

CENTRUM DOSKONALENIA NAUCZYCIELI W LESZNIE



PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE

GRANT WIELKOPOLSKIEGO KURATORA
OŚWIATY



Leszno 2014

Wybór materiałów i opracowanie:

dr Joanna Malinowska, Uniwersytet Wrocławski,

dr Bożena Roszak, nauczyciel konsultant - Centrum Doskonalenia Nauczycieli
w Lesznie, wykładowca PWSZ w Lesznie,

Mirosława Wąsowska, nauczyciel konsultant - Centrum Doskonalenia Nauczycieli
w Lesznie.

Wydanie drugie rozszerzone

Skład i druk: Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Lesznie

ul. Bolesława Chrobrego 15, 64-100 Leszno

tel. 65 529 90 62, faks 65 529 31 09

e-mail: oswiata@cdn.leszno.pl

strona www: www.cdn.leszno.pl

www.cdn.leszno.pl

CDN 0613/8/14

Nakład 110 egz.

dr Joanna Malinowska
Uniwersytet Wrocławski

MATERIAŁY POMOCNICZE DLA NAUCZYCIELI EDUKACJI ZDROWOTNEJ LESZNO-KALISZ PAŹDZIERNIK 2014

Pojęcie zdrowia

Okres narodzin zdrowia był dość długi i odległy w czasie. Niektórzy początków zdrowia dopatrują się w kodeksie Hammurabiego (1700 r. p.n.e), w śladach cywilizacji kretańskiej czy w tradycjach kultury fizycznej krajów Bliskiego i Dalekiego Wschodu. Także w ostatniej części Pięcioksięgu Mojżesza można znaleźć zawarte tam żydowskie zalecenia higieniczne, odnoszące się do spożywania pokarmów i napojów, pracy, wypoczynku i życia płciowego. Przyjmuje się jednak, że pojęcie zdrowia powstawało na przestrzeni półwiecza obejmującego czasy Hipokratesa (460-377 p.n.e.) do Galena (130-200) włącznie. Kilka wieków następnych można uznać za okres zastoju w tej dziedzinie.

Zdrowie i choroba w starożytności i średniowieczu

W czasach starożytnych medycyna i higiena były wyłączną domeną kapłanów, otaczaną boską tajemnicą, a wychowanie zdrowotne sprowadzało się do całkowitego posłuszeństwa wobec przepisów religijnych. Ich nieprzestrzeganie - jak wierzono - groziło gniewem i zemstą bogów. Człowieka w tych czasach uważano za część przyrody i rozważania nad nim traktowano łącznie z rozważaniami nad genezą świata i życia. Tak powstawały pierwsze teorie filozoficzne dotyczące pochodzenia i istoty wszechświata zwane teoriami kosmogonicznymi. Pierwsze próby wyjaśniania istoty choroby dałyby się ująć w kilka podstawowych poglądów, które funkcjonowały równolegle:

- choroba jest wynikiem działania nieprzyjaznych sił zewnętrznych: demonów, bogów, niezycliwych ludzi,
- choroba jest skutkiem niewłaściwego postępowania człowieka i zesłania nań kary przez siły nadprzyrodzone. Ten pogląd funkcjonował wśród chaldejsko-babilońskich przepisów higienicznych i znalazł odzwierciedlenie w Talmudzie. Przyczyna choroby - nieczystość - spotyka się z karą niebios: wierzono, że choroba jest pokutą za życie przeszłe i tal mordercy

braminów chorują w kolejnych wcieleniach ma niedokrwistość, szpiedzy - na chorobę oczu, podpalacze - na różę, za grzech nieczystości grozi słonowacizna,

- choroba jest rezultatem wpływu kosmosu, którego człowiek jest odbiciem,
- choroba jest wynikiem wtargnięcia do organizmu czynników zewnętrznych (ciała obce, robaki).

Ludy sumeryjskie, Asyria, Babilonia uważały, że człowiek powstał ze zmieszania krwi boga z ziemią. Stąd krwi przydawano znaczenie największe. Narządy wewnętrzne (najważniejsza była wątroba) podporządkowane były odpowiednim planetom. Planety zaś związane były z bóstwami, zatem to one miały wpływ na funkcjonowanie narządów człowieka:

- nerki, narządy płciowe - Wenus,
- wątroba - Jupiter
- serce - słońce
- płuca, mózg - księżyc.

Układano więc horoskopy, dzień 7. uważano za krytyczny w chorobie. Dla ilustracji warto przytoczyć cytat: *Medyk nie powinien obcinać chorego członka, gdy Księżyc znajduje się w znaku zodiaku odpowiadającym temu organowi, zwłaszcza zaś wtedy, gdy Księżyc podlega wpływowi Saturna i Marsa, planet szkodliwych dla zdrowia - jeżeli horoskop przewiduje zły obrót sprawy, należy poczekać i leczyć go w dniach, które gwiazdy uznają za korzystne. Każdej konstelacji zodiaku odpowiada jakaś część ciała. Jeśli Księżyc znajduje się w znaku Barana w opozycji do Marsa i Saturna należy zaniechać zabiegów w okolicy głowy, twarzy i oczu, w znaku Byka w okolicy szyi, karku, gardła, Bliźniąt - barku, ramion, dłoni, Raka - klatki piersiowej, płuc, żołądka, Lwa - serca, pleców, wątroby, Panny - brzucha, Wagi - piszczeli, łędźwi, pępka i jelit, Skorpiona - pęcherza, łona, kręgosłupa, genitaliów, Strzelca - ud, Koziorożca - kolan, wodnik - nóg, Ryby - stóp i kostek.*

Srodek przeczyszczający najlepiej podać, gdy Księżyc jest w znaku Skorpiona lub Ryb. Nie należy go podawać, gdy Księżyc usytuowany jest w znakach przeżuwczy, w koniunkcji z planetą w ruchu wstecznym, ponieważ pacjent może zwymiotować lekarstwo i mogą wystąpić skutki uboczne (s. 223).

W Mezopotamii uważano chorobę za byt samoistny, samodzielny, który wtargnął do organizmu z zewnątrz. Długo jeszcze, także w czasach nowożytnych tak tłumaczono pochodzenie choroby.

W Egipcie uważano, że człowieka i funkcje organizmu można przyrównać do innych zjawisk przyrodniczych. Na budowę organizmu składają się bowiem 4 żywioły: woda, ziemia, ogień, powietrze. Tętno przyrównywano np. do wzbierania i opadania Nilu. Wiedzę o budowie anatomicznej człowieka zdobywano nie podczas balsamowania człowieka - czego można by się było spodziewać, a podczas sekcji zwierząt.

Hipokrates zwany ojcem medycyny europejskiej, jako pierwszy odszedł od

religijno mistycznej koncepcji zdrowia i choroby i oparł ją na filozoficznym podłożu. Określał zdrowie jako *dobre samopoczucie*, a chorobę jako *złe samopoczucie*. Rodzaj tego samopoczucia uzależniał od tego, co człowieka otacza i co na niego wpływa, np., woda, gleba, sposób życia, odżywiania, praca, odpoczynek. Choroba - według niego - jest wynikiem zaburzeń przepływu soków w organizmie, wywołanych niewłaściwą dietą, brakiem snu i ćwiczeń fizycznych oraz niezgodą panującą w rodzinie czy społeczeństwie. Unikanie tych czynników było natomiast podstawą do utrzymania zdrowia. Hipokrates dysponował dobrą znajomością układu kostnego, pozostała wiedza anatomiczna była dość spekulatywna. Wynikała ona bowiem nie z obserwacji, a z rozważań filozoficznych.

Platon, uczeń Hipokratesa, (427-347 p.n.e.), wprowadza koncepcje idealistyczne, Według niego zdrowie to „*funkcja doskonalenia stylu życia oraz kulturowej relatywizacji diety*”. Duże znaczenie przywiązywał on do higieny i odpowiedniego odżywiania. Poglądy swoje opierał na wskazaniach ówczesnej literatury medycznej, w której podkreślano wielką zależność zdrowia od właściwych i starannie dobieranych pokarmów.

Arystoteles twierdził, że bez ciała nie może istnieć dusza. Zalecał on dbałość o zdrowie dziecka już od pierwszych dni jego życia. Zwracał uwagę na prawidłowe dostosowanie do wieku odżywianie oraz hartowanie poprzez właściwe ubieranie i ćwiczenia ruchowe na świeżym powietrzu. Zdaniem Arystotelesa prawidłowy rozwój fizyczny dziecka jest podstawą i niezbędnym warunkiem harmonijnego rozwoju człowieka w sferze moralnej i intelektualnej.

Stoicy w swojej filozofii zdewaluowali wartość zdrowia fizycznego na rzecz harmonii umysłowej. Przedstawicielem stoickiej myśli był Plutarch. W swoich zaleceniach dotyczących utrzymania zdrowia kładł nacisk na aktywność fizyczną i pracę, jednak podkreślał, że zasadniczym warunkiem zdrowia jest aktywność i wolność a wykształcenie umysłowe jest najważniejsze, gdyż jest nieśmiertelne i boskie, w przeciwieństwie do sfery fizycznej - dobra cennego, ale zmiennego.

Jednak to poglądy **Claudiusa Galenusa (Galena)** zaważyły na całej późniejszej medycynie. Przez kilkanaście wieków odwoływano się do jego prac. Był lekarzem gladiatorów. Jego prace o budowie i czynnościach organizmu ludzkiego nie powtarzały poglądów poprzedników, ale opierały się na rzetelnych badaniach (wiwisekcje, sekcje zwierząt). Sekcji ludzkich nie prowadził, a oględziny ciała żołnierza poległego na wojnie opisywał jako zdarzenie nadzwyczajne. Badanie prowadził głównie na małpach zapoczątkowując fizjologię eksperymentalną. Jednak automatyczne przenoszenie obserwacji morfologicznych i fizjologicznych na człowieka było przyczyną błędów, które przez stulecia powtarzali za nim bezkrytycznie inni uczeni.

Do najciekawszych spostrzeżeń anatomicznych Galena należą obserwacje dotyczące układu nerwowego. Obalił funkcjonujące twierdzenie, że mózg jest narządem gąbczastym służącym do chłodzenia krwi. Utwierdził przekonanie, że mózg, rdzeń kręgowy i nerwy stanowi jedność. Stosunkowo dobrze poznał układ krwionośny, opisał dokładnie komory serca (nie uwydatnił jedynie roli

przedsionków serca). Opisał także dokładnie budowę układu oddechowego - obalił pogląd jakoby oddech był wynikiem ruchu ciepła (co twierdził Arystoteles). Starał się także przedstawić istotę procesu widzenia. Zrobił to zadziwiająco dokładnie zważywszy, że w starożytności nie była znana zasada załamywania światła. W opisie innych zmysłów Galen nie wyszedł poza spostrzeżenia swoich poprzedników.

Chrześcijaństwo wieków średnich traktowało zdrowie nie tylko jako brak choroby i cierpienia, ale i jako zdolność do znoszenia owych przypadłości.

Nauki głoszone w społecznościach arabskich były przeciwstawne tym poglądom. Człowiek bowiem poprzez swój styl życia ma decydujący wpływ na śmierć.

W tych czasach chrześcijańska pogarda dla ciała doprowadziła do całkowitego upadku troski o zdrowie. Nikczemne ciało przestało być przedmiotem pozytywnego zainteresowania, traktowano je jako balast dla duszy. Do godności ideału wynoszono: cierpienie, ból, abnegację i wyniszczenie fizyczne.

Przedmiotem medycznych i teologicznych sporów było w średniowieczu zagadnienie, czy choroba pochodzi od szatanów sprzeciwiających się woli boga, czy też jest wolą samego stwórcy, który doświadcza w ten sposób człowieka. Ustalono wreszcie, że niektóre choroby są dziełem diabła (psychozy, zanik pamięci, zaburzenia potencji, epilepsja, porażenia). Działania złego ducha dopatrywano się też w nagłej śmierci. Te choroby uznano za niezawinione przez człowieka, a jako wynik dręczenia go przez diabła. Nie traktowano chorego jak złoczyńcy, lecz leczono go wypędzając demony. Choroby pozostałe nie były dziełem diabła, a wynikały z woli bożej. Żeby jednak pogodzić wizerunek dobrego boga z zsyłaniem przez niego chorób poszukiwano uzasadnienia. I tak Bóg czytał:

- dla ustrzeżenia cnoty przed pychą,
- dla głoszenia chwały bożej - uzdrawiał,
- dla skruszenia grzesznika i nawrócenia go,
- dla zwiększenia zasług w niebie przez cierpienie na ziemi,
- dla zapoczątkowania wiecznej kary, która może być rozpoczęta na ziemi.

Jednak Bóg jest dobry i nie zostawił człowieka bez pomocy, dał mu lekarza. Lekarz ma wiedzę od Boga i jest po to, aby za pomocą leków naprawić, co zepsuł szatan. Podczas gdy średniowieczni uczeni zajmowali się astrologią i alchemią oraz badaniem nerwic i psychoz na tle religijnym, ludność miejska bytowała w fatalnych warunkach sanitarnych. Wychowanie zdrowotne w średniowieczu ograniczało się do zabiegów prewencyjnych dyktowanych ogromnym i powszechnym strachem przed zarazą. Obowiązującą koncepcją pochodzenia epidemii była koncepcja kary za grzechy ludzkości, którą zsyła Bóg za pomocą czterech złych aniołów (MAHAZEL, AZAZEL, AZAEL, SAMAEL). Dmuchają oni i za pośrednictwem wiatrów z czterech stron świata zsyłają na człowieka trąd, dżumę, puchlinę wodną, gorączki i inne. Najlepszym lekiem jest szczerza modli-

twą płynącą ze skruszonego serca. Cytat: *zważywszy, że zaraza spotyka nas przede wszystkim z woli bożej, a jedynym sposobem, żeby jej uniknąć jest szczerą modlitwa, musicie wiedzieć, że bierze się ona z rozkładu czterech żywiołów - powietrza, wody, ognia i ziemi - które dostają się do nosa i ust. Innymi drogami dżuma nie może trafić do ciała. Latem dochodzi do rozkładu ognia lub ciepłoty naturalnej, a choroba objawia się gorączką, bólem głowy. Ciało zmarłego czernieje. Aby nie doszło do najgorszego należy przeciąć obrznięcia i przyłożyć do ran plastry. Zimą z kolei występuje dżuma wywołana rozkładem ziemi. Powstają wtedy obrzęki podobne do bulw, które zimą spoczywają w glebie. Tego typu obrzęki należy smarować ciepłymi maściami. Wiosną i jesienią, kiedy w rzekach jest więcej wody, dżuma powstaje z rozkładu wody właśnie, niekiedy spowodowanego wpływem planet. Obrzęki podchodzą płynem, a przecięte bardzo szybko się goją. Leczenie polega na wypuszczaniu z organizmu trującej cieczy przez stosowanie środków przeczyszczających, balsamów i syropów. We wszystkich odmianach dżumy rozprzestrzenianiu się epidemii sprzyja zepsute powietrze, które dociera wszędzie, ponieważ w naturze nie ma próżni. Z tego właśnie powodu umieszcza się na rogach ulic płonące pochodnie. Płomień ma właściwości oczyszczające. Rozwojowi zarazy sprzyjają też niektóre trujące dziko rosnące rośliny i zwierzęta przenoszące choroby na ludzi. Dżuma przenosi się najczęściej przez zapachy, ale także przez kosmate tkaniny, jak pledy i futra, które w związku z tym należy spalić. Nieczyste atomy zaczepiają się w nich, a następnie spadają.* Spory o pochodzenie choroby zaczęły wygasać w XVII-XVIII wieku.

Pewnym symbolem przejścia od czasów średniowiecznych do nowożytnych jest Paracelsus (1493-1541), który był lekarzem i filozofem. Określił on uniwersalną doktrynę makro- i mikrokosmosu. Zdrowie nie jest dane przez naturę, lecz musi być stale zdobywane. Czas śmierci zależy od człowieka, który jest nosicielem „bakterii śmierci”, a zdrowie jest tylko jego przejściową harmonią.

W roku 1567 pojawiła się publikacja Joachima Struppiusa, mówiąca o reformach sprzyjających zdrowiu. Publikacja ta jest uznawana za jedną z pierwszych rozpraw na temat zdrowia publicznego. Inne dzieła reprezentatywne dla wieku XVI wykazywały tendencje do zrównywania zdrowia z powodzeniem osobistym, a nawet z siłą polityczną.

Rozwój bakteriologii w XIX wieku wpłynął na powstanie definicji i poglądów związanych z badaniami empirycznymi (np. choroba to niewydolność aparatu regulacyjnego.)

Od początków XX wieku ujmowano człowieka holistycznie, a zdrowie analizować zaczęto z różnej perspektywy: medycznej, filozoficznej, psychologicznej, socjologicznej, kulturowej. Każda z tych nauk posiada swoją specyfikę i każda z nich wnosi własne zainteresowania i wyniki badań do wiedzy o zdrowiu i jego uwarunkowaniach, a także własne doświadczenia w zakresie działań wzmacniających zdrowie osób. Jednym z takich obszarów współdziałania i współpracy coraz wyraźniej staje się edukacja zdrowotna. *Edukacja zdrowotna wykorzystuje zatem interdyscyplinarną wiedzę o zdrowiu oraz możliwości po-*

PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE

szczególnych nauk w zakresie oddziaływania na zachowanie i wzmacnianie zdrowia.

W literaturze wielu dziedzin naukowych można wyróżnić trzy kategorie definicji zdrowia:

- √ **Biologiczne**, w nich akcentuje się somatyczny stan jednostki o parametrach określonych przez nauki medyczne,
- √ **Funkcjonalne** – określają zdrowie jako stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań,
- √ **Biologiczno-funkcjonalne** – te opierają się na założeniu, że analiza zdrowia powinna uwzględniać zarówno sferę biologiczną jak i funkcjonalną oraz przeżycia psychiczne im towarzyszące. Do tej kategorii należy definicja ŚOZ: zdrowie jest pełnią fiz., psych. i społ. dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby lub kalectwa. Definicja ta wskazuje, iż człowiek jest całością (aspekty) i częścią całości (mandala zdrowia). Często współczesny medyk zauroczony osiągnięciami medycyny gubi z pola uwagi fakt, że człowiek nie ma ciała a CIAŁEM JEST.

Grupa definicji negatywnych ujmuje zdrowie jako wolność od fizycznej choroby czy bólu. Koncentracja tu położona jest na elemencie patologicznym. Zatem normalność widziana jest jako brak nienormalności.

Poznawcze definicje zakładają istnienie wielu uwarunkowań i determinantów, które mają wpływ i kształtują stan zdrowia.

W najnowszych dokumentach ŚOZ podkreśla się, że zdrowie to:

- **jeden z głównych zasobów gospodarki narodowej**, jest gwarantem rozwoju społecznego i ekonomicznego, warunkuje tworzenie dóbr materialnych i kulturowych w celu osiągnięcia odpowiednio wysokiego poziomu życia,
- **a także wartość - w sensie możliwości realizacji aspiracji jednostkowych i grupowych**, czyli jest środkiem (a nie celem) do codziennego życia.

Dobre samopoczucie lub też dobrostan często utożsamiane jest z celem promocji zdrowia.

Poniższy schemat pokazuje związki pomiędzy zdrowiem a dobrostanem (kategorie relacji).



PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE

Pojęcie zdrowie jest więc wieloznaczne, jest interpretowane i używane w zależności od kontekstu. Raz określane jako aktualny stan subiektywnego samopoczucia, który zależny jest przede wszystkim od samego zainteresowanego podmiotu, innym razem jako obiektywnie stwierdzony stopień zdrowia zależny od decyzji osób z zewnątrz. Zdrowie oraz jego przeciwieństwo czyli chorobę, traktuje się jako dwa określone stany oddzielone wyraźną granicą.

Przykładowe definicje zdrowia

J.B. Karski

Choroba jest identyfikowana z jedną z pozycji wpisanych do Międzynarodowej klasyfikacji chorób, a więc zdrowie jest stanem, w którym nie ujawnia się żadna z jednostek chorobowych uznanych w tym dokumencie.

Światowa Organizacja Zdrowia (z 1946 roku)

Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności).

T. Parsons (1969)

Zdrowie to stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji.

M. Kasprzak

Zdrowiem nazywamy taki stan przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki może osiągnąć człowiek w najkorzystniejszych dla siebie warunkach.

W. Okoń

Zdrowie zależy od zdolności organizmu do utrzymania równowagi między nim a środowiskiem, głównie zaś od zdolności reagowania na zmiany w środowisku i przystosowania się do tych zmian. Harmonijne stosunki międzyludzkie wpływają korzystnie na stan samopoczucia, stosunki pełne konfliktów i sprzeczności wywierają wpływ negatywny.

M. Demel

Zdrowie to poziom sprawności funkcji ustrojowych w stosunku do środowiska (to tzw. Potencjał adaptacyjny człowieka) oraz jako sztukę panowania nad własnym ciałem i psychiką. Takie zdrowie stanowi zespół cech podlegających rozwojowi jakościowemu i ilościowemu.

B. Woynarowska

Zdrowie jest wartością dla jednostki, dzięki której może się rozwijać i realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji oraz zmieniać lub radzić sobie ze środowiskiem; warunkiem – środkiem (a nie celem) poprawy jakości życia i zasobem gospodarki narodowej (społeczeństwa) - jest gwarantem rozwoju społecznego i ekonomicznego, warunkuje tworzenie dóbr materialnych i kulturowych w celu osiągnięcia odpowiednio wysokiego poziomu życia.

PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE

ZDROWIE PUBLICZNE (synonimy: zdrowie narodu, zdrowie wspólnoty, zdrowie zbiorowości).

Dwa terminy zdrowie publiczne i zdrowie jednostki zaczęto rozróżniać od chwili, gdy w 1948 roku wydano w Anglii pierwszą ustawę o zdrowiu publicznym. Uznano wówczas, że dualizm działań na rzecz ochrony zdrowia (zbiorowego i jednostkowego) wzajemnie się uzupełnia i współwarunkuje. W Polsce ten termin był w powszechnym użyciu w latach 80-tych XIX wieku, gdy w 1885 roku rozpoczęto wydawanie pisma *Zdrowie*, wychodzące od 1934 r. do dziś jako *Zdrowie publiczne*.

Rozwój pojęcia zdrowia publicznego oraz działań podejmowanych na rzecz zbiorowości nierozdzielnie związany jest z I i II Rewolucją zdrowotną (przełom XIX i XX wieku). I rewolucja zdrowotna pozwoliła opanować większość groźnych w tamtych czasach chorób zakaźnych, głównie dzięki działaniom prewencyjnym i szczepieniom.

Tradycyjne wąskie ujęcie ujmujące zdrowie publiczne oznacza zajmowanie się problemami natury higienicznej oraz chorobami zakaźnymi. Nowe zdrowie publiczne obejmuje szeroki obszar działań wieloprofesjonalnych, we wszystkich aspektach zdrowia społeczeństwa (stan zdrowotny, usługi zdrowotne, administracja opieki zdrowotnej). Tak więc zdrowie stało się przedmiotem zainteresowania polityków, administratorów, planistów, samorządów i organizacji społecznych. Za prekursora wizji globalnej koncepcji zdrowia publicznego uważa się Winslowa (1935 r.). Obecnie często używana jest definicja Achesona, która ujmuje problem w bardzo zwięzły sposób: *to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia przez zorganizowanie zbiorowych wysiłków społeczeństwa. To sztuka i wiedza o tym jak zarządzać społeczeństwem, żeby podnosić jego zdrowie*. Warto podkreślić, że zakres zdrowia publicznego jest wciąż otwarty na definiowanie, opisywanie oraz interpretacje.

PEDAGOGIKA ZDROWIA I EDUKACJA ZDROWOTNA

Pedagogika zdrowia jest pojmowana jako teoria, doktryna edukacyjnej ingerencji w życie i zdrowie człowieka. Jest to wiedza o wychowaniu i kształceniu zdrowotnym (edukacji zdrowotnej oraz oświacie zdrowotnej). Wiedza ta jest usystematyzowana i uporządkowana oraz ujęta jako zbiór prawidłowości, norm i dyrektyw. Odnosi się do procesu edukacji zdrowotnej.

Głównym zadaniem tak rozumianej pedagogiki zdrowia jest *wychowanie człowieka do zdrowia oraz nauczanie prawidłowych zachowań zdrowotnych* tzn. rozwijanie osobowości jednostki poprzez kształtowanie jej cech kierunkowych i sprawnościowych. W pedagogice zdrowia mówi się więc o podejściu ukierunkowanym na rozwijanie umiejętności życiowych. Można mówić o dwóch podejściach do zdrowia: tradycyjnym i współczesnym.

Tradycyjne podejście do edukacji zdrowotnej

Rozumiane jest jako stwarzanie sposobności do uczenia się i ułatwiania wcześniej określonej zmiany zachowania. Tradycyjna edukacja zdrowotna nastą-

wiona jest więc na zmianę zachowania jednostek. Edukacja ta przebiega dwutorowo:

- √ w drodze bezpośredniej edukacji (w relacjach nauczyciel-uczeń, lekarz-pacjent) – ukierunkowane na:
 - podnoszenie poziomu wiedzy,
 - poradnictwo z zakresu zagrożeń,
 - budowanie wysokiej samooceny oraz samodzielności
- √ poprzez środki masowego przekazu (ma bezosobowy charakter: radio, telewizja, prasa, inne formy publikacji, może przybierać formę reklamy, marketingu, serwisu informacyjnego) – obejmuje:
 - podnoszenie świadomości społecznej,
 - kreowanie właściwego klimatu wokół problemów zdrowotnych,
 - poradnictwo z zakresu zagrożeń zdrowia.

Tradycyjne podejście do edukacji zdrowotnej pozostaje w ścisłym związku z prewencją chorób i jest daleko niewystarczające z punktu widzenia promocji zdrowia, gdyż jest nastawiona jedynie na mobilizację jednostek i nie uwzględnia szeroko pojętych czynników środowiskowych, które mają wpływ na zdrowie człowieka. Takie rozumienie ogranicza efektywność oddziaływania edukacji zdrowotnej.

Nowoczesna edukacja zdrowotna – edukacja dla zmiany

By edukacja była skuteczna nie może ograniczać się do jednostki i jej zachowania lecz powinna przebiegać na trzech poziomach równocześnie:

- √ podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności związanych z chorobą, funkcjonowaniem własnego organizmu, zapobieganiem i radzeniem sobie w sytuacjach trudnych (umiejętności życiowe),
- √ podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności związanych z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej i rozumieniem zasad jej funkcjonowania,
- √ zwiększanie poziomu świadomości co do czynników społecznych, politycznych i środowiskowych wpływających na zdrowie człowieka (status zdrowotny człowieka, społeczno-ekologiczny model zdrowia).

Żeby zwiększać efektywność trzeba także stosować różne formy edukacji zdrowotnej skierowanej nie tylko do jednostek, ale także do grup, organizacji i całego społeczeństwa.

Edukacja zdrowotna w tym rozumieniu nie tylko wpływa na zmianę jednostkowych zachowań (znanych jako czynniki ryzyka dla zdrowia), ale także umożliwia uruchomienie sił społecznych na rzecz zmiany warunków środowiskowych.

Edukacja dla zmiany ma przewagę nad tradycyjnym modelem, gdyż:

- √ uwzględnia fakt wieloprzyczynowości chorób (bierz pod uwagę nie tylko na behawioralne, ale i społeczne, ekonomiczne czy polityczne determinanty stanu zdrowia,

PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE

- √ buduje programy edukacyjne dla jednostki, grup społecznych i całego społeczeństwa,
- √ posługuje się różnorodnymi strategiami skierowanymi do różnych grup (programy zdrowia,
- √ wychodzi od problemów i potrzeb ludzi (strategia od ludzi do problemów, zamiast od problemów do ludzi).

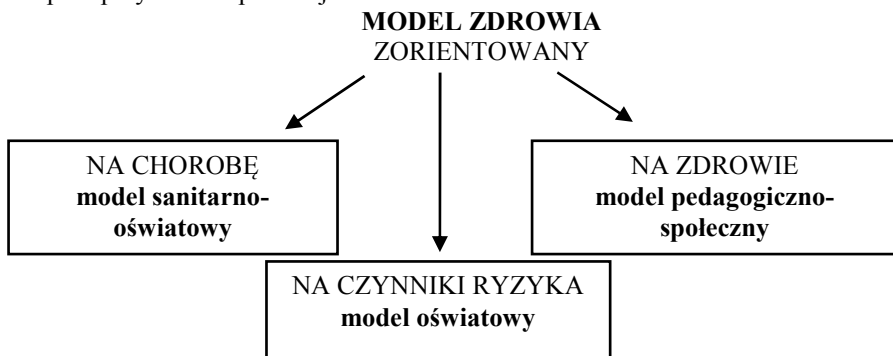
Pierwszoplanowym celem edukacji dla zmiany jest stworzenie bardziej humanitarnego, demokratycznego, zdrowego i sprawiedliwego społeczeństwa. Edukacja odpowiadająca na te wyzwania powinna:

- wykorzystywać pojęcie pozytywnego zdrowia,
- stosować innowacyjne podejścia i technologie edukacyjne,
- stosować wielodyscyplinarne podejścia do zdrowia,
- brać pod uwagę społeczne i środowiskowe czynniki wpływające na decyzje związane ze zdrowiem.

Tak pojmowana edukacja zdrowotna odwołuje się do każdego człowieka jako podmiotu a nie przedmiotu nawet najlepiej podejmowanych działań i procedur służb medycznych. Ten proces określamy jako II Rewolucję Zdrowotną (hasła: moje zdrowie w moich rękach, jestem odpowiedzialny za swoje zdrowie - człowiek podmiotem własnych działań).

Edukacja zdrowotna w szerszym rozumieniu jest kluczowym narzędziem promocji zdrowia. Odnoszenie sukcesów w promocji zdrowia jest bowiem zależne od aktywnego zaangażowania w ten proces osób kompetentnych, wyposażonych w rzetelną wiedzę i umiejętności.

Do dziś w edukacji zdrowotnej wykorzystuje się trzy modele, w różnym stopniu przydatne w promocji zdrowia.



Model sanitarno - oświatowy za punkt wyjścia uznaje jednostkę chorobową a zdrowie traktuje jako zwalczanie chorób. Edukacja zdrowotna to uświadamianie związku między czynnikiem ryzyka a chorobą. Taki sposób przedstawiania zdrowia jest mało przekonujący dla młodego człowieka, pełnego sił witalnych,

optymizmu i radości życia. „Jeśli będę miał pecha i złapie chorobę to poszukam odpowiedniego specjalisty”. To bardzo odległa wizja.

Model oświatowy – zdrowie to zwalczanie czynników ryzyka, edukacja zdrowotna odwołuje się do groźby choroby i sprowadza się do uświadamiania człowiekowi zdrowotnych zagrożeń z występowaniem zachorowania. Różnica polega na łączeniu czynników ryzyka nie z konkretną jednostką chorobową a grupą chorób. W tle pozostaje jednak groźba zachorowania. Stosując się do postulowanych zasad – dłużej utrzymasz zdrowie. Takie argumenty przemawiają do osób dorosłych, szczególnie tych, które zaczynają odczuwać pewne dolegliwości, czy do rekonwalescentów. Dla młodych ludzi pozostają nadal odległe. Zainteresowanie chorobą pojawi się, gdy ona wystąpi (ale może nie wystąpi – mają nadzieję młodzi). Ludzie zdrowi mogą nie zrozumieć konieczności zmiany swoich upodobań dla uniknięcia choroby, która jest dla nich abstrakcją.

W OBU tych MODELACH to ekspert decyduje o tym, co dobra a co złe i jakie działania powinien podejmować człowiek. W żadnym z nich nie uwzględnia się też konieczności profilowania oddziaływań edukacyjnych ze względu na środowiskowe i społeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych, dlatego nie ma większych szans na zmianę zachowań niepożądanych.

Model pedagogiczno-społeczny nie odwołuje się do groźby choroby, traktuje zdrowie jako wzmacnianie potencjału zdrowotnego człowieka. Konieczność zmian argumentuje możliwościami uzyskania lepszej pracy, atrakcyjniejszego wyglądu, możliwością noszenia modnej odzieży. Wzmocnienie potencjału zdrowia jest podstawowym warunkiem sukcesu życiowego. To są argumenty bliskie i zrozumiałe dla młodego człowieka – wychodzi się tu poza obszar działań, kompetencji i odpowiedzialności służby zdrowia.

Tradycyjne podejście odwoływało się do wiedzy i świadomości odbiorcy w aspekcie przeciwdziałania chorobom. W nowym modelu edukacja zdrowotna nie oznacza przekazywania wiedzy. Tendencje nowoczesnej edukacji zdrowotnej można zauważyć w trzech obszarach: kształcenia, wychowania, systemie oświaty:

- √ w zakresie kształcenia obserwuje się rezygnację z modelu przekazu gotowej wiedzy na rzecz poszukiwania wiedzy przez samego ucznia w procesie komunikacji z nauczycielem i innymi uczniami, wyraża się to w nowym modelu edukacji (model komunikacyjny), stosowanych metodach i technikach pracy z uczniami,
- √ w zakresie wychowania rysuje się tendencja do porzucania modelu ściśle określonych ról obywatelskich (rola dobrego ucznia, posłusznego nauczycielowi) na rzecz przeżywania dzieciństwa i młodości (prawo do wyboru, szczęścia, samostanowienia o sobie)
- √ w zakresie oświaty, jako części systemu państwowego, tendencja do zwrotu szkoły ku wspólnocie rodziców i współpracy z podmiotami lokalnymi (kluby, stowarzyszenia, organizacje, kościoł, policja).

ZACHOWANIA ZDROWOTNE I SAMOOCENA ZDROWIA

Z punktu widzenia zdrowia publicznego główne zainteresowanie skupia się na młodzieży w wieku 11-15 lat. Zachowania zdrowotne tej grupy populacji mają szczególne znaczenie, gdyż w okresie dorastania właśnie:

- kształtują się te zachowania zdrowotne, które są przyczyną problemów zdrowotnych i społecznych młodych ludzi, a także czynnikami ryzyka wielu chorób, niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci. Dotyczy to szczególnie:
 - zachowań ryzykownych, zwłaszcza w ruchu drogowym, wypadki są główną przyczyną zgonów młodzieży,
 - palenia tytoniu, większość dorosłych palaczy rozpoczyna palenie między 13 a 15 rokiem życia,
 - picia alkoholu, który jest częstą przyczyną urazów (głównie w następstwie wypadków drogowych i zachowań agresywnych), a także ryzykownych zachowań seksualnych,
 - używania innych substancji psychoaktywnych – uzależnienie od niektórych z nich staje się przyczyną dramatu życiowego młodego człowieka i jego rodziny,
 - przedwczesnej inicjacji i ryzykownych zachowań seksualnych, których skutkiem mogą być: choroby przenoszone drogą płciową, ciąża nieletniej, czy zaburzenia zdrowia seksualnego w wieku dojrzałym,
 - stosowanie diet odchudzających, eliminacyjnych powodujących niedobory pokarmowe – szczególnie niekorzystne dla zdrowia przyszłych młodych matek- oraz zwiększających ryzyko osteoporozy.
- Występują także zmiany w samopoczuciu i funkcjonowaniu młodego człowieka i jego relacjach z innymi ludźmi. Doświadczenia życiowe młodych ludzi, sposób w jaki podejmują zadania rozwojowe mają istotny wpływ na tworzenie zasobów dla zdrowia. Częste występujące w tej grupie populacji zaburzenia zdrowia psychospołecznego są uciążliwe dla młodych ludzi i ich najbliższego otoczenia i społeczeństwa.

Także z punktu widzenia promocji zdrowia ten okres ma szczególne znaczenie ze względu na specyficzne potrzeby, cechy i dążenia młodych ludzi, szczególnie:

- Potrzeba niezależności i usamodzielnienia się
- Intensywne poszukiwania własnej tożsamości, próby sprawdzania i zmieniania siebie
- Potrzeba kontaktu emocjonalnego z rówieśnikami to trening umiejętności interpersonalnych, wrażliwości, współdziałania, dialogu (komputery, wirtualny świat),
- Krytycyzm wobec świata zewnętrznego, poglądów, wartości, postaw

i zachowań ludzi dorosłych, negacja i poszukiwanie własnych wzorów i stylu życia,

- Zmiana obrazu własnej osoby, głównie pod wpływem zmian somatycznych, zainteresowanie ciałem i wyglądem, większa motywacja do troski o własne ciało.

W nowym wcieleniu i wobec zmian młodzie ludzie są bardziej otwarci i podatni na oddziaływania zewnętrzne z różnych źródeł. Gdy warunki życia, doświadczenia, wzorce, oferty edukacyjne i informacje są:

- Pozytywne- mogą gromadzić lub pomnażać własne zasoby zdrowia (kapitał dla zdrowia)
- Negatywne- nastolatek gromadzi czynniki dla zdrowia obecnego i przyszłego

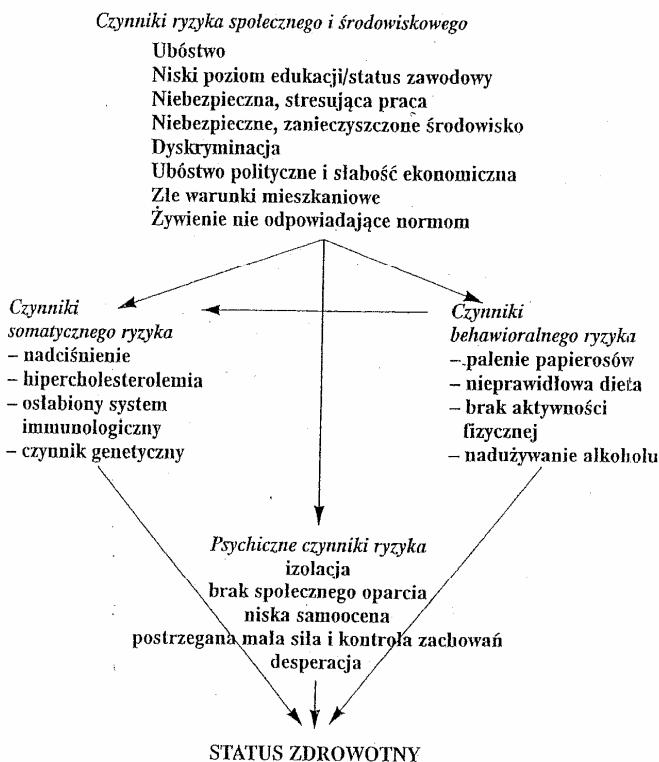
Okres dojrzewania decyduje więc o tym czy młodzie wnoszą w swoje dorosłe życie zasoby czy ryzyko dla zdrowia własnego i innych ludzi.

W znowelizowanej w 1998 roku WHO uwzględniono zadanie 4. (zdrowie dla młodych ludzi do 18. r.ż.) i założono w nim, że do 2020 roku młodzie ludzie w rejonie europejskim powinni być zdrowsi i lepiej przygotowani do pełnienia swoich ról w społeczeństwie, a w szczególności:

- Powinni uzyskiwać umiejętności życiowe, a zwłaszcza dokonywanie zdrowych wyborów
- Należy zredukować o co najmniej 50% umieralność i niepełnosprawność w następstwie przemocy i wypadków,
- Zmniejszyć rozpowszechnienie zachowań ryzykownych dla zdrowia, jak palenie tytoniu, picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych
- Częstość występowania cięż nieletnich zmniejszyć co najmniej o 1/3

Jakie są zachowania zdrowotne polskiej młodzieży? Jak ona sama określa stan swojego zdrowia?

Styl życia człowieka, na który składa się zespół zachowań wyznaczających jego sposób życia, w znacznym stopniu determinuje jego zdrowie. Wiele zaburzeń u dzieci i młodzieży (urazy, otyłość, zaburzenia układu ruchu, infekcje układu oddechowego) ma podłoże behawioralne (związek zachowaniem). Zachowania zdrowotne kształtują się od wczesnego dzieciństwa, w procesie socjalizacji, pod wpływem różnych czynników i wzorców osobowych - w domu, przedszkolu, szkole, społeczności lokalnej, mediach, reklamach. Dzieciństwo i młodość decydują w istotnym stopniu o zachowaniach zdrowotnych i stylu życia dorosłych. Decydują także o statusie zdrowotnym człowieka. Poniższy schemat wyjaśnia pojęcie *status zdrowotny*.



Teoria społeczno-środowiskowych uwarunkowań zdrowia według R. Labonte [1].

Badanie zachowań zdrowotnych uważa się obecnie za ważną obecnie metodę pomiaru stanu zdrowia populacji. Stanowi także planowania i ewaluacji edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych oraz projektów promocji zdrowia.

Termin zachowanie zdrowotne jest różnie definiowany i są różne propozycje podziału zachowań zdrowotnych:

- Sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne, pozytywne): odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymywanie higieny osobistej, zachowanie bezpieczeństwa
- Ryzykowne dla zdrowia (antyzdrowotne, negatywne, zwane także autodestrukcyjnymi): palenie tytoniu, używanie alkoholu i innych substancji psychopaktywnych, niedostatki zachowań prozdrowotnych.

LITERATURA:

1. *Borzucka-Sitkiewicz, Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, Kraków 2006.*
2. *Demel M., Pedagogika zdrowia, Warszawa 1980.*
3. *Kulmatycki L., Promocja zdrowia, Wrocław 2000.*
4. *Lutomski G./red./, Uczyć inaczej, Poznań 1994.*
5. *Ostrowska K., Tatarowicz J., Zanim w szkole będzie źle, Warszawa 1989.*
6. *Projekt MEN. Edukacja zdrowotna w szkole. Lider 1/1998.*
7. *Słońska Z., Misiurna M., Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów, Warszawa 1995.*
8. *Syrek E., Zdrowie jako problem społeczny [w]: Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce, (red.) A. Radziejewicz-Winnicki, Katowice 1995.*
10. *Woynarowska B., Kapica M., (red.) Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania, Warszawa 2001.*
11. *Woynarowska B., Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole. Lider 1/1999.*
13. *10. Woynarowska B. (red.), Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie, Warszawa 1995.*

dr Joanna Malinowska
Uniwersytet Wrocławski

MOŻLIWOŚCI REALIZACJI WSPÓŁCZESNEGO MODELU EDUKACJI ZDROWOTNEJ W PERSPEKTYWIE KSZTAŁCENIA NAUCZYCIELI

Profesja i profesjonalizm nauczyciela

Rozważania stanowią próbę włączenia się w trwający dyskurs nad koncepcją kształcenia nauczyciela-edukatora zdrowia. Konieczne jest bowiem wypracowanie takiego podejścia, które gwarantowałoby efektywną realizację teoretycznych założeń celów i zadań współczesnego modelu edukacji zdrowotnej. Wiele argumentów przemawia za tym, aby to nauczyciele wychowania fizycznego przyjęli funkcję edukatorów zdrowia.

Mówiąc o współczesnym nauczycielu posługuję się pojęciem profesja, profesjonalizm (profession) w odróżnieniu od zawodu (vocation). Profesjonalizm opiera się na ciągłym konstruowaniu wiedzy procesualnej w oparciu o akademickie wykształcenie, co pozwala na budowanie kompetencji niezbędnych do efektywnego funkcjonowania w otwartych sytuacjach edukacyjnych. Pojęcie zawód sprowadza się do opanowania pewnego zestawu zamkniętych, zdefiniowanych umiejętności, których można się wyuczyć poprzez modelowanie, powtarzanie. Przyjmują postać schematów postępowania w schematycznie też widzianych sytuacjach szkolnych, co ogranicza możliwości modyfikowania działań.

Pytanie o możliwości realizacji modelu *Edukacji dla zmiany* w realiach dzisiejszej szkoły to w istocie pytanie o profesjonalizm nauczycieli i ich przygotowanie do wprowadzenia ZMIANY. W artykule punkt ciężkości kładę nie na merytoryczne przygotowanie edukatorów (jednak i tu potrzebna jest dyskusja nad treściami związanymi z problematyką zdrowia w programach kształcenia nauczycieli), choć rzeczywista wiedza w tym zakresie jest niezbędna, by byli wiarygodni dla uczniów. Rozważania odnoszą do przygotowania nauczycieli w zakresie ich wiedzy profesjonalnej w kontekście (nie)możliwości realizacji celów i zadań edukacji zdrowotnej. Współcześni teoretycy podkreślają, że jednym z celów edukacji zdrowotnej w szkole, związanych z aspektem zdrowia fizycznego jest wzmacnianie pełnomocności (empowerment) jednostki, rozumianej jako zdolność, moc i kompetencja do kontrolowania własnego zdrowia i dokonywanie

właściwych wyborów na rzecz zdrowia swojego i innych. Pełnomocność zakłada świadome działanie oparte na rozumieniu i przekonaniu wewnętrznym o jego wartości. Przyjęcie takiego założenia wymaga od edukatorów stworzenia możliwości poszukiwania własnych form aktywności fizycznej młodych ludzi, do budowania potrzeby ruchu, w efekcie do budowania własnej pełnomocności. Oznacza to w praktyce realizację odmiennego od tradycyjnego modelu edukacji. Odmienność ta charakteryzuje się przejściem:

- od nauczania do uczenia się,
- od sterowania (przymusu, narzucania) do oferowania (dobrowolności, swobodnego dokonywania wyborów),
- od ucznia jako przedmiotu oddziaływań do ucznia jako współuczestnika procesu edukacji
- od strategii rywalizacji do strategii współdziałania, współpracy.

W literaturze dotyczącej kształcenia nauczycieli postuluje się jego zmianę polegającą na odejściu od szkolenia (przygotowania do zawodu) nauczycieli w kierunku ich edukacji (profesjonalizm) [1]. Oczekiwanym efektem tej zmiany byłaby interpretacyjna otwartość edukatorów zdrowia na wiele światów znaczeń uczniów, refleksja nad działaniem i ciągle redefiniowanie zdarzeń zastępujące rutynę pedagogiczną opartą na jednym wariancie działania. Trudno jednak dokonywać jakichkolwiek zmian bez uwzględnienia specyfiki, struktury i jakości wiedzy profesjonalnej nauczyciela.

Wiedza profesjonalna nauczyciela

Na wiedzę profesjonalną nauczyciela składa się jego wiedza ogólna, specjalistyczna i normatywna. Przy czym, w każdej z nich wyróżnić można warstwę wiedzy informacyjnej, dającej odpowiedź na pytanie „jak się rzeczy mają” (stanowi ona podstawę wiedzy deklaratywnej typu „wiem że...”, pozwalającej świat edukacyjny jedynie opisać i przyjmuje charakter wiedzy technicznej, statycznej, obejmującej rejestr wyuczanych — poprzez powtarzanie — umiejętności) oraz warstwę naukową — „dlaczego tak się mają” i „wiem, jak to wykorzystać” (wiedza wyjaśniająca i interpretacyjna). Właśnie ta druga warstwa wiedzy pozwala dokonywać zmian w trakcie działania pedagogicznego, łączy się bowiem z kwestią rozumienia i jest „podstawą świadomych decyzji nauczyciela” oraz „źródłem prawomocności” jego działania [2]. Tak więc to rozumienie stanowi o sensie działania nauczyciela. Wiedza specjalistyczna dotycząca ucznia, sposobów oddziaływania w sferze interpersonalnej i zadaniowej, przyczyn powstania różnych grup społecznych, obejmuje też wiedzę o sobie samym. Wiedzy tej nie utożsamiam tylko ze zbiorem pewnych faktów, lecz ze strukturą faktów mającą znaczenie dla przebiegu procesu edukacyjnego. Wiedza specjalistyczna stanowi podstawę doskonalenia umiejętności pedagogicznych w zakresie organizowania środowiska społecznego klasy, umiejętności udzielania wsparcia i pomocy uczniom, pokonywania dystansu, umiejętności słuchania, rozwiązywania konfliktów, uruchamiania procesów grupowych, które pozwolą uczniowi na

współtworzenie norm i przyjęcie odpowiedzialności za proces uczenia się.

Wiedza normatywna [3] dotyczy otwartości na świat znaczeń drugiej osoby, zachowania równowagi w relacjach ja-nauczyciel i ty-uczeń i jest szczególnie istotna, gdyż odnosi się do tego, co nauczyciel uważa za znane sobie lub w co wierzy w związku z przyjętymi wartościami. Wiedza ta jest podstawą umiejętności scalania trzech światów ja — ty — my [4]. Związana jest z odpowiedzialnością nauczyciela — jako członka określonej społeczności — za słowo. Pozwala na przybliżanie uczniów do odczytania i rozumienia intencji innych, do rozwijania umiejętności interpretacyjnych. Jednocześnie umożliwia nauczycielowi wprowadzanie do swojego świata uczniowskich interpretacji. W ten sposób przepływają znaczenia między światem Ja i Ty tworząc wspólne rozumienie pojęć, a więc świat My. Dochodzenie do wspólnego rozumienia znaczeń i wartości odbywa się z wzajemnym poszanowaniem własnych światów.

Wartości, które nauczyciel ceni, w różny sposób wpływają na jego działalność pedagogiczną. Z reguły determinują decyzje, które podejmuje on w procesie edukacyjnym. Reprezentowane przez niego przekonania wewnętrzne, oparte o wyznawany system wartości powodują, iż pewne rozwiązania w sytuacjach szkolnych są z góry wykluczone, tylko pomiędzy niektórymi może on wybierać (nawet jeśli głośno nie formułuje swoich zasad).

Tak pojmowany system wiedzy zbliżony jest do koncepcji R. Kwaśnicy [5], który wyróżnia wiedzę praktyczno-moralną i wiedzę techniczną, stanowiącą podstawę nabywania dwóch grup kompetencji. Do pierwszej grupy zalicza kompetencje praktyczno-moralne, drugą grupę stanowią kompetencje techniczne [5]. Wiedzę praktyczno-moralną (pożądaną z punktu widzenia współczesnego modelu edukacji zdrowotnej) nabywa nauczyciel w konkretnym działaniu komunikacyjnym; ona pozwala mu pytać „o warunki umożliwiające dialogowe porozumiewanie się” [5]. Strukturę tych kompetencji budują zdolności empatycznego rozumienia i bezwarunkowej akceptacji drugiej osoby, zdolność do krytyki, jako poszukiwania ukrytych przekonań, zachowań, postawa niedyrektywna, własny punkt widzenia jako oferta myślowa, jedna z możliwych odpowiedzi.

Jakość wiedzy profesjonalnej nauczyciela ma znaczenie dla efektywnego radzenia sobie w różnych sytuacjach szkolnych. Problemy, z którymi przychodzi konfrontować nauczycielowi swoją wiedzę profesjonalną mają charakter podmiotowy - odnoszą się do tworzenia udanych relacji pomiędzy nauczycielem a uczniem i związane są z organizacją warunków sprzyjających aktywności własnej uczniów: poczuciem podmiotowości oraz poczuciem kompetencji.

Budowanie poczucia podmiotowości uczniów

Człowiek zaczyna dorabiać się poczucia podmiotowości i współzależnej od niej odpowiedzialności w toku doświadczeń szkolnych. Ocena siebie i innych wypływa z wiedzy będącej rezultatem własnego rozumowania i przekonania o słuszności postępowania, co dodatnio wpływa na poczucie własnej wartości. Aby mógł nastąpić rozwój podmiotowości muszą być spełnione określone wa-

runki. M. Straś-Romanowska wskazuje na dwa główne. Pierwszy związany jest z umożliwieniem uczniowi autentycznego poznania samego siebie, swojej odrębności poprzez odkrywanie upodobań i zamiłowań. Sprzyjają temu nierestrykcyjne wymagania ze strony nauczyciela, akceptacja indywidualności każdego uczestnika procesu edukacyjnego, zachęcanie do wykorzystywania subiektywnych doświadczeń, przemyśleń i odczuć. Drugi dotyczy zachęcania uczniów do artykułowania i weryfikowania własnych przekonań, uwzględniania ich podczas podejmowania decyzji. Sprzyja to osiągnięciu poczucia integracji psychicznej, gdyż przekonanie o słuszności postępowania podnosi poczucie własnej wartości [6]. Trzeba tworzyć więc klimat bezpieczeństwa psychicznego (poczucie akceptacji) oraz stwarzać okazje do doświadczania przez ucznia pozytywnych związków pomiędzy jego aktywnością, wysiłkiem, działaniem a uzyskiwanym efektem (poczucie sprawstwa).

Sprawdzenie wiedzy profesjonalnej nauczyciela i jego kompetencji do poziomu sprawności warsztatowej prowadzi najczęściej do nauczania poprzez przekazywanie wiedzy, instruowanie ucznia, co wytwarza niebezpieczeństwo kojarzenia uczenia się z aktywnością szkolną, która w takim kształcie nie wpływa na jego życie poza szkołą. W skrajnych przypadkach sprzyja nawet podejmowaniu przez nauczyciela działań manipulacyjnych, w których przyjęta zostaje instrumentalna relacja wobec ucznia (w określonym czasie należy dojść do założonych — znanych tylko nauczycielowi — celów). Uczeń przynosi ze sobą doświadczenia wyniesione z domu rodzinnego, środowiska rówieśniczego i dysponuje wiedzą nierzadko zbudowaną w oparciu o przekaz reklamy. Jest to wiedza życiowa dziecka, dlatego też do niej odwołuje się w działaniu. Jeśli wiedza nowa, z którą zapoznaje się uczeń, jest odmienna i odległa od jego doświadczeń, zostanie uznana za zbyt teoretyczną, nieprzydatną w praktyce. Sprawdzianem „prawdziwości wiedzy” jest właśnie jej użyteczność w praktyce. Tak więc wiedza posiadana przez uczniów, ich aktualne przekonania mogą stanowić pewną „przeszkodę epistemologiczną” w budowaniu i przebudowywaniu wiedzy i postaw oraz przyczyniać się do dalekich od oczekiwań efektów edukacji.

Uniknięcie tego niebezpieczeństwa wymaga od nauczyciela upodmiotowienia uczniów, uruchomienia refleksji nad rzeczywistymi potrzebami i uprawnieniami uczniów, nad sensem wzajemnych relacji, które sprzyjać mają rozwojowi i realizacji konstruktywnych możliwości ucznia. Jest to o tyle istotne i zarazem trudne, że mimo wielu elementów stałych sytuacje edukacyjne są niepowtarzalne i otwarte przez fakt uczestnictwa w nich odmiennych jednostek. W doświadczaniu przez ucznia podmiotowości szczególną rolę odgrywają interakcje, zbudowane na określonych zasadach — wzajemności brania i dawania, zmienności ról pełnionych w układach interakcyjnych. Są one wskaźnikami rzeczywistego sprawstwa człowieka i stanowią o poziomie podmiotowej aktywności jednostki [7]. Nauczyciel wchodzi w interakcje z wieloma podmiotami, które stanowią odrębne indywidualności; każda więc sytuacja wymaga otwarcia na wiele światów znaczeń. Celem interakcji nauczyciel — uczeń, uczeń — nauczy-

ciel jest intencja porozumienia wyrażająca się w dążeniu do uzgodnienia interpretacji świata [5]. Interakcja jest techniką osiągania porozumienia w toku wzajemnych negocjacji, co nabiera znaczenia zwłaszcza wtedy, gdy szkoła i nauczyciel nie są jedynym źródłem informacji, a nauczycielowi przychodzi zmierzyć się z już posiadaną przez uczniów wiedzą oraz utwalonymi znaczeniami [8].

Nauczyciel wywiera wpływ na ucznia nie tylko słowem, gestem, zachowaniem i pojmowaniem świata. W tym kontekście nie jest obojętne, do jakiej odwołuje się filozofii. Warto zatem zadać pytanie, czy uczeń jawi mu się w procesie edukacji jako istota wolna i wewnątrzsterowna, czy też jako byt zdeterminowany. Paradygmat edukacji podmiotowej zakłada twórczy rozwój osobowości i kształtowanie indywidualności człowieka poprzez jego uczestnictwo w różnych formach aktywności [9].

Edukacja dla zmiany nastawiona jest na odkrywanie i realizowanie własnej podmiotowości zarówno nauczyciela, jak i ucznia; szczególnie zaś ukierunkowana jest na uwolnienie uczniów spod panujących w szkole stosunków dominacji, mechanizmów selekcji, czemu sprzyjać ma między innymi formułowanie pytań krytycznych o cele i treści edukacji. Proces upodmiotowienia możliwy jest przy założeniach podmiotowego standardu waluacji, nie zaistnieje natomiast w przedmiotowym standardzie waluacji. Ważne jest więc, w jakim standardzie waluacji funkcjonuje nauczyciel, jakie ma doświadczenia budowania własnej podmiotowości w toku kształcenia. Standardy te przeciwstawia się sobie. Przyjmując stanowisko Kazimierza Obuchowskiego [10] w podmiotowym standardzie waluacji nauczyciel postrzega siebie, jako źródło swojego postępowania, cele własne, jako przedmiot swoich intencji i świat wokół siebie, jako szansę dla swoich możliwości. Dzięki takiemu podejściu wszelkie wybory są efektem refleksji nad sobą. Standard przedmiotowy manifestuje się w postaci określonych stereotypów i powoduje, iż nauczyciel postrzega siebie jako spełniającego kryteria przypisanej roli społecznej, zawodowej; cele utożsamia ze zobowiązaniami, a świat wokół siebie, jako obszar wypełniania obowiązków. W efekcie, wypełniając zadania wynikające z „roli”, zrzuca z siebie odpowiedzialność za działanie.

Michał Balicki rozszerza to podejście o mieszany standard waluacji, który charakteryzuje ambiwalentna ocena samego siebie, dwoistość celów (z jednej strony są one narzucone, oficjalne, z drugiej własne, prywatne) i postrzeganie świata jako obszaru jednocześnie konieczności oraz szansy do samorealizacji [11]. Według W. Puśleckiego w polskiej rzeczywistości szkolnej dominuje przedmiotowy standard waluacji. U jego podstaw leżą sztywne i rozbudowane wzorce zachowań, często nie pozostawiające jednostkom żadnego wyboru między pragnieniami a wymaganiami z zewnątrz i prowadzące w rezultacie do bierności, bezrefleksyjności [12]. Podporządkowanie się przypisanej roli eliminuje świadome kierowanie swoim losem. Nauczyciela funkcjonującego w tym standardzie Henryka Kwiatkowska przedstawia jako nie tolerującego wątpliwości, a co za tym idzie czyniącego wszystko, by je zlikwidować — głównie poprzez

kategoryzację i standaryzowanie sytuacji [13]. To nauczyciel oczekujący posłuchu, nie znoszący sprzeciwu, utożsamiający cel ze zobowiązaniem, stereotypowy w myśleniu, arbitralnie wystawiający oceny dobra i zła. Klimat, który przez to stwarza, nie sprzyja angażowaniu się jednostki. Taki nauczyciel nie akceptuje bowiem ucznia mającego wątpliwości i odmienne zdanie.

Nauczyciel podmiotowego standardu waluacji dopuszcza przejawy indywidualizmu swoich uczniów, dzięki czemu stwarza sytuacje sprzyjające angażowaniu się jednostek, sprawdzaniu swoich możliwości, podejmowaniu decyzji i przewidywaniu skutków owych wyborów — czyli daje szanse doświadczania bycia podmiotowym.

Przekonania nauczyciela wyrażają się w praktyce w przyjętym przez niego stylu zarządzania klasą, który jest efektem mieszania się wiedzy profesjonalnej, przyjętej filozofii edukacji, własnych doświadczeń zawodowych i życiowych oraz cech osobowych. Poglądy na temat rodzajów uczenia się, indywidualizacji nauczania, podmiotowego traktowania siebie i innych uczestników procesu edukacyjnego w znacznej mierze wpływają na ten styl, budują klimat społeczny klasy i pozwalają na stworzenie wymienionych wcześniej warunków koniecznych do rozwijania poczucia podmiotowości. Amerykańska literatura przedmiotu prezentuje siedem stylów zarządzania klasą szkolną (grupą uczniów) [14]:

- jednym z nich jest styl asertywny, polegający na dawaniu wsparcia i ciepła wszystkim uczniom; wymaga sformułowania jasnych i czytelnych oczekiwań określonych przez nauczyciela w formie reguł, którym podlegają wszyscy uczestnicy procesu edukacyjnego, a więc i nauczyciel; uczniowie mają świadomość, że nauczyciel oczekuje od nich zachowania się w określony sposób i że sami są za nie odpowiedzialni; uczeń, wiedząc jakie obowiązują zasady, może sam ocenić swoje postępowanie,
- styl nastawiony na osiągnięcia szkolne wymaga również jasnej komunikacji odnośnie wymagań; organizacja pracy i informacje zwrotne udzielane uczniom w trakcie zajęć są zawsze podporządkowane uzyskaniu przez ucznia wysokiego poziomu sprawności; ten styl wymaga od nauczyciela uwzględniania różnych dróg dochodzenia do wiedzy oraz znajomości sztuki motywowania,
- w stylu nastawionym na modyfikację zachowań uczniów nauczyciel stanowi niewyczerpane źródło nagród i kar; dyscyplinuje, koryguje zachowania uczniów poprzez udzielanie im częstych informacji zwrotnych; to on decyduje o nagrodzie lub karze, zatem wszystkie jego zachowania świadome i nieświadome, werbalne i niewerbalne stanowią źródło wzmocnień,
- styl nastawiony na zarządzanie grupą kładzie nacisk na natychmiastowe reagowanie na zachowania grupowe, aby zapobiegać powstawaniu poważnych problemów; od uczniów oczekuje się dobrego wypełniania obowiązków szkolnych wynikających z pełnionej roli ucznia; nauczyciel powinien jasno komunikować, co jest pożądane, a co nie; cele nauczyciela są ściśle

związane z pełnią przez niego rolą; ten styl związany jest ze stwarzaniem uczniom poczucia, iż czynią postępy i dostarczaniem zadań będących dla nich wyzwaniem,

- styl nastawiony na kierowanie poprzez grupę wymaga od nauczyciela znajomości oraz rozumienia potrzeb i zainteresowań grupy w celu łatwiejszego wpływania na jej zachowania; dążenie do dokonywania zmian zachowań poszczególnych uczniów, bez tej znajomości, może spowodować nieprawidłowe relacje pomiędzy samymi uczniami; ważna jest tu świadomość nauczyciela, że i jego własne zachowania mają wpływ na grupę,
- styl nastawiony na osiąganie sukcesu przez uczniów daje im możliwość dokonywania wyborów zgodnie z własnymi przewidywaniami, co do rezultatów korzystnych lub niekorzystnych dla siebie; poczucie własnej wartości i doświadczanie sukcesu warunkuje podjęcie dobrych dla siebie decyzji; w efekcie wzmacnia się poczucie odpowiedzialności ucznia; nauczyciel sugeruje tylko i podpowiada; przyjmuje rolę oferującego swoją pomoc,
- styl nastawiony na dawanie akceptacji bazuje na założeniu, iż człowiek ma wrodzoną potrzebę akceptacji; dla ucznia — uważa nauczyciel — ważniejsze od uczenia się jest poczucie przynależności do grupy; nauczyciel zachęca i wspiera ucznia w podejmowanych wysiłkach, stara się, aby uczeń od razu doświadczał konsekwencji nieprawidłowych zachowań, co sprzyja samodyscyplinie; kładzie nacisk na mocne strony ucznia, nie pozwala na stosowanie metody prób i błędów lecz metody błędów i ich poprawiania.

Z tej krótkiej prezentacji wynika, że style różnicuje proporcja działań o charakterze prewencji i interwencji, stopień kontroli i dozoru ze strony nauczyciela oraz orientacja na zadanie lub osobę ucznia. Sposób realizacji przyjętego stylu może ograniczać lub wspomagać proces kształtowania uczniowskiej podmiotowości, w zależności od posiadanych przez nauczyciela kompetencji.

Odnaleźć można także przykłady traktujące podmiotowość jako postulat dla wychowania. Często jest on przekładany na język operacyjny w formie zadań stawianych szkole i nauczycielowi. W szczegółowych dezyderatach ogólnowychowawczych i dydaktycznych, sformułowanych przez Puśleckiego, odnaleźć można wiele przykazań dla nauczyciela (łącznie jest ich 140), dotyczących klimatu tworzenia wolności [12]. Takie uszczegółowienie jest wynikiem poglądu autora, iż nauczyciele, owszem uznają ideę podmiotowości, lecz w praktyce nie potrafią przełożyć jej na działanie pedagogiczne warunkujące jej zaistnienie, przez co idea ta funkcjonuje tylko jako deklaracja. Uczniowie, na tradycyjnych lekcjach wychowania fizycznego, mają ograniczoną możliwość tworzenia pozytywnego obrazu samego siebie i doświadczania poczucia podmiotowości, głównie za sprawą nauczyciela realizującego „instruktorskie” podejście do kształcenia. Nawet nauczyciel przejęty ideą upodmiotowienia, a posługujący się rutynowo-

wymi dla edukacji rozwiązaniami m.in. językowymi, niesie za sobą zagrożenie uprzedmiotowienia ucznia poprzez tworzenie mu realnie trudnych sytuacji (np. ocena sprawności fizycznej), w których uznawany jest często za słabego, nieporadnego, co może obniżać jego poczucia wartości. Doświadczanie przez ucznia takich interakcji z nauczycielem stanowi zagrożenie dla jego poczucia sprawstwa i kształtowania się orientacji podmiotowej.

Przeгляд podejść do podmiotowości pozwala doszukać się wewnętrznych i zewnętrznych źródeł podmiotowości człowieka. Źródło wewnętrzne stanowi swoiste ludzkie dążenie do ideałów, wynikające z własnego widzenia świata i obrazu samego siebie. Szkoła (jako instytucja) i nauczyciele stanowiący źródło zewnętrzne mogą przyczynić się do zwiększania prawdopodobieństwa przeżywania przez ucznia jego podmiotowości lub ograniczać jego szanse w tym zakresie.

Budowanie poczucia kompetencji uczniów

Równie ważnym czynnikiem warunkującym budowanie aktywnej postawy wobec zdrowia jest doświadczanie poczucia kompetencji. Do nauczyciela należy pomaganie uczniom w budowaniu poczucia sensu własnej aktywności, doświadczaniu związków między decyzjami a samopoczuciem swoim i innych, między zdrowiem a stylem życia. Odbywa się to głównie poprzez angażowanie osobistych zasobów i umiejętności uczniów, motywowanie ich do podejmowania wysiłku. Pomoc powinna więc uwzględniać organizację sytuacji sprzyjającą uczeniu się od siebie nawzajem (tutoringu rówieśniczego), tak by uczniowie korzystali z różnorodnych doświadczeń i kompetencji wszystkich uczestników procesu edukacyjnego (uczenie oparte na strategii współpracy). Tworzenie sytuacji edukacyjnych należy opierać na rzeczywistych potrzebach rozwojowych uczniów, z uwzględnieniem ich wiedzy i poglądów.

Erik H. Erikson sytuuje uczniów od 12 do 16 roku życia w fazie najbardziej znaczącej dla rozwoju tożsamości człowieka [15]. Dziecko poznaje świat, a pośrednikiem w zdobywaniu doświadczenia i wytwarzaniu obrazu rzeczywistości staje się nauczyciel, gdyż główną formą aktywności jest uczenie się przyporządkowane systemowi szkolnemu, które staje się źródłem sukcesów lub niepowodzeń. Uczniowie stawiają dociekliwe pytania. Poszukiwanie odpowiedzi na nie łączy się z krytycyzmem, nierzadko odrzuceniem dotychczasowych autorytetów. Przyjmują wyczekującą postawę wobec nauczyciela, potrafią być jednak natarczywi, gdy im na czymś zależy [16]. W tym wieku jednostki mogą przejawiać zarówno zachowania dziecięcego „ja” (czego wyrazem są np. nadmierne żądania, czy mało odpowiedzialne kroki), jak i zachowania charakteryzujące się wysoką odpowiedzialnością i dojrzałością. Wraz z dorastaniem pojawia się świadomość, że nie wszystkie problemy są proste i rozwiązywalne. Młodzi ludzie znają także niedojrzałość własnego umysłu, dlatego nie wydają sądów zbyt pochopnie. Czasami wahanie nasila się w takim stopniu, że nawet proste sytuacje jawią się dzieciom jako skomplikowane, pozostawiają więc one sąd o rzeczach dorosłym. W tym wieku są już w stanie analizować aktywność własnego umysłu, co sprzyja tworzeniu koncepcji samego siebie. Uczniowie są zdolni do wyzna-

czania odległych celów, dlatego ich aktywność przybiera charakter zorganizowanej i planowej. Ulega zmianie kierunek aktywności: od świata przyrodniczego, materialnego ku światu wewnętrznemu. Wyrażna staje się potrzeba czynu, czy nawet wyczynu [17]. Aktywność przybiera także formę działalności zbiorowej, grupowej. W tym okresie współdziałanie z rówieśnikami buduje wewnętrzną potrzebę traktowania innych ludzi w taki sam sposób, w jaki chcieliby być traktowani.

Na tym etapie rozwoju dziecko charakteryzuje zwiększone pobudzenie emocjonalne, labilność i ambiwalencja uczuć. Narasta lęk przed ekspozycją społeczną, przed niepowodzeniem. Charakterystyczne jest pojawiające się poczucie niepewności siebie oraz zakłopotanie towarzyszące różnym codziennym zdarzeniom. W tym okresie u niektórych nastolatków można zauważyć przesadę w traktowaniu własnych przeżyć jako jedynych i niepowtarzalnych. Wzrasta zainteresowanie związkami rówieśniczymi, najpierw jedнопłciowymi. To czas, kiedy tworzy się poczucie wspólnoty „my” przeciwstawiane „im” (dorosłym, nauczycielom). Dorastający stają się bardziej zamknięci w sobie, budzi się w nich potrzeba większej swobody i zmienia stosunek do dorosłych: z bezrefleksyjnej akceptacji do krytyki, a nawet przekory. Krytyka jest bezkompromisowa, dorastający zauważają przede wszystkim wady, pomijając osiągnięcia. Dostrzegają też wyraźnie rozbieżności między teorią a praktyką życia codziennego, szczególnie w zachowaniach dorosłych. Ostro widzą niesprawiedliwość i wszelką dyskryminację społeczną. Z drugiej jednak strony okres ten charakteryzuje się rozwinięciem i podtrzymaniem w dzieciach pozytywnej identyfikacji z tymi, którzy są kompetentni. To także czas nabywania i dążenia do osobistej niezależności. Dążenie to przyjmuje postać różnych prób ekspresji; często wyraża się przeciwstawianiem autorytetom świata dorosłych.

Faza adolescencji to ważny okres dla poszukiwania własnej tożsamości. Wyraża się ono podejmowaniem różnych prób odnalezienia i zademonstrowania własnej niepowtarzalności. Ponieważ jest to jeszcze zbyt trudne zadanie, na tym etapie rozwoju młodzież identyfikuje się z różnymi osobami, grupami — często ze sceny, areny sportowej czy organizacji młodzieżowych. Wierność manifestowana wobec idoli jest źródłem podnoszenia poczucia własnej wartości i pewności siebie.

Dzieci, będąc stale oceniane przez nauczycieli i innych dorosłych, zaczynają się porównywać. Punktem odniesienia jest grupa rówieśnicza. Wzrasta przy tym realizm w ocenie własnej osoby, szczególnie samoocena dziewcząt jest adekwatna do rzeczywistości. Samoocenę budują zarówno pozytywne jak i negatywne informacje, dzięki którym dziecko poznaje swoje mocne i słabe strony. Strukturą aktywnie rozbudowywaną jest więc obraz samego siebie. Psychologiczny autoportret, jaki tworzy dziecko oparty jest na „jaźni odzwierciedlonej” — młody człowiek przyjmuje punkt widzenia innych osób, co sprawia, że przejmuje się opiniami na swój temat. Potrafi także ocenić skuteczność swojego działania [18]. Jednocześnie rosnąca samoświadomość wpływa na spadek samoak-

ceptacji. Głównym czynnikiem oddziałującym na sposób widzenia siebie w roli ucznia są informacje zwrotne otrzymywane od nauczycieli. Proces rozszerzania wachlarza pełnionych ról i poszerzania „promienia społecznych interakcji” warunkuje rozwój psychospołeczny dziecka [15]. Pozwala mu być organizatorem, obserwatorem, wykonawcą i z tej perspektywy budować wizję siebie. Jest to proces długotrwały. W sytuacji, gdy atrakcyjność oferowanych ról jest niewystarczająca, lub gdy zawęży się ich pulę mogą nastąpić zjawiska niepożądane — identyfikacja z wartościami przeciwstawnymi do społecznie akceptowanych, manifestowanie bycia „nikim” w świecie autorytetów.

Według Eriksona dziecko domaga się potwierdzenia własnej adekwatności wobec społecznych oczekiwań w kontekście fachowości, perfekcyjności i działań zgodnych z określonymi regułami. Odniesieniem dla poczucia adekwatności jest zgodność działania z wymogami świata dorosłych. Uznanie w oczach dorosłych wzmacnia poczucie własnej wartości, „poczucie fachowości”, brak uznania zaś rodzi poczucie niespełnienia oczekiwań i bycia gorszym od innych. W skrajnych jednak przypadkach wzrost fachowości może doprowadzić do przerostu adekwatności, jak określa to Erikson. Dziecko może zatem znaleźć się w sytuacji, gdy nadmierne poczucie obowiązku spowoduje, że jego działania nastawione będą wyłącznie na realizację oczekiwań społecznych wynikających z pełnionej roli. W żadnym innym okresie — zdaniem Eriksona — dziecko nie jest nastawione i gotowe do szybszego uczenia się, do pełnego korzystania ze związków z nauczycielem. Mocno wyakcentowana przez psychologów aktywność i dążenie do „wprawiania w ruch” [15], oraz gotowość do osiągnięcia satysfakcji wynikających z określonych relacji osobowych, składają się na gotowość do potwierdzania własnych kompetencji. Nie można nie wykorzystać tego potencjału ucznia. Należy zaufać uczniowi i dać poczucie „bycia razem z nim po jego stronie”.

Z tej perspektywy patrząc na potencjał rozwojowy ucznia można oczekiwać, że przy pomocy nauczyciela jest on zdolny zbudować odpowiednią postawę wobec własnej aktywności i wysokie kompetencje, pozwalające na samodzielne podejmowanie decyzji i branie za nie odpowiedzialności, krytyczne ocenianie, współdziałanie z innymi i kreatywność. Takie też jest przesłanie edukacji zdrowotnej: umiejętność kreowania postaw sprzyjających całościowej aktywności fizycznej, jako podstawy jakości życia człowieka.

Działalność edukacyjna nauczyciela polega więc na udzielaniu uczniowi pomocy w zmaganiu się ze światem, tak, by po ukończeniu szkoły, kiedy już nie musi do niej chodzić i nie ma przy nim nauczającego nauczyciela, chciał być aktywny przez całe życie. Pomaganie jest zawsze ingerencją w świat drugiej osoby, związaną z niebezpieczeństwem przekroczenia granic świata ucznia. W praktyce edukacyjnej są dwie drogi pomagania uczniowi – pomaganie jako sterowanie i pomaganie jako oferowanie. Przyjęcie jednego lub drugiego ze sposobów powoduje jednak odmienne skutki. Za każdym sposobem pomagania stoją bowiem odmienne argumenty światopoglądowe i odmienne wartości [19]. Nauczyciel i wybrany przez niego sposób pomagania uczniowi jest nośnikiem tych war-

tości. Z postawy nauczyciela i ze sposobu niesienia pomocy uczniowie odczytują bowiem co jest wartościowe, jaki sposób bycia i traktowania ludzi jest właściwy, jaka postawa i jaki rodzaj aktywności jest społecznie pożądaną. To, czego uczniowie się nauczą: biernej akceptacji czy aktywnego krytycyzmu, odtwarzania czy wykorzystywania informacji, udzielania Jednej Właściwej Odpowiedzi czy poszukiwania wielu możliwych, współpracy czy rywalizacji, posłuszeństwa czy także myślenia, w dużej mierze zależy od sposobu działania nauczyciela.

Pomoc jest tym bardziej wątpliwa, z punktu widzenia możliwości budowania poczucia kompetencji, im bardziej ogranicza prawo ucznia do decydowania o własnym działaniu. Sytuacja, w której trzeba podjąć decyzję wywołuje u ucznia pewien niepokój, wahanie, wątpliwość. Jest to jednak stan pożądaną, bowiem wymaga krytycznego myślenia, rozważenia konsekwencji wyboru rozwiązania, a więc przyczynia się do świadomego uczenia się, dążenia do samodzielnych odkryć własnych pragnień czy preferencji. Uczeń staje się w ten sposób badaczem rzeczywistości, starającym się zrozumieć zjawiska, co pomaga nie tylko w odkrywaniu pomiędzy nimi zależności, ale także w zrozumieniu swojego działania, a w konsekwencji prowadzi do umiejętności wykorzystania doświadczenia w sytuacjach życiowych. Taki uczeń osadza swoje zamierzenia na silnym przekonaniu o osobistym wpływie na zdarzenia, co pozwala mu nabierać zaufania do własnych możliwości.

Jakie mogą być konsekwencje przyjętej przez nauczyciela formy pomagania uczniom? W przypadku sterowania pomoc nauczyciela polega na wskazaniu uczniowi właściwej – punktu widzenia nauczyciela – drogi, sposobu rozwiązania problemu. Pomoc ta przybiera często postać podawania wzoru, czy algorytmu odpowiedzi, a od ucznia wymaga jedynie wiernego podążania za śladem-sposobem rozumowania nauczyciela. W praktyce edukacyjnej taki sposób pomagania wyraża się w aplikacyjno-instrumentalnym sposobie działania nauczyciela, charakteryzującym się jego narracją, monologiem znaczeń, „doktrynalnością, fundamentalizmem i zastępowaniem myślenia przez wyznawanie” [20]. U aksjologicznych podstaw takiej formy pomocy leży założenie, że nauczyciel rozumie świat lepiej i w imię dobra ucznia ma prawo żądać, by ten postępował zgodnie z jego zaleceniami, a ponieważ wie, co jest dla ucznia dobre, musi mu udzielać właściwych wskazówek, bez których uczeń będzie popełniał błędy. Moralnym obowiązkiem tego nauczyciela i celem pomagania jest ochrona ucznia przed popełnianiem błędów. Inaczej rzecz ujmując to arbitralne stwierdzenie tego, co jest dobre, słuszne. Uczeń widzi więc tylko jedno rozwiązanie wskazane przez nauczyciela. Otrzymuje też informacje, że sam nie może niczego osiągnąć, co powoduje syndrom „wyuczony bezradności”, wyrażający się brakiem podejmowania przezeń aktywności i biernym oczekiwaniem na pomoc. W imię dobra ucznia nauczyciel steruje jego myśleniem i aktywnością. Gdyby sterowaniu przyjrzeć się z perspektywy komunikacji to często przyjmuje ona wzorzec manipulacyjny. W tym wzorcu nauczyciel wykorzystuje emocje i potrzeby uczniów w celu nakłonienia ich do podejmowania działań zgodnie z jego oczekiwaniem, by u

uczniów powstało przekonanie, że działania przez nich podejmowane wynikają z ich własnej inicjatywy. Jawi się jeszcze jeden aspekt tej formy pomocy. Skoro to nauczyciel faktycznie podejmuje za ucznia decyzje i narzuca mu swój sposób działania, to czy jest także gotów wziąć odpowiedzialność za konsekwencje czynów (nie)podjętych przez uczniów? Czy można pociągnąć nauczyciela do takiej odpowiedzialności?

Na odmiennym założeniu aksjologicznym bazuje druga forma pomocy: przez oferowanie. Podstawą jest przyjęcie założenia, iż każdy człowiek, a więc i uczeń tworzy swoją własną wiedzę w procesie ciągłego interpretowania informacji docierających do niego. W ten sposób uczeń dochodzi do własnego rozumienia świata. Jeśli zatem uczeń potrzebuje pomocy, to polegać ma ona na umożliwianiu mu poszukiwań, tworzeniu warunków sprzyjających budowaniu własnej wiedzy. Takie podejście wymaga respektowania prawa do popełniania błędów, do uczenia się metodą „kolejnych prób i poszukiwań” oraz do poprawiania własnych błędów, tak by u ucznia nie pojawiła się „orientacja radarowa” – odczytywanie „co nauczyciel ma na myśli” [21]. Pomocą nie jest więc narzucanie gotowych rozwiązań, gotowych interpretacji jako jedynych właściwych. Oferujący nauczyciel prezentuje swój punkt widzenia, swoje rozwiązanie jako jedno z możliwych. Jest to charakterystyczne dla krytyczno-refleksyjnego sposobu działania nauczyciela, związanego z nauczaniem interaktywnym, problemowym. Oferowanie polega więc na mnożeniu alternatyw, z których uczeń może skorzystać. Jest to jednak zawsze oferta do wyboru. Chcąc pomagać uczniom należy dzielić się swoim doświadczeniem, podejmować dialog znaczeń, zachęcać do wymiany myśli, doświadczeń, generowania własnych pomysłów, aby ułatwić mu przewidywanie konsekwencji przyjętych rozwiązań, umożliwić krytyczną ocenę samego siebie, decyzję pozostawiając jednak uczniowi.

Należy dodać, że człowiek jest w pełni aktywny tylko wtedy, gdy działa z przekonaniem, gdy akceptuje określone rozwiązania i normy. Nie zaakceptuje ich w klimacie przymusu i sterowania. Chcąc więc wykształcić aktywnego człowieka o „osobowości dbającej o zdrowie” to należałoby upowszechnić normy społeczne w sposób oferujący, tak by to uczeń miał okazję do ich indywidualnego odczytania i zaakceptowania. Uznanie przez ucznia norm i wartości za własne jest możliwe wtedy, gdy relacje nauczyciel-uczeń przyjmą charakter partnerski. Będą miały więc tylko wtedy sens, gdy narodzą się w działaniu.

Opierając się na tych założeniach nauczyciel oferujący wyprowadza dydaktyczne i wychowawcze zasady swojego działania. Do tych pierwszych można zaliczyć zasadę unikania narzucania uczniom gotowych interpretacji i zasadę wykorzystywania pozaszkolnych źródeł wiedzy. Zasada zaufania i respektowania praw ucznia zalicza się do zasad odnoszących się do sfery wychowania. Bezsprzecznie uczeń potrzebuje pomocy, ale nie w podejmowaniu za niego decyzji lecz w tworzeniu warunków sprzyjających samodzielnemu poszukiwaniom. Bycie pomocnym i odpowiedzialnym nauczycielem polega na takim działaniu, które umożliwia działanie ucznia.

Ważnym elementem wspomagającym budowanie poczucia kompetencji jest stosowanie strategii uczenia się we współpracy. To ona powinna zastąpić tak zakorzenione w tradycji polskiej szkoły współzawodnictwo i rywalizację. Wychowanie do rywalizacji nie ma uzasadnienia społecznego, sprzyja postawom egoistycznym, stygmatyzowaniu osób mniej sprawnych, hierarchizowaniu, rodzi nieufność. Osobom zaś, które doświadczają bycia „poza podium” stwarza się anty-warunki do budowania poczucia własnej wartości, poczucia kompetencji czy poczucia bezpieczeństwa. Osiągnięcie celów edukacji zdrowotnej wymaga kompleksowego działania, zaangażowania i współpracy wielu podmiotów, chociażby w tym celu, aby do ucznia mówić jednym głosem, tak by miał poczucie koherencji. Współpraca jest jedyną strategią rozwiązywania złożonych problemów zdrowotnych, w której zaufanie jest podstawą sukcesów. Znalazła się też na liście umiejętności życiowych, ponieważ jest niezbędna na wielu poziomach działania:

- makrosocjalnym – współpraca międzynarodowa, wykorzystanie doświadczeń innych krajów,
- mesosocjalnym – nabywanie/doskonalenie umiejętności życiowych wymaga współpracy pomiędzy specjalistami z zakresu różnych dziedzin, nauczycielami różnych przedmiotów, pomiędzy szkołą a środowiskiem rodzinnym, lokalnym, mediami,
- mikrosocjalnym – wykorzystanie potencjału grupy, uczenie się od siebie nawzajem, przygotowanie i realizacja projektów sportowych, promowanie zdrowego stylu życia wymaga współpracy uczniów ze sobą, z nauczycielami.

Zajęcia sportowe – prowadzone przecież w grupach – stwarzają wiele naturalnych sytuacji sprzyjających podkreśleniu wartości współpracy. W grupach, które łączy wspólny cel i chęć rozwiązania wspólnego problemu powstają związki wzajemnej zależności, zależności pozytywnej, co podnosi motywację ukończenia wspólnego działania. Dobrze zorganizowana praca grupowa wytwarza silne stosunki przyjaźni, zaufania, co przekłada się na klimat sprzyjający uczeniu się. W warunkach współpracy uczniowie występują względem siebie w roli podmiotowej. Taka strategia sprzyja też budowaniu wiary we własne siły i zmianie postaw; ma wartość, bo we wspólnym działaniu – rzeczywistym, nie zaś pozorowanym – rodzi się pozytywne nastawienie na zmianę.

Implikacje dla edukacji nauczycieli

Można więc postawić pytanie, czy w toku studiów (kształcenia) przyszli edukatorzy zdrowia zdobywają wiedzę profesjonalną, do której mogą odwoływać się przy tworzeniu własnych procedur postępowania pedagogicznego w tworzeniu warunków do doświadczania przez uczniów poczucia podmiotowości i kompetencji?

Badania prowadzone nad konstruowaną przez nauczyciela wiedzą ukazały, że w praktyce edukacyjnej nauczyciele korzystają przede wszystkim z wiedzy

opartej na doświadczeniu, jej właśnie nadając największe znaczenie [22, 23]. Nauczyciel odkrywa bowiem znaczenie wiedzy w procesie osobistego doświadczania jej przydatności. Z braku swoich doświadczeń często przyjmuje wzorce przeniesione z własnej kariery ucznia, powielając w ten sposób rutynowe procedury ustalania relacji między podmiotami edukacji, procedury, które wyrosły w odmiennych od dzisiejszych uwarunkowaniach społecznych i ekonomicznych. W dochodzeniu do profesjonalizmu edukatora może więc ograniczać minione doświadczenie i jego jednostkowa biografia, a więc pozadydaktyczne wymiary edukacyjnego działania. Doświadczenia, nabyte przekonania i osobista historia są przeszłością, w której została zbudowana wiedza normatywna i oczekiwania wobec siebie. Przy interpretacji zdarzeń szkolnych i nauczyciel i kandydat na nauczyciela odnosi się do własnego systemu wartości. Kluczową kategorią w tym procesie jest rozumienie. W oparciu o nie projektuje zamiary i plany, w czym właśnie przejawia zdolność do działania. Działanie można bowiem pojmować jako realizację planu opierającego się na rozumieniu sytuacji, którą stanowi fragment interpretowanego przez nauczyciela otoczenia. Nauczyciele podejmują różnego typu działania. Korzystając z klasyfikacji Maxa Webera można poszukiwać u nauczycieli [24]:

- działań o podłożu tradycyjnym, zakorzenionych w przeszłości, a obecnych w praktyce szkolnej w postaci "etnocentryzmu metodycznego" - jak nazywa je Dorota Klus-Stańska - których sens zawiera się w założeniu, że tak się robi „od zawsze” [20],
- działań opartych na emocjach, które charakteryzują się umiejętnością ukierunkowania owych emocji dla osiągnięcia celu. Działanie afektywne może zbliżać się do granicy racjonalności, gdy pod wpływem silnych emocji prowadzi do mniej racjonalnych zachowań, lub wręcz do utraty panowania nad sytuacją,
- działań wartościoworacjonalnych związanych z zewnętrznymi celami i w ścisłym związku z wyznawanymi przez nauczyciela wartościami; racjonalne znaczenie nadaje nauczyciel zachowaniu, nie zaś wartościom, z których to działanie wynika,
- działań praktycznych (celoworacjonalnych) zorientowanych na osiągnięcie konkretnych i realnych celów w codziennym działaniu.

Dotychczasowe rozważania wykluczają założenie, że edukatorom zdrowia wystarczy wiedza techniczna, zawodowa, zamknięta, którą gromadzą w toku tradycyjnego kształcenia. Żadne też studia nie czynią z kandydatów na nauczycieli profesjonalisty. Zarysowuje się więc konieczność przebudowania modelu ich edukacji. Pożądany edukator to profesjonalista poszukujący własnych procedur dochodzenia do celu, którego charakteryzuje otwartość interpretacyjna, otwartość na mikroświat szkoły i potrzeby rozwojowe ucznia, refleksja nad działaniem. Taki nauczyciel postrzega swoje działania edukacyjne jako zobowiązanie wobec ucznia, wyrażające się w potrzebie doprowadzenia do rozwoju pełni jego

możliwości. Warunkiem realizacji tego zobowiązania jest własny rozwój zawodowy edukatora, rozumiany jako przejście od postrzegania siebie jako reaktywnego obiektu sterowanego zewnątrz do postrzegania siebie jako aktywnego podmiotu zachodzących zmian. Tylko taki nauczyciel może być pomocnikiem ucznia w poszukiwaniu własnego stylu życia, dla którego aktywność może stać się pożądaną wartością.

Przyjęcie powyższych przesłanek upoważnia do wskazania trzech uzupełniających się obszarów koniecznych zmian w profesjonalnym przygotowaniu edukatorów zdrowia:

- pierwszy związany jest z założeniem, że wiedza nie jest statyczna, ma konstruktywistyczny i podmiotowy charakter, zmiana odnosi się więc do refleksywności nauczyciela, zdolności do przejścia od „wiem” do „myślę”,
- drugi obszar dotyczy procesu stawania się nauczycielem, to umożliwienie w toku studiów refleksyjnego praktykowania i przejścia od praktyki dominacji nad myśleniem studenta do wspierania jego myślenia,
- trzeci odnosi się do programu kształcenia nauczycieli i odstąpienia od rozumienia go jako zestawu zagadnień do realizacji na rzecz zestawu problemów pedagogicznych do rozwiązania; źródłem tych problemów powinna być praktyka szkolna.

To, wydaje mi się, ważne punkty orientacyjne na mapie teoretycznych i praktycznych problemów edukacji nauczycieli-edukatorów zdrowia. Błędem byłoby założenie, że to zamknięta lista propozycji do dyskusji nad zmianą jakości edukacji zdrowotnej w polskiej szkole.

BIBLIOGRAFIA:

1. Elliot J., *A model of professionalism and its implications for teacher education*, *British Educational Research Journal*, 1991, vol.17, nr 4, 309-318
2. Kwiatkowska H., *Sources of inspiration for the modern thinking about the teacher's education [in Polish] (Źródła inspiracji nowego myślenia o edukacji nauczycielskiej)*. In: Kwiatkowska H., Lewowicki T. (ed.), *Sources of inspiration for the contemporary teacher's education*, WSiP, Warszawa 1997, 53
3. Pearson T., *The teacher. Theory and practice in teacher's education [in Polish] (Nauczyciel. Teoria i praktyka w kształceniu nauczycieli)*. WSiP, Warszawa 1994, 110-113
4. Koć-Seniuch G., *Teacher's dialogical education [in Polish] (O edukacji dialogicznej nauczyciela)*. In: Kotusiewicz A., Koć-Seniuch G., Niemiec J. (ed.), *Peudeological thought and teacher's activity*. Wyd. Żak, Warszawa-Białystok 1997, 193
5. Kwaśnica R., *Introduction to the idea of supporting the teacher's development [in Polish] (Wprowadzenie do myślenia o wspomaganie nauczycieli w rozwoju)*. Wrocławska Oficyna Nauczycielska, Wrocław 1994, 17-20
6. Straś-Romanowska M., *The issue of subjectivity in education in the context of personalistic vision of a human being [in Polish]*. *Człowiek-Kultura-Edukacja*, vol.1, 1994, pp. 24
7. Czerepaniak-Walczak M., *Teacher's competences in the context of emancipation*

- pedagogy [in Polish] (*Kompetencje nauczyciela w kontekście założeń pedagogiki emancypacyjnej*). In: Dudzikowa M, Kotusiewicz A. (ed.), *The borders of ideas and educational practice*. Wydawnictwo UW, Białystok 1994,47
8. S. Dylak, *Teacher-pupil communication [in Polish]* (*Komunikowanie się między nauczycielem a uczniem*). In: Kwiatkowska H., Szybisz M. (ed.), *Teachers' professional communication competences*. Komitet Nauk Pedagogicznych, Warszawa 1997, 73
 9. Lewowicki T., *Changes in education [in Polish]* (*Przemiany oświaty*) .Wyd. Żak, Warszawa 1997, 58
 10. Obuchowski H., *Intentional human [in Polish]* (*Człowiek intencjonalny*). PWN, Warszawa 1993, 3–15
 11. Balicki M., *New assessment models and teachers' education in the society of information technology [in Polish]* (*O nowe standardy waluacji kształcenia i doskonalenia nauczycieli w warunkach społeczeństwa informatycznego*). In: Prokopiuk W., (ed.), *Teacher's development in the time of transformation*. Trans Humana, Białystok 1998, 59–60
 12. Puślecki W., *Early-school triggering education [in Polish]* (*Kształcenie wyzwalające w edukacji wczesnoszkolnej*). Impuls, Kraków 1996, 17
 13. Kwiatkowska H., *Certainty and doubts in pedagogic activity [in Polish]* (*Pewność i wątpliwość w działaniu pedagogicznym*). In: Paclawska K. (ed.), *Tradition and challenges*. Uniwersitas, Kraków 1996, 119
 14. Ornstein A.C., *Strategies for effective teaching*. Harper/Collins Publishers Inc., New York 1990, 58–79
 15. Witkowski L., *Development and identity in life cycle. The study of Erik H. Erikson's concept [in Polish]* (*Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona*). UMK, Toruń 1989, 139
 16. Szuman S., *Studies upon the child's psychological development [in Polish]* (*Studia nad rozwojem psychicznym dziecka*), vol. 1. WSiP Warszawa 1985, 335
 17. Harwas-Napierała B., Trempala J. (ed.), *Psychology of a human's development [in Polish]* (*Psychologia rozwoju człowieka*), vol. 2. PWN, Warszawa 2000, 180
 18. Vasta R., Haith M.M., Miller S.A., *Child psychology [in Polish]* (*Psychologia dziecka*) . WSiP, Warszawa 1995, 521
 19. Kwaśnica R., *Helping the teacher – alternative communication [in Polish]* (*O pomaganiu nauczycielowi – alternatywa komunikacyjna*). Wrocławska Oficyna Nauczycielska, Wrocław 1994, 8-9.
 20. Klus-Stańska D., *Breaking the school monologue of meanings - barriers and chances [in Polish]* (*Przerwanie szkolnego monologu znaczeń – bariery i szanse*). In: Bauman T. (ed.), *Learning as a lifelong venture*. Impuls, Kraków 2005,110
 21. Brzezińska A., *What an active participation the pupil and the teacher can be [in Polish]* (*Czym może być aktywne uczestnictwo ucznia i nauczyciela*). In: Lutomski G. (ed.), *Teaching differently, Humaniora*, Poznań 1994,33
 22. Palka S., *Pedagogic theory and teachers' practical experience [in Polish]* (*Teoria pedagogiczna a praktyczne doświadczenie nauczycieli*). WSiP, Warszawa 1989
 23. Polak K., *Individual teacher's theories. Origin, research, development [in Polish]* (*Indywidualne teorie nauczycieli. Geneza, badanie, kształtowanie*). UJ, Kraków 1999.
 24. Weber M., *Economy and society [in Polish]* (*Gospodarka i społeczeństwo*). PWN, Warszawa 2002, s.19-20

Rozumienie pojęcia zdrowia Przegląd podstawowych terminów

Pochodzenie pojęcia zdrowie

- Postać pierwotna wyrazu *zdrów* to:
 - dorw
 - derw czyli drzewo
- nastąpiło przeniesienie znaczenia od *drzewa* na *siłę*, a silny to zdrowy

Personifikacja pojęcia zdrowia

HYGEIA I ASKLEPIOS

jako dwa nurty medycyny

- HYGEIA – grecka bogini, symbolizuje cnoty zdrowego życia w pięknym otoczeniu, ideał „zdrowy duch w zdrowym ciele”, wiarę w to, że człowiek może być zdrowy, jeśli żyje zgodnie z rozumem. Od jej imienia pochodzi nazwa higieny – dyscypliny zajmującej się zachowaniem zdrowia i profilaktyką chorób
- ASKLEPIOS – I legendarny lekarz grecki (XII wiek p.n.e.), reprezentuje nurt medycyny naprawczej, koncentracja na leczeniu chorób i przywracaniu zdrowia

Narodziny pojęcia

- Kodeks Hammurabiego 1700 p.n.e.
- Cywilizacja kretańska
- Tradycja kultury fizycznej krajów Bliskiego i Dalekiego Wschodu
- Ostatnia część pięcioksięgu Mojżesza
- Od Hipokratesa (460–377) do Galena (130-200)

Definiowanie pojęcia

nirozzerwalność pojęć: zdrowie i choroba

√ Teorie kosmogoniczne

- Choroba - wynik działania nieprzyjaznych sił zewnętrznych
- Choroba - skutek niewłaściwego postępowania człowieka i zesłania nań kary przez siły nadprzyrodzone
- Choroba jest rezultatem wpływu kosmosu, którego człowiek jest odbiciem
- Choroba jest wynikiem wtargnięcia do organizmu czynników zewnętrznych

√ Teorie religijno-mistyczne

Hipokrates

ojciec medycyny europejskiej

- √ Filozoficzna koncepcja zdrowia – Hipokrates dysponował dobrą znajomością

układu kostnego, pozostała wiedza była spekulatywna, wynikała nie z obserwacji a rozważań filozoficznych

- Zdrowie jako dobre samopoczucie
- Choroba jako złe samopoczucie
- Samopoczucie zależy od tego, co człowieka otacza i co na niego wpływa (woda, gleba, sposób żywienia, życia, praca, odpoczynek)
- Warunkiem zdrowia jest unikanie złych czynników

Platon (427-347 p.n.e.) uczeń Hipokratesa

√ Koncepcja idealistyczna – poglądy opierał na wskazaniach ówczesnej literatury medycznej.

- Zdrowie to funkcja doskonalenia stylu życia (higiena) oraz właściwej diety (staranność w doborze pokarmów)

Arystoteles – bez ciała nie może istnieć dusza, zalecał dbałość o rozwój dziecka od urodzenia. Prawidłowy rozwój fizyczny to podstawa harmonijnego rozwoju moralnego i intelektualnego

Poglądy stoików przedstawiciel - Plutarch

√ Dewaluacja wartości zdrowia fizycznego na rzecz harmonii umysłowej

- Zasadniczym warunkiem zdrowia jest aktywność i wolność
- Najważniejsze wykształcenie umysłowe, gdyż jest boskie i nieśmiertelne
- Sfera fizyczna człowieka – dobro cenne, ale zmienne

Poglądy Claudiusa Galenusa (Galena)

- Swoje prace opierał na rzetelnych badaniach (wiwisekcje, sekcje zwierząt)
- Zapoczątkował fizjologię eksperymentalną
- Opracował dzieła traktujące o układzie nerwowym człowieka, układzie krwionośnym, opisał budowę układu oddechowego, przedstawił istotę procesu widzenia
- Obalił wiele mitów i nieprawdziwych poglądów

Chrześcijańska pogarda dla ciała (średniowiecze)

√ Nikczemne ciało – balast dla duszy, ideał to cierpienie, ból, abnegacja i wyniszczenie fizyczne

√ Podział chorób:

- choroby jako dzieło diabła (psychozy, zaniki pamięci, zaburzenia potencji, epilepsja, porażenia, nagła śmierć) – leczenie: wypędzanie demonów
- choroby z woli bożej

Paracelsus (1493-1541)

symbol przejścia od czasów średniowiecznych do nowożytnych

√ Doktryna makro i mikrokosmosu.

- zdrowie nie pochodzi od Boga, nie jest dane przez naturę,
- czas śmierci zależy od człowieka, długość życia od warunków bytu i stylu życia
- zdrowie jest przejściową harmonią

Joachim Struppis

- Wprowadził reformy sprzyjające zdrowiu
- Opublikował dzieło, które jest uważane za pierwszą rozprawę dotyczącą zdrowia publicznego (1567)

Pedagodzy o zdrowiu

- Juan Louis Vives
- Jan Amos Komeński
- John Locke
- Sebastian Petrycy
- Jean Rousseau
- Grzegorz Piramowicz

Definicje zdrowia

- Laickie definicje zdrowia
- Profesjonalne definicje zdrowia

Definicje zdrowia- podział

- Biologiczne - akcentują somatyczny stan jednostki o parametrach określonych przez nauki medyczne
- Funkcjonalne – określają zdrowie jako stan, w którym jednostka wykazuje optymalną zdolność pełnienia ról i zadań,
- Biologiczno – funkcjonalne – uwzględniają zarówno sferę biologiczną jak i funkcjonalną oraz sferę przeżyć psychicznych człowieka

Przegląd definicji

J.B. Karski

Choroba jest identyfikowana z jedną z pozycji wpisanych do Międzynarodowej klasyfikacji chorób, a więc zdrowie jest stanem, w którym nie ujawnia się żadna z jednostek chorobowych uznanych w tym dokumencie.

Światowa Organizacja Zdrowia (1946)

Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)

Maciej Demel

Zdrowie to poziom sprawności funkcji ustrojowych w stosunku do środowiska (to tzw. potencjał adaptacyjny człowieka) oraz sztuka panowania nad własnym ciałem i psychiką. Takie zdrowie stanowi zespół cech podlegających rozwojowi jakościowemu i ilościowemu.

Sposoby konceptualizacji zdrowia

- Rozumienie zdrowia jako dyspozycji – zdrowie to zasób, ogólna zdolność organizmu do wszechstronnego rozwoju i do życia w środowisku, radzenie sobie z wymaganiami
- Rozumienie zdrowia jako procesu – zdrowie jest pojęciem dynamicznym i interakcyjnym, zmienia się w czasie i w zależności od wymagań zewnętrznych i wewnętrznych.
- Choroba jest zakłóceniem procesu

Modele zdrowia

- Biomedyczny (medyczny) model zdrowia
- Holistyczne podejście do zdrowia
- Społeczno-ekologiczny model zdrowia

Możliwości realizacji współczesnego modelu edukacji zdrowotnej w perspektywie kształcenia nauczycieli

nauczyciel-edukator

- **profesja (profession)**
- ciągle, aktywne konstruowanie wiedzy proceduralnej, kompetencji
- uczenie się poprzez działanie

zawód (vocation)

- opanowanie zestawu zdefiniowanych umiejętności,
- uczenie się poprzez modelowanie, powtarzanie

pełnomocność (empowerment) człowieka - zdolność, moc, kompetencja

- do kontrolowania własnego zdrowia,
- dokonywania właściwych wyborów na rzecz zdrowia swojego i innych,
- do świadomego działania opartego na rozumieniu i wewnętrznym przekonaniu o jego sensie i wartości

Kierunki zmian w edukacji

- od nauczania do uczenia się,
- od sterowania do oferowania,
- od ucznia jako przedmiotu oddziaływań do ucznia jako współuczestnika procesu edukacji,

- od strategii rywalizacji do strategii współpracy

Wiedza profesjonalna

wiedza informacyjna - jak się rzeczy mają

wiedza naukowa – wyjaśniająca, interpretacyjna

Struktura wiedzy profesjonalnej nauczyciela – edukatora

- wiedza ogólna
- wiedza specjalistyczna
- wiedza normatywna

(to dynamiczny system znaczeń, cechy: kontekstualizm, całościowość, akcent na rozumienie, re-konstruowanie wiedzy, refleksyjność)

Znaczenie wiedzy profesjonalnej nauczyciela-edukatora

- organizowanie warunków sprzyjających aktywności własnej uczniów
- doświadczaniu poczucia podmiotowości (akceptacji i sprawstwa)
- doświadczaniu poczucia kompetencji

Edukator zdrowia

- profesjonalista poszukujący własnych procedur dochodzenia do celu
- działanie jako zobowiązanie wobec ucznia (doprowadzenie do rozwoju pełni jego możliwości)
- pomoc uczniowi w poszukiwaniu własnego stylu życia

Własny rozwój zawodowy edukatora

- przejście od postrzegania siebie jako reaktywnego obiektu sterowanego zewnątrz do postrzegania siebie jako aktywnego podmiotu zmian (kreatora)

Obszary koniecznych zmian w profesjonalnym przygotowaniu edukatorów zdrowia

- pierwszy związany jest z założeniem, że wiedza nie jest statyczna, ma konstruktywistyczny i podmiotowy charakter, zmiana odnosi się więc do refleksyjności nauczyciela, zdolności do przejścia od „wiem” do „myślę”
- drugi obszar dotyczy procesu stawania się nauczycielem, to umożliwienie w toku studiów refleksyjnego praktykowania i przejścia od praktyki dominacji nad myśleniem studenta do wspierania jego myślenia
- trzeci odnosi się do programu kształcenia nauczycieli i odstąpienia od rozumienia go jako zestawu zagadnień do realizacji na rzecz zestawu problemów pedagogicznych do rozwiązania; źródłem tych problemów powinna być praktyka szkolna

dr Bożena Roszak

Mirosława Wąsowska

Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Lesznie

SKĄD SIĘ BIERZE ZDROWIE

Jak niewiele wiem o dzieciach – nauczyciel.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie koncepcji zdrowia psychicznego w ujęciu salutogenezy, która z innej perspektywy pozwala spojrzeć na zdrowie człowieka.

Wiele uwagi poświęcamy zdrowiu fizycznemu dzieci – chcemy mieć pewność że odpowiednio się odżywiają, ubierają się właściwie, zwłaszcza zimą, zachęcamy do aktywnego wypoczynku, ruchu na wolnym powietrzu, troski o kondycję fizyczną.

Czy jednak wystarczająco troszczymy się o ich zdrowie emocjonalne i dobre samopoczucie, o to jak postrzegają siebie, jak funkcjonują wśród innych osób, jak radzą sobie z trudnościami? Zdrowie emocjonalne jest ważne dla naszego zadowolenia, jest podstawą czegoś, co nazywamy szczęściem oraz jak radzimy sobie w życiu.

Jako dorośli angażujemy się w dyskusje i spory. Czujemy się nieszczęśliwi lub niepewni w pracy. Nawijamy i zrywamy więzi z innymi. Umierają nam członkowie rodziny. Często jest nam trudno wyrazić to, co naprawdę czujemy. Jeśli potrafimy znaleźć skuteczne sposoby radzenia sobie z trudnościami i rozczarowaniami czujemy się lepiej. Badania wykazały, że im więcej rozwiązań możemy wymyślić i zastosować w momencie napotkania problemu, tym większe jest prawdopodobieństwo skutecznego jego rozwiązania. Także dzieci doświadczają wielu trudności jak np. sprzeczki z innymi, zazdrość o brata czy siostrę, zmiana szkoły, bycie krzywdzonym. Wyjście dla dziecka jest takie samo jak dla dorosłych, im więcej sposobów radzenia sobie mają do wykorzystania, tym większa szansa, że skutecznie poradzą sobie z problemem. Dzieci w wieku pięciu, sześciu lat potrafią zrozumieć pojęcie dokonywania wyboru, rozwiązywania sytuacji i uczą się nowych sposobów radzenia sobie z trudnościami. Jeśli nauczą się tego w pierwszych latach szkoły podstawowej, naberą umiejętności pomocne przez całe życie. Badania wykazały, że dobre wyniki w nauce w niewielkim stopniu przekładają się na umiejętności życiowe dziecka jak: skuteczne radzenie sobie z życiowymi niepowodzeniami i wyzwaniem, ćwiczenia samodyscypliny,

nawiązywanie silnych i długotrwałych więzi a więc prowadzenie szczęśliwego i spełnionego życia. Osiągnięcia w nauce są ważne ale najważniejsze jest zdrowie emocjonalne.

Badania nad zdrowiem psychicznym prowadził Aaron Antonovsky, (socjolog medycyny), podobnie jak wielu innych badaczy, przyglądał się z uwagą osobom, które przeżyły horror nazistowskich obozów koncentracyjnych. Obserwacje doprowadziły go do wyodrębnienia dwóch wzorców zachowania.

Pierwsza grupa ludzi w opresji nie umiała odzyskać woli życia, pozostawała zgorzkniała, pesymistyczna, współczynnik umieralności był wśród nich relatywnie wyższy.

Grupa druga prezentowała tymczasem optymizm, pogodę ducha i większość z nich wiodła po wojnie długie i szczęśliwe życie. Antonovsky zauważył, że skoro członkowie obu tych grup w trakcie wojny doświadczali tego samego, doznawali porównywalnych cierpień fizycznych i psychicznych, oznacza to, że ich zróżnicowane podejście do życia po odzyskaniu wolności musi wynikać nie z uwarunkowań zewnętrznych, lecz raczej z czynników wewnętrznych.

Na podstawie tych wniosków powstał **model salutogenezy**, który jest odmienny od dotychczasowego podejścia – patogenezy. Kładzie nacisk na zachowanie zdrowia a nie na leczenie choroby.

Salutogeneza skoncentrowała się na poszukiwaniu zasobów i czynników wspierających i podtrzymujących stan zdrowia, co podkreślała sama nazwa modelu: salus – szczęście, zdrowie oraz geneza – powstanie. Salutogeneza bada, jak powstaje zdrowie i zadowolenie. Antonovsky definiował zdrowie znacznie szerzej niż czyniono to w powszechnym podejściu, które to stan zdrowia zrównywało z brakiem chorób.

W salutogenezie pojęcie to, oprócz zdrowia fizycznego, zawiera także liczne dodatkowe elementy: zadowolenie, radzenie sobie organizmu ze stresem, samorealizację, dostrzeganie sensu, więzy społeczne, radzenie sobie ze zmianą.

Model salutogenetyczny szuka czynników sprzyjających zdrowiu. Opiera się na holistyczno-funkcjonalnym ujęciu zdrowia: soma i psyche są ze sobą powiązane. Zdrowie jest stopniowalne. Niezależnie od tego, jak jesteśmy chorzy, zawsze możemy przesuwać się ku zdrowiu.

Zdrowie jest tu rozumiane jako zachowywanie równowagi procesów życiowych. Zależy ono od relacji między spostrzeganymi wymaganiami (stresorami) a zasobami i możliwościami poradzenia sobie, jakimi dysponujemy.

Stresory to wymagania, na które nie mamy gotowych odpowiedzi. Nie muszą przerażać się one w stres i emocje trudne do przeżywania, czasem mobilizują i wyzwalają energię; zależy to od uogólnionych zasobów odpornościowych. Zasobami odpornościowymi są nasze właściwości psychiczne, takie jak poczucie tożsamości, poczucie sprawstwa czy kontroli, różne kompetencje, inteligencja, wiedza i konstruktywne więzy społeczne oraz relacje międzyludzkie.

Wg Antonovskyego poziom zdrowia zależy od współdziałania 4 czynników takich jak:

1. uogólnione zasoby odpornościowe - cechy biologiczne (genetyczne, immunologiczne, biochemiczne); cechy psychologiczne (poznawcze - wiedza, intelekt); cechy osobowości (poczucie tożsamości, kontroli i sprawstwa, uczestnictwa, zaangażowania i zobowiązania, wyuczone strategie radzenia sobie); cechy społeczno - kulturowe (cechy grupy – więzi i wsparcie społeczne, cechy kultury – religia, filozofia, sztuka. Czynniki te zapobiegają przekształceniu się napięcia w stan stresu;
2. stresory – wymagania, dla których nie ma gotowych reakcji adaptacyjnych i które rodzą stan napięcia. W modelu salutogenetycznym traktuje się je jako stymulatory – wyzwania, inicjujące procesy radzenia sobie z wymaganiami w celu zwiększania odporności;
3. poczucie koherencji – ogólne nastawienie orientacyjne wyrażające się trwałym i dynamicznym przekonaniem o przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego;
4. zachowanie i styl życia – poziom zdrowia zależy od zachowań zdrowotnych, jednak za zdrowie jest odpowiedzialny nie tylko styl życia; dobre odżywianie, aktywność fizyczna, powinno się zwracać uwagę na te zachowania, dzięki którym człowiek tworzy warunki sprzyjające rozwojowi zasobów i poczucia koherencji.

Antonovsky nazywa je potencjałami zdrowia. Najważniejszym potencjałem, wręcz kluczem do zdrowia, jest według niego **poczucie koherencji** złożone z **trzech wymiarów**:

- ✓ **poczucia zrozumiałości** (spozrzeganie świata wokół jako zrozumiałego i dającego się przewidzieć),
- ✓ **zaradności** (przekonanie o posiadaniu pomocnych zasobów, dzięki czemu nie czujemy się ofiarą zdarzeń),
- ✓ **sensowności** (poczucie, że życie ma sens i warte jest zachodu).

I. Czym jest poczucie zrozumiałości – to stopień postrzegania bodźców pochodzących ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako zrozumiałych, uporządkowanych, spójnych i jasnych. Lepiej, gdy nie są one chaotyczne, przypadkowe czy niewytłumaczalne. Osoba o wysokim poczuciu zrozumiałości spodziewa się, że bodźce z którymi zetknie się w przyszłości, niezależnie, czy będą pożądane czy niepożądane, będą przewidywalne. W najgorszym wypadku oczekuje, że jeśli jakiś bodziec ją zaskoczy, będzie go mogła do czegoś przyporządkować i wyjaśnić.

II. Poczucie zaradności – to postrzeganie posiadanych zasobów jako wystarczających, by sprostać bodźcom z otoczenia. Zasoby to między innymi: zdrowie, odporność, przedmioty materialne, wiedza, intelekt, osobowość, relacje i kontakty z innymi ludźmi, w tym z bliskimi i przyjaciółmi, przynależność do grup społecznych. Osoba o wysokim poczuciu zaradności w sytuacji krytycznej jest świadoma posiadanych zasobów i potrafi je wykorzystać do stawienia czoła problemowi. Nie ma też poczucia, że życie jest niesprawiedliwe. Osoba taka

uważa, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że wszystko ułoży się na tyle dobrze, na ile można się było rozsądnie spodziewać. Zasoby potrzebne by sprostać wymogom, to zasoby, którymi sami dysponujemy lub którymi dysponują osoby, którym ufamy, na które możemy liczyć.

III. Poczucie sensowności – wyraża motywację do działania, sprawia, że odbieramy wyzwania stawiane przez życie jako warte wysiłku, poświęcenia, zaangażowania i mające sens. Nie unikamy ich i nawet te najtrudniejsze staramy się traktować jako pożądane, które warto podejmować. Osoba o wysokim poczuciu sensowności posiada ważne i istotne dla siebie sfery aktywności, w które angażuje się, inwestuje swój czas i umiejętności. Mogą być one związane z pracą, rodziną czy hobby. Osoba z wysokim poczuciem koherencji z większym prawdopodobieństwem zareaguje na stresor w sposób aktywny i z wiarą, że posiadane przez nią zasoby są w tej sytuacji wartościowe i efektywne. Dzięki temu jej emocje nie są skrajne i nadal udaje się je kontrolować, ponieważ napięcie nie przekształca się automatycznie w dystres i nie blokuje mechanizmu radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Z tego też powodu rzadziej obserwuje się stosowanie nieracjonalnych mechanizmów obronnych, a zamiast tego, widzi się próbę racjonalnej koncentracji na zadaniu.

W model salutogenezy wpisuje się Program Promocji Zdrowia Psychicznego dla dzieci młodszych Przyjaciela Zippiego. W Polsce program ten koordynuje Centrum Pozytywnej Edukacji we współpracy z Partnership for Children.

Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Lesznie przygotowuje nauczycieli do realizacji programu Przyjaciele Zippiego, (odbyło się już 6 edycji). Uczestnikami szkoleń są nauczycielki i nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej. Nauczyciele, rodzice i dzieci wyrażają bardzo pozytywne opinie o programie.

Ewaluacja dowiodła, że w porównaniu z dziećmi, które nie brały udziału w programie, te uczestniczące w nim wykazały się większymi umiejętnościami współpracy, asertywności, samokontroli i empatii oraz rzadziej przejawiały złe zachowania.

Dzieci nauczyły się stosować konstruktywne strategie radzenia sobie z trudnościami. Nauczyły się:

- √ jak rozpoznawać własne uczucia i jak o nich rozmawiać,
- √ jak mówić to, co chce się powiedzieć,
- √ jak słuchać uważnie,
- √ jak prosić o pomoc,
- √ jak nawiązywać i utrzymywać przyjaźnie,
- √ jak radzić sobie z samotnością i odrzuceniem,
- √ jak mówić przepraszam,
- √ jak radzić sobie w sytuacji, kiedy jest się krzywdzonym,
- √ jak rozwiązywać konflikty,
- √ jak radzić sobie ze zmianą i stratą, między innymi ze śmiercią,
- √ jak adaptować się do nowych sytuacji,

√ jak pomagać innym.

Częstotliwość stosowania przez dzieci strategii nieskutecznych jak: wpadanie w złość, obgryzanie paznokci, krzyk obniżyła się zarówno u chłopców jak i u dziewcząt.

Badania przeprowadzone po roku od zakończenia programu wykazały trwałość nabytych umiejętności. Nauczyciele stwierdzili, że program zredukował konflikty w klasie i pomógł im lepiej zrozumieć uczniów.

Coraz częściej nauczycielki i nauczyciele martwią się o kondycję psychiczną dzieci i młodzieży. Twierdzą, że w każdym kolejnym pokoleniu jest więcej osób przygnębionych, znużonych, nerwowych, zestresowanych i z różnymi objawami depresji. Programy ministerialne, programy wychowawcze szkół i placówek oświatowych nakładają na nauczycieli obowiązek kształcenia kompetencji związanych ze zdrowiem psychicznym.

Zwiększa się świadomość nauczycieli i nauczycielek dotycząca zmiany w postępowaniu, aby częściej odczuwać radość i przyjemność z uczenia się i pracy.

BIBLIOGRAFIA:

1. Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
2. *Materiały trenerskie Programu Przyjaciele Zippiego*, Warszawa, Centrum Pozytywnej Edukacji.

Salutogeneza – model podejścia do zdrowia zaproponowany przez Aarona Antonovsky'ego. W przeciwieństwie do istniejącego powszechnie modelu patogenicznego, koncepcja ta kładzie nacisk na zachowanie zdrowia, a nie na leczenie choroby[1].

Autor nawiązuje do interakcyjnej koncepcji stresu i radzenia sobie Lazarusa i Folkman. Według Antonovsky'ego, normalnym stanem funkcjonowania człowieka jest dynamiczny stan chwiejnej równowagi. Stan ten występuje wtedy, kiedy człowiek wykorzystuje dostępną mu energię do sprostanania wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym. W ujęciu Antonovsky'ego, zdrowie ujmowane jest jako proces, tzn. możliwe jest określenie poziomów (stanów) zdrowia na wymiarze Health - ease (HE) ↔ Dis - ease (DE). HE jest to stan pełnego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. DE to stan głębokiej choroby zagrażającej życiu biologicznemu, psychicznemu i społecznemu.

Według Antonovsky'ego poziom zdrowia zależy od współdziałania 4 czynników, takich jak:

1. uogólnione zasoby odpornościowe (generalised resistance resources, GRR) – zaliczamy do nich następujące właściwości jednostki: cechy biologiczne (genetyczne, konstytucjonalne, immunologiczne i biochemiczne), cechy psychologiczne (cechy poznawcze – wiedza, intelekt; cechy osobowości – poczu-

cie tożsamości, kontroli i sprawstwa, poczucie uczestnictwa, zaangażowania i zobowiązania oraz wyuczone strategie radzenia sobie), oraz cechy społeczno – kulturowe (cechy grupy – więzi i wsparcie społeczne; cechy kultury – religia, filozofia i sztuka). Czynniki te zdaniem Antonovskiego, zapobiegają przekształceniu się napięcia w stan stresu

2. stresory – wymagania, dla których nie ma gotowych, ani zautomatyzowanych reakcji adaptacyjnych i które rodzą stan napięcia
3. poczucie koherencji (sense of coherence, SOC) – ogólne nastawienie orientacyjne, które wyraża trwałe i dynamiczne przekonanie o przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego.
4. zachowanie i styl życia – w zgodzie z nurtem medycyny behawioralnej, Antonovsky uważa, że poziom zdrowia, zależy od zachowań związanych ze zdrowiem, jako socjolog, odrzuca jednak pogląd, że za zdrowie odpowiedzialny jest jedynie styl życia. Uważa on, że powinno się ukierunkować uwagę, zwłaszcza na te zachowania, dzięki którym człowiek tworzy warunki sprzyjające doświadczeniom rozwijającym zasoby i poczucie koherencji.