi odniesieniami

empirycznymi oraz krytyczną refleksją nad kondycją zdrowia i choroby w ujęciu interdyscyplinarnym.

Rozdział II (s. 85-98) poświęcony założeniom metodologicznym badań własnych prezentuje spójny układ logiczny istotny dla poprawnie skonstruowanego projektu badawczego: od określenia celu, poprzez sformułowanie problemów badawczych i hipotez, aż po opis metod, narzędzi, próby badawczej i przebiegu procesu badawczego, sposobu analizy wyników oraz organizacji badań. Głównym celem badań jest diagnoza poziomu wiedzy potocznej o zdrowiu wśród respondentów, ze szczególnym uwzględnieniem jej powiązań z zachowaniami zdrowotnymi, stylem życia oraz możliwościami zapobiegania chorobom układu krążenia (ChUK). Cel został określony jasno, jest możliwy do operacjonalizacji i adekwatny do założeń teoretycznych pracy. Następnie Doktorant przedstawił problem główny (w postaci pytania badawczego) i 3 problemy szczegółowe. Problemy te są sformułowane poprawnie, w sposób umożliwiający zarówno analizę ilościową, jak i jakościową. Widać ich logiczne powiązanie z celem badań oraz tematyką rozdziałów teoretycznych. Jedynym elementem do dopracowania mogłoby być dodanie aspektu porównawczego (np. analiza różnic w poziomie wiedzy między grupami wiekowymi lub o różnym poziomie wykształcenia), co poszerzyłoby zakres interpretacyjny. Problemowi głównemu odpowiada hipoteza główna, która jest jednak przedstawiona zbyt ogólnikowo. Hipotezy szczegółowe zostały sformułowane jasno, choć można by je wzmocnić przez powiązanie z literaturą przedmiotu (np. wynikami badań INTERHEART czy PREDIMED). Dobór metod jest adekwatny do celu i problematyki badań. Doktorant zastosował technikę ankiety oraz technikę indywidualnego wywiadu pogłębionego, co pozwala na uzyskanie zarówno danych ilościowych, jak i jakościowych. Ankieta została skonstruowana poprawnie – pytania są w większości zamknięte, z możliwością wyboru wielu odpowiedzi, co umożliwia ich analizę statystyczną. Można było jednak dodać większą liczbę pytań otwartych, pozwalających na swobodne wypowiedzi respondentów. Wywiad indywidualny jest narzędziem pozwalającym na pogłębienie danych uzyskanych w ankiecie. Scenariusz wywiadu jest logiczny, przechodzi od pytań ogólnych do szczegółowych, a jego konstrukcja sprzyja eksploracji subiektywnych przekonań badanych. Doktorant zastosował metodę diagnozy społecznej - jej wybór został właściwie uzasadniony. Dobór próby miał charakter losowy, co zwiększa wiarygodność i reprezentatywność uzyskanych wyników. Losowość doboru była możliwa dzięki wykorzystaniu kwestionariusza w formie ankiety online w ramach prowadzonej diagnozy społecznej. Takie rozwiązanie powinno umożliwić dotarcie do szerokiego i zróżnicowanego grona respondentów, niezależnie od ich miejsca

zamieszkania. Niestety liczebność próby zapewniła minimalny poziom reprezentatywności dla badanej grupy, moim zdaniem powinna zostać zwiększona, aby poprawić precyzję estymacji w analizach ilościowych. W części jakościowej (wywiady indywidualne) dobór miał charakter uzupełniający, oparty na kryteriach zgodnych z celem badań i zasadą nasycenia teoretycznego. Liczba respondentów odpowiada tej zasadzie. Pozytywnie oceniam organizację procesu badawczego. Analiza danych ilościowych została przeprowadzona z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics 25, co umożliwiło wykonanie zarówno podstawowych statystyk opisowych, jak i analiz korelacyjnych oraz porównań międzygrupowych. Dodatkowo, do porządkowania i wizualizacji danych posłużono się oprogramowaniem Microsoft Excel 2020, które wspomogło proces obróbki danych i przygotowania zestawień tabelarycznych oraz wykresów. Takie połączenie narzędzi zapewnia przejrzystość prezentacji wyników i zwiększa ich czytelność dla odbiorcy. Metodologia badań jest w dużej mierze poprawna i spójna z celami oraz problemami badawczymi. Na szczególne podkreślenie zasługuje zastosowanie triangulacji metod, co zwiększa rzetelność i głębię uzyskanych wyników. Mocnym elementem jest także świadome wskazanie przez Doktoranta ograniczeń badań, w tym braku pomiaru oraz pogłębionej oceny indywidualnego ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia (ChUK). Tego rodzaju autorefleksja świadczy o dojrzałości badawczej i pozwala lepiej interpretować uzyskane rezultaty w kontekście ich ograniczonej generalizacji.

Mocną stroną recenzowanej rozprawy doktorskiej jest analiza wyników badań własnych (Rozdział III s. 99- 156), które miały na celu diagnozę poziomu wiedzy potocznej o zdrowiu oraz jej powiązań z zachowaniami zdrowotnymi i świadomością profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) wśród dorosłych Polaków. Analiza wyników badań własnych została przeprowadzona w sposób logiczny i uporządkowany, obejmując wszystkie kluczowe obszary związane z tematem pracy: dane socjodemograficzne respondentów, stan zdrowia (w tym wskaźnik BMI), samoocenę zdrowia, styl życia, ryzyko sercowo-naczyniowe, świadomość tego ryzyka oraz poziom wiedzy o zdrowiu i profilaktyce. Opis cech demograficznych badanych jest przejrzysty i stanowi solidną podstawę interpretacji wyników w dalszej części. Uwzględnienie takich zmiennych jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i status materialny pozwala na analizę zależności między czynnikami społeczno-ekonomicznymi a wiedzą i zachowaniami zdrowotnymi. Stan zdrowia został oceniony wieloaspektowo — poprzez deklaracje chorób przewlekłych, dolegliwości w ostatnim roku oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI). Ujęcie BMI w analizie jest celowe, ponieważ pozwala obiektywnie sklasyfikować badanych pod względem masy ciała i powiązać te dane z innymi czynnikami zdrowotnymi.

Analiza wykazała spójne powiązania między masą ciała a występowaniem chorób przewlekłych, co jest zgodne z literaturą przedmiotu. Zastosowanie wskaźnika samooceny zdrowia umożliwia porównanie deklaratywnego poczucia dobrostanu z obiektywnymi wskaźnikami stanu zdrowia. Analiza wskazuje, że subiektywne poczucie zdrowia nie zawsze jest zgodne z obiektywnymi czynnikami ryzyka, co Doktorant trafnie interpretuje w kontekście wiedzy potocznej. Uwzględnienie elementów takich jak aktywność fizyczna, sposób odżywiania, palenie tytoniu czy spożycie alkoholu pozwala na całościową ocenę prozdrowotnych i ryzykownych zachowań badanych. Analiza pokazuje, że wiedza teoretyczna o zdrowiu nie zawsze przekłada się na praktykę codzienną, co jest istotnym wnioskiem w kontekście skuteczności edukacji zdrowotnej. Zastosowanie zestawu czynników ryzyka ChUK (nadciśnienie, zaburzenia lipidowe, otyłość, palenie tytoniu, brak aktywności) pozwala na rzetelną ocenę obiektywnego zagrożenia. Ważną obserwacją jest rozbieżność między rzeczywistym ryzykiem a jego subiektywną oceną przez badanych, co Doktorant słusznie wskazuje jako potencjalną barierę skutecznej profilaktyki. Ocena wiedzy badanych jest dobrze zaplanowana — obejmuje zarówno znajomość faktów (wiedza obiektywna), jak i przekonania oraz opinie (wiedza subiektywna). Doktorant trafnie wskazuje na występowanie luk w wiedzy dotyczącej profilaktyki ChUK oraz na związek między poziomem wiedzy a podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi.

Podsumowując Rozdział III należy podkreślić, że analiza wyników badań własnych została przygotowana w sposób rzetelny, oparty na logicznej strukturze i uwzględniający wielowymiarowe spojrzenie na zdrowie. Szczególnie wartościowe jest połączenie danych obiektywnych (BMI, czynniki ryzyka) z subiektywnymi (samoocena zdrowia, przekonania o profilaktyce), co pozwala na pogłębioną interpretację. Mocną stroną jest również identyfikacja rozbieżności między wiedzą a praktyką zdrowotną oraz świadomością ryzyka.

Kolejny Rozdział IV (s.157-188) ma charakter wielowymiarowy. Doktorant w pierwszym podrozdziale zestawia obiektywne wskaźniki stanu zdrowia (m.in. BMI, występowanie chorób przewlekłych, aktywność fizyczną, sposób odżywiania) z poziomem deklarowanej wiedzy o zdrowiu. Wnioski wskazują na istnienie zarówno zgodności, jak i rozbieżności między wiedzą a praktyką zdrowotną. Pozytywnie należy ocenić wykorzystanie wskaźników obiektywnych w połączeniu z samooceną zdrowia, co umożliwia ukazanie zjawiska tzw. „luki między wiedzą a działaniem”. Mocną stroną jest również podkreślenie roli czynników socjodemograficznych w kształtowaniu stylu życia i postaw zdrowotnych. Doktorant w następnym podrozdziale rzetelnie

identyfikuje obszary, w których wiedza potoczna respondentów jest fragmentaryczna lub oparta na błędnych przekonaniach. Dotyczy to zwłaszcza znajomości zasad profilaktyki pierwotnej i wtórnej ChUK, roli badań kontrolnych, wpływu stresu na układ krążenia oraz prawidłowego rozpoznawania objawów zawału i udaru. Trafnie wskazuje, że niedobory wiedzy występują zarówno w grupach o niższym, jak i wyższym poziomie wykształcenia, co sugeruje, że edukacja zdrowotna w Polsce wymaga wzmocnienia niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego odbiorców. Na uwagę zasługuje także rozróżnienie między wiedzą obiektywną a subiektywną, które pozwala uchwycić, w jakim stopniu samoocena kompetencji zdrowotnych odpowiada faktycznym umiejętnościom. W kolejnym podrozdziale Doktorant bada zależność między poziomem wiedzy a podejmowaniem działań profilaktycznych wobec ChUK. Analiza ujawnia, że wysoka wiedza o zdrowiu częściej idzie w parze z prozdrowotnym stylem życia, choć istnieją liczne wyjątki – część osób o dobrej orientacji w zasadach profilaktyki nie stosuje ich w praktyce. Trafnie wskazano, że na postawy zdrowotne wpływają nie tylko kompetencje poznawcze, ale także motywacja, nawyki, przekonania kulturowe i dostęp do zasobów. Całość stanowi wartościowy fragment pracy, a umiejętne połączenie danych obiektywnych, subiektywnych i interpretacji teoretycznej świadczy o wysokim poziomie przygotowania merytorycznego Doktoranta. **Rozdział ten posłużył bezpośrednio udowodnieniu postawionych w pracy hipotez badawczych**, w tym potwierdzeniu zależności między stanem zdrowia, stylem życia a poziomem wiedzy potocznej o zdrowiu, jak również wykazaniu istnienia luk w tej wiedzy oraz ich wpływu na działania profilaktyczne wobec chorób układu krążenia.

Rozdział IV charakteryzuje się dużą spójnością, umiejętnym łączeniem danych ilościowych i jakościowych oraz poprawną interpretacją wyników. Szczególnie wartościowe jest podejście integrujące obiektywne wskaźniki zdrowia z deklaratywną wiedzą i zachowaniami. Można jednak wskazać pewne obszary wymagające dopracowania: wprowadzenie syntetycznych podsumowań po każdym z omawianych bloków tematycznych, mocniejsze osadzenie wniosków w wynikach badań międzynarodowych (np. INTERHEART, PREDIMED), rozszerzenie interpretacji o aspekty psychologiczne i kulturowe, które wpływają na rozbieżności między wiedzą a praktyką zdrowotną. Pomimo tych sugestii, rozdział stanowi wartościową część pracy, a jego przejrzystość i kompleksowość świadczą o dobrym przygotowaniu merytorycznym Doktoranta i umiejętności krytycznej analizy wyników.

Rozdział V (s.189-191) jest właściwym zamknięciem części empirycznej pracy. Łączy w sobie klarowność przekazu, logiczną strukturę i spójność z wcześniejszymi rozdziałami. Wnioski są rzetelne, oparte na analizie wyników, a jednocześnie ukierunkowane na praktyczne zastosowania. Dobrym uzupełnieniem jest kolejny Rozdział VI (192-218), który można traktować jako rekomendacje do dalszych badań w omawianym obszarze. Wskazuje na podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej, odwołując się do definicji pedagogicznych ujęć zdrowia i edukacji zdrowotnej, modeli edukacji zdrowotnej. Doktorant szczegółowo omawia cel edukacji zdrowotnej, wskazując, że jest nim nie tylko przekazanie wiedzy, ale przede wszystkim kształtowanie postaw, wartości i umiejętności umożliwiających świadome dbanie o zdrowie. Zagadnienie to przedstawione jest w sposób kompleksowy, z uwzględnieniem złożoności procesu edukacji zdrowotnej z perspektywy pedagogicznej — podkreślono, że proces ten musi łączyć treści poznawcze, wychowawcze i motywacyjne, a także dostosowywać metody pracy do wieku, potrzeb i możliwości odbiorców. Doktorant trafnie zauważa, że skuteczna edukacja zdrowotna powinna obejmować nie tylko przekaz wiedzy (komponent kognitywny), ale także kształtowanie nawyków i zachowań (komponent behawioralny) oraz budowanie motywacji wewnętrznej (komponent afektywny). Kluczowe jest także - odwołując się do literatury pedagogicznej (m.in. Z. Kostrzanowska, J. Juszczyk, B. Woynarowska, W. Ciechaniewicz, K. Sobczyk) - wskazanie, że proces ten wymaga spójności treści poznawczych, wychowawczych i motywacyjnych. Doktorant wskazuje, że edukacja zdrowotna w ujęciu pedagogicznym jest procesem długofalowym, wymagającym nie tylko planowego działania, ale również uwzględnienia indywidualnych i społecznych uwarunkowań kształtowania zachowań prozdrowotnych. Doktorant słusznie podkreśla, że efektywność edukacji zdrowotnej jest warunkowana m.in. przez kompetencje pedagogiczne osób prowadzących zajęcia, integrację działań w ramach programów szkolnych oraz współpracę z rodziną i środowiskiem lokalnym. Ważne jest wprowadzenie do szkół już od klasy IV szkoły podstawowej odrębnego przedmiotu „Edukacja zdrowotna”, ponieważ zgodnie z wynikami badań epidemiologicznych (INTERHEART, 2004; PREDIMED, 2013), wczesna profilaktyka oparta na edukacji może znacząco redukować ryzyko chorób cywilizacyjnych, w tym układu krążenia. Szkoła jako miejsce systematycznej edukacji stwarza warunki do integracji treści zdrowotnych z wychowaniem fizycznym, edukacją społeczną i programami profilaktycznymi, a także do rozwijania kompetencji krytycznego myślenia, niezbędnych w ocenie wiarygodności informacji w erze nadmiaru treści medialnych. Na uwagę zasługuje ostatni podrozdział przedstawiający nowoczesne technologie w edukacji zdrowotnej. Doktorant omawia rolę technologii informacyjno-komunikacyjnych, aplikacji mobilnych, platform e-learningowych i

mediów społecznościowych w upowszechnianiu wiedzy zdrowotnej, ale zwraca uwagę na VR, które stają się ważnym narzędziem edukacyjnym. Podkreśla potencjał technologii w personalizacji przekazu, monitorowaniu postępów i budowaniu społeczności wsparcia online. Jednocześnie zwraca uwagę na ryzyko dezinformacji oraz konieczność edukowania w zakresie krytycznej oceny źródeł informacji.

W zakończeniu Doktorant zawarł najważniejsze konkluzje swojej dysertacji dotyczące *działania na rzecz podnoszenia wiedzy potocznej Polaków o zdrowiu w przyszłości i wydłużenia ich życia (s.17)*, a także zwrócił uwagę na istotę edukacji zdrowotnej nie tylko wśród społeczności uczniowskiej ale także wśród osób dorosłych.

Konkludując uważam, że rozprawa mgra Karola Reimanna pt. „Problematyka zdrowia w wiedzy potocznej i praktyce codziennej Polaków” spełnia warunki ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r oraz ustawy Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 3 lipca 2018 r. – w związku z tym wnoszę o dopuszczenie Doktoranta do dalszych etapów procedury doktoryzowania.

Beata Myśliwiec