

Anna Gawęł

CIAŁO I ZDROWIE W KSZTAŁCENIU AKADEMICKIM PEDAGOGÓW

(...) zdrowie jest warunkiem szczęścia istotnym, choć nie jedynym
W. Tatarkiewicz, *O szczęściu*

Ciało i zdrowie to niezbywalne atrybuty naszej egzystencji. Powstająca w chwili poczęcia pierwsza komórka ludzkiego ciała ma genetycznie zaprogramowany potencjał, którego realizacja wyrażona zostaje zespołem biologicznych cech organizmu, wyznaczających przebieg rozwoju psychofizycznego człowieka i poziom jego zdrowia. Konstytucja biologiczna, choć uznawana za zasadniczą determinantę rozwoju, nie jest jednak jedynym czynnikiem decydującym o stanie zdrowia – wyznacza ona jedynie zakres jego zmienności. W myśl uznawanej obecnie koncepcji zdrowia jego uwarunkowania wykraczają daleko poza sferę biologiczną człowieka, bowiem „(...) tkwią w biosferze, kulturze, polityce, ekonomii, w złożonych środowiskach życia i działania człowieka: w rodzinie, szkole, pracy, ale także w samym człowieku, w jego ciele, psychice i cechach duchowych”¹. Wśród czynników natury pozabiologicznej szczególne znaczenie przypisywane jest stylowi życia człowieka wyrażającemu się zespołem podejmowanych przez niego w codziennym życiu nawykowych i intencjonalnych zachowań zdrowotnych. Obraz stylu życia jednostki, kształtujący się w powiązaniu z warunkami życia oraz czynnikami społeczno-kulturowymi, jest w znacznym stopniu efektem jej indywidualnych decyzji i wyborów. Człowiek może więc uczestniczyć w kreowaniu własnego zdrowia. Niewątpliwie konkluzja ta uzasadnia włączenie zdrowia w obszar wychowania i uznanie go za kategorię edukacyjną.

Ujmowanie zdrowia jako kategorii edukacyjnej sięga czasów spartańskiego hartowania ciała i greckiej efebii. Korzenie wychowawczej myśli o zdrowiu znaleźć można w szeroko podejmowanych na przestrzeni wieków koncepcjach kształtowania tężyzny fizycznej i zdrowego stylu życia, oświeceniowych i pozytywistycznych staraniach o wszechstronne wychowanie i prawidłowy rozwój dzieci i młodzieży, ruchu higienicznym oraz medycynie społecznej i medycynie szkolnej.

Obserwowane współcześnie w pedagogice dostrzeganie zdrowia w społecznej przestrzeni wychowania jest niewątpliwie odpowiedzią na zapotrzebowanie społeczne. To

¹ H. Sęk, *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia* [w:] *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek, Katowice 1997, s. 50.

również reakcja na dynamicznie postępującą od drugiej połowy XX wieku ewolucję filozofii zdrowia, która zaowocowała włączeniem związanej z nim problematyki w obszary badawcze nauk społecznych. Formowanie się współczesnej koncepcji zdrowia zapoczątkowane zostało umieszczeniem w 1948 roku w Preambule Światowej Organizacji Zdrowia tezy głoszącej, że zdrowie to stan pełnego dobrego samopoczucia (dobrostan) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niedomagania. Tak sformułowana pozytywna definicja zdrowia z jednej strony wskazała na zasadność uwzględniania subiektywnych aspektów zdrowia, z drugiej zaś usankcjonowała przyznanie równorzędnego udziału w kształtowaniu stanu zdrowia czynnikom fizycznym i psychospołecznym. Doniosłą dla formowania się teoretycznej argumentacji przemawiającej za uznaniem zdrowia za kategorię edukacyjną była niewątpliwie opracowana w latach osiemdziesiątych przez Aarona Anyonovsky'ego koncepcja salutogenezy, wprowadzająca pojęcie poziomów zdrowia, potencjału zdrowotnego i zasobów zdrowotnych. Tworzenie naukowych podstaw wychowania zdrowotnego wiąże się jednak przede wszystkim z rozwojem idei promocji zdrowia. Ruch promocji zdrowia doprowadził bowiem do upowszechnienia tezy, iż zdrowie analizowane z perspektywy jednostki jest uniwersalną wartością i zarazem środkiem umożliwiającym osiągnięcie wysokiej jakości życia, w skali globalnej natomiast stanowi zasób gwarantujący ekonomiczny rozwój społeczeństw.

Uznanie zdrowia za kategorię wychowawczą niesie z sobą wyraźne odniesienia do praktyki edukacyjnej, wśród której kwestią szczególnej wagi jest wyposażenie nauczycieli i wychowawców w kompetencje do udziału w procesie wychowania zdrowotnego. Niniejsze rozważania służyć mają udzieleniu odpowiedzi na pytanie o status problematyki dotyczącej ludzkiego ciała i zdrowia w kształceniu akademickim pedagogów w polskich uczelniach.

Problematyka ciała i zdrowia w założeniach programowych kształcenia akademickiego pedagogów

Treści kształcenia związane z biologią człowieka oraz jego zdrowiem i chorobą znaleźć można w różnych przedmiotach obowiązujących studentów pedagogiki zgodnie z planami studiów oferowanymi przez polskie publiczne i niepubliczne uczelnie. Już pobieżna analiza tych planów wykazuje, że na liście znajdują się między innymi: biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania, edukacja zdrowotna, anatomia i fizjologia człowieka, anatomia i fizjologia płodności, psychiatria dziecięca z elementami neurologii, schorzenia dziecięce, edukacja motoryczno-ruchowa, opieka nad dzieckiem przewlekle chorym, wychowanie seksualne, gerontologia społeczna, zaburzenia rozwoju psychofizycznego i wiele innych². Stopień nasycenia planów studiów przedmiotami uwzględniającymi problemy zdrowia i biologicznego aspektu funkcjonowania człowieka różnicowany jest oczywiście w pierwszym rzędzie rodzajem specjalności kierunku pedagogicznego. Spośród całej gamy omawianych przedmiotów dwa zostały jednak powszechnie uznane za kanoniczne i obowiązują studentów wszystkich specjalności, a są nimi: „Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania” oraz „Edukacja zdrowotna”. One też stanowią będą tło prezentowanej tu refleksji.

² Por. A. Gawęł, *Pedagogia wobec wartości zdrowia*, Kraków 2003, s. 67–73.

Przedmiot „Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania” wprowadzony został do planów studiów pedagogicznych na początku lat siedemdziesiątych³. Z chwilą wprowadzenia w 2002 roku obowiązkowych standardów kształcenia dla studiów pedagogicznych⁴ w stosownych rozporządzeniach resortu edukacji i szkolnictwa wyższego uwzględnione zostały standardy kształcenia dla tego przedmiotu, który został zakwalifikowany do grupy tak zwanych przedmiotów podstawowych. Przedmiot „Edukacja zdrowotna” zaczęto natomiast uwzględniać w planach studiów pedagogicznych dopiero od 2000 roku – wtedy to Ministerstwo Edukacji Narodowej wydało zalecenie wdrażania, zatwierdzonego przez Departament Doskonalenia Nauczycieli, „Ramowego programu przedmiotu edukacja zdrowotna w kształceniu przeddyplomowym nauczycieli i pedagogów”⁵. Dokument ten oparty jest na założeniach reformy systemu edukacji, koncepcji wszechstronnej edukacji zdrowotnej WHO, UNESCO i UNICEF, doświadczeniu szkół promujących zdrowie oraz podstawie programowej ścieżki edukacyjnej „Edukacja prozdrowotna”⁶. W 2002 roku przedmiot „Edukacja zdrowotna” uwzględniony został w grupie przedmiotów kierunkowych w standardach kształcenia dla kierunku pedagogika. W 2005 roku rozpoczęto prace nad nowymi standardami kształcenia dla poszczególnych kierunków studiów, efektem których było zatwierdzenie przez resort szkolnictwa wyższego nowych standardów, w tym także dla pedagogiki, obowiązujących od roku akademickiego 2007/2008 na mocy rozporządzenia⁷. W znowelizowanej formule standardów zrezygnowano z wykazu obowiązujących przedmiotów kształcenia na rzecz wskazania i wyszczególnienia ramowych treści kształcenia z podziałem na grupę treści podstawowych i kierunkowych. Treści związane z omawianymi tu zagadnieniami nie zostały jednak uwzględnione w żadnej z tych grup, jedynie w dziale „Inne wymagania” wymieniono nazwy interesujących nas przedmiotów, obligując tym samym uczelnie do ich realizacji⁸.

Zmniejszenie się zainteresowania biologią człowieka w środowisku akademickim pedagogów nie jest zjawiskiem nowym. Przed laty, w chwili wprowadzania przedmiotu „Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania”, przeznaczony na jego realizację wymiar godzin na studiach pedagogicznych wynosił 120 (w tym 60 godzin wykładów

³ N. Wolański, *Historia biomedycznych podstaw rozwoju i wychowania* [w:] *Nauczanie wiedzy biomedycznej na studiach pedagogicznych. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Programowej*, red. J. Rzepka, Mysłowice 2005, s. 19–21.

⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji, Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 18 kwietnia 2002 r. w sprawie standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia (Dz.U. Nr 116, poz. 1004) oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 13 kwietnia 2003 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie określania standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia (Dz.U. Nr 144, poz. 1401).

⁵ *Propozycja programu nauczania przedmiotu „Edukacja zdrowotna” w kształceniu przeddyplomowym nauczycieli i pedagogów*, Warszawa 2000.

⁶ W opracowywaniu tego pierwszego w historii dydaktyki akademickiej programu przedmiotu „Edukacja zdrowotna” uczestniczył Zespół pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Woynarowskiej, inicjatorki i propagatorki kształcenia polskich pedagogów i nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej.

⁷ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki.

⁸ Przedmiot biomedyczne podstawy wychowania i rozwoju umieszczono w standardach kształcenia w dziale „Inne wymagania” na poziomie studiów pierwszego stopnia (licencjackich), zaś edukację zdrowotną na poziomie studiów magisterskich.

i 60 godzin ćwiczeń), zaś zaliczenie odbywało się w formie egzaminu. W ostatnich latach w wielu uczelniach wymiar godzin tego przedmiotu znacznie zredukowano (w większości przypadków do 30), zrezygnowano z egzaminu, a w niektórych szkołach wyższych przedmiot zniknął wręcz z planu studiów wskutek włączenia przypisanych mu treści do przedmiotu „Edukacja zdrowotna” (sytuację taką można było obserwować przez kilka lat w krakowskiej Akademii Pedagogicznej).

Szeroką falę dyskusji nad przydatnością wiedzy biologicznej dla pedagoga wywołały w środowisku akademickim prace nad nowymi standardami kształcenia. W jej toku padały z jednej strony argumenty za marginalizacją treści dotyczących ciała i zdrowia w programach studiów pedagogicznych, z drugiej zaś wskazywano na zasadność ich uwzględniania w kształceniu studentów. Dyskusja ta zdawała się zmierzać ku rozwiązaniom bliskim opcji całkowicie eliminującej aspekty biologiczne z treści kształcenia pedagogicznego, czego dowodem mogą być kolejne wersje projektów standardów. W ostatniej wersji projektu, wydanej 12 lutego 2007 roku, brak jest jakiegokolwiek wzmianki na temat interesujących nas przedmiotów, nie ma też wyszczególnienia odpowiadających im treści. Pół roku później okazało się jednak, że autorzy standardów przychylni się do argumentów wskazujących na potrzebę uwzględnienia tychże treści w kształceniu studentów pedagogiki, czego wyrazem jest ostateczna, obowiązująca obecnie wersja standardów kształcenia.

Przedstawiony w skrócie zarys „historii” przedmiotów koncentrujących się na problemach ciała i zdrowia człowieka w planach studiów pedagogicznych skłania do postawienia pytania: jaka jest w środowisku akademickim (w tym u decydentów odpowiadających za kształt standardów kształcenia) świadomość znaczenia wiedzy o biologicznych aspektach życia i rozwoju człowieka w pracy pedagoga?

Wiedza na temat ciała i zdrowia a kompetencje zawodowe pedagoga

Przedmiot „Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania”, realizowany na niektórych uczelniach pod nieco zmodyfikowaną nazwą (np. Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowanie zdrowotne, Biologiczno-medyczne podstawy rozwoju i wychowania i in.), w różnej liczbie godzin i z różną formą zaliczenia⁹, figurował w kanonie kształcenia studentów pedagogiki od ponad 40 lat. Jak już zasygnalizowano, część przedstawicieli środowiska akademickiego pedagogów neguje jednak od pewnego czasu zasadność uwzględniania treści biomedycznych w programach studiów pedagogicznych. Można przypuszczać, że wynika to w dużej mierze z ich doświadczeń związanych z realizacją tegoż przedmiotu w toku własnych studiów. Najczęściej podnoszone w tym zakresie przez pedagogów kwestie dotyczą znacznego uszczegółowienia treści medycznych oraz konieczności opanowania fachowej, często niezrozumiałej dla pedagoga terminologii medycznej. Wydaje się, że przyczyna takich doświadczeń tkwi w dużej mierze w niedostatecznym eksponowaniu przydatności wiedzy biomedycznej w pracy pedagoga przez wykładowców, którzy w większości uczelni legitymują się przygotowaniem biologicz-

⁹ A. Kowalewska, *Aktualny stan nauczania biomedycznych podstaw rozwoju i wychowania na uczelniach pedagogicznych* [w:] *Nauczanie wiedzy biomedycznej na studiach pedagogicznych. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Programowej*, red. J. Rzepka, Mysłowice 2005, s. 27–28.

nym lub medycznym. Konsekwencją takiego „zmedykalizowanego” sposobu realizacji przedmiotu okazuje się nikłe przełożenie refleksji nad holistyczną i systemową koncepcją człowieka na przekonanie o związku somatycznej sfery życia z wychowaniem i kształceniem. Wydaje się on także skutkować redukcjonistyczną wizją zakresu kompetencji zawodowych pedagoga. W wizji takiej nie są uwzględniane – między innymi – umiejętności związane z profilaktyką drugo- i trzeciorzędową, jak na przykład ocena wskaźników rozwoju, diagnozowanie zagrożeń i problemów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia rozwoju i wychowania czy ograniczanie niekorzystnych psychospołecznych następstw choroby i niepełnosprawności. Wydaje się, że wiedza biomedyczna stanowi niezbędny element wykształcenia pedagoga podchodzącego do swojej pracy zawodowej rzetelnie i odpowiedzialnie. Jej posiadanie sprzyja przecież zrozumieniu potrzeb dziecka wynikających z prawidłowości jego rozwoju fizycznego oraz zależności między rozwojem biologicznym i jego zaburzeniami a podatnością na oddziaływanie wychowawcze i proces uczenia się. Pedagog wyposażony w wiedzę biomedyczną może udzielać informacyjnego wsparcia młodym ludziom – swoim wychowankom – w zakresie prokreacji i życia seksualnego; nie bez znaczenia jest też możliwość wykorzystania wiedzy na temat wpływu czynników środowiska fizycznego i psychospołecznego na rozwój i zdrowie dziecka podczas organizowania środowiska wychowawczego. Dodajmy wreszcie, że podstawowa wiedza na temat biologii człowieka jest jednym z warunków zrozumienia przez studentów – przyszłych pedagogów – problemów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Nieco inaczej przedstawia się kwestia stosunku środowiska akademickiego do zagadnień mieszczących się w zakresie przedmiotu „Edukacja zdrowotna”. Mamy tu bowiem do czynienia ze zróżnicowaniem przygotowania zawodowego wykładowców – przedmiot ten realizowany jest zarówno przez osoby z przygotowaniem medycznym (bądź biologicznym), jak i przez pedagogów. Na początku należy podkreślić, że – jak się wydaje – zdecydowana większość pedagogów uznaje zasadność kształcenia studentów w tym zakresie. Niektórzy przedstawiciele środowiska akademickiego pedagogów podważają jednak celowość wyposażania pedagogów i nauczycieli w ten rodzaj wiedzy. Najbardziej chyba dobitnym przejawem prezentowanego przez tę grupę pedagogów stanowiska jest ich głos w dyskusji towarzyszącej przygotowywaniu w ostatnich latach nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego (znowelizowana Podstawa Programowa Kształcenia Ogólnego staje się obowiązująca we wszystkich typach szkół wraz z rozpoczęciem roku szkolnego 2009/2010). Głos ten dobrze ilustrują słowa wypowiedziane przez prof. Krzysztofa Konarzewskiego, który stwierdził, że „(...) w odniesieniu do edukacji zdrowotnej przedmiotami macierzystymi są biologia i wychowanie fizyczne. Biolog najlepiej zapozna z naukowymi podstawami dbania o zdrowie, a nauczyciel wychowania fizycznego rozwinie dyspozycje emocjonalne i wykonawcze niezbędne do uczestnictwa w kulturze fizycznej i troski o ciało przez całe życie”¹⁰. Niewątpliwie stanowisko takie przyczyniło się do przyjęcia w nowym dokumencie regulującym działalność programową polskich szkół rozwiązania, w którym treści edukacji zdrowotnej przypisane dotychczas ścieżce edukacyjnej „Edukacja prozdrowotna” przeniesione zostały do przedmiotu „Wychowanie fizyczne”.

¹⁰ Za: B. Woynarowska, *Szkolna edukacja zdrowotna w Polsce: historia, sukces, zagrożenie i szansa* [w:] *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2005, s. 38.

Zasadność wyodrębnienia edukacji zdrowotnej jako odrębnego przedmiotu kształcenia pedagogów podważa także część lekarzy – wykładowców przedmiotu „Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania”. Opowiadają się oni za włączeniem wybranych treści z zakresu edukacji zdrowotnej do przedmiotu „Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania”, uznając jednocześnie za zbędne realizowanie wszystkich zagadnień rekomendowanych w do niedawna obowiązujących na studiach pedagogicznych standardach dla edukacji zdrowotnej. Wydaje się, że można wskazać kilka przyczyn przedstawionego tu stanu rzeczy.

Po pierwsze, część pedagogów błędnie odczytuje istotę wychowania zdrowotnego / edukacji zdrowotnej. Można domniemywać, że niektórzy utożsamiają wręcz wychowanie zdrowotne z wychowaniem fizycznym. Konsekwencją takiego myślenia jest uznanie, że przedmiot tego pierwszego jest wkomponowany w cele wychowania fizycznego. Należy w tym miejscu zauważyć, że punktem odniesienia wychowania fizycznego jest kategoria dbałości o ciało, zaś fenomen zdrowia konstytuowany jest w równej mierze przez fizyczną, jak również psychiczną, społeczną i duchową sferę życia człowieka¹¹.

Adresowanie oddziaływań wychowawczych do psychospołecznej i duchowej sfery zdrowia wiąże się z wydobywaniem i rozwijaniem u wychowanków tych potencjalnych zalet i zdolności, których wykorzystanie sprzyja osiągnięciu dobrostanu (*well being*) oraz zaangażowaniu w sprawy zdrowia publicznego. Mieścić się tu będzie kształtowanie umiejętności życiowych (*life skills*), nastawienia aksjologicznego wobec zdrowia własnego i innych ludzi, pozytywnych postaw wobec prozdrowotnego stylu życia oraz motywacji do jego realizowania. Pewne wątpliwości rodzą się natomiast, gdy wychowanie zdrowotne adresujemy do ludzkiego ciała i związanego z nim zdrowia somatycznego. Ich funkcjonowanie podporządkowane jest przecież w pierwszym rzędzie uwarunkowaniom ściśle biologicznym, zaś wszelkie dokonywane na nich zabiegi mają charakter pielęgnacji, działań podtrzymujących trwanie życia biologicznego bądź wzmacniających wydolność fizjologiczną czy też bezpośredniej ingerencji medycznej. Otóż należy tu przyjąć podstawową tezę, iż w odniesieniu do zdrowia fizycznego rolą wychowania zdrowotnego jest nie tylko kształtowanie umiejętności, sprawności i nawyków związanych z panowaniem nad własnym ciałem, jego ochroną, pielęgnowaniem i doskonaleniem. Zasadniczą rolą wychowania zdrowotnego w tym zakresie jest formowanie u wychowanków dyspozycji osobowościowych związanych z pracą nad własnym ciałem i zdrowiem. Jak pisze Andrzej Krawański: „Do tworzenia i utrzymania potencjału zdrowia przez człowieka nie wystarczą (...) działania wspomagające biologiczny rozwój organizmu czy procedury profilaktyczno-medyczne”, konieczna jest przebudowa jego osobowości w kierunku „osobowości dbającej o zdrowie”. Dysponowanie nią wiąże się ze świadomością istoty zdrowia, zdolnością do osobistej refleksji nad własnymi potrzebami zdrowotnymi i możliwościami samodoskonalenia zdrowia oraz motywacją do korzystania z doświadczeń i posiadanej wiedzy¹². A zatem w zakres wychowania zdrowotnego odnoszonego do zdrowia somatycznego wpisywać się będzie kształtowanie u wychowanków potrzeb zdrowotnych i pozytywnych postaw wobec własnego ciała i witalności.

¹¹ Por. A. Gawęł, *Stan i perspektywy rozwoju pedagogiki zdrowia [w:] Wybrane konteksty pedagogicznych pograniczy*, red. B. Fedyn, Racibórz 2007, s. 14–19.

¹² A. Krawański, *Interaktywne uczenie się i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii*, Poznań 2006, s. 24–25.

Interesujący i godny przywołania jest w tym miejscu wywód Macieja Demela, twórcy polskiej szkoły pedagogiki zdrowia, który zauważa, że ciało może być poddane różnorodnym zabiegom wykorzystującym prawa biologii, jednak „ciała nie można wychowywać”, bowiem wychowanie jest zjawiskiem społecznym i odnosi się do osobowości. Jednocześnie jednak zauważa, że sprawy ludzkiego ciała i zdrowia somatycznego dotyczą także zjawisk uwikłanych społecznie i kulturowo, a to uzasadnia włączenie ich w krąg wychowania. Mówiąc o możliwości „humanizacji” ludzkiego ciała, zwraca uwagę na fakt, iż, po pierwsze, „wychowanie organizmu” wiąże się ze zdobywaniem władzy nad własnym ciałem i dostosowywaniem przejawów jego funkcji fizjologicznych do norm społeczno-kulturowych na drodze kształtowania odruchów warunkowych, a po drugie, człowiek może świadomie przekształcać własne ciało, wykorzystując zjawisko plastyczności żywej materii, czyniąc to w imię jakiegoś ideału czy określonego i kulturowo przyjętego kanonu. Ciało i zdrowie mogą więc być traktowane jako kategorie wychowawcze pod warunkiem, że zostaną „przepuszczone przez filtr osobowości”, co oznacza nastawienie umysłu, emocji i woli wychowanka na pracę nad własnym ciałem, zdrowiem, sprawnością i urodą¹³.

Wydaje się również, że niektórzy pedagodzy, opowiadając się za ujęciem wychowania jako procesu kształtowania osobowości i wspomagania jej rozwoju w sferze intelektualnej, moralnej, estetycznej i zdrowotnej, nie podejmują refleksji nad zakresem znaczeniowym pojęcia *zdrowotna sfera osobowości*. Jeżeli przyjmiemy, że stanowi ją zestaw tych jakościowych elementów struktury osobowości, które uczestniczą w formowaniu świadomości zdrowotnej i regulowaniu aktywności behawioralnej człowieka związanej ze zdrowiem, wyodrębniony dla określenia celów wychowania zdrowotnego¹⁴, to wychowanie zdrowotne powinno zmierzać do kształtowania u dzieci i młodzieży potrzeb zdrowotnych, formowania postaw wobec ciała i zdrowia oraz generowania i rozwijania umiejętności życiowych (*life skills*).

Ważną część aktywności behawioralnej człowieka związanej ze zdrowiem stanowią nawyki i przyzwyczajenia. Realizowanie zachowania nawykowego odbywa się bez udziału świadomości, niemal automatycznie. Podjęcie takiego zachowania wymaga jednak uaktywnienia się jednego z jakościowych elementów struktury osobowości człowieka, jakim są potrzeby. Potrzeby są motorem inicjowania wszelkiej ludzkiej aktywności, toteż dążenie do zaspokojenia potrzeb jest także motywem do podjęcia działania o charakterze nawykowym. Wśród potrzeb zdrowotnych szczególne znaczenie będą tu miały tak zwane potrzeby względne, ujawniające się wraz z przyrostem wiedzy i doświadczeń oraz oddziaływaniami społeczno-kulturowego otoczenia. Mogą one mieć charakter racjonalny (np. gdy dziecko rozumie sens zabiegów higienicznych), wiązać się z uewnętrznionymi normami etyki (wypada – nie wypada), estetyki bądź z obowiązującymi trendami mody¹⁵. Potrzeby zdrowotne mieszczą się zatem nie tylko w grupie potrzeb organicznych (te mają niewątpliwie charakter bezwzględny) – wiele z nich to potrzeby natury psychicznej, u podłoża których leżą procesy kognitywne związane z przyswajaniem wiedzy i wartościowaniem, a ich uaktywnianie (wyzwalanie) jest psychologicznym warunkiem

¹³ M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980, s. 104–108.

¹⁴ Por. A. Gawel, *Wychowanie zdrowotne w perspektywie teoretycznej* [w:] *Teoria wychowania w okresie przemian*, red. E. Kubiak-Szyborska, D. Zajac, Bydgoszcz 2008, s. 154–162.

¹⁵ M. Demel, dz.cyt., s. 108–110.

inicjowania wielu zachowań zdrowotnych o charakterze nawykowym. Ten właśnie fakt uzasadnia włączenie problematyki związanej z kształtowaniem nawyków zdrowotnych w obszar wychowania zdrowotnego analizowanego w kategoriach osobowości.

Ważnym osobowościowym korelatem aktywności zdrowotnej człowieka jest jego postawa wobec zdrowia. Jej komponent poznawczy, obejmujący wiedzę i przekonania związane ze zdrowiem, odgrywa wiodącą rolę w stosunku do składnika uczuciowo-motywacyjnego, wyrażającego się emocjonalnym stosunkiem do zdrowia, materialnych i niematerialnych nośników kultury zdrowotnej i poszczególnych rodzajów aktywności zdrowotnej. Składnik ten jest w dużym stopniu warunkowany sposobem wartościowania zdrowia. Na styku komponentu poznawczego i uczuciowo-motywacyjnego postawy wobec zdrowia lokują się przekonania stanowiące uwewnętrzniony zbiór norm i dyrektyw wynikających z akceptacji określonego sposobu wartościowania zdrowia. Zagadnienie przekonań zdrowotnych obejmuje także pewną specyficzną grupę przekonań uczestniczących w regulowaniu zachowań zdrowotnych o charakterze intencjonalnym, wśród których wymienia się między innymi: przekonania normatywne odzwierciedlające subiektywne odczucie presji społecznej w odniesieniu do określonej aktywności zdrowotnej, poczucie samoskuteczności w działaniach zdrowotnych, przekonania dotyczące stopnia osobistej kontroli nad własnym zdrowiem oraz przekonania (oczekiwania) dotyczące wyniku podejmowanej czynności w obszarze zdrowia. W odniesieniu do dzieci i młodzieży wskazuje się na ich znaczenie w formowaniu się motywacji do niepodejmowania zachowań ryzykownych, takich jak palenie tytoniu, spożywanie alkoholu czy stosowanie narkotyków, jak również do podjęcia decyzji o rezygnacji z realizowania takiej aktywności. Kształtowanie u wychowanków postaw wobec zdrowia wydaje się zatem powinnością każdego nauczyciela i wychowawcy. Może on ją jednak rzetelnie i odpowiedzialnie spełniać jedynie pod warunkiem, iż będzie posiadał odpowiednie kompetencje.

Uwzględnienie celów promocji zdrowia i profilaktyki pierwotnej zachowań ryzykownych młodych ludzi oraz faktu, iż w ich codziennym życiu obecnych jest wiele sytuacji generujących konieczność radzenia sobie, wskazuje na zasadność uznania, że jednym z podstawowych obszarów wychowania zdrowotnego jest kształtowanie u dzieci i młodzieży umiejętności życiowych (*life skills*). Dysponowanie umiejętnościami życiowymi wiąże się w pierwszym rzędzie z kształtowaniem dobrostanu (zdrowia) psychospołecznego wychowanków. Jak wiadomo, w obszarze zdrowia psychicznego mieści się – między innymi – zdolność do jasnego i logicznego myślenia, dążenie do samorealizacji, zdolność do kierowania własnym zachowaniem, umiejętność rozpoznawania i wyrażania uczuć oraz radzenia sobie ze stresem i napięciem (zdrowie umysłowe i emocjonalne). Przy charakterystyce społecznego wymiaru zdrowia wymienia się natomiast takie jego desygnaty, jak umiejętność sprostania przez jednostkę oczekiwaniom wynikającym z przypisanej jej roli społecznej, zdolność do wykonywania związanych z tą rolą zadań oraz umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktów z innymi ludźmi i modyfikowania interakcji społecznych¹⁶. Umiejętności życiowe pełnią także istotną funkcję rozwojową, bowiem jednym z zasadniczych moderatorów harmonijnego rozwoju dziecka jest jego prawidłowe funkcjonowanie społeczne. Wskazuje się wreszcie na zależność między posiadaniem przez młodego człowieka pewnych umiejętności życiowych a podejmowaniem przez

¹⁶ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 2000, s. 31.

niego zachowań ryzykownych dla zdrowia¹⁷. W generowaniu i rozwijaniu umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży trudno przecenić rolę wychowawcy i nauczyciela, którzy powinni być do tego zadania właściwie przygotowani. Jak podkreśla Barbara Woynarowska, kształtowanie umiejętności życiowych w praktyce szkolnej nie jest przelotną modą, ale wynika z Konwencji o Prawach Dziecka, której zapisy jednoznacznie wskazują na powinności nauczycieli i wychowawców w tym zakresie¹⁸.

Przyczyn niedoceniań znaczenia edukacji zdrowotnej w kształceniu studentów pedagogiki można wreszcie upatrywać w zjawisku funkcjonowania w świadomości wielu pedagogów oraz lekarzy (realizujących zajęcia dydaktyczne dla studentów pedagogiki) patogenetycznego i biomedycznego modelu zdrowia. Zgodnie bowiem z takim myśleniem zdrowie definiowane jest jako brak obiektywnie zdiagnozowanej choroby, jego determinanty upatrywane są jedynie w czynnikach biologicznych, zaś od jednostki oczekuje się w większym stopniu biernego podporządkowania się zaleceniom lekarzy niż aktywności prozdrowotnej. Takie rozpatrywanie zdrowia z perspektywy choroby prowadzi do uznania, iż skoro jest ono stanem normalności i braku dysfunkcji, to nie wymaga specjalnych – w tym także wychowawczych – zabiegów. Wydaje się, że takiemu myśleniu należy przeciwstawić holistyczne i salutogenetyczne podejście do zdrowia, w myśl którego:

- zdrowie jest systemem wzajemnie powiązanych wymiarów;
- zdrowie to nie tylko brak choroby, ale także subiektywne odczucie dobrostanu;
- uwarunkowania zdrowia tkwią nie tylko w biologii człowieka, ale również w czynnikach natury pozabiologicznej – stylu życia oraz cechach środowiska fizycznego i psychospołecznego;
- każdy człowiek dysponuje potencjałem zdrowia, który na miarę biologicznego zdeterminowania może być rozwijany. Potencjał ten obejmuje, między innymi, właściwości tkwiące w osobowości człowieka, które poddają się wychowawczemu kształtowaniu – zdrowie może więc być pozyskiwane w procesie wychowania.

Jeżeli dodać do tego argumentację antropologiczną i aksjologiczną, jednoznacznie przemawiającą za zasadnością wychowania do zdrowia, to wydaje się, że teza, iż pedagog powinien posiadać kompetencje do udziału w procesie edukacji zdrowotnej wychowanków, winna znaleźć swoje wyraźne odzwierciedlenie w kształceniu akademickim na kierunku pedagogicznym.

¹⁷ Idea kształtowania umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży pojawiła się na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych w USA i Wielkiej Brytanii w ramach poszukiwań skutecznych metod profilaktyki używania substancji psychoaktywnych.

¹⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2007, s. 448–449.