Anna Gaweł

EDUKACJA PROZDROWOTNA I MOŻLIWOŚĆ JEJ OPTYMALIZACJI W RODZINIE I SZKOLE

Współczesne definicje zdrowia

Cywilizacja współczesna przyznaje kategorii zdrowia wysoką pozycję w hierarchii wartości. Jednakże, chociaż zdrowie stanowi nieodłączny atrybut egzystencji człowieka, w zależności od przyjętych założeń teoretycznych definiowane jest różnorodnie.

Hipokrates (460–377 p.n.e.), ojciec medycyny europejskiej, określał zdrowie jako dobre samopoczucie zależne od równowagi zewnętrznej między człowiekiem i jego otoczeniem, która umożliwia stworzenie równowagi wewnętrznej. Według Platona (437–347 p.n.e.) zdrowie stanowi, między innymi, funkcję doskonalenia stylu życia.

Medycyna nowożytna opiera analizy treściowe pojęcia zdrowia na dwóch paradygmatach: tradycyjnym biomedycznym i – zastępującym go obecnie – społeczno-ekologicznym. Biomedyczna koncepcja zdrowia narodziła się w odpowiedzi na mechanistyczne widzenie świata i kartezjański dualizm, uznający psychikę i ciało za całkowicie odmienne sfery. W myśl jej założeń zdrowie rozumiane jest jako brak choroby, a więc stan, w którym nie występują u człowieka dające się stwierdzić empirycznie objawy chorobowe, a jednocześnie wyniki badań lekarskich utrzymują się w granicach, przyjętych zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej, za obowiązującą normę. Zgodnie z zaznaczającym się tu podejściem patogenetycznym człowiek klasyfikowany jest jako zdrowy bądź chory, zaś jedyne determinanty zdrowia to indywidualna odporność biologiczna i wyposażenie genetyczne. Zdrowie, podobnie jak choroba, pozostaje więc poza kontrolą podmiotu. W myśl modelu społeczno-ekologicznego istotę zdrowia wyraża dynamiczna równowaga między fizyczną, psychiczną i społeczną sferą funkcjonowania człowieka oraz potencjał zdrowotny, stanowiący warunek jej utrzymania. Samo pojęcie zdrowia wkomponowane zostaje w kontekst działań służących jego ochronie, jako że potencjał zdrowotny może być wzmacniany, a równowaga zdrowotna chroniona i – w miarę potrzeb – przywracana[1].

---

[1] C. Włodarczyk, *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, [w:] *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, J. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), Warszawa 1992, s. 29–30.

U podstaw modelu społeczno-ekologicznego odnajdujemy holistyczne podejście do człowieka, który traktowany jest:

– jako całość, a więc jego zdrowie konstytuują powiązane ze sobą aspekty – fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy,

– jako część całości – implikuje to postrzeganie zdrowia ludzkiego w kontekście czynników na nie wpływających, to jest głównie zachowań wykazujących związek ze zdrowiem i warunkami życia[2].

Do paradygmatu społeczno-ekologicznego nawiązuje szeroko spopularyzowana „pozytywna" definicja zdrowia sformułowana w 1946 roku przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization – WHO*). Określa ona zdrowie jako „całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy ułomności". Dobrostan mierzony tu jest nie tylko wskaźnikami obiektywnymi, ale wyraża go także stan indywidualnego samopoczucia.

Zdrowie ma także wymiar społeczny, a ujmowane w kategoriach socjologicznych staje się warunkiem uczestnictwa jednostki w życiu społecznym. Zewnętrznymi przejawami spełniania przez jednostkę normy zdrowia będą: sprawność funkcjonalna, psychofizyczna gotowość i zdatność do akceptowanej w danym środowisku formy uczestnictwa społecznego, adekwatnego dla reprezentowanej kategorii wiekowej[3]. Tak rozumiane zdrowie umożliwia jednostce pełnienie, wyznaczonych procesem socjalizacji, ról określających postać uczestnictwa w życiu społecznym. Klasycznym przedstawicielem podejścia socjologicznego w definiowaniu zdrowia jest Talcott Parsons, który określa je jako

> „(...) stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji"[4].

W myśl społeczno-ekologicznego modelu zdrowia wyzwaniem dla współczesnego człowieka staje się jego promowanie, rozumiane jako proces umożliwiający utrzymanie zdrowia i jego poprawę. Obszary promocji zdrowia nakreślone przez Kartę Ottawską obejmują:

– prozdrowotną politykę państwa,

– wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia,

– rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu,

– reorientację służby zdrowia[5].

Celem działań nakierowanych na promocję zdrowia powinno być pomnażanie rezerw zdrowia i potencjału zdrowotnego. Szczególną rolę przypisuje się stylowi życia ro-

---

[2] B. Woynarowska (red.), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*, Warszawa 1995, s. 14–15.

[3] E. Roman, *Młodzież studiująca wobec wartości własnego zdrowia*, Poznań 1998, s. 18.

[4] T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1968, s. 68.

[5] Pojęcie promocji zdrowia po raz pierwszy pojawiło się w dokumentach Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Ałma Acie w roku 1977, zaś jego definicja zawarta jest w dokumencie I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, tzw. Karcie Ottawskiej (1986): „promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymywania. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu (dobrego samopoczucia) fizycznego, psychicznego i społecznego, zarówno jednostka, jak i grupa społeczna muszą umieć określać i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radząc sobie z wyzwaniami swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian".

zumianemu tu jako całokształt zachowań, zwyczajów i nawyków wykazujących związek ze zdrowiem.

W myśl aktualnych oszacowań przyjmuje się, że styl życia odpowiada w około 50% za kształtowanie zdrowia obok czynników środowiskowych kształtujących je w około 25–40%, biologicznych (5–15%) i opieki zdrowotnej (10–20%)[6]. Prozdrowotny styl życia – a więc taki, który preferuje racjonalny sposób odżywiania, aktywność fizyczną, unikanie tytoniu i alkoholu, umiejętność zwalczania stresu – ma być naturalną barierą dla cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia.

Zdrowie jako dobrostan oceniać należy w kontekście wartości – jest ono atrybutem człowieka, przysługuje mu jako podmiotowi i jednocześnie nosicielowi tej wartości. Jednakże, jak pisze Andrzej Pawłucki:

> „(...) człowiek przybywa na świat jako istota cielesna, ale nie rodzi się z żadnym poczuciem sensu ciała... Nie wie, że od jakości starań o obiekt ciała może uzależniać swoje kulturowe powodzenie i – ostatecznie – własną personalizację"[7].

Toteż edukacja powinna być zorientowana na przekształcanie tego, co obiektywne i społecznie pożądane, w subiektywne.

Potraktowanie zdrowia w kategoriach wartości osobowych implikuje fakt, że może ono być osiągane przez działanie, a zdobywanie go nadaje człowiekowi nowy, jakościowo bogatszy sposób istnienia[8].

Wychowanie rozumiane jako świadome i zamierzone oddziaływanie na człowieka, jako ingerencja w proces jego socjalizacji, prowadzić ma do uznania i zaakceptowania przez jednostkę systemu wartości, na których się ono opiera. Jedynie wartość odczuwana przez człowieka może być przez niego realizowana – wartości przecież modelują zachowania ludzkie, spajają ze sobą systemy postaw.

Podłożem odpowiedzialnych działań człowieka jest świadomość jego intencji i zamierzeń. Świadomość ta kształtuje się w dużej mierze na podstawie wiedzy, którą można uznać za ważny czynnik sprawczy dyspozycyjnych cech osobowości. Wolność wyboru hierarchii uznawanych przez człowieka wartości warunkuje ich wcześniejsze poznanie. Ważną dziedziną urzeczywistniania wartości jest działalność wychowawcza pod warunkiem, że osoby ją podejmujące rozumieją rolę wartości w aksjologicznej budowie człowieka[9].

Lokalizując zdrowie w systemie osobowych wartości człowieka, należy przyjąć, że jest ono wartością zadaną w procesie wychowania.

Koncepcja wychowania zdrowotnego

Wychowanie zdrowotne wywodzi się z doświadczeń ruchu higienicznego w Polsce, zaś początki nurtu wychowawczej myśli o zdrowiu znajdujemy w okresie Oświecenia.

---

[6] Z. Sadowski, *Promocja zdrowia – szansa i konieczność*, [w:] „Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna", nr 3–4, Warszawa 1994, s. 15.

[7] A. Pawłucki, *Pedagogika wartości ciała*, Gdańsk 1996, s. 84–85.

[8] J.W. Gałkowski, *Wychowanie a wartości*, [w:] *Kierunki w pedagogice i systemy wychowania*, „Roczniki Nauk Społecznych KUL", Tom XXIV, zeszyt 2, 1996.

[9] W. Cichoń, *Wartości, człowiek, wychowanie*, Kraków 1996, s. 56.

Autorami koncepcji wychowania zdrowotnego na gruncie pedagogiki byli: G. Piramowicz (1735–1801), który uznał wyższość profilaktyki nad leczeniem, a nauczyciela widział w roli osoby szerzącej kulturę zdrowotną (G. Piramowicz, *Powinności nauczyciela*, 1787) oraz J. Śniadecki (1768–1838), który w rozprawie *O fizycznym wychowaniu dzieci* (1805) łączył wiedzę medyczną z potrzebą wychowania, a nadto uznawany jest za prekursora metodyki oświaty zdrowotnej. Podbudowę teoretyczną ze strony pedagogiki społecznej wychowanie zdrowotne zawdzięcza szkole Heleny Radlińskiej, zaś ze strony medycyny i higieny społecznej T. Żulińskiemu, H. Jordanowi, J. Dietlowi, T. Chałubińskiemu – by wspomnieć tych najwybitniejszych.

Lata powojenne przynoszą inicjatywy zdrowotne organizacji młodzieżowych w szkołach, rozbudowę organizacyjną Polskiego Towarzystwa Higienicznego – w tym utworzenie Zakładu Oświaty Zdrowotnej w Państwowym Zakładzie Higieny kierowanego przez H. Wentlandową, twórczynię metodycznej szkoły oświaty zdrowotnej – ale także odgórne zwolnienie szkoły od odpowiedzialności za sprawy zdrowia uczniów wskutek przeniesienia w roku 1952 higieny i medycyny szkolnej z resortu oświaty do resortu zdrowia.

Dopiero rok 1963 rozpoczyna w powojennej Polsce znaczącą kartę w obszarze wychowania zdrowotnego – w Instytucie Pedagogiki w Warszawie Maciej Demel tworzy Pracownię Wychowania Zdrowotnego, a dwa lata później proklamuje nową subdyscyplinę pedagogiczną – wychowanie zdrowotne – w rozprawie teoretycznej *Wychowanie zdrowotne jako dyscyplina pedagogiczna* (WFiHS, 1965, nr 3), stając się twórcą nowej koncepcji pedagogiki zdrowia.

Wychowanie zdrowotne zastępuje się obecnie pojęciem edukacji prozdrowotnej rozumianej jako planowo realizowany proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie zarówno własne, jak i innych. Ma ona rozbudzić w społeczeństwie poczucie odpowiedzialności za zdrowie, przekazać niezbędną i zgodną z osiągnięciami nauk medycznych wiedzę o czynnikach go determinujących oraz wskazywać takie style życia, które umożliwiają jego utrzymanie i poprawę. Stąd cele edukacji prozdrowotnej określić można jako:

– wytwarzanie nawyków bezpośrednio i pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego,

– wyrabianie odpowiednich sprawności,

– nastawianie woli i kształtowanie postaw umożliwiających stosowanie higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i ich leczenie,

– pobudzanie pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie i prawach rządzących zdrowiem publicznym[10].

Wychowanie zdrowotne ma doprowadzić do ukształtowania postaw pozytywnych wobec zdrowia, wykazujących wysoki stopień trwałości i zwartości – wtedy będą one dynamizować i ukierunkowywać zachowania jednostki. Kształtowanie takich postaw wymaga jednoczesnego modelowania ich komponentu poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego. Punktem wyjścia jest, zdobywana z różnorakich źródeł, wiedza. Jej poziom, zakres i instrumentalność leżą bowiem u podstaw procesu wychowawczo-zdro-

[10] M. Kielar, *Zdrowie i ochrona zdrowia*, [w:] *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*, A. Radziewicz-Winnicki (red.), Katowice 1992, s. 573.

wotnego, którego celem jest ukształtowanie człowieka na świadomego współtwórcę własnego zdrowia, a także aktywnego uczestnika walki o zdrowie publiczne[11]. Pozytywnych postaw zdrowotnych oczekiwać można od tych jednostek, u których wiedza na temat relacji styl życia – zdrowie jest zgodna z naukową wiedzą medyczną, stąd edukacja prozdrowotna realizowana w szkole powinna opierać się na weryfikowanych merytorycznie treściach w miarę postępu badań medycznych.

Komponent behawioralny jest szczególnie cennym wskaźnikiem postaw zdrowotnych. Często niestety zachowania zdrowotne mają charakter instrumentalny, nie wynikają z uznawanego przez jednostkę systemu wartości. Pomimo powszechnych deklaracji dotyczących wagi zachowań zdrowotnych, ujawniane przez nasze społeczeństwo wzory działań na rzecz zdrowia są dalekie od oczekiwanych, uznawanych za optymalne. Stąd edukacja prozdrowotna, realizowana na wszystkich etapach kształcenia szkolnego, zdaje się być obecnie zadaniem priorytetowym.

Według M. Demela wychowanie zdrowotne należy odnieść wyłącznie do procesu wychowania, a więc systemu działań w rodzinie i instytucjach wychowawczych[12]. Finalnym celem tego wychowania ma być osiągnięcie kultury zdrowotnej rozumianej jako system wartości przywiązanych do zdrowia fizycznego i psychicznego, obiektywnego i subiektywnego, jednostkowego i publicznego. Powinna się ona przejawiać aktywnym udziałem jednostki w regulowaniu jej relacji ze środowiskiem, świadomie wybranym trybem życia oraz tym wszystkim, co w epoce Oświecenia nazywano „obyczajami co do zdrowia"[13].

Wychowanie prozdrowotne realizowane jest również poprzez różnorodne środowiska naturalne – lokalne, rówieśnicze, czy system środków masowego przekazu. Preferowane w nich style życia nie zawsze są spójne z wiedzą o zdrowiu nabywaną w ramach szkolnej edukacji zdrowotnej. Odpowiedni poziom świadomości zdrowotnej powinien w takich sytuacjach wyzwalać u jednostki sądy ocenne adekwatnie do jej poziomu rozwoju psychospołecznego. Należy także zauważyć ich pozytywną rolę edukacyjną, zwłaszcza w odniesieniu do środków masowego przekazu, które niejednokrotnie są kopalnią wiedzy o czynnikach ryzyka chorób cywilizacyjnych, skutecznej profilaktyce czy sytuacji epidemiologicznej Polaków w zakresie chorób XX wieku.

Kształtowanie się prozdrowotnych postaw realizowane jest nie bez udziału różnorodnych elementów tworzących środowisko wychowujące na poziomie materialnym i osobowym. Rozbudzanie u wychowanków potrzeb zdrowotnych, w tym potrzeby aktywności ruchowej, czy utrwalanie nawyków higienicznych koreluje z samym otoczeniem materialnym. Wyposażenie szkoły w zakresie zaplecza sanitarno-higienicznego, sal i sprzętu sportowego, estetyka i czystość pomieszczeń oraz otoczenia budynku szkolnego to ważne czynniki mogące utrwalać zdobywane w toku edukacji umiejętności i nawyki.

Ważnym elementem środowiska wychowującego jest sama atmosfera wokół zagadnień zdrowotnych tworzona przez otaczające środowisko ludzkie. Prezentowane przez ludzi opinie na temat doniosłości i skuteczności zabiegów profilaktycznych (przeglądów stomatologicznych, szczepień ochronnych itp.), zagadnień alkoholizmu, nikotynizmu

---

[11] B. Zawadzka, *Wychowanie zdrowotne w szkole podstawowej*, Kielce 1995, s. 52.

[12] M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980, s. 71.

[13] M. Demel, K. Zuchora, *Cele kształcenia i wychowania fizycznego oraz zdrowotnego*, „Kultura Fizyczna", nr 4, 1975.

i narkomanii, czy znaczenia aktywności ruchowej stanowią bowiem ważny element wychowania naturalnego. Jego wpływ będzie tym większy, im bardziej znaczące dla wychowanka będą osoby upowszechniające te opinie. Nie mniej istotny będzie wpływ uzewnętrznianych przez nie zachowań zdrowotnych czy antyzdrowotnych.

Socjalizacja zdrowotna realizowana jest w procesie społecznego uczestnictwa jednostki. Według Jerzego Modrzewskiego, w poszczególnych fazach cyklu życiowego człowieka dominują określone typy socjalizacji: antycypacyjna (wyczekująca), edukacyjna (specjalizacyjna), identyfikacyjna bądź renonsacyjna[14].

Socjalizacja antycypacyjna odpowiada etapowi wczesnej heteroedukacji, gdy dziecko, początkowo jako przedmiot zabiegów opiekuńczo-pielęgnacyjnych, stopniowo zdobywa wiedzę o sposobach wykonywania zabiegów higienicznych, nabywa przyzwyczajeń i nawyków, poznaje własne ciało, a także zaczyna dostrzegać zależności pomiędzy obiektywnymi zdarzeniami a zdrowiem. W tym też okresie, w środowisku rodzinnym, kształtowane są u dziecka – w różnym zakresie – określone potrzeby zdrowotne. Socjalizacja antycypacyjna doprowadza jednostkę do uzyskania statusu osoby mogącej uczestniczyć w życiu określonej grupy społecznej. W zależności od jej efektów dziecko wkracza z różnym wyposażeniem w tym zakresie, w środowisko przedszkolne.

Socjalizacja edukacyjna dominuje w okresie dzieciństwa i młodości, gdy dziecko poddawane jest zabiegom wychowawczym w postaci zinstytucjonalizowanej, głównie w środowisku przedszkolnym, a później szkolnym. Edukacja prozdrowotna, ingerując w proces socjalizacji, powinna doprowadzić w rezultacie do osiągnięcia etapu autoedukacji, czyli świadomego samowychowania. Jest on możliwy, jeżeli działania wychowawcze sięgać będą w sferę osobowości jednostki, kształtując ją w pożądanym kierunku. Jedynie wtedy samowychowanie może być realizowane, gdy wychowanek akceptuje przekazywane treści i – opierając się na własnej woli i decyzji – dokonuje zmiany własnych poglądów i działań[15]. W toku realizowanego procesu wychowawczego, niemal na każdym jego etapie, w każdym wieku, ujawnić się mogą sytuacje, w których wychowanek wystąpi w roli wychowawcy innych – swoich kolegów, rodziców, czy nawet nauczycieli. M. Demel nazwał ten etap heteroedukacją odwróconą[16]. Postawy i zachowania zdrowotne kształtowane w procesie socjalizacji edukacyjnej, realizowanej zarówno w instytucjach edukacyjnych, jak i w ramach niezinstytucjonalizowanych form komunikowania, pełnią funkcję empirycznego wskaźnika uznawanych wartości.

We wszystkich fazach cyklu życiowego jednostki realizuje się socjalizacja identyfikacyjna, która umacnia lub blokuje już osiągnięte kompetencje. Jej kierunek jest miernikiem skuteczności działań wychowawczych w zakresie edukacji prozdrowotnej.

Proces edukacji prozdrowotnej warunkowany jest różnorodnymi czynnikami, jednakże

„(...) najlepiej przebiega w konkretnym klimacie mikrosystemu edukacyjnego, w którym współdziałają zgodnie trzy podmioty edukacyjne: uczniowie, nauczyciele i rodzice"[17].

---

[14] J. Modrzewski, *Próba typologii socjalizacji z perspektywy poznawczej pedagogiki społecznej*, [w:] *Socjalizacja a wartości*, T. Frąckowiak, J. Modrzewski (red.), Poznań 1995, s. 46–51.

[15] W. Cichoń, *Wartości...*, *op.cit.*, s. 117.

[16] M. Demel, *Pedagogika...*, *op.cit.*, s. 173.

[17] Z. Żukowska, *Poznanie postaw prozdrowotnych uczniów, nauczycieli i rodziców warunkiem skutecznej promocji zdrowia w szkole i w rodzinie*, [w:] *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*, Z. Czaplicki, W. Muzyka (red.), Olsztyn 1995, s. 48.

Należy więc zadać w tym miejscu dwa pytania:

– czy rodzina spełnia właściwą rolę edukacyjną w zakresie wychowania zdrowotnego swoich dzieci?

– czy realizowany przez szkołę program wychowania zdrowotnego wpływa na kształtowanie postaw zdrowotnych młodzieży, które można by określić mianem prozdrowotnych?

Okazuje się, że odpowiedzi na te pytania nie są jednoznaczne.

Rodzina jako środowisko edukacji prozdrowotnej

Dom rodzinny jest pierwszym środowiskiem wychowawczym, zaspokaja najbardziej podstawowe potrzeby dziecka – fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, miłości – stąd oddziaływania jego są szczególnie silne.

Spośród różnorodnych funkcji rodziny w jej oddziaływaniu na zdrowie dziecka szczególna rola przypada funkcji socjalizacyjnej, emocjonalnej i ekonomicznej[18]. Rodzina stanowi podstawową grupę socjalizującą i jednocześnie pierwszą kształtującą postawy i zachowania człowieka w sposób bezpośredni. Najważniejsze wpływy rodziny dokonują się zwłaszcza w tym okresie życia jednostki, gdy jest ona szczególnie podatna na proces socjalizacji. Przekazywane w rodzinie wzory osobowe, system wartości wyznaczający postawy i zachowania, mogą sprzyjać zachowaniu zdrowia lub też nie, ale bez względu na to przejmowane są przez dziecko w procesie jego identyfikacji z rodziną.

Mechanizm procesu socjalizacji w rodzinie sprowadza się głównie do działań typu naśladownictwa zachowań najbliższego otoczenia rodzinnego, interioryzacji – czyli wpajania wychowankom uznawanego w rodzinie systemu norm i wartości, oraz kontroli społecznej, polegającej na nagradzaniu zachowań pożądanych i represji zachowań niepożądanych[19]. Rodzina jest środowiskiem decydującym o tym, z jakimi nawykami i przyzwyczajeniami wychowanek wchodzi w życie społeczne. Jeżeli wyniesione z domu wzory zachowań i przekonania rozmijają się z treściami przekazywanymi w środowisku przedszkolnym czy potem szkolnym, sytuacja taka prowadzić będzie do dysonansu poznawczego, który może utrudniać nauczycielowi – wychowawcy osiąganie pozytywnych efektów edukacyjnych. Stąd niezwykle istotna okazuje się świadomość rodziców odnośnie samych celów wychowania, jak i znaczenia procesu socjalizacji rodzinnej w kształtowaniu najważniejszych cech osobowości młodego człowieka.

Socjalizacja zdrowotna w rodzinie obejmuje różnorodne oddziaływania, sprowadzające się głównie do:

– uczenia dziecka umiejętności wykonywania zabiegów higienicznych i pielęgnacyjnych,

– wytwarzania nawyków żywieniowych,

– pierwszych doświadczeń dziecka w zetknięciu z warunkami mieszkaniowymi ro-

---

[18] K. Wszeborowski, *Funkcje rodziny a zdrowie*, [w:] *Styl życia a zdrowie. Materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej „Styl życia a zdrowie"*, Z. Czaplicki, W. Muzyka (red.), Olsztyn 1994.

[19] F. Adamski, *Edukacja, rodzina, kultura. Studia z pedagogiki społecznej*, Kraków 1999, s. 72–73.

dziny: wyposażeniem i urządzeniem mieszkania, przedmiotami codziennego użytku, urządzeniami sanitarnymi,

– poznawania wartości rządzących zachowaniami zdrowotnymi członków rodziny: przedmiotów materialnych związanych z utrzymywaniem czystości i higieny, ich dążeń estetycznych, postaw wobec zdrowia wyrażających się stylem życia (aktywność ruchowa, nałogi, spędzanie czasu wolnego itp.), czy orientacją w zakresie profilaktycznej opieki medycznej.

Rodzice stanowią dla dziecka pierwszy, a w początkowym okresie jego rozwoju jedyny model zachowań zdrowotnych, a zważywszy na fakt, że uosabiają dla niego wówczas najwyższe wartości, jedynie słuszne wzory postępowania, siła ich oddziaływań na sferę osobowości dziecka jest zasadnicza. Potęgują ją nawiązujące się i stale umacniające więzi emocjonalne łączące dziecko z rodziną wpływające na kształtowanie się jego sfery psychiczno-uczuciowej. Te głębokie ślady w psychice i charakterze dziecka stanowią filtr, przez który będą przechodzić wszelkie nowe normy i wartości oferowane przez środowisko rówieśnicze, szkołę czy środki masowego przekazu.

Aczkolwiek doświadczenia wyniesione z dzieciństwa oraz wzory zachowań zdrowotnych czerpane w rodzinie determinują postawy dziecka, można się spodziewać wystąpienia sytuacji, gdy dziecko – poznając w trakcie edukacji przedszkolnej czy szkolnej nowe treści, nabywając do nich pozytywnych nastawień – zacznie przenosić do środowiska domowego werbalne przekonania o słuszności określonych zachowań w aspekcie utrzymania zdrowia, odmiennych od tych, które zastaje w środowisku rodzinnym. Sytuacja taka może okazać się wychowawczo bardzo cenna, jeżeli świadomość zdrowotna członków rodziny mija się z uznanymi społecznie wzorami.

Rodzina to także miejsce, w którym zaspokajane są potrzeby zdrowotne dziecka w przypadku jego choroby, kalectwa lub niepełnej sprawności. W bliskości rodziców dziecko poznaje podstawowe sposoby leczenia i pielęgnacji, doświadcza pierwszych kontaktów z lekarzem czy pielęgniarką. Czując psychiczną podporę w rodzinie, poddaje się zabiegom medycznym, co sprzyja wyrabianiu pozytywnych nastawień do opieki lekarskiej w przyszłości.

W rodzinie dziecko uczy się dostrzegać potrzeby innych ludzi. Niejednokrotnie ma szansę bezpośredniego zetknięcia się z wymagającym opieki starym, czy też przewlekle chorym członkiem rodziny. Obserwując postawy rodziców, ich zaangażowanie w opiekę i pielęgnację, przyswaja sobie pozytywne, bądź nie, wzory zachowań w tej dziedzinie.

Nie należy zapominać, że środowisko rodzinne odciska swoje piętno na biologicznej sferze funkcjonowania dziecka. Uwzględniając potencjał genetyczny i wynikające z niego możliwości rozwojowe, modyfikujący wpływ takich czynników, jak sposób żywienia w poszczególnych okresach rozwoju fizycznego, aktywność ruchowa dziecka, mikroklimat mieszkania, długość snu – ma w jego rozwoju znaczenie równie cenne. Tak więc rodzice, dostrzegając – bądź nie – walory zdrowotne prawidłowej diety, aktywności ruchowej dziecka, badań profilaktycznych lekarskich i stomatologicznych, w dużej mierze odpowiadają za:

– stan uzębienia dziecka, ewentualny stopień zaawansowania próchnicy,

– sprawność ruchową dziecka,

– sprawność narządu wzroku,

– otyłość i inne zaburzenia stwarzające ryzyko wczesnego rozwoju chorób ludzi dorosłych.

Zachowania i postawy zdrowotne rodziców często warunkowane są obyczajowością,

w której sami wyrośli. Stąd oferta zachowań zdrowotnych, jaką przedkładają swoim dzieciom, jest daleka od ideału. Wyniki badań prowadzonych w tym zakresie wskazują na znaczne niedomagania pedagogizacji rodziców w dziedzinie wychowania zdrowotnego. Deklaratywne postawy przez nich prezentowane mijają się z prowadzonym stylem życia i nie znajdują skutecznego zastosowania w procesie wychowania ich dzieci. Jednocześnie wysokie są oczekiwania rodziców wobec edukacji zdrowotnej i sportowej w szkole[20].

Szkoła jako środowisko edukacji prozdrowotnej

Niepowtarzalną szansą zdobycia wiedzy o zdrowiu i czynnikach go determinujących, takiej świadomości, w której zdrowie lokowane jest na wysokiej pozycji w hierarchii wartości oraz kształtowania właściwych prozdrowotnych postaw, jest szkoła.

Istotną rolę w edukacji zdrowotnej w szkole pełnią czynniki, których współdziałanie decyduje o skuteczności procesu wychowawczego: społeczność szkolna, warunki fizyczne (zdrowotne) środowiska szkolnego, organizacja procesu nauczania, dostępność szkolnej służby zdrowia. Skuteczność ta będzie tym większa, im bardziej realizowane w szkolnych programach edukacyjnych cele wychowania zdrowotnego będą spójne z etosem zdrowia w środowisku rodzinnym. Stąd waga relacji szkoła – rodzice.

Kształtowanie poznawczego komponentu postaw wymaga przekazania dzieciom i młodzieży odpowiedniej wiedzy, gdyż to ona jest podstawą formowania zainteresowań, przekonań i zachowań. Pewien jej potencjał uzyskiwany jest w środowisku rodzinnym. Szkoła ma za zadanie wiedzę tę zweryfikować i wzbogacić o nowe treści. Przekazywane treści muszą być oczywiście dostosowane do poziomu rozwoju uczniów.

Wynikiem poznania, ale także czynnikiem go wzmacniającym, są zainteresowania. Istnienie spontanicznych zainteresowań zdrowotnych u młodzieży jest dyskusyjne, stąd rolą nauczyciela jest rozbudzanie zainteresowań problematyką zdrowia. Rozwój zainteresowań wspomaga zaangażowanie uczuciowe towarzyszące poznawaniu danego zagadnienia, stąd szczególnie ważny będzie sposób jego przedstawienia, dobór odpowiednich metod nauczania i środków dydaktycznych. Proces ten wydaje się być najbardziej zadowalająco realizowany na poziomie wychowania przedszkolnego, z tym, że tylko niektóre zagadnienia edukacji zdrowotnej mogą w nim być eksponowane – głównie te, które dotyczą higieny osobistej.

Dziecko wstępujące w mury szkoły powinno być poddane takim zabiegom edukacyjnym, które utrwaliłyby zdobyte wcześniej wiadomości i umiejętności oraz – oczywiście – poszerzyły. Potrzebny jest więc skuteczny program wychowania zdrowotnego dostosowany do poszczególnych etapów kształcenia szkolnego.

Prowadzone przez Bożenę Zawadzką badania poziomu wiedzy o zdrowiu i higienie oraz czynnikach na nie wpływających, prowadzone w latach 1983–1986, podczas wdrażania nowego programu wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej, wykazały,

---

[20] M. Czechowski, *Opinie i oczekiwania rodziców wobec edukacji zdrowotnej i sportowej w szkole*, [w:] *Pedagogika alternatywna – dylematy praktyki*, K. Baranowicz (red.), Łódź–Kraków 1995.

że: uczniowie szkół miejskich wykazują wyższy poziom wiedzy niż ich wiejscy rówieśnicy, a ogólny poziom wiedzy o zdrowiu obniżył się, co zaznaczyło się szczególnie w odniesieniu do uczniów klas starszych[21]. Wyniki te wskazują jednoznacznie na słabość realizowanego wówczas programu: istotny okazał się wpływ pozaszkolnych źródeł wiedzy o zdrowiu (stąd większy jej zasób u młodzieży miejskiej), zaskakującą rozbieżność obserwowano między oczekiwanym wraz z wiekiem uczniów wzrostem poziomu wiedzy zdrowotnej a stanem faktycznym.

Kształtowanie zachowań zdrowotnych uczniów, a więc wzorów postępowania bezpośrednio lub pośrednio wpływających na zdrowie i samopoczucie człowieka, to kolejny ważki element formowania ich prozdrowotnych postaw. Ewa Roman wyróżnia trzy wzory takich zachowań: terapeutyczne, profilaktyczne i kompensacyjne[22]. Zachowania profilaktyczne, mające na celu ochronę posiadanej wartości zdrowia przed jej utratą, wymagają dokonywania wyborów, a więc takich decyzji, które w danej sytuacji byłyby zgodne z respektowanym systemem wartości. Zadaniem nauczyciela będzie kształtowanie u wychowanka poczucia odpowiedzialności za dokonywanie takich, a nie innych wyborów, a jednocześnie wpajanie mu przeświadczenia, że to on sam bierze sprawy swego zdrowia w swoje ręce.

Zaangażowanie jednostki w podejmowane działania warunkowane jest różnymi czynnikami, w tym także przewidywaną ich skutecznością. Spostrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w różnych obszarach zachowań zdrowotnych. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne, jak i aktualne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniem dotyczącym własnej skuteczności[23]. Rolą nauczyciela będzie w tym zakresie takie przedstawianie problemów zdrowotnych, by skuteczność podjęcia określonego w danej sytuacji zachowania zdawała się być oczywista, a jednocześnie wyrabianie u uczniów poczucia własnej skuteczności, poczucia, że są zdolni do podjęcia określonych działań, czy dokonania wyborów pożądanych zachowań. Niezmiernie cenne będzie także wyrabianie u młodzieży umiejętności wyrażania własnych przekonań i bycia sobą niezależnie od oczekiwań innych, czyli zachowań asertywnych, które mogą być utrwalane pod warunkiem pełnego przekonania o skuteczności podejmowanych wyborów.

Warunkiem prawidłowej realizacji procesu wychowania zdrowotnego są dobre relacje nauczyciel – uczeń oraz właściwe postawy prezentowane przez nauczycieli, ich zachowania zdrowotne i cechy osobowości. Z badań Zofii Żukowskiej wynika, że u nauczycieli – spośród trzech podstawowych komponentów postawy zdrowotnej – najbardziej rozwinięte są zachowania prozdrowotne, ale nie wynikają one z potrzeb, ani uznawanego systemu wartości, mają charakter instrumentalny. Natomiast komponent poznawczy postaw zdrowotnych wykształcony jest w stopniu niewystarczającym[24]. Ważne okazuje się prowadzenie na szeroką skalę systemu edukacji prozdrowotnej nauczycieli i to nie tylko tych, którzy realizują program wychowania zdrowotnego w ramach odręb-

---

[21] B. Zawadzka, *Wychowanie...*, *op.cit.*

[22] E. Roman, *Młodzież...*, *op.cit.*, s. 35.

[23] Z. Juczyński, *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*, [w:] „Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna", nr 14, Warszawa 1998, s. 61.

[24] Z. Żukowska, *Poznanie...*, *op.cit.*, s. 47.

nego przedmiotu. W kształtowaniu postaw zdrowotnych uczniów istotną rolę odgrywają wzory zachowań prezentowane przez wszystkich nauczycieli szkoły.

Idealne rozwiązanie problemu jawi się w koncepcji szkoły promującej zdrowie. Koncepcja ta pojawiła się w Europie w latach 80. w ramach szerokiego ruchu promocji zdrowia, zaś Polska włączyła się w roku 1992 do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie.

Szkołę promującą zdrowie tworzą – lub współuczestniczą w jej tworzeniu – uczniowie, nauczyciele, inni pracownicy szkoły, rodzice oraz społeczność lokalna. Barbara Woynarowska, krajowy koordynator sieci szkół promujących zdrowie, określając nadrzędny cel takiej szkoły – zdrowy styl życia całej społeczności szkolnej – wśród podejmowanych w niej działań wymienia m.in.:

– kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie każdej osoby w rodzinie i w społeczności lokalnej,

– zachęcanie do zdrowego stylu życia,

– stwarzanie uczniom i pracownikom szkoły atrakcyjnych możliwości dokonywania zdrowych wyborów,

– umożliwianie uczniom rozwoju ich potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego oraz wzmacnianie ich poczucia własnej wartości,

– zapewnienie przyjaznego dla zdrowia środowiska fizycznego szkoły,

wykorzystywanie wszelkich dostępnych środków w społeczności lokalnej dla wspierania działań w zakresie promocji zdrowia[25].

Działania te, realizowane na podstawie wcześniejszego rozpoznania konkretnych problemów danej społeczności szkolnej, są szansą osiągnięcia założonych celów edukacji prozdrowotnej. Szczególnie cennym wydaje się być fakt, że angażują one także rodziców i społeczność lokalną, dzięki czemu idea promocji zdrowia obejmuje swoim zasięgiem szerokie audytorium.

Wraz z wdrażaniem reformy szkolnictwa wszystkie instytucje szkolne na poziomie podstawowym, gimnazjalnym i licealnym mają obecnie szansę urzeczywistniania edukacji prozdrowotnej poprzez realizację nowych programów nauczania. Edukacja prozdrowotna realizowana jako ścieżka edukacyjna na poziomie szkoły podstawowej i gimnazjum zyskuje w zreformowanej szkole wysoką rangę. Należy mieć nadzieję, że wdrażany program okaże się skuteczniejszy od poprzednich i zaowocuje poprawą świadomości zdrowotnej młodego pokolenia Polaków.

Literatura

Adamski F., *Edukacja, rodzina, kultura. Studia z pedagogiki społecznej*, Kraków 1999.
Cichoń W., *Wartości, człowiek, wychowanie*, Kraków 1996.

[25] B. Woynarowska, *Jak tworzymy...*, *op.cit.*, s. 22–23.

Czechowski M., *Opinie i oczekiwania rodziców wobec edukacji zdrowotnej i sportowej w szkole*, [w:] *Pedagogika alternatywna – dylematy praktyki*, K. Baranowicz (red.), Łódź–Kraków 1995.

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

Demel M., Zuchora K., *Cele kształcenia i wychowania fizycznego oraz zdrowotnego*, „Kultura Fizyczna", 1975, nr 4.

Gałkowski J.W., *Wychowanie a wartości*, [w:] *Kierunki w pedagogice i systemy wychowania*, „Roczniki Nauk Społecznych KUL", Tom XXIV, zeszyt 2, 1996.

Juczyński Z., *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*, [w:] „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i medycyna", nr 14, Warszawa 1998.

Kielar M., *Zdrowie i ochrona zdrowia*, [w:] *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*, A. Radziewicz-Winnicki (red.), Katowice 1992.

Modrzewski J., *Próba typologii socjalizacji z perspektywy poznawczej pedagogiki społecznej*, [w:] *Socjalizacja a wartości*, T. Frąckowiak, J. Modrzewski (red.), Poznań 1995.

Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1968.

Pawłucki A., *Pedagogika wartości ciała*, Gdańsk 1996.

Roman E., *Młodzież studiująca wobec wartości własnego zdrowia*, Poznań 1998.

Sadowski Z., *Promocja zdrowia – szansa i konieczność*, [w:] „Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna", nr 3–4, Warszawa 1995.

Włodarczyk C., *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, [w:] *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, J. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), Warszawa 1992.

Woynarowska B. (red.), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*, Warszawa 1995.

Wszeborowski K., *Funkcje rodziny a zdrowie*, [w:] *Styl życia a zdrowie. Materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej „Styl życia a zdrowie"*, Z. Czaplicki, W. Muzyka (red.), Olsztyn 1994.

Zawadzka B., *Wychowanie zdrowotne w szkole podstawowej*, Kielce 1995.

Żukowska Z., *Poznanie postaw prozdrowotnych uczniów, nauczycieli i rodziców warunkiem skutecznej promocji zdrowia w szkole i w rodzinie*, [w:] *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*, Z. Czaplicki, W. Muzyka (red.), Olsztyn 1995.