

# Anna Gaweł, Franciszek Wojciechowski

---

## Edukacja zdrowotna w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami

---

Niepełnosprawność nr 9, 154-167

---

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

Anna Gawęł, Franciszek Wojciechowski  
Uniwersytet Jagielloński

## Edukacja zdrowotna w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami

Health education in a process of rehabilitation of individuals  
with disabilities

(Abstract)

Holistic and salutogenetic approach to health and evolution of notion "rehabilitation" allows to assume that rehabilitation of individuals with disabilities is combined with health education. Their aims are concentrated on improvement of quality of life and support of individuals with disabilities development. Health education is a process witch participates in establishing people's health awareness, life skills and lifestyle. These competences help in a process of education of coping with difficulties and everyday challenges which are connected with disabilities in a physical, economical, professional, psychological and interpersonal dimensions.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, niepełnosprawność, rehabilitacja

Keywords: health education, disability, rehabilitation

### Wprowadzenie

Wielowiekowa tradycja zainteresowania problematyką zdrowia w naukach o wychowaniu ma swoje uzasadnienie w bezspornie uznanym fakcie, iż stanowi ono kontekst życia człowieka i nieodłączny element jego biografii. Znaczącego dowartościowania w pedagogice doczekała się jednak dopiero w ubiegłym stuleciu, gdy w ramach zrodzonego na styku medycyny i nauk społecznych nurtu promocji zdrowia upowszechniło się przekonanie, że posiadanie najwyższego możliwego do uzyskania stanu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka, a jego realizacji powinno służyć podejmowanie działań na rzecz „zdrowia dla wszystkich” na różnych poziomach życia społecznego (por. Zdrowie 21, 2001, s. 11–12). Jakkolwiek obszar rzeczywistości wychowawczej związanej ze zdrowiem zasadniczo wpisany jest w przedmiot badań rozwijającej się dy-

namicznie od lat 60. XX w. pedagogiki zdrowia, to wskazane wyżej argumenty powodują, że stanowi on także przedmiot zainteresowania innych dyscyplin/subdyscyplin pedagogicznych. Uznanie zaś, że przedmiotem analiz pedagogiki zdrowia są „(...) społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesu edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia) ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia i poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka celem projektowania pedagogicznych (w tym edukacyjnych) działań kompensacyjnych na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej” (Syrek 2009, s. 19), jest podstawą przekonania, że ma ona wspólne, mocno ugruntowane powiązania zarówno na terenie praktyki, jak i refleksji teoretycznej, z pedagogiką specjalną.

## Rozumienie zdrowia w kontekście niepełnosprawności

W rozpatrywaniu roli edukacji zdrowotnej w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami i terapii przewlekle chorych podstawowe znaczenie ma sposób rozumienia pojęcia zdrowia.

Zarówno potoczne, jak i profesjonalne sposoby definiowania zdrowia ukazują wielość możliwych perspektyw jego analizy. Warto na początku zwrócić uwagę, że w pedagogice specjalnej pojęcie zdrowia bywa stosowane zamiennie z pojęciem normy i normalności (Dykcik 2005, s. 13). Z punktu widzenia niepełnosprawności szczególnie cenne wydaje się jednak poddanie eksplikacji takiego ujęcia zdrowia, w którym jest ono utożsamiane z dobrostanem (*well-being*) oraz wykorzystanie do jego charakterystyki kategorii dyspozycji/zasobów.

Klasyczna już dziś definicja zaproponowana w 1947 r. w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia określa zdrowie jako stan pełnego dobrego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności. Obszar tak zdefiniowanego, subiektywnie postrzeganego, dobrostanu współcześnie poszerza się o wymiar duchowy, któremu przyznaje się znaczący udział w budowaniu obrazu holistycznie rozumianego zdrowia. Jak bowiem wskazują badania, duchowość sprzyja generowaniu pozytywnych emocji, skutecznemu radzeniu sobie ze stresem i podejmowaniu aktywności prozdrowotnej. Nade wszystko jednak podkreśla się znaczenie duchowego wymiaru zdrowia w nadawaniu sensu chorobie, cierpieniu i niepełnosprawności (por. Borowska 1998; Heszen-Niejodek 2003). W tak wyznaczony zakres omawianego pojęcia

wpisuje się stwierdzenie J. Aleksandrowicza, mówiące, że zdrowie jest stanem „(...) w którym człowiek afirmuje siebie i świat, realizując dobro, a więc społecznie i jednostkowo korzystne (w sprzężeniu) cele, z tym zastrzeżeniem, że mieszczą się one w ramach zakreślonych ambicjami i obiektywnymi możliwościami” (Aleksandrowicz, Duda 1991, s. 122). Możliwości te są określane zarówno poziomem osiągniętego przez człowieka psychofizycznego rozwoju, jak i ograniczeniami w funkcjonowaniu jego sfery *somy* i *psyche*, wynikającymi z choroby czy niepełnosprawności. W tym kontekście wydaje się zasadnym twierdzenie, że zrozumienie istoty utożsamianego ze zdrowiem subiektywnego dobrostanu wymaga uwzględnienia indywidualnej kondycji biologicznej i psychicznej jednostki, która wyznacza obiektywne ramy dla określania jego potencjalnych charakterystyk.

Kolejną kwestią związaną z ujmowaniem zdrowia jako dobrostanu, jak się wydaje niezwykle ważną z perspektywy pedagogiki specjalnej, jest ukazywanie jego powiązań z jakością życia, a zwłaszcza jej subiektywnym ujęciem analizowanym w kontekście indywidualnej satysfakcji z życia. Niepełnosprawność jest bowiem zjawiskiem medycznym, psychologicznym i społecznym, pozostając jednocześnie rzeczywistością dnia codziennego osoby nią dotkniętej. Rzeczywistość ta, w zależności od rodzaju niepełnosprawności, wyznacza pewne granice, w ramach których osoba z niepełnosprawnością dokonuje subiektywnej oceny swojego zadowolenia z życia. Zgodnie z modelem jakości życia zaproponowanym przez WHO, który w swoich założeniach nawiązuje do koncepcji zdrowia jako dobrostanu, w ocenie jakości życia należy uwzględnić cztery sfery egzystencji człowieka: globalną – odnoszoną do aspektów ekologicznych, społeczno-politycznych i prawnych; zewnętrzną, dotyczącą społeczno-ekonomicznych aspektów życia; międzyludzką – w której ocenie poddawane są relacje interpersonalne i wsparcie społeczne oraz sferę osobistą, obejmującą ocenę kondycji fizycznej, umysłowej i duchowej człowieka (Zawiślak 2006, s. 150–151). Niewątpliwie w przypadku niepełnosprawności każda z tych sfer wyznacza specyficzne problemy, które z jednej strony mogą stanowić przedmiot teoretycznych dociekań, z drugiej zaś swoiste wyzwania dla praktyki promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Inspirująca poznawczo wydaje się też analiza problematyki zdrowia w kontekście niepełnosprawności z uwzględnieniem pojęcia zasobów zdrowotnych. W takim dyspozycyjnym ujęciu zdrowie traktowane jest jako „poddające się zmianom zdolności człowieka (...) do osiągania pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości” (Słońska, Misiuna 1993, s. 68), zaś za wykładniki tych zdolności uznaje się szereg właściwości o charakterze podmiotowym, wśród których wymienia się m.in. wiarę w siebie i swoje możliwości, względnie wysoką, a zarazem adekwatną, samoocenę, wysokie (ale nie zawyżone) poczucie własnej wartości, umiejętność bycia wyrozumiałym wobec własnych słabości, wewnątrz-

ne umiejscowienie kontroli i powiązane z nim poczucie samoskuteczności, posiadanie zainteresowań, umiejętność angażowania się w działanie i dążenia do celu, zdolność doświadczania pozytywnych emocji (*positive affectivity*) czy wysokie poczucie koherencji (por. Poprawa 2008, s. 104). W piśmiennictwie psychologicznym podkreśla się, że z racji faktu, iż zarówno osobiste zasoby, jak i deficyty (także deficyty w zasobach) mogą działać jako moderatory lub mediatory w procesach adaptacji – wpływają bowiem między innymi na motywację do rozwoju zdrowia i jego ochrony, sprzyjają lub utrudniają zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym oraz uczestniczą w procesach zdrowienia – można je określić mianem predyktorów zdrowia i choroby (Heszen, Sęk 2007, s. 161). Za równie ważne w osiągnięciu zdrowia uznaje się zasoby zewnętrzne tkwiące w cechach fizycznego, przyrodniczego i kulturowego kontekstu życia jednostki oraz nade wszystko w procesach społecznego wsparcia. W tej ostatniej grupie zasobów mieścić się będą wielorakie oddziaływania związane z rehabilitacją osób z niepełnosprawnościami wraz z towarzyszącymi jej aspektami natury psychologicznej, prawnej i materialnej (por. Speck 2000).

Niewątpliwie dysponowanie zasobami jest w przypadku osób z niepełnosprawnością niezwykle ważne z punktu widzenia ich rozwoju, zaspokajania potrzeb i radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami życia, należy jednak pamiętać, że kwestią równie istotną jak ich posiadanie, jest umiejętność ich wykorzystania – i ona właśnie powinna stanowić przedmiot oddziaływań edukacyjnych.

## Potrzeby rozwojowe w cyklu życia człowieka a niepełnosprawność

Niepełnosprawność i wszelkiego rodzaju zaburzenia rozwojowe w pedagogice specjalnej są traktowane jako zjawiska dynamiczne, obejmujące zazwyczaj procesy chorowania, leczenia i rehabilitacji. Dlatego podstawą tworzenia strategii pomocowych staje się aktualna sytuacja życiowa jednostki. Owa sytuacja określa, jaki rodzaj działań można i należy skierować do określonego adresata. W tego rodzaju strategiach wykorzystywana jest wiedza o człowieku, zwłaszcza o jego prawidłowościach rozwojowych. Z tego powodu w refleksji teoretycznej nad działaniami ortopedagogicznymi obecna jest teza, że ich zakres i formy powinny opierać się na psychologii rozwoju człowieka. Zwraca się uwagę, że w poszczególnych etapach życia pojawiają się różne wyzwania i zadania rozwojowe wynikające z nacisków biologicznych, psychicznych i społecznych (por. Brzezińska 2005). Należy przyjąć, że w danej fazie życia inne czynniki wpływać będą na proces leczenia usprawniającego (por. Milanowska 1998), co uzasadnia konieczność

zróznicowania i dostosowania działań rehabilitacyjnych do problemów i potrzeb rozwojowych charakterystycznych dla danej grupy wiekowej. Pamiętać jednak trzeba, że w rozwoju i funkcjonowaniu człowieka większość zmian dokonuje się w sposób permanentny. Wreszcie tak jak życie nie ma ściśle określonych granic, tak też zachodzące zmiany, jakim człowiek podlega, w jakich uczestniczy i jakie sam kreuje, znamionuje nieprzerwany proces (por. Piecuch 2005). Opisany w literaturze przedmiotu cykl życia, jego główne stadia i związane z nimi statusy oraz momenty przejścia są tworzone społecznie i kulturowo, i mieszczą w sobie pojęcie normalności (Całek 2005, s. 236–237). Jeśli zaś nałożymy na struktury życia (w perspektywie rozwojowej) kategorię niepełnosprawności, ukazać się mogą swoiste „koleje losu osoby z niepełnosprawnością” (zob. Kowalik 1999, s. 90).

Próbując uchwycić kwestie, jakie pojawiają się w złożonych zmianach jakościowych w rozwoju jednostki, dalsze rozważania skupione zostaną na fazach przebiegu życia, które różnią się na tyle wystarczająco, żeby uprawomocnić aplikacje na temat ich swoistych cech (por. Bames, Mercer 2009; Brzezińska 2000; Cierpiałkowska, Ziarko 2010; Olejnik 2003; Ossowski 1999; Straś-Romanowska 2003 i inni).

I tak (w ogólnym zarysie) pierwsza faza przebiegu życia (dzieciństwo i adolescencja) jest zdominowana przez rozwój fizyczny i stopniową ekspansję społeczną jednostki. Ów okres życia kończy się wraz z początkiem kariery zawodowej i pojawieniem się bliższych związków osobistych. Jeśli chodzi o chorobę o trudnych rokowaniach bądź niepełnosprawność, to uwydatnia się ona szczególnie w tej fazie życia. Z reguły dziecko dorasta w środowisku rodzinnym, gdzie nie ma innych osób z zaburzeniami rozwojowymi. Nie spotyka się więc ze społecznym wymiarem niepełnosprawności, dopóki nie podejmie aktywności wymagającej wyjścia poza krąg rodzinny (por. Twardowski 1996). Naczelnym zadaniem ortopedagogicznym jest wspieranie rodziców w wychowaniu i rehabilitacji oraz kształtowanie pożądaných wzorców opieki nad dzieckiem. Wiąże się z tym przygotowanie go do edukacji szkolnej przypadającej na wczesny i średni okres rozwoju. Z perspektywy pedagogicznej powinna ona być podporządkowana potrzebom optymalnego rozwoju jednostki, projektowana na fundamentach właściwości fizycznych, psychicznych i społecznych. Na tym etapie życia dorastający człowiek doświadcza wyraźnie poczucia *inności* – *odmienności* ze względu na odchylenie od ogólnie przyjętej normy. Odkrywanie własnej tożsamości nieodłącznie związane jest z procesami świadomości i samoświadomości. Do samoświadomości samego siebie zalicza się między innymi samoakceptację, która nabiera szczególnej wagi w kontekście właściwego dla danego wieku zrozumienia własnej niepełnosprawności. Właśnie pomoc w poznawaniu i doświadczeniu siebie oraz świata staje się istotnym zadaniem ortopedagogicznym. Okazuje się, że pod koniec wieku dorastania owa świadomość siebie i struktura wiedzy o sobie stają się niezbędne przy

wyborze drogi rozwoju zawodowego, uniezależnienia się od rodziny generacyjnej czy wyboru partnera życiowego (por. Całek 2005; Brzezińska 2005).

Kolejna faza rozwoju jest wypełniona czasem budowania wymiarów biograficznych, zaangażowania się w różnorodną działalność społeczną, życie towarzyskie oraz aktywność związaną z realizacją własnych zainteresowań. Ten etap życia określany jako wczesna dorosłość jest wpisany w wypróbowanie się (przez człowieka) w nowych dla siebie rolach. Ma się na uwadze uzyskanie pełnej autonomii i samodzielności ekonomicznej, a także często trudnych do pogodzenia zadań rozwojowych. Wymagająca dużego wysiłku i zaangażowania aktywność w wielu sferach: rodzinnej, społecznej i zawodowej w kontaminacji z niepełnosprawnością generuje wiele nowych problemów. Wydaje się, że w tym okresie życia ochrona zdrowia, niedopuszczanie do pogłębiania się zakresu i skutków występujących zaburzeń powinny być kluczowe w podejmowanych oddziaływaniach ortopedagogicznych (por. Speck 2000).

Średnia dorosłość, będąca pod względem rozwoju biologicznego okresem równowagi i pełnej dojrzałości, charakteryzuje się bardziej widoczną stabilizacją pod względem zaangażowania w interakcje z otoczeniem. W tym czasie następuje też integracja i zrównoważenie rozmaitych elementów psychiki, jako warunek dokonania się procesu indywidualizacji osobowości. Dotykający wówczas niejednokrotnie osobę z niepełnosprawnością brak poczucia bezpieczeństwa egzystencjalnego i związane z nią trudności w samorealizacji stanowią poważne zagrożenie zarówno dla jej zdrowia somatycznego, jak i psychospołecznego, generując tym samym określone potrzeby w zakresie społecznego wsparcia (Sowa, Wojciechowski 2001, s. 309 i n.).

Nieco odmiennego podejścia wymaga przy tym zagadnienie niepełnosprawności powstałej dopiero w dorosłym życiu. Dochodzi bowiem wówczas do nagłego i zasadniczego przeformułowania tożsamości, które zazwyczaj zostaje dodatkowo wzmocnione przez gwałtowne pogorszenie się sytuacji społecznych i możliwości ekonomicznych. O racjonalności zachowań człowieka doświadczającego tak diametralnej zmiany sytuacji życiowej będą decydowały w znacznym stopniu zarówno wszelkiego rodzaju programy pomocowe wspomagające leczenie i rehabilitację konkretnego schorzenia, jak również wszelkie inne działania, zwłaszcza w zakresie wsparcia poznawczego, jak i instrumentalnego. Wspomniane rodzaje wsparcia sprzyjają bowiem zachowaniu kontroli nad otoczeniem i poczuciu sprawstwa oraz dostarczają informacji pomocnych w radzeniu sobie z zadaniami codziennego życia w obliczu zaistniałych trudności. W kontekście omawianego problemu warto też wspomnieć o buforowym efekcie działań wspierających (Sęk, Cieślak 2004, s. 26). Istniejące, spostrzegane i otrzymywane wsparcie społeczne, sprzyjając przewyciężaniu trudności pojawiających się w związku z zaistnieniem niepełnosprawności w życiu rodzinnym

i zawodowym oraz w wielu sferach codziennego funkcjonowania, stanowić może bowiem zarazem bufor wobec zagrożenia wycofaniem się z życiowej aktywności.

Nieuchronną tendencją wpisaną w cykl życia człowieka jest stopniowe i nieodwracalne pogarszanie się funkcjonowania całego organizmu, powodowane zmianami inwolucyjnymi, które nieodłącznie towarzyszą procesom starzenia (okres późnej dorosłości). Są one osobniczo zróżnicowane, uwarunkowane czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Osłabienie czynności biologicznych organizmu stanowi podstawę zmian w obszarze funkcjonowania psychospołecznego. Istnieją wystarczające powody, że starzejący się ludzie z niepełnosprawnościami, zwłaszcza ich problemy psychiczne i psychosomatyczne, implikują podstawowe zadania pomocowe na gruncie ortopedagogiki. Są nimi oddziaływania zmierzające do niedopuszczenia do przedwczesnych procesów starzenia i depersonalizacji oraz stworzenie odpowiednich warunków socjoekonomicznych poprzez zapewnienie odpowiedniego poziomu opieki i wsparcia. Zapewnienie warunków dla godnego przeżywania schyłku życia zapobiega jednocześnie powstaniu pustki duchowej, sprzyjając tym samym poprawie w subiektywnym odczuwaniu dobrostanu (Straś-Romanowska 2003).

Nie wchodząc bliżej w szczegóły zagadnienia, można wyprowadzić tezę, że pedagogika specjalna w zróżnicowany sposób wkomponowana jest w przebieg życia ludzi z niepełnosprawnościami. Na każdym jego etapie pojawiają się swoiste zadania: w dzieciństwie i adolescencji – pomoc w nabywaniu nowych sprawności i umiejętności, w uczeniu się życia w odmiennych warunkach biologicznych i przystosowanie się do jego zmieniających się warunków; we wczesnej dorosłości – promowanie niezależności ekonomicznej oraz stwarzanie warunków przyczyniających się do rozwoju możliwości *pełnego życia*; w środkowej dorosłości – pomoc w skutecznym pokonywaniu życiowych problemów i wykorzystaniu szans prowadząca do normalizacji życia, integracji i partycypacji; w późnej dorosłości – działania zmierzające do umożliwienia godnego przeżywania życia i satysfakcji z jego bilansu mimo znacznego obniżenia sprawności fizycznej i stopniowego osłabienia niemal wszystkich narządów organizmu.

## Zadania edukacji zdrowotnej w kontekście niepełnosprawności

Interesującym poznawczo wyzwaniem do poszukiwania wspólnych zainteresowań pedagogiki specjalnej i pedagogiki zdrowia stały się zmiany w postrzeganiu niepełnosprawności, kontekst rozwoju nauk pokrewnych oraz odejście od patogenicznego modelu zdrowia ku podejściu salutogennemu. Nowy model zdrowia i choroby można powiązać z teorią wpływu społecznego i osobistymi zasoba-



mi podmiotu. Pytanie, na które poszukuje się odpowiedzi, daje się zawrzeć w słowach: jakie czynniki podtrzymują i wspierają zdrowie psychospołeczne mimo oddziaływania rozmaitych sytuacji obciążających psychikę? Chodzi zatem o wskazanie czynników wpływających na szeroko pojęte zdrowie osób z utrudnieniami w rozwoju.

Uzasadnione wydaje się zatem rozważenie związków łączących pedagogikę specjalną z pedagogiką zdrowia oraz zależności występujących pomiędzy nią a rehabilitacją. Utwierdzeniem tego podejścia są znaczące zmiany, jeśli chodzi o stosunek człowieka do swego ciała, w umyśle którego kształtuje się czujna wobec niego postawa skoncentrowana nie tylko na problemie choroby, ale także na zabiegach samodoskonalenia zmierzającego do maksymalizacji możliwości. Należy mieć na względzie, że zajęcie się tą kwestią w przestrzeni pedagogiki specjalnej dotyczy jednostek o nietypowym przebiegu rozwoju. Podejmowane w tym zakresie inicjatywy edukacyjne mają być ukierunkowane na indywidualne osoby oraz grupy społeczne – zwłaszcza rodziny. Uważa się, że zbyt silne wyartykułowanie „myślenia rehabilitacyjnego” i samych „działań naprawczych” oraz łągodzenia objawów niepełnosprawności utrudnia właściwe dostrzeżenie edukacji zdrowotnej w terapii chorób i zaburzeń rozwojowych (por. Shilling 2008, s. 742).

Koresponduje z tym przyjęta definicja *edukacji zdrowotnej* jako procesu, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych ludzi (Williams 1988). W zakresie treściowy pojęcia edukacji zdrowotnej włącza się ogół oddziaływań skierowanych na człowieka w toku jego całonocnej egzystencji (intencjonalnych i niezamierzonych, instytucjonalnych i indywidualnych), podejmowanych przez różne podmioty i na różnych poziomach organizacji życia społecznego, zmierzających do kształtowania podmiotowych zasobów dla zdrowia jednostki – związanego ze zdrowiem systemu wiedzy i przekonań oraz motywacji oraz kompetencji do realizowania prozdrowotnego stylu życia (Gawel 2008, s. 157). Podkreśla się przy tym, że jest to proces adresowany zarówno do ludzi zdrowych, jak i do osób doświadczających choroby czy niepełnosprawności, a w odniesieniu do tej drugiej kategorii osób wskazuje się na rolę edukacji zdrowotnej w uczeniu ich jak żyć, aby móc aktywnie uczestniczyć w leczeniu, radzić sobie i zmniejszać negatywne skutki istniejącego zaburzenia (por. Woynarowska 2007, s. 103).

Wśród celów edukacji zdrowotnej wymienia się przekazywanie wiedzy o uwarunkowaniach zdrowia i jego zagrożeniach, kształtowanie pożądanых przekonań związanych z różnymi aspektami zdrowia i choroby oraz poczucia odpowiedzialności za zdrowie, klaryfikację systemu wartości, kształtowanie umiejętności związanych ze zdrowiem fizycznym (dbania o ciało) oraz umiejętności życiowych (*life skills*), zmianę zachowań zdrowotnych w kierunku praktykowania prozdrowotnego stylu życia, rozwijanie kompetencji do działania na rzecz zdrowia własnego i innych ludzi oraz upodmiotowienie jednostek i społecz-

ności (*empowerment*), (por. Woynarowska 2007, s. 107). Oczekiwanym efektem edukacji zdrowotnej jest zatem pozytywnie ukierunkowana postawa człowieka wobec zdrowia, obejmująca aspekt świadomościowy, emocjonalny i zachowawczy. Nawiązując zaś do kwestii aplikacji edukacji zdrowotnej w pedagogice specjalnej należy wskazać na potrzebę poszukiwania efektywnych strategii edukacyjnych uwzględniających zarówno specyficzne potrzeby, jak i możliwości edukacyjne osób z niepełnosprawnościami. Strategie te powinny uwzględniać z jednej strony fakt funkcjonowania w ich umyśle stosunkowo stabilnej – choć w różnym stopniu rozwiniętej – reprezentacji zdrowia i choroby obejmującej m.in. percepcję zdrowia, jego wartościowanie, atrybucję źródeł zdrowia i przyczyn choroby/niepełnosprawności oraz przekonania i oczekiwania w zakresie terapii/rehabilitacji (por. Gawęł 2011, s. 91–92), z drugiej zaś potrzebę dysponowania szeroką gamą podstawowych i specyficznych umiejętności radzenia sobie w codziennym życiu.

Można stąd wyprowadzić wniosek, że pedagogika specjalna i pedagogika zdrowia nie różnią się pod względem filozofii, jaką się kierują. Również plany interwencji i strategii działania oraz ich etyczne aspekty posiadają wiele cech wspólnych. Różnice natomiast można upatrywać w przedmiocie pedagogiki specjalnej, jej swoistych celach, problematyce oraz zakładanych efektach (por. Sękowska 1998, s. 33 i n.).

Większość badaczy uznaje edukację zdrowotną za podstawowy element całościowego postępowania terapeutycznego, który powinien towarzyszyć wszystkim etapom diagnozowania i leczenia. Co więcej, edukację ludzi chorych i z niepełnosprawnościami trzeba postrzegać w kontekście promocji zdrowia, której celem staje się rozwijanie zasobów i potencjałów fizycznych, psychicznych i społecznych (Woynarowska 2007, s. 261). Jak napisała K. Ostrowska, promocja zdrowia w odniesieniu do tej grupy osób jest czymś, co umożliwi prowadzenie pełnego życia, jest zarazem dla nich szansą, a nie koniecznością. Powinna być w związku z tym ukierunkowana na upodmiotowienie (ang. *empowerment*) oraz na zwiększenie alfabetyzacji zdrowotnej (1998, s. 110 i n.). Jako cel edukacji osób przewlekle chorych wskazuje się natomiast udzielanie pomocy w zrozumieniu choroby i uczeniu się sposobu życia z chorobą, który pozwala dalej na wykorzystanie potencjalnych możliwości i zasobów, oraz odczuwanie satysfakcji z życia. W związku z tym ważne miejsce przypisuje się samokierowaniu w chorobie, uznawanemu za formę profilaktyki trzeciorzędowej ukierunkowanej na redukcję negatywnych skutków chorób przewlekłych.

W jeszcze innym aspekcie rozpatrzeć należy edukację zdrowotną dzieci i młodzieży szkolnej z niepełnosprawnościami. Adresowanie oddziaływań edukacyjnych do tej grupy osób wiąże się bowiem wyraźnie z działaniami rehabilitacyjnymi, z którymi powinny być ściśle zintegrowane. Otóż wykorzystywanie w kształceniu specjalnym edukacji zdrowotnej ukierunkowanej nie tylko na

przekazywanie wiedzy, ale obejmującej również kształtowanie postaw, nawyków, systemu wartości i nade wszystko kompetencji psychospołecznych (umiejętności życiowych), wpływa dynamizująco na proces tych oddziaływań, stymulując proces uaktywniania jednostki, rozwój jej kreatywności oraz zaangażowanie w pokonywanie utrudnień rozwojowych. Warto w tym miejscu podkreślić szczególną rolę obszaru edukacji zdrowotnej związanego z kształtowaniem kompetencji psychospołecznych w kontekście *inności* jednostki niepełnosprawnej. Dla zdobycia, zachowania i poprawy psychicznego dobrostanu owa *inność* generuje bowiem potrzebę samoakceptacji fizycznej odrębności, a w zasadzie samoakceptacji siebie mimo obciążeń biologicznych i ograniczeń społecznych. Aby edukacja zdrowotna adresowana do młodych ludzi doświadczających niepełnosprawności była skuteczna, powinno w niej dominować wychowanie nad nauczaniem, a wśród stawianych jej celów za jedno z najistotniejszych należy uznać wykształcenie racjonalnej postawy wobec własnego zdrowia i poczucia odpowiedzialności na nie. Ważnym elementem oddziaływań edukacyjnych powinno być przy tym kształtowanie takiej motywacji jednostki do podejmowania aktywności prozdrowotnej, w ramach której istotną pozycję zajmuje troska o własną przyszłość w kontekście sprawności i kondycji umożliwiających codzienną i zawodową aktywność. Takie ukierunkowanie edukacji zdrowotnej można uznać za element autorewalidacji wyrażającej się świadomością własnej niepełnosprawności i dążeniem do jej przezwyciężania (por. Wojciechowski 1999, s. 38).

Jak zauważa R. Ossowski (1999, s. 203) podmiotowość i autonomia wyrażają się tym, że podmiot rehabilitacji posiada umiejętność: a) wyartykułowania posiadanej wiedzy celem racjonalnego **rozpoznania własnej sytuacji egzystencjalnej**, b) w oparciu o powyższe rozpoznanie, **wyartykułowania** (i zaakceptowania) projektu sytuacji pożądanej (docelowej), którą można i, jak się wydaje, należy utożsamiać z indywidualnym podmiotowym celem rehabilitacji, c) opracowania (i zaakceptowania) instrumentów osiągnięcia celów rehabilitacji, ujmowanych jako proces przekształcania własnej sytuacji istniejącej w pożądaną, czy docelową, d) prowadzenia samokontroli postępów w realizacji programu rehabilitacji poprzez czynne uczestnictwo w pomiarze (ewaluacji) jej efektów.

Na zakończenie warto dokonać pewnej próby przybliżenia relacji między edukacją zdrowotną a rehabilitacją. W tym kontekście choćby skrótowo należy odnieść się do drugiego z przywołanych pojęć. Ogólnie rzecz ujmując: przez rehabilitację rozumie się „(...) łączne i skoordynowane oddziaływanie lecznicze, psychologiczne, pedagogiczne, społeczno-zawodowe zmierzające do rozwinięcia lub przywrócenia u osoby trwale poszkodowanej na zdrowiu zdolności, sprawności i możliwości samodzielnego życia w społeczeństwie. Rehabilitacja jest więc procesem, który łączy w sobie oddziaływania o różnym charakterze i zakresie, aby przywrócenie utraconych sprawności było jak najpełniejsze, możliwie wczes-

ne i trwałe” (za: Dykcik 2001, s. 68). Dodać należy, że jej współczesne ujęcie wyraźnie wskazuje, że nie ogranicza się jedynie do oddziaływań ukierunkowanych na chorobę czy kalectwo, lecz zajmuje się wszystkimi skutkami, które wyłoniły się w związku z uszkodzeniem zdrowia jednostki. W podanym kontekście rehabilitacja obejmuje, obok fizycznego upośledzenia ciała, reakcje psychiczne chorego (rehabilitacja psychologiczna), jak również skutki rodzinne, społeczne i zawodowe (rehabilitacja społeczna i zawodowa), a u dzieci skutki pedagogiczne oraz ukierunkowanie zawodowe (Dega 1998, s. 17). Trzeba też zaznaczyć, że rehabilitacji, która zazwyczaj zajmowała się łagodzeniem skutków kalectwa, stawia się dziś jako jedno z głównych zadań – zapobieganie kalectwom. Podkreśla się przy tym efektywność wczesnej rehabilitacji, co łączy się z wczesnym wykrywaniem wad rozwojowych i wczesnym ich leczeniem. I po drugie, w niej realizowana jest zasada leczenia człowieka, a nie tylko jego choroby. Wnosi ona tym w lecznictwo elementy społeczne, a zarazem troszczy się o los jednostki w kontekście jej niepełnosprawności (Dega 1998, s. 21 i 23). Widać stąd, że rehabilitacja stała się pojęciem szerszym niż pierwotnie zakładano (przywrócenie zdolności do pracy). Jest to widoczne także w odniesieniu do dzieci z wadami wrodzonymi, w przypadku których nie można przywracać sprawności, których *de facto* wcześniej nie posiadały, lecz raczej wyrabia się im sprawności, jakie są niezbędne w codziennym życiu.

Mimo niedoskonałości tego określenia termin rehabilitacja jest międzynarodowo uznany (w umownym znaczeniu), choć jej treść i podstawowe założenia uległy ewolucji. Można więc mówić o: a) rozszerzaniu jej zakresu (od leczniczej do społecznej i psychologicznej), b) rozwoju (od koncentracji na „naprawie” do podejścia zmierzającego do wyrównywania szans egzystencji), c) poszerzaniu rehabilitacji szpitalnej (o poszpitalną i ambulatoryjną, aż po systemowe wspieranie jednostki z niepełnosprawnością w ciągu przebiegu całego życia), d) zmianie sposobu traktowania adresatów (od przedmiotowego traktowania do podmiotowego podejścia), e) przechodzeniu osób z niepełnosprawnościami z egzystencji w warunkach segregacji do życia w warunkach integracji (Ossowski 1999, s. 206; por. Dega 1998; Sowa, Wojciechowski 2001).

W kontekście tego pojawia się też określenie *leczenie usprawniające* jako pojęcie odnoszące się do całokształtu postępowania zorientowanego na osoby przewlekłe chore oraz z niepełnosprawnościami, które ma na celu przywrócenie im jak największej sprawności fizycznej i psychicznej, a tym samym zdolności do czynnego udziału w życiu społecznym (Milanowska 1998, s. 33).

## Podsumowanie

Podsumowując, aby przezwyciężyć ograniczoną sprawność poprzez rehabilitację, za R. Ossowskim (1999, s. 126; zob. też: Milanowska, Dega 1998, s. 124–139; Hulek 1981; Kowalik 1999) można wskazać na następujące cele w aspekcie: a) ekonomicznym – pełną lub zwiększoną niezależność, b) medycznym – poprawa stanu fizycznego i fizjologicznego, c) prawnym – status osoby, która nie korzysta z uprawnień przysługujących z tytułu niepełnosprawności, d) zawodowym – uzyskanie statusu jednostki pracującej na otwartym rynku pracy w systemie integracyjnym, e) psychologicznym – pozytywna akceptacja niepełnosprawności oraz ukształtowanie poczucia sprawstwa i sensu życia, f) socjologicznym – integracja w płaszczyźnie rodzinnej, rówieśniczej, szkolnej, zawodowej, społecznej oraz środowiska lokalnego, g) definiowania własnej osoby – stanie się jednostką, która osiąga/osiągnęła cele zdrowotne i rehabilitacyjne

Powyższa konceptualizacja wskazywać może na ścisłe powiązanie edukacji zdrowotnej i rehabilitacji. Jeśli przyjąć, że na ogólnym poziomie mają one wspólny cel – wspieranie rozwoju jednostki z niepełnosprawnością, czynią to jednak we właściwy dla siebie sposób. W edukacji na plan pierwszy wysuwa się uczenie życia w sytuacji choroby/niepełnosprawności. Rehabilitacja natomiast ukierunkowana zostaje bardziej na ukształtowanie konstruktywnych sposobów radzenia sobie z trudnościami życia, jakie generują zaburzenia w stanie zdrowia i rozwoju, obejmując swoim zakresem szerszy konglomerat problemów, nie tylko zdrowotnych. W tym sensie edukacja tworzy warunki dynamizujące proces rehabilitacji, co ułatwia realizację celów rehabilitacji.

Można stwierdzić, że wskazane wyżej dyscypliny wiedzy naukowej stają wobec wyzwań, jakie niosą ze sobą cywilizacyjne zagrożenia dla zdrowia i potrzeby społeczne z tym związane. Nie wydaje się jednak, by w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej oraz samej edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami edukacja zdrowotna w sposób w pełni i wystarczająco komplementarny była eksponowana.

## Bibliografia

- Aleksandrowicz J., Duda H. (1991), *U progu medycyny jutra*, Oficyna Wydawnicza STON
- Bames G., Mercer G. (2009), *Niepełnosprawność*, Warszawa
- Borowska T. (1998), *Pedagogia ograniczeń ludzkiej egzystencji*, IBE, Warszawa
- Brzezińska A. (2005), *Psychologiczne portrety człowieka: praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Brzezińska A. (2000), *Społeczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa

- Całek A. (2005), *O stawianiu się twórcą – od ekspresji osobowości do dzieła*, [w:] *Psychologiczne i egzystencjalne problemy człowieka dorosłego*, red. A. Gałdowa, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
- Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010), *Psychologia uzależnień: alkoholizm*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa
- Dega W. (1998), *Koncepcja rehabilitacji*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. K. Milanowska, W. Dega, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
- Dykcik W. (2005), *Zakres i przedmiot pedagogiki specjalnej*, [w:] *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Dykcik W. (2005), *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Gawęł A. (2008), *Wychowanie zdrowotne w perspektywie teoretycznej*, [w:] *Teoria wychowania w okresie przemian*, red. E. Kubiak-Szymborska, D. Zając, Wydawnictwo Wers, Bydgoszcz
- Gawęł A. (2011), *Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej*, [w:] *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych interpretacji*, red. A. Gawęł, B. Bieszczad, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Heszen-Niejodek I. (2003), *Wymiar duchowy człowieka a zdrowie*, [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, red. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Hulek A. (1981), *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych w Polsce i za granicą*, Wydawnictwo Związków Zawodowych, Warszawa
- Kowalik S. (1999), *Psychologiczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, „Śląsk”, Katowice
- Milanowska K. (1998), *Podstawy leczenia usprawniającego*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. K. Milanowska, W. Dega, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
- Olejnik M. (2003), *Średnia dorosłość. Wiek średni*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Ossowski R. (1999), *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz
- Milanowska K. (1998), *Podstawy leczenia usprawniającego*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, red. K. Milanowska, W. Dega, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
- Ostrowska K. (1999), *Promocja zdrowia ludzi chorych i niepełnosprawnych*, [w:] *Promocja zdrowia*, red. J.B. Karski, Ignis, Warszawa
- Piecuch Cz. (2005), *Sytuacja egzystencjalna człowieka w wieku dojrzałym*, [w:] *Psychologiczne i egzystencjalne problemy człowieka dorosłego*, red. A. Gałdowa, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
- Poprawa R. (2008), *Samoocena jako miara podmiotowych zasobów radzenia sobie i szczęścia człowieka*, [w:] *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, red. I. Heszen, J. Życińska, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa
- Sęk H., Cieślak R. (2004), *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

- Sękowska Z. (1998), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa
- Shilling C. (2008), *Kultura. „Rola chorego” i konsumpcja zdrowia*, [w:] *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Wydawnictwo Znak, Kraków
- Słońska Z., Misiuna M. (1993), *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa
- Sowa J, Wojciechowski F. (2001), *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów
- Speck O. (2000), *Niepełnosprawność w społeczeństwie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Straś-Romanowska M. (2003), *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Syrek E. (2009), *Pedagogika zdrowotna – zarys obszarów badawczych*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa
- Twardowski A. (1996), *Oddziaływania rodziców blokujące rozwój autonomii u dzieci upośledzonych umysłowo*, [w:] *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Od diagnozy do prognozy i do działania*, red. W. Dykcik, Poznań 1996, s. 145–154
- Williams T. (1988), *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 7–8, s. 195–197
- Wojciechowski F. (1999), *Edukacja zdrowotna w rewalidacji dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży. Materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej „Promocja zdrowia w edukacji”*, red. H. Kosętko, J. Wyczesany, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków
- Wojnarowska B. (2007), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Zawiślak A. (2006), *Koncepcja jakości życia osób z upośledzeniem umysłowym w niektórych współczesnych ujęciach teoretycznych*, [w:] *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychologiczne*, red. Z. Palak, A. Bujnowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Zdrowie 21. *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* (2001), tłum. J.B. Karski, Versalius, Warszawa–Kraków