

Ewa Syrek

Upodmiotowienie społeczne nauczyciela w działaniach na rzecz promocji zdrowia

Chowanna 2, 75-80

2000

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, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2000	R. XLIV (LV)	T. 2 (15)	s. 75—80
------------	--	---------------	-----------------	--------------	----------



Ewa SYREK

Upodmiotowienie społeczne nauczyciela w działaniach na rzecz promocji zdrowia

Promocja zdrowia — nowy obszar edukacji

Zainteresowanie nauk medycznych i pozamedycznych problematyką zdrowia wynika przede wszystkim z dużego zróżnicowania stanu zdrowia ludności na świecie, na poszczególnych kontynentach, w rozmaitych krajach i w obrębie konkretnych państw. Istotnym elementem nowoczesnego spojrzenia na zdrowie jest uznanie go za jeden z głównych zasobów gospodarki narodowej. W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla się, że zdrowie jest: wartością — dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji oraz zmieniać środowisko; z a s o b e m — bogactwem społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturalne, rozwijając się, osiągać odpowiedni poziom jakości życia. Zdrowie stanowi także w a r u n e k (środek) codziennego życia (a nie jego cel), umożliwiając lepszą jego jakość; k o n c e p c j ę eksponującą korzyści (dobre samopoczucie, sprawność fizyczną), a nie negatywne skutki (choroby, zaburzenia) (J a c z e w s k i, 1994). Zdrowie gwarantuje optymalną umiejętność pełnienia funkcji i zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji (P a r s o n s, 1969).

Na XXX Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 1977 roku w Alma Acie, w rezultacie jednogłośnej akceptacji przez przedstawicieli 162 krajów członkowskich, przyjęto rezolucję znaną powszechnie pod nazwą *Zdrowie dla*

wszystkich do roku 2000. Promowaniem zdrowia jako działaniem pierwszoplanowym zajęło się w 1984 roku Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego, wydając *Dokument dyskusyjny na temat promocji zdrowia* (Karski, Słóńska, Wasilewski, red., 1994). Promocję zdrowia (*Health Promotion*) określono tutaj jako proces, który umożliwia jednostkom i społeczeństwu zwiększenie kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie. Warto jednak dodać, iż promocja zdrowia to nie tylko strategia polityki społecznej, służącej kreowaniu zdrowego stylu życia, ale to także zasady działania ludzi w społeczeństwie lokalnym i współdziałania ze społeczeństwem, a ponadto zintegrowane działania na różnych poziomach, mające wpływ na relację między zdrowiem, ekonomią, środowiskiem, społeczeństwem i jednostką (Karski, 1992). Spośród wielu czynników determinujących zdrowie (takich jak np. czynniki genetyczne, środowiskowe, kulturowe) istotne znaczenie ma styl życia, który odnosi się do zespołu codziennych zachowań, specyficznych dla danej jednostki lub grupy społecznej, uzależnionych od warunków życia, od czynników społeczno-kulturowych, cech osobistych jednostek. Wzory zachowań i reakcji społecznych przekazywane są w procesie socjalizacji, podlegają ciągłym zmianom ze względu na dynamikę procesów i sytuacji społeczno-ekonomicznych (Słóńska, Misiuna, 1993; Siciński, red., 1978). Na działania promujące zdrowie istotny wpływ ma nie tylko styl życia, ale także możliwość dokonywania zmian w stylu życia w celu zwiększenia kontroli nad własnym zdrowiem. Do wyjaśniania zachowań związanych ze zdrowiem stosuje się kilka teorii (Sheridan, Radmacher, 1998): teorię własnej skuteczności, model przekonania zdrowotnych, teorię uzasadnionego działania.

Teoria własnej skuteczności dotyczy indywidualnych zdolności do sprostania danemu wyzwaniu zdrowotnemu. Na poczucie własnej skuteczności wpływają: wcześniejsze sukcesy i porażki, obserwowanie zachowań, informacje zwrotne od innych na temat własnych możliwości, stan fizjologiczny. Model przekonania zdrowotnych zakłada, że zachowania związane ze zdrowiem zależą od oceny postrzeganego zagrożenia chorobą lub urazem, od kosztów i zysków danego zachowania. Teoria uzasadnionego działania mówi, że najtrafniej można przewidzieć zachowania na podstawie „intencji”. Na intencję danego zachowania wpływa postawa wobec tego zachowania, a na tę postawę przekonanie, że dane zachowanie doprowadzi do określonego rezultatu. I to jest cel edukacji zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna stanowi narzędzie promocji zdrowia, jej komplementarną część. Dotyczy z jednej strony przekazywania informacji, a z drugiej — nabywania świadomości ważności zdrowia, wiedzy o zdrowiu, o czynnikach zwiększających jego potencjał i stwarzających ryzyko dla zdrowia, kształtowania postaw wobec zdrowia swojego i innych, rozwijania umiejętności niezbędnych dla formowania zachowań sprzyjających zdrowiu i do radzenia

sobie z nowymi sytuacjami, podejmowania właściwych decyzji i wyborów (W o y n a r o w s k a, 1998).

System edukacji, zwłaszcza instytucjonalnej, daje ogromną szansę wpływu na zdrowie dzieci i młodzieży. Ranga nadawana temu problemowi w szkolnictwie światowym jest bardzo zróżnicowana. W krajach uprzemysłowionych wdrażane są specjalne programy edukacyjne, wspierające młodych ludzi w dokonywaniu prozdrowotnych wyborów. Są nimi: Comprehensive School Health Programmes (Północna Ameryka) i Health Promoting School — prowadzone w Europie. Programy te obejmują trzy główne obszary oddziaływania: szkolny personel medyczny i paramedyczny, materiał z zakresu edukacji zdrowotnej, środowisko szkolne. Jedną z głównych idei tych programów jest — oprócz dążenia do podniesienia poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie ochrony zdrowia — zwiększenie integracji środowisk szkolnych i zapewnienie uczniom społecznego wsparcia (S ł o Ń s k a, 1994). Wzory zachowań przekazywane w ramach procesu socjalizacji w kontekście socjokulturowym mogą stać w jawnej sprzeczności z zachowaniami prozdrowotnymi. Włączenie edukacji zdrowotnej w proces socjalizacji dzieci i młodzieży stanowi zatem warunek jej skutecznego oddziaływania. Z. S ł o Ń s k a (1994) analizuje trzy modele edukacji zdrowotnej: zorientowanej na chorobę — głównym celem edukacji staje się wówczas zapobieganie jednostkom chorobowym; edukacji zorientowanej na czynniki ryzyka w celu zapobiegania kilku chorobom jednocześnie; edukacji zdrowotnej zorientowanej na zdrowie, koncentrującej się na zagadnieniu zwiększania potencjału zdrowia. Ta ostatnia jest niezwykle użyteczna z punktu widzenia skuteczności trwałego oddziaływania na sferę zmian w zachowaniach i może być traktowana jako najwłaściwsza z punktu widzenia realizacji idei promocji zdrowia. Ostatni model jest więc zorientowany na zdrowie rozumiane w ujęciu holistycznym — biopsychospołecznym. W takim ujęciu główny akcent położono nie na choroby, lecz ludzi i miejsca, które powinny stanowić przedmiot działań edukacyjnych. Główny wysiłek koncentruje się tutaj na tworzeniu i wdrażaniu kompleksowych programów edukacji zdrowotnej, ukierunkowanych na kluczowe dla kształtowania zdrowia danej społeczności środowiska społeczne. Działania edukacyjne natomiast powinny zwiększać potencjał zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym.

Szanse nauczyciela na udział w edukacji prozdrowotnej

W Polsce struktura organizacyjna edukacji zdrowotnej opiera się na trzech zróżnicowanych zakresowo poziomach: krajowym, regionalnym i lokalnym

(Janus, Charońska, 1998). Istotnym elementem w edukacji zdrowotnej, poza rodziną i różnymi grupami społecznymi, jest szkoła. Jako instytucja społeczna a zarazem środowisko wychowawcze nadaje ona kulturowy wymiar procesom socjalizacji. W rezultacie zmiany społecznej, która spowodowała, że system edukacji, w tym instytucja szkoły, nie spełnił oczekiwań indywidualnych i społecznych, wprowadzono w życie reformę szkolnictwa. Aktualna sytuacja edukacyjna w Polsce inspiruje pedagogów do dyskusji, przedstawiania propozycji zmian i akcentowania najważniejszych problemów (zob. np. Radziewicz-Winnicki, 1999; Kwieciński, 1994; Lewowicki, 1994; Frąckowiak, Modrzewski, 1995). W *Projekcie reformy systemu edukacji* (1998) odnajdujemy w propozycji treści programowych, zarówno w szkole podstawowej (s. 125—126), jak i w gimnazjum oraz liceum profilowym (s. 183—184), wyraźne sformułowanie zadań szkoły realizującej wychowanie prozdrowotne na kolejnych etapach kształcenia. Zalicza się do owych zadań m.in. stwarzanie warunków do kształtowania zachowań prozdrowotnych; doskonalenie umiejętności odpowiedniego postępowania w sytuacjach zagrożenia; nabywanie umiejętności prozdrowotnych; zapoznanie z zasadami pierwszej pomocy przedmedycznej; poznanie zagrożeń cywilizacyjnych; stwarzanie warunków do kształtowania i stosowania zasad zdrowego stylu życia; pomoc w pozyskiwaniu odpowiednich wzorów życiowych; pomoc w przygotowaniu do pełnienia funkcji społecznych i uczestnictwa w tworzeniu zdrowych środowisk życia. Wymienione zadania dają współczesnemu nauczycielowi szansę realnych oddziaływań zarówno na przekształcanie postawy dzieci i młodzieży, jak i na współtworzenie warunków ich realizacji. Warto też wspomnieć, iż w Polsce została wprowadzona w życie idea szkoły promującej zdrowie, która wyrosła z ogólnej koncepcji promocji zdrowia i wiąże się z europejską polityką zdrowotną. Koncepcja „szkoły promującej zdrowie” narodziła się w Europie w latach osiemdziesiątych jako drugi po „zdrowych miastach” ruch promocji zdrowia. W 1986 roku odbyło się Międzynarodowe Sympozjum „Szkoła Promująca Zdrowie” w Pleebles (Szkocja), następnie w 1989 roku Światowa Organizacja Zdrowia — Biuro Regionalne dla Europy i Szkocka Grupa Edukacji Zdrowotnej opracowały raport *Zdrowa szkoła*. Jego polska wersja ukazała się w 1990 roku jako pierwsze tłumaczenie w Europie. W 1991 roku z tej inicjatywy rozpoczęto realizację projektu *Szkoła promująca zdrowie* w Czechosłowacji, w Polsce i na Węgrzech. W roku 1992 utworzono Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie, Polska włączyła się do niej we wrześniu 1992 roku (Woynarowska, red., 1995).

W celu umożliwienia rozwoju tej idei w Polsce oraz wprowadzenia w szkołach nowoczesnego programu edukacji zdrowotnej niezbędne staje się odpowiednie przygotowanie nauczycieli. Konieczne okazuje się podjęcie działań systemowych w zakresie kształcenia nauczycieli w dziedzinie edu-

cji zdrowotnej, uznane jest ono bowiem za priorytet w krajach Wspólnoty Europejskiej oraz w Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (Wojnarowska, Szymańska, 1998). Edukacja taka domaga się upodmiotowienia nauczyciela.

Upodmiotowienie społeczne jest procesem działań społecznych, propagujących zwiększanie indywidualnej i wspólnej kontroli, doskonalenie jakości życia i społecznej sprawiedliwości. Zawiera w sobie trzy znaczące składniki: mikrocynniki, struktury pośredniczące oraz makrocynniki (Cylkowska-Nowak, 1999). Mikrocynniki dotyczą kwestii osobowych, takich jak zaufanie do siebie, kształtowanie pewności siebie. Mają one istotne znaczenie w pracy nauczyciela, ponieważ autentyczność działań edukacyjnych w promocji zdrowia ma wpływ na ich efekt końcowy. Czynniki pośredniczące odnoszą się do działań w grupie, gdzie członkowie przez własne uczestnictwo dzielą się wiedzą i podnoszą swoją świadomość w przedmiotowej kwestii. System doskonalenia nauczycieli jako kreatorów edukacji zdrowotnej wydaje się zatem mieć znaczenie podstawowe. Makrocynniki dotyczą zaś aktywności społecznej, w tym wypadku grupy nauczycieli działających nie tylko w obrębie środowiska szkolnego, ale także w środowiskach lokalnych w charakterze organizatorów poczynań na rzecz promocji zdrowia. Omówione czynniki z pewnością mają znaczenie w podnoszeniu kompetencji nauczycieli w działaniach edukacyjnych i wychowawczych na rzecz promocji zdrowia.

M. Cylkowska-Nowak (1999) proponuje, tak jak C. Swift i G. Levin, trójfazowy model procesu upodmiotowienia społecznego z perspektywy świadomości grupowej, będący, jak się wydaje, przydatny w podjętych rozważaniach dotyczących kreatywnej postawy nauczyciela w działaniach na rzecz promocji zdrowia. W fazie pierwszej tego modelu jednostka odczuwa brak wiedzy w pewnej dziedzinie jako niesprawiedliwość. W wyniku interakcji z innymi ludźmi dochodzi do powstania poczucia więzi z innymi, którzy myślą i czują podobnie — jest to faza druga. W fazie trzeciej następuje integracja grupowa, której efektem staje się zaangażowanie w przemyślaną działalność na rzecz zmiany warunków społecznych w lokalnych i środowiskowych społecznościach. Wspieranie idei promocji zdrowia przybiera postać różnych kontekstów.

Nauczyciel i jego działalność społeczno-edukacyjna jest jednym z takich kontekstów, ale jakże znaczącym w sytuacji reform edukacyjnych. Niezbędne zatem staje się tworzenie warunków sprzyjających procesowi poszukiwania informacji zdrowotnej, metodycznym rozwiązaniom w realizacji programów wychowania zdrowotnego. Upodmiotowienie bowiem społeczne nauczyciela w działaniach na rzecz promocji zdrowia jest procesem i skutkiem niezbędnym w pracy z dziećmi i młodzieżą. Proces podmiotowej aktywności, zmierzający do osiągnięcia zamierzonego celu, określa się jako działanie

społeczne, będące czynnością świadomą, a oznacza ów proces, że podmiot „doświadcza efektów objętych swą działalnością oraz jest świadomy zmian, jakie wywołuje” (Znaniński, 1971).

Zmieniająca się rzeczywistość społeczna, w tym i edukacyjna, dały współczesnemu nauczycielowi nową szansę partycypacji w globalnych (światowych), regionalnych (europejskich) i lokalnych (polskich) działaniach prozdrowotnych. Jednym z środków umożliwiających tę partycypację jest edukacja zorientowana na upodmiotowienie społeczne nauczyciela, który będzie umiał działać na rzecz promocji zdrowia. Podmiotowa aktywność stanowi zasadniczy czynnik kształtujący rzeczywistość społeczną i zachodzące zmiany, wywierający wpływ na działające podmioty.

Bibliografia

- Cylkowska-Nowak M., 1999: *Problem podmiotowości w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. Melosik. Poznań.
- Frąckowiak T., Modrzewski J., 1995: *Socjalizacja a wartości*. Poznań.
- Jaczeński A., red., 1994: *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju*. Warszawa.
- Janus B., Charońska E., 1998: *Struktura organizacyjna edukacji zdrowotnej w Polsce. W: Wychowanie zdrowotne — osiągnięcia i perspektywy wdrażania do szkół. Ogólnopolska Konferencja Naukowa. Kraków 14—15 czerwca 1996*. Kraków.
- Karski J. B., Słońska Z., Wasilewski B., red., 1994: *Promocja zdrowia*. Warszawa.
- Karski J. B., 1992: *Promocja zdrowia (wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe)*. Warszawa.
- Kwieciński Z., 1994: *Edukacyjne meandry przejścia ku mirażom demokracji*. W: „Sociologia Wychowawcza”. T. 12. Toruń.
- Lewowicki T., 1994: *Przemiany oświaty*. Warszawa.
- Parsons T., 1969: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa.
- Radziejewicz-Winnicki A., 1999: *Modernizacja niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*. Kraków.
- Sheridan Ch. L., Radmacher S. A., 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa.
- Siciński A., red., 1978: *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*. Warszawa.
- Słońska Z., Misiuna M., 1993: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa.
- Słońska Z., 1994: *Ewolucja modeli edukacji zdrowotnej*. „Kultura Fizyczna”, nr 5—6.
- Woynarowska B., 1998: *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia. W: Wychowanie zdrowotne — osiągnięcia i perspektywy wdrażania do szkół*. Kraków.
- Woynarowska B., Szymańska M. M., 1998: *Kształcenie nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Prezentacja poradnika*. W: *Wychowanie zdrowotne — osiągnięcia i perspektywy wdrażania do szkół*. Kraków.
- Woynarowska B., red., 1995: *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie?* Warszawa.
- Znaniński F., 1971: *Sociologia wychowania*. T. 1. Warszawa.