

Małgorzata Kaliszewska

UNIwersytet JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH

<https://orcid.org/0000-0002-6704-3836>

W TROSCE O OBSZAR PEDAGOGIKI ZDROWIA. DRUGI GŁOS W DYSKUSJI

Pytania sformułowane przez organizatorów sympozjum oraz lektura opublikowanych wcześniej głosów w dyskusji każe zadać sobie pytania szerszej natury, niż tylko o wyzyskanie impulsów przeszłości tu i teraz.

W poprzednim głosie wypowiedziałam się na temat pomysłów, które zainspirowanie zostały paradygmatem dwoistości i wykorzystane na zajęciach z edukacji zdrowotnej u pedagogów oraz w trakcie zajęć ze studentami pracy socjalnej, bez wnikania w historię i teorię. (Można je obejrzeć na plakatach interaktywnych na piętrze). Obecnie chcę spojrzeć nieco szerzej na problem wykorzystywania idei z przeszłości.

Moje pytania **dotyczą obszaru pedagogiki zdrowia**, gdyż od dwudziestu lat była to dziedzina nauki, poznawana przeze mnie od podstaw a równoległe do innych zainteresowań badawczych. Piętrzący się niemal zasób problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży oraz coraz bardziej widoczna bezradność instytucji edukacyjnych, zwłaszcza gdy chodzi o zdrowie psychiczne najmłodszych nakazuje zadać sobie pytanie, **jak to jest, że przez ostatnie sto lat ofiarnej pracy lekarzy i pedagogów na niwie higieny szkolnej i zdrowia uczniów, nie udało się wypracować takich modeli wychowania i kształcenia w obszarze troski o zdrowie i stylu życia, które by faktycznie zapobiegały problemom zdrowotnym i dały się modyfikować stosownie do czasów? Czy jest tu, w dorobku przeszłości, coś do wyzyskania, co być może umknęło naszej uwadze przez te minione lata???**

Problem pozostał na razie otwarty.

Zatem, co stanowi dziedzictwo minionych pokoleń i czy można je jakoś opisać?

Maciej Demel stwierdza w 1980 roku: „Znajomość historii oszczędza trudu wyważania drzwi otwartych, chroni przed popełnieniem nieświadomych plagiatów w sferze teorii i pseudonowatorstwem w dziedzinie praktyki; równocześnie uzbraja przeciw tym, którzy nielojalnie czerpią z przeszłości licząc na naszą historyczną ignorancję” (Demel 1980, s. 45).

Dodaje też:

„Nasza koncepcja wychowania zdrowotnego wyrosła z polskiej gleby (wysokiej myśli Piramowiczów, Śniadeckich, Kopczyńskich i z szarego trudu kilku pokoleń) a dopiero wtórnie została skonfrontowana z obcymi wzorami”. (Ibidem).

Co jest wobec tego spuścizną po tych wszystkich ofiarnych i mądrych ludziach, których możemy nazwać pokoleniami społeczników, lekarzy, bądź świątłych urzędników stosownych ministerstw? Czy spuścizną mogą pozostać przykłady projektów, postawy społecznikowskie, podejście do problemów, skoro zmieniła się wiedza medyczna, zdezaktualizował się problem fatalnych warunków życia dzieci, , brak dostępu do opieki lekarskiej i brak odpowiedniej infrastruktury szkolnej? Czy wobec tego wiedza o przeszłości ma być motorem napędzającym zmiany lub zapobiegać grzechom zaniechania, widocznym np. w aktualnym raporcie NIK?

Okazuje się, że potrzebne są badania, które by w pisarskiej spuściznie sprzed stu lat odnalazły i pozwoliły zrekonstruować te wątki i te myśli, które mogą dać impulsy dla współczesności.

I jakiego nazewnictwa używać, mówiąc o przeszłości? Historycznej? Kultura zdrowotna, oświata, higiena, wychowanie zdrowotne czy współczesnej? (pedagogika zdrowia, edukacja zdrowotna?).

I jak te pokolenia nazywać/rozumieć? Są to pokolenia historyczne, czy może są to dzieje kolejnych instytucji i ich przedstawicieli, jako to uczynił Demel w swojej periodyzacji wychowania zdrowotnego. Dokonał on periodyzacji dziejów oświaty zdrowotnej w następujący sposób, cytuję fragment:

Okres nazwany epoką prasy, odbiorcami są szlachta, kler i lud, główni reprezentanci to Lafontaine, Śniadecki i Perzyna;

Epoka centralizmu państwowego ma odbiorców w nauczycielstwie, młodzieży miejskiej i wiejskiej a przedstawicielami są KEN, Warszawskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Piramowicz i Kaczkowski.

Epoka narodnictwa (Judymów) to jako odbiorcy oświeceni chłopci i rzemieślnicy a przedstawicielami są Promyk, Brzeziński, szkoły medycyny społecznej. (Demel 1980, s. 44).

Itd. Mamy tu więc sytuację braku podziału na pokolenia a raczej podział uwzględniający kilka różnych czynników, w tym odbiorców i reprezentantów na równi.

Można to też ułożyć inaczej:

Czy można wskazać/wyodrębnić kolejne pokolenia twórców i działaczy zdrowotnych i „nauczycieli zdrowia” i czy oddzielać lekarzy od pedagogów?

Można wydzielić pokolenie prekursorów: Piramowicz (nauczyciel) i Śniadecki(lekarz) i

Pokolenie działaczy społecznych **czasów zaborów**;

Pokolenie urzędników i współpracowników epoki Stanisława Kopczyńskiego (odzyskanie niepodległości);

Po wojnie: pomoc międzynarodowa i polityka państwa, które wzięło na siebie obowiązek pieczy nad zdrowiem obywateli.

Po 1989 obywatele "odzyskali zwoje zdrowie". Pokolenie nauczycieli pasjonatów, tworzących szkoły promujące zdrowie.

Rok 2018 – raport NIK o niewykorzystaniu zasobów szkolnych dla zdrowia uczniów.

Może więc należy także odbiorców też dzielić na pokolenia, jak to uczyniła Barbara Woynarowska, biorąc pod uwagę wykorzystywanie technologii informacyjnych w edukacji? Dzieli odbiorców na pokolenia, wskazując na konieczne zmiany w metodyce.

Np.

Pokolenie 1920-45, preferuje bezpośredni przekaz słowny;

Pokolenie wyżu (46-64) preferuje bezpośredni przekaz słowny, materiału drukowane alternatywnie z nowymi mediami;

Pokolenie X (1965-1980) lubi dobrze ustrukturalizowany przekaz słowny, materiały drukowane i alternatywnie z nowymi mediami;

Pokolenie Y(1981-1999) minimalny, bezpośredni, dobrze ustrukturyowany przekaz słowny (także zdalny), korzystają z nowych mediów;

Pokolenie Z (2000-) obecne nastolatki od przedszkola stykają się z mediami online, preferują minimalny, krótki przekaz (zdalny).

Mamy więc osobno problem pokolenia twórców i osobno – pokolenia odbiorców.

Jakie dylematy i dwoistości towarzyszą współczesnej pedagogice zdrowia?

Tu można udzielić tylko częściowych odpowiedzi, ale i tak ukazują one pedagogikę zdrowia jako dziedzinę nadal niedojrzałą, pełną sprzeczności i dynamicznych, wewnętrznych zmian na przestrzeni stu lat, a przecież uznawaną i potrzebną, nikt tego nie kwestionuje.

Zatem:

1. Dzisiejszej **Pedagogice zdrowia**, towarzyszą od początku zainteresowania zdrowiem dzieci **następujące dwoistości:**

- przedmiot badań ma charakter opisująco wyjaśniający lub prakseologiczny;
- jest i rozwija się/trwa ona między medycyną a pedagogiką, kooperując raz blisko i skutecznie, innym razem niezręcznie i nieefektywnie;
- ma charakter interdyscyplinarny;
- współdziałanie pracowników pedagogicznych i medycznych miało liczne bariery, ale też rodziło szereg możliwości.
- istnieją opisane przez prof. Demela zbieżność i rozbieżność między medycyną a pedagogiką;
- dostrzegalne są prekursorstwo a epigonizm w wyznaczaniu zadań;
- rodzi się pytanie o specjalizację czy całościowe traktowanie człowieka?
- istnieje niespójność, polegająca na rozbieżności między deklaracjami a stylem życia człowieka.

Znajdujemy w tym obszarze następujące dylematy:

- dylematy definicyjne, brak jednoznacznego zasobu terminów; terminy czy kategorie?
- dylematy teorii i praktyki;
 - polska tradycja czy obce wzory?
 - jawny i ukryty program;
- dylematy dotyczące zasobu wiedzy medycznej u nauczycieli;

W obszarze edukacji zdrowotnej i jej dydaktyki (treści, metody) można mówić o trzech grupach dwoistości, które mogą organizować praktykę:**1. Dwoiste aspekty etapu dzieciństwa w cyklu życia wedle E.H. Eriksona oraz w praktyce życiowej i szkolnej.**

- 1.2. Dwoiste elementy w cyklach życia Eriksona, i ich recepcja w ujęciu Witkowskiego.
- 1.3. Między bliskością a oddaleniem jako dylematy dzieciństwa człowieka, przegląd literatury przedmiotu, literatury pięknej, przykłady z życia.
- 1.4. Ciało dziecka w edukacji. Między wolnością i „bezwstydem” a ujarzmianiem i zawstydzaniem.
- 1.5. Między nadmiarem a niedoborem w odżywianiu się/żywnieniu uczniów szkoły podstawowej.
- 1.6. Dwoistość postaw rodzicielskich wobec przewlekłej choroby dziecka w wieku szkolnym.
- 1.7. Wielość potrzeb uczniowskich wobec zagrożeń i możliwości ich profilaktyki przez edukację. Między nadmierną troską, lękiem a lekceważeniem.
- 1.8. Między wolnością a przymusem/koniecznością wyboru stylu życia przez ucznia (sklepiki szkolne a automaty ze zdrową żywnością, wybór zajęć na przerwie, obligatoryjne uczestnictwo w lekcjach wf, przymusowy czas pobytu w murach szkolnych).

2. Nauczyciel zdrowia: facylitator, trener, treser czy osobowość dbająca o ciało?

- 2.1. Obrazki z przeszłości: ambiwalentne role nauczyciela na początku XX w. we Francji (na przykładzie Elizy Freinet, przeciwniczki szczepień, zobowiązanej do pilnowania, aby odbyły się one na terenie szkoły).
- 2.2. Między wiedzą a niewiedzą. Nauczycielskie dylematy przygotowania do prowadzenia szkolnej edukacji zdrowotnej. Ile wolno nauczycielowi wiedzieć?
- 2.3. Między zaleceniami władzy a osobistymi teoriami zdrowotnymi nauczycieli
- 2.4. Dylematy polonisty. Czy polonista musi/może/ chce edukować zdrowotnie?
- 2.5. Dylematy nauczycieli wychowania fizycznego. Kiedy i dlaczego nie czują się nauczycielami zdrowia?
- 2.6. Uprawnienia i ograniczenia nauczyciela wobec dziecka chorego przewlekle w klasie szkolnej. Między dobrą wolą a ryzykiem.

- 2.7. Dziecko niepełnosprawne w szkole masowej. Między bliskością a oddaleniem.
 - 2.8. Problemy zdrowotne polskich nauczycieli: wymagania a możliwości zdrowotne.
 - 2.9. Skazani na oscylację? Postawy nauczycielskie wobec dwoistości w pracy, aktualny i ważny obszar do zbadania.
 - 2.10. Czy w obszarze edukacji zdrowotnej nauczyciel pozostaje facylitatorem, czy może/powinien interweniować, gdy dzieje się źle? (agresja, palenie papierosów, głód dziecka lub obżarstwo, unikanie aktywności fizycznej, załęknięcie).
- 3. Dwoistość strategii i metodyki szkolnej edukacji zdrowotnej.**
- 3.1. Razem czy osobno (chłopcy i dziewczęta)? Dylematy form prowadzenia edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej w świetle rozdziału z książki M. Demela, *Pedagogika zdrowia*, s. x.
 - 3.2. Między skupieniem a rozproszeniem starań – strategie w edukacji zdrowotnej, status EZ w szkole na przestrzeni 25 lat.
 - 3.3. Status edukacji seksualnej: czy należy do EZ czy nie?
 - 3.4. Czy w obszarze edukacji zdrowotnej przeważają wskazania, recepty, reguły postępowania, doskonalenie codziennych nawyków czy może swobodne interpretowanie powinności wobec zdrowia przez dziecko każdego dnia?

Jakie pęknięcia międzypokoleniowe były bądź są dostrzegalne?

A. Rok 1990 – wchodzi do Polski brytyjski projekt Nowa Szkoła zmieniony u nas na Szkołę Promującą zdrowie. Starsze pokolenie buntuje się na objawy lekceważenia polskiego dorobku. Młodzi twierdzą, że działano nieskutecznie, bo edukacja ma mieć charakter oddolny a nie być narzucana z góry.

Jestem świadkiem starć słownych i okazywania niechęci podczas pierwszych warsztatów Zdrowa szkoła w Krakowie w 1991 roku, prowadzonych przez lekarza, dr Jacka Molickiego.

B. W roku 2005 prof. Jerzy Rzepka zwołuje konferencje naukową międzynarodową, by przekonywać o konieczności utrzymania na studiach pedagogicznych przedmiotu Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania, który miał 120 mgodzin: 60 wykładów i tyleż ćwiczeń i kończył się egzaminem. Zmniejszono ten wymiar nawet do 15 godzin, by zrobić miejsce dla edukacji zdrowotnej.

„Są osoby, których pasją jest niszczenie wszystkiego tego, co się już sprawdziło i było dobre, a nawet wzorcowe w skali kraju, a nawet świata. Nie szanuje się i nie ceni przeszłości historycznej, a dąży do „pseudo” nowych, niesprawdzonych w naszych warunkach wzorów, byle „innych”, chociaż istniejących u nas już od dawna tylko pod innymi hasłami. Znalazło to swój wyraz w wielu referatach prezentowanych na konferencji” (*Nauczanie wiedzy biomedycznej...*, s. 11).

Współcześnie istnieją dwie koncepcje w pedagogice zdrowia: demelowska i WHO. Czy jest możliwość, by stworzyć jedną, najtrafniejszą opcję lub łączyć te obie?

Czy wobec tego współcześnie jesteśmy zdani na konsumowanie obcych wzorów, jako „lepszyc”, „nowocześniejszych” czy może warto sięgać do pedagogii demelowskiej, opartej na tradycji i świecie wartości?

Czy jesteśmy zdani nadal na współistnienie pedagogiki zdrowia między pedagogiką a medycyną bez tworzenia obszarów zintegrowanej wiedzy a zwłaszcza metodyki i metodologii badań?

Jakie istnieją współcześnie możliwości badawcze w obszarze pedagogiki zdrowia i kogo one interesują?

Jak kształcić przyszłych nauczycieli zdrowia w obliczu coraz większej liczby uczniów z dysfunkcjami w szkole masowej i czy w spuściznie sprzed stu lat można znaleźć jakieś sugestie bądź wskazówki?

Bibliografia

Demel M., *Pedagogika zdrowia*, WSiP, Warszawa 1980.

Rzepka J. (red.), *Nauczanie wiedzy biomedycznej na studiach pedagogicznych: materiały z międzynarodowej konferencji naukowo-programowej, Ustroń-Jaszowiec, 10-12 maja 2005 r.*, GWSP, Mysłowice 2005.

Witkowski L., *Versus. O dwoistości strukturalnej faz rozwoju w ekologicznym cyklu życia psychodynamicznego modelu Erika H. Eriksona*, Of. Wyd. Impuls, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Kraków 2015.

Woynarowska B. (red.), *Zdrowie i szkoła*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.

Animacja w praktyce oddziaływań
