

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2002	R. XLV (LVIII)	T. 1 (18)	s. 13--26
------------	--	---------------	-------------------	--------------	-----------

ARTYKUŁY



Maciej DEMEL

Pedagogika zdrowia

Pole robocze wychowania zdrowotnego jest tak rozległe, jak rozległe jest pojęcie zdrowia w jego wszelkich płaszczyznach i wymiarach: zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne; obiektywne i subiektywne; jednostkowe i publiczne. Pokrywa ono cały obszar medycyny (higienę, profilaktykę, terapię i rehabilitację), nasycając go intencją wychowawczą. Wprowadza ponadto nowy element, a mianowicie pomnażanie, doskonalenie zdrowia. Ten szeroki zakres potwierdza sformułowanie Edwarda Mazurkiewicza (1975): „Wychowanie zdrowotne polega na kształtowaniu nawyków służących konserwacji i doskonaleniu zdrowia, na rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem w oparciu o niezbędne wiadomości i wzorce, na formowaniu postawy umożliwiającej skuteczną profilaktykę, ratownictwo, leczenie, pielęgnację i stosowanie wymogów higieny w życiu jednostki i zbiorowości ludzkiej.”

Pedagogika zdrowia stanowi teoretyczną podstawę wychowania zdrowotnego. Głównym jej zadaniem jest wypracowanie formuły kooperacji pedagogiki z medycyną, a następnie przekładanie kategorii medycznych na kategorie pedagogiczne. Kluczowym dla niej pojęciem jest pojęcie zdrowia. Od tego bowiem, jak to pojęcie będziemy rozumieć, zależy koncepcja wychowania zdrowotnego, jego strategia i program.

Ontologia zdrowia

Nad potocznym pojęciem zdrowia wciąż jeszcze ciąży statyka i negatywizm. W takim ujęciu zdrowie jest tylko wrotami do wszystkich chorób — jak to dowcipnie powiedział Honoriusz Balzac, abstrakcyjną opozycją wobec realnych schorzeń, co znów dosadnie wyraził Jan z Czarnolasu¹. Takie pojmowanie zdrowia stwarza zaledwie przesłanki do działalności leczniczej i profilaktycznej. Dla celów wychowawczych jest zbyt ubogie. Pedagogika potrzebuje innego podejścia, pozytywnego i dynamicznego, które wskazywałoby możliwości rozwoju i doskonalenia zdrowia.

Do tych wymogów zbliża się definicja wpisana w akt konstytucyjny Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Głosi ona, że zdrowie to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a więc coś więcej niż antonim choroby lub niedołęstwa. A zatem pełne zdrowie to poczucie siły życiowej, zdolność do pokonywania przeszkód, chęć podejmowania trudów fizycznych i umysłowych. Jest to ów „apetyt na zdrowie” — piękne sformułowanie dziennikarzy telewizyjnych.

W przywołanej definicji wymienia się trzy płaszczyzny. Pierwsza — zdrowie fizyczne, czyli somatyczne — odnosi się do ciała, druga — zdrowie psychiczne — określa zgodę i niezgodę z samym sobą, trzecia — zdrowie społeczne — stanowi opozycję wobec tych odchyłeń, które naruszają normy społeczne. Wyróżnia się też dwa „wymiary” zdrowia: zdrowie jednostkowe i zdrowie publiczne, a także dwie „strony” zdrowia: subiektywną i obiektywną.

Dyskusja skupia się na owej trynitarniej strukturze zdrowia. Ma bowiem ono właściwości holistyczne. Znaczy to, że każda czy niemal każda kwestia, wzięta z którejkolwiek z wymienionych płaszczyzn, zawiera w sobie pierwiastki dwóch pozostałych (przykładem alkoholizm lub narkomania). Niekiedy ich interesy są skłócone: w wypadku choroby AIDS zbyt gorliwa ochrona zdrowia fizycznego godzi w zasady społecznego współżycia, antagonizuje, niszczy więc zdrowie społeczne. W takich sytuacjach bilansowanie strat i zysków obciążone jest znacznym ryzykiem.

Spśród tych trzech płaszczyzn czy aspektów zdrowia najczęściej kontrowersji budzi zdrowie społeczne. Nagminnie myli się je ze zdrowiem publicznym, czyli zdrowiem zbiorowości, które jest kategorią statystyczną. Ale i prawidłowo pojęte, tj. odniesione do jednostki, wyłącza się niekiedy z tej konstrukcji jako wtórne wobec zdrowia psychicznego. W istocie bowiem chodzi o zdrowie

¹ Żadne omówienie nie dorówna precyzją pysznemu oryginałowi: „Ślachetne zdrowie, nikt się nie dowie, jako smakujesz, aż się zepsujesz.” I odległe echo u Mickiewicza, celna paralela: „Litwo! Ojczyzno moja! Ty jesteś jak zdrowie, ile cię trzeba cenić, ten tylko się dowie, kto cię stracił.”

moralne, a tym zajmuje się nie medycyna, lecz etyka, prawo, resocjalizacja. W tym zaś obszarze wyraz „zdrowie” użyty jest metaforycznie.

Bardziej dosłowne są związki zdrowia z ekonomią. W systemie ubezpieczeń choroba i kalectwo, pozostając nieszczęściem, nie muszą być życiową klęską, bywają interesem, a nawet przedmiotem spekulacji. Toteż Cezary Stypułkowski podbudował wychowanie zdrowotne argumentem ekonomicznym, obliczając, ile kosztuje „głupota zdrowotna”. Wysunął też postulat wprowadzenia do epidemiologii czynników subiektywnych (np. ciemnoty), które są równie patogenne, jak czynniki obiektywne.

Doskonalenie zdrowia jest wreszcie procesem „uczłowieczania ciała”, dostosowania jego funkcji i kształtu do norm społeczno-kulturowych, m.in. do aktualnych kanonów estetycznych. Stąd cała kosmetyka, kulturystyka, regulacja tuszy i w ogóle tzw. kalotechnika, czyli sztuka poprawiania natury.

Wracając do dyskusji, stawia się też znak zapytania przy słowie „dobrostan” (w oryginale: *Wellbeing*), ponieważ zacierą ono istotną różnicę między zdrowiem obiektywnym i subiektywnym. Toteż często w miejsce dobrostanu pojawia się wyraz „samopoczucie”, co oznacza opcję psychologiczną i niewiarę w obiektywną realność zdrowia. Atakuje się wreszcie statykę tej definicji, którą wyraża słowo „stan”, zwracając uwagę na chwiejność zdrowia. W krytycznym chórze nie brak nawet opinii o niedefiniowalności zdrowia. Rene Dubos (1962) nazywa je mirażem, ten zaś — jak wszelka idea — nie posiada konkretnych desygnatów. Posiada je natomiast każda rozpoznana choroba. Sceptycy wywodzą, że zdrowie znormalizowane, rozpisane na zobowiązujące wskaźniki, rozmija się z tezą Jędrzeja Śniadeckiego (1805), że każdy, nawet kaleka, ma swoje niepowtarzalne zdrowie.

W relacji z postępów wiedzy nie będziemy się krępować tym sceptycznym czy nawet agnostycznym wątkiem, ponieważ nauka uparcie dąży do teorii operacyjnych, użytecznych. Toteż spośród definicji drugiej generacji, tj. skorygowanych wobec wzorca WHO, wyjmiemy — tytułem przykładu — zdyscyplinowaną formułę Juliana Blicharskiego: „Zdrowie to samosterujący układ równowagi między procesami anabolizy i katabolizy w płaszczyźnie somatycznej, integracji i dezintegracji w płaszczyźnie psychicznej, syntonii i dystonii w płaszczyźnie społecznej.”

W dalszej części artykułu mówić będziemy głównie o zdrowiu fizycznym, a to z następujących powodów:

Po pierwsze — zdrowie psychiczne i społeczne są dostatecznie eksponowane w dyscyplinach pedagogicznych i parapedagogicznych, w psychologii (zwłaszcza klinicznej i społecznej), w socjologii i resocjalizacji. Co więcej, oprócz teorii prowadzi się ćwiczenia w zakresie technik doskonalących zdrowie w tych dwóch płaszczyznach, np. trening asertywności, psychodrama itp. Nauka o zdrowiu ciała nie ma tak mocnych nośników dydaktycznych.

Po drugie — o ile tamte płaszczyzny zdrowia osadzone są bezpośrednio w osobowości i dzięki temu mają proste odniesienia pedagogiczne, o tyle zdrowie somatyczne i praca nad nim wymaga przełożenia na kategorie osobowościowe: wartości, przekonania itd. Jest to niełatwa operacja, skoro wychowanie zdrowotne — w jego dojrzałej postaci — weszło w skład pedagogiki dopiero w naszym stuleciu. Operacja ta bowiem przekracza wielkie granice nauki o człowieku, granice między biologią a humanistyką, naturą i kulturą. Na niej więc należy się skupić. A zresztą i to skupienie nie wyeliminuje ani psychicznego, ani społecznego zdrowia. Nie pozwolą na to wspomniane, holistyczne właściwości zdrowia. Chociaż ciało, moje zdrowie i choroby należą do świata przyrody, to mój stosunek do nich, sposób ich przeżywania i związane z tym role mają charakter psychospołeczny.

Aksjologia zdrowia

Nie bez przyczyny wśród kategorii osobowościowych na pierwszym miejscu wymieniono wartości. Świadoma praca nad zdrowiem możliwa jest tylko wtedy, gdy uzna się je za wartość godną owych zabiegów. Aksjologia zdrowia to rewir intymny, bo cenę życia i zdrowia każdy sam sobie wyznacza, czy to abnegat, czy hipochondryk. Jest to zresztą wartość zmienna; ocena zdrowia wzrasta, gdy maleją jego zasoby, waha się, gdy zdrowie i życie konkurują z innymi wartościami, a zwłaszcza gdy wchodzi z nimi w drastyczny konflikt, jak w wypadku decyzji samobójczej lub skrajnej ascezy, a także wyczynów o najwyższym stopniu ryzyka, jak alpinizm czy kaskaderstwo.

Obok tej prywatnej, chwiejnej hierarchii, każdy buduje drugą, bardziej stabilną, którą stosuje do swoich bliźnich. Przez wychowanie dąży się do tego, by na tej drugiej skali cudze życie i zdrowie były wartością bezwzględną i najwyższą. Jest to zarazem etyczna busola medycyny. Tak przecież postępuje lekarz, który nie wnika, po co choremu zdrowie, rezygnuje z wszelkiego mędrkowania i karnie poddaje się zasadzie *salus suprema lex* (zdrowie najwyższym prawem). Inaczej mówiąc, cała „filozofia zdrowia” służy jedynie nam samym; w stosunku do innych powinna zamilknąć. Kwestia ta ociera się już o medycynę terminalną, subtelne, a drastyczne problemy eutanazji, resuscytacji, inżynierii genetycznej... Mamy tu niekiedy do czynienia z sytuacją paradoksalną. Oto podmiot buntuje się przeciw uprzedmiotowieniu, gdy instytucja medyczna — decydując poza nim i za niego — promuje jego życie i zdrowie do rangi najwyższego dobra. Tę sytuację tłumaczą zarysowane wyżej dwa horyzonty aksjologiczne. Jeden narzucony kanonem medycyny oraz powagą Kościoła (świętość życia) i drugi — wyznaczony indywidualnym

światopoglądem każdego z nas. Pierwszy trwa siłą tradycji i doktryny, drugi pulsuje wątpliwościami oraz emocją chwili. I tylko wówczas, gdy horyzonty te pokrywają się, istnieje przymierze jednostki ludzkiej z medycyną.

Kryteria zdrowia, mierniki i skale

Rolę pomostu między zdrowiem abstrakcyjnym a konkretem zwanym „zdrowy człowiek” odgrywa prastara koncepcja witalności. Mimo porażki witalistów na gruncie naukowym, mimo wykreślenia terminu *vis vitalis* (siła życiowa) ze słownika akademickiej medycyny pojęcie to zalega w potocznej świadomości, skłaniając się obecnie ku wykładni energetycznej. Spotykamy je we wszystkich bodaj kulturach, czy będzie to starogrecka *pneuma*, czy hinduska *prana*. Wiarą w to, że istnieje totalny miernik życiowych sił człowieka, kierowało się nawet prawodawstwo, eliminując osobników ze stygmatem śmierci lub skazą kalectwa, że wspomnimy tylko klasyczny przykład Sparty. Gdybyśmy przyjęli takie rozumienie zdrowia (sił życiowych, wigoru), to jego skala stanowiłaby proste kontinuum, regularny gradient. Trzeba by jednak tę kategorię skonkretyzować i wskazać sposoby jej pomiaru. Ponieważ taka możliwość wymyka się nauce, musimy uciec się do analizy i przez nią budować wskaźnik sumaryczny. Taki wskaźnik niezbędny jest dla celów praktycznych, np. do określenia kategorii zdrowia w wojsku albo ubezpieczenia na życie. Istnieją też skale dwuramienne, na które nanosi się aktywa i pasywa, co jest warunkiem „bilansowania” zdrowia, m.in. oceny potencji kompensacyjnych. Zanim jednak powstały takie konstrukcje, medycyna używała skali pozornie dwuramiennej. Była ona rozbudowana i wypełniona po stronie pasywów, tj. ubytków zdrowia, ponieważ ograniczono się do kryteriów negatywnych (śmiertelność, zapadalność, stopień schorzenia lub inwalidztwa). Po stronie aktywów stawiano zdawkowe b. z. (bez zmian), nie mierząc już zasobów zdrowia. Prawdziwa skala dwuramienna polega na rozmieszczeniu wielkości liczbowych zasadnie wybranych wskaźników: zdrowia na polu dodatnim, niezdravia na polu ujemnym. Wartości empiryczne odniesione są do standardów należnych płci, wiekowi itd.

Współczesna medycyna nie musi się już ograniczać do owych „bezetów”, gdyż dysponuje wielkim arsenałem testów klinicznych i laboratoryjnych określających poziom funkcjonowania poszczególnych układów i narządów, całej sfery sensorycznej i efektorycznej, a nawet tak finezyjnych cech, jak obronny arsenał ustroju (immunologia). Skala dwuramienna dostarcza materiału do wykreślenia indywidualnych profilów zdrowia, a jeśli poszczególnym zmiennym nadamy odpowiednie „wagi”, zbliżymy się do oceny syntetycznej

w postaci indeksu zdrowia. Są to już jednak operacje ryzykowne, a ich matematyczna ścisłość może nas zwodzić pozorami prawdy. Zachowując wobec nich krytyczny dystans, doceniamy wszelako ich walory, a do tych należą: unaocznienie słabych i mocnych punktów organizmu, swoista „mapa” sił życiowych, a nade wszystko wdrożenie do ilościowej analizy zdrowia pozytywnego, czyli zagospodarowania pustego pola „bezetów”. Wiadomości o skalach zdrowia będą nam pomocne w zrozumieniu dwóch podejść do wychowania zdrowotnego: 1) typowego dla medycyny, tj. od chorób przez profilaktykę, 2) właściwego ortopedagogice, tj. od normy zdrowia do coraz większych jego zasobów.

Implikacje pedagogiczne

Wiele prób zdefiniowania zdrowia zawiera w podtekście sugestie pragmatyczne. Ujęcia tradycyjne, oparte na wskaźnikach negatywnych, podpowiadają generalnie strategię defensywną, a ta oznacza jedynie ochronę i konserwację zdrowia. I przeciwnie: im więcej w nich pierwiastka pozytywnego, im więcej dynamiki, tym śmielsza zachęta do strategii ofensywnej, a więc czynnego zdobywania i pomnażania zasobów zdrowia (co zresztą nie anuluje ochrony i ratownictwa, gdy zachodzi taka potrzeba).

Stawiając jednostce ludzkiej tak ambitne drogowskazy, wzywa się — tym samym — i zobowiązuje społeczeństwo, by odpowiednio ją wychowało. Tę właśnie gałąź pedagogiki zwykło się nazywać wychowaniem zdrowotnym lub edukacją zdrowotną (*Health Education, education sanitaire, Gesundheitserziehung*). Dla zrozumienia, że chodzi o uformowanie osobowości, nie zaś o same procedury biotechniczne (np. zabiegi higieniczne lub ćwiczenia ruchowe), które są jedynie środkami, zaleca się refleksję nad formułą Grzegorza Piramowicza: „wychowanie co do ciała i zdrowia”. Wskazuje ona konieczny dystans („co do”), ciało bowiem i jego zdrowie nie są wychowywalne: wychowaniu podlega osobowość. Celnie wyraził to Władysław Tatarkiewicz, mówiąc o „dbałości psychiki o ciało”.

Zanim jednak zarysowała się praktyczna „nauka zdrowia”, rozwinęła się werbalna „nauka o zdrowiu”, tj. oświata zwana sanitarną, a później zdrowotną. Ubiegłe stulecie, dzieląc medycynę na coraz węższe specjalności, powierzyło im misję oświatową. Oświecali więc, według swych kompetencji, znawcy poszczególnych układów i narządów: okuliści, stomatolodzy, ortopedzi... Z czasem pojawiają się metodycy oświaty zdrowotnej, którzy wspierają wymienionych specjalistów, uczą, jak unikać błędów, by nie dopuścić do ujemnych skutków limitowania wiedzy oraz nieopatrznych sugestii (jatrogenia).

Metodocy, nie kwestionując tamtych klinicznych podziałów, tworzą coraz to nowe wedle kategorii wieku, środowiska, zawodu. Grupują również tematy wokół osi problemowych, wyodrębniając takie np. dziedziny, jak pomoc przedlekarska, popularne lekoznawstwo albo wychowanie do bezpieczeństwa (*Safety Education*). Są one stale rozbudowywane i dostosowywane do nowych zagrożeń. Dla przykładu — na ostatnią z wymienionych dziedzin składają się m.in. takie zagadnienia wymagające ścisłej specjalizacji, jak grzyboznawstwo, ochrona radiologiczna, chemia w gospodarstwie domowym i rolnym, choroby odzwierzęce...

W oświacie zdrowotnej narastała jednak niewiara w skuteczność samej dydaktyki. Poczęto więc konstruować programy głębiej sięgające w osobowość. I tak np. sławny Calmette wykoncypował „wychowanie przeciwgruźlicze”. Tym śladem podążyły edukacyjne programy dla diabetyków, alkoholiczków, pacjentów po zawale serca albo dwudziestoczerogodzinny reżim ortopedyczny. W ten sposób oświata — ekstensywna i epizodyczna — stopniowo przekształcała się w kompletną edukację — intensywną i systematyczną.

Zauważmy wszakże, że ten nurt wychowania zdrowotnego wykształcił się na ujemnej stronie skali, według algorytmu medycznego. Rozumowanie biegło „wstecz”, typowo po lekarsku: od konkretnych chorób, przez profilaktykę swoistą, do wychowania równie swoistego, tj. adekwatnego do poszczególnych jednostek chorobowych.

Z innych zgola przesłanek wychodzi nurt wychowania zdrowotnego, który narodził się na dodatniej stronie skali. Patronką jego jest Hygiea, a punktem wyjścia zdrowie. Programy głoszą podnoszenie jego potencjału dzięki pracy nad sobą. Idea ta musi się zakorzenić w osobowości (wartości, przekonania, postawy), a realizować siłami dyspozycji instrumentalnych (wiedza operatywna, umiejętności). Głównymi procedurami są: samopielęgnacja, ćwiczenie, hartowanie. Rzecz jasna, że „przy okazji” pełnią one funkcję zapobiegawczą, jest to jednak profilaktyka ogólna, nieswoista. Przesyca ona wszystkie obszary zdrowego stylu życia: porządek doby, pracę i wypoczynek, żywienie, sferę seksualną.

Dziejową kolejność pojawienia się tych dwóch nurtów obserwujemy na terenie szkolnym. Szkoła tradycyjna niechętnie przyjmowała krytykę ze strony rzeczników zdrowia, ponieważ ci traktowali ją jako zło konieczne, zbiór czynników patogennych, instytucję zakłócającą normalny tok rozwoju dziecka. Cały wysiłek reformatorów koncentrował się na walce ze szkodliwościami szkoły, które — co najwyżej — starano się ograniczać. Był to zatem kierunek minimalistyczny, przesycony niewiarą w możliwość dodatniego oddziaływania szkoły w dziedzinie zdrowia. Dopiero w XX wieku postawiono pytanie: Jak szkoła może przyczynić się do fizycznego rozwoju młodzieży i doskonalenia jej zdrowia? Dopiero wówczas dostrzeżono jej rolę pozytywną, przynajmniej potencjalną. Zwrócono uwagę, że szkoła zdolna jest spełnić funkcję kompen-

sacyjną, gdyż może stworzyć dzieciom warunki, jakich nie mają one w swoim środowisku, może je dożywić, wykąpać, wysłać na kolonie, wyprostować fizycznie i psychicznie, zapewnić dodatnie wzory higieniczno-kulturalne. W ten sposób szkoła awansowała do roli ważnego ogniw promocii zdrowia, walki o zdrowie publiczne. Przemianę tej towarzyszyła ewolucja w świadomości nauczycieli, którzy w zdrowiu ucznia zaczęli dostrzegać interes szkoły. Zrozumiano, że w skład wychowawczego programu szkoły muszą wchodzić sprawy zdrowia, a to przynajmniej z dwóch powodów:

Po pierwsze dlatego, że zdrowie jest kardynalnym warunkiem pomyślnego przebiegu procesu wychowania. Liczyć się więc trzeba z całym spłotem uwarunkowań zdrowotnych, które mogą ograniczać, a nawet wykluczać skuteczność poczynań wychowawczych i dydaktycznych, mogą spiętrzać niepowodzenia szkolne. Dobre zdrowie natomiast, wysoka odporność i sprawność organizmu, higieniczny, tryb życia ucznia — są sprzymierzeńcami szkoły w uzyskiwaniu najlepszych wyników nauczania i wychowania.

Po drugie — i ta odwrócona teza jest mniej znana — wychowanie jest jednym z istotnych warunków zdrowia. Zdrowie to nie dar niebios dany raz na zawsze. Nad utrzymaniem zdrowia trzeba pracować, i praca ta ma charakter pedagogiczny. Chodzi bowiem — powtórzmy to — o wykształcenie trwałych nawyków, odpowiednich postaw wobec spraw zdrowia, wreszcie o pewne kwantum wiedzy i umiejętności. Czy jest w tym katalogu zadań choć jeden element nie wchodzący w zakres wychowania?

Macierze wychowania zdrowotnego

Pierwszymi przyczółkami zdrowotnej edukacji były higiena szkolna i wychowanie fizyczne. One torowały jej drogę i słusznie uchodzą za jej macierze.

Mogłoby się wydawać, że wychowanie zdrowotne pokrywa się z higieną. Tak jednak nie jest. Higiena bowiem zajmuje się jedynie określaniem norm wypracowanych na warsztacie badań przyrodniczych. Te normy pedagog przekłada na swój język. I tak np. higieniczna organizacja środowiska, ważna ze względów obiektywnych, ma również walor pedagogiczny, narzuca bowiem określone formy zachowania (tzw. środowisko wychowujące). Czystość, którą zaleca higienista, jest wychowawczo obojętna, jeżeli uczeń nie będzie jej współtwórcą.

Ogólnie biorąc, wychowanie zdrowotne czerpie z higieny i medycyny to wszystko, co wiąże się z uświadamieniem oraz z kształtowaniem pożądanych nawyków i postaw, a także z praktycznym nauczaniem stosownych umiejętno-

ści, np. udzielania pierwszej pomocy. Wylacza natomiast to, w czym nie można dopatrzeć się świadomości i aktywności wychowanka; słowem — to, co nie kształci i nie wzbogaca jego osobowości. Nie należą przeto do wychowania zdrowotnego te formy pielęgnacji i opieki higieniczno-lekarskiej, w których dziecko występuje jako bierny przedmiot, choćby służyły jego zdrowiu i rozwojowi. Nie należą do wychowania zdrowotnego zabiegi lekarskie dokonywane na osobie nieprzytomnej, lecz zaliczymy do niego takie sytuacje, w których medycyna kształtuje np. pozytywny stosunek do badań, szczepień. Dopiero wówczas czynności lekarskie lub zabiegi higieniczne zyskują walor wychowawczy.

Zasługi higieny dla wychowania zdrowotnego są nieocenione, gdyż — po pierwsze — dostarcza ona tworzywa rzeczowego, po drugie — ponieważ w jej obszarze narodziła się idea zdrowia pozytywnego, a to z kolei nazwać można tworzywem myślowym, drogowskazem dla pedagogów.

Drugą macierzą jest wychowanie fizyczne. O ile higiena, podpowiadając — jak się rzekło — strategię ofensywną, sama tkwi w defensywie, tj. profilaktyce, o tyle wychowanie fizyczne zawsze miało charakter aktywny, kierowało się dyrektywą czynnego zdobywania zdrowia. Dla tej dyrektywy szukano odpowiedniego słowa, jak pomnażanie, doskonalenie, potęgowanie zdrowia. Dziś mówi się trafnie o jego promocji. W tej właśnie dziedzinie wskazano realne parametry zdrowia cielesnego i metody ich pomiaru. Są to: sprawność, wydolność i odporność ogólna. W ten sposób wychowanie fizyczne pomogło medycynie wypełnić konkretnymi owe pole „bezetów” i ująć zdrowie ilościowo. Co więcej, wypracowało odpowiednie techniki podnoszenia tych wskaźników zdrowia: sprawności (ćwiczenia), wydolności (obciążenie robocze organizmu), odporności (hartowanie).

Obszar ząbębienia się zakresów wychowania zdrowotnego i wychowania fizycznego obejmuje te treści, które wiążą się ze świadomością oceny zdrowia, zainteresowaniem własnym organizmem i rozwojem, rozumieniem stymulatywnej, profilaktycznej i korekcyjnej funkcji ćwiczeń ruchowych, a także z kształtowaniem trwałych nawyków rekreacyjnych. Uczeń powinien nie tylko ćwiczyć, lecz również wiedzieć, po co ćwiczy i jakie to ma znaczenie dla zdrowia na dziś i na przyszłość. Narzuca się pytanie, czy wobec tak znacznej wspólnoty możliwa jest pełna integracja wychowania fizycznego z wychowaniem zdrowotnym lub zastąpienie jednego drugim. Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy zestawić nadrzędne wobec nich pola kultury: kulturę fizyczną z kulturą zdrowotną. Otóż pierwsza z wymienionych jest wielowartościowa, poliwalentna, tak jak bogate jest ciało ludzkie w jego kształcie, funkcjach i znakach. I chociaż zdrowie wymienia się wśród tych wartości, może ono zajmować różne miejsce w ich hierarchii, od poczesnego do pośledniego, może przegrywać w ich przetargu, jak to np. bywa w ogniu wytężonej rywalizacji

sportowej². Wychowanie fizyczne — jako pochodna tejże kultury — jest zatem równie bogate, lecz dźwigać będzie załążki wspomnianych konfliktów.

Kultura zdrowotna natomiast jest jednowartościowa, monowalentna. Taka też będzie jej pochodna — wychowanie zdrowotne, zorientowane wyłącznie na cel. Powiemy, że jest ono monoteliczne. Może więc sprzymierzyć się z wychowaniem fizycznym jedynie wtedy, gdy to ostatnie nie narusza jego kanonu. Egzekwując ten warunek, stawia swoich strażników w postaci higieny wychowania fizycznego (czytaj: ćwiczeń ruchowych) oraz medycyny sportowej. Mówiąc językiem metafor, Dedal kontroluje Ikara.

Drugie zastrzeżenie wynika z porównania zakresów i głębi problematyki zdrowotnej. Wystarczy powiedzieć, że kultura zdrowotna (a w ślad za nią wychowanie zdrowotne) obejmuje wszystkie płaszczyzny zdrowia: somatyczną, psychiczną i społeczną, podczas gdy kultura fizyczna (a w ślad za nią wychowanie fizyczne) lokuje się — programowo — na tej pierwszej płaszczyźnie. Ale i tutaj skupia się niemal wyłącznie na aktywności ruchowej. A zatem linia styku tych dziedzin — formalnie biorąc — jest krótka, wspólnota niewielka, a przy tym niepewna, o czym była mowa wcześniej. Co się zaś tyczy głębi, powagi spraw, to edukacja zdrowotna sięga w takie rewiry, jak problemy życia i śmierci, tragizm zagrożeń, współistnienie człowieka w przyrodzie (ekoedukacja). Nie jest to więc li tylko program osobistego doskonalenia. Zdrowie bowiem należy również uspołecznić, chronić przed egotyzacją, odnieść je do innych ludzi i do zbiorowości.

Pełna integracja omawianych dziedzin nie wydaje się przeto realna, gdyż ani idea zdrowia nie wyczerpuje treści kultury fizycznej, ani ta ostatnia nie pokrywa całej problematyki zdrowotnej. Toteż nauczyciel WF, mając ręce pełne roboty, nie zajmie się np. edukacją stomatologiczną i całym polem spraw zdrowotnych odległych od aktywności ruchowej. Trudno więc uznać punkt widzenia tych pedagogów, którzy skreślili już wychowanie fizyczne z rejestru dziedzin wychowania, podporządkowując je bez reszty wychowaniu zdrowotnemu.

Tyle mówią teoretyczne schematy. W praktyce sytuacja jest pomyślniejsza, nie zawsze bowiem najskuteczniejszą drogą do osiągnięcia danych wartości jest droga prosta. Dobrym tego przykładem są właśnie zachowania w sferze kultury fizycznej. To, co dla dziecka jest autoteliczne, co tłumaczy się samą radością zabawy, gry, rywalizacji, stanowi zarazem — poza jego świadomością — instrument realizacji innych wartości, m.in. zdrowia. Z wiekiem następuje uświadomienie tych korzyści i ta świadomość stać się może motywem przewodnim. Liczy się z tym sztuka wychowania, a szczególnie te jej dziedziny, które głoszą wartości mało wyraziste, nieuchwytnie dla młodych. Sterylnie

² W sporcie kwalifikowanym zdrowie jest ważne o tyle, o ile jest służą wyczynu. Jest więc raczej warunkiem niż celem.

czysty, frontalny program wychowania zdrowotnego jest w pełni racjonalny, a przez to zgrzebny, bezbarwny. Trzeba więc dodać mu skrzydeł, przyoblec w harcerskie cnoty albo ideę czerwonokrzyską. Trzeba też wykorzystać wychowanie fizyczne, nośny, bo atrakcyjny wehikuł zdrowia, a także sport z jego bogatą obrzędowością oraz realną szkołą pracy nad sobą. I chociaż nasze obawy pozostają, choć dostrzegamy różne pułapki, jakie zastawia sport, przymierze z kulturą fizyczną — w skali masowej — pozostaje *per saldo* mocnym, dynamicznym punktem promocji zdrowia. Co więcej, stawianie osobnika w sytuacji konfliktu ma niebagatelny walor wychowawczy, bo właśnie w warunkach wyboru kształtują się postawy prozdrowotne, stanowcze i trwałe od narzuconych lub wyhodowanych w bezkolizyjnym zacisku. Badania empiryczne wykazały, że już uczniowie szkół podstawowych potrafią odróżnić tzw. sportowanie od instytucji sportowej z jej patologią (kupczenie talentami, wyczynowe artefakty itd.). Taka czujna postawa wobec sportu, łącznie z jego olimpijską retoryką, zapowiada, że wybory, o których mowa, mogą wypadać pomyślnie.

Rodzima historia odnotowała arcydzieło takiej strategii. Był nią krakowski Park Jordana, gdzie ideę zdrowia dyskretnie ukryto za wartościami pośredniczącymi, za aktywnością wielorakiego rodzaju i jej doraźnymi celami.

Treść wychowania zdrowotnego

Jeśli nie chcemy utonąć w bezniarze i wypisywać tasiemcowych rejestrów, musimy użyć klucza porządkującego „tematy zdrowotne”, pogrupować je, np. według propozycji Hanny Wentlandtowej. Do kwestii elementarnych zaliczamy te, które mają na celu ochronę zdrowia, zapobieganie jego uszkodzeniu, jak higiena osobista, higiena otoczenia, żywienia, pracy i wypoczynku, a dalej — wychowanie w zasadach bezpieczeństwa, ochrona zdrowia psychicznego, walka z nałogami, wreszcie — zapobieganie chorobom zakaźnym³. Do następnej grupy zaliczamy działania ratownicze, a więc pierwszą pomoc w nagłych wypadkach i zachorowaniach, zasady korzystania z usług służby zdrowia, świadomość granic działania samodzielnego, aktywne współdziałanie pacjenta w procesie leczenia i rehabilitacji, reguły związane z używaniem leków. Do ostatniej grupy należą działania najwyższego rzędu, a więc te, które zmierzają do czynnego doskonalenia zdrowia: hartowanie (tj. poszerzanie granic tolerancji nie tylko na bodźce termiczne, ale na wszelkie bodźce fizyczne i psychiczne), zasady samokontroli zdrowia i rozwoju, ćwiczenia ruchowe, przysposobienie

³ Wszystko i zawsze w aspekcie pedagogicznym, jak wyjaśniono wcześniej.

rodzinne wraz z wychowaniem seksualnym. Są to tematy wymienione przykładowo. Stosownie do potrzeb indywidualnych, grupowych i lokalnych trzeba ten rejestr odpowiednio wydłużać i wzbogacać.

Tytułem przykładu rozwinmy modny dziś wątek ekoedukacji. To prawda, że relacja człowiek — środowisko jest wielkim problemem na dziś i na jutro. Rzecz nabiera głębszego wymiaru, gdy rozważamy ją na tle sprzeczności między tym, co człowiek chciałby osiągnąć, a tym, co chciałby zachować. Bo przecież my wszyscy, optując za ochroną środowiska, przyczyniamy się do jego skażenia. Jesteśmy żywą częścią tego, od czego chcemy uciec. Niestety, *Homo rapax* (wyrażenie Janusza Korczaka) — człowiek drapieżny, chciwy, samolubny — widzi zło zawsze poza sobą. Zakłada, że jeszcze on, ze swoją małą winą, zmieści się w granicach tolerancji, wierzy, że nie on zerwie naciągniętą strunę. I tak trwa wyścig ślepoty i egoizmu jednostek, grup, instytucji. Słusznie tedy Julian Aleksandrowicz mówi o „sumieniu ekologicznym” (Aleksandrowicz, Duda, 1988). Sprawa tkwi bardzo głęboko i tam sięgnąć musi wychowanie. Nie jest to łatwe w społeczeństwie masowym, które narzuca konsumpcyjny styl życia i tandetną filozofię sukcesu, wmawia rzekomą nieuchronność zunifikowanego postępu.

*
* *
*

W niewielkich ramach niniejszego tekstu ograniczono się do omówienia teoretycznych podstaw zdrowotnej edukacji. Na nich wspiera się metodyka, ta zaś trzyma się ogólnych reguł, znanych adeptowi pedagogiki. W bibliografii można znaleźć pozycje informujące o współczesnych założeniach organizacyjno-metodycznych, dotyczących problematyki zdrowia. Tu powiemy jedynie, że szkołę polską obowiązywać mają *Podstawy programowe* opracowane w MEN (1997). Niezależnie od tych wytycznych rozwija się ruch „szkół promujących zdrowie”, osadzony w szerokim, wielosektorowym programie promocji zdrowia. Sieć tych szkół wkomponowana jest w system międzynarodowy, a w kraju ma sprzyjający klimat wobec wysokiej fali „mody na zdrowie” i mnogości prozdrowotnych stowarzyszeń społecznych. Cały ten ruch czyni szybkie postępy, należy więc czerpać bieżące wiadomości ze wskazanych w bibliografii czasopism pedagogicznych.

Artykuł ten jest tak skonstruowany, by przekonać czytelnika o powadze i głębi problematyki zdrowia, a przy tym wskazać jej organiczne związki z pedagogiką. Rola szkoły, instytucji, przez którą przechodzi cała populacja, jest i w wychowaniu zdrowotnym wyjątkowa. Potwierdza to inskrypcja na mogile promotora higieny szkolnej, doktora Stanisława Kopczyńskiego: „Rozpowszechnianie higieny w szkole i przez szkołę jest jednym z najważniejszych zadań, jakie wiek XIX wiekowi XX do rozwiązania przekazał.” Wy-

starczy uwspółcześnić język i odnieść sprawę do następnego stulecia, zachowując myśl przewodnią, tę o dwojakiej funkcji szkoły — „w” i „przez”. Dlatego wspomniany program międzynarodowy szybko poprawił pierwotne hasło „zdrowej szkoły” na „szkołę promującą zdrowie”.

Tę dwojaką funkcję pełni i pełnić będzie szkoła, niezależnie od tego, czy wychowanie zdrowotne wykształci się w osobny przedmiot, czy wejdzie w skład któregoś z już istniejących, czy też pozostanie — jak dziś — w rozproszeniu, jako zadanie dla wszystkich. Dopóki szkoła nie wypracuje własnego i pełnego programu ochrony zdrowia, pozostanie bezbronna wobec naporu przeróżnych inicjatyw (osobno AIDS, osobno nikotynizm, osobno wychowanie stomatologiczne, osobno sprawy bezpieczeństwa itd.), co grozi mnożeniem efemerycznych mikropredmiotów, nie powiązanych myślą nadrzędną.

Na koniec słowo o szczególnej roli pedagogiki zdrowia w kształceniu nauczycieli. Otóż dyscyplina ta przyczynia się niewątpliwie do holizmu pedagogicznego, tj. postrzegania ucznia jako całości. Do księgi kanonów polskiej oświaty wpisano *memento* wielkiego higienisty (i humanisty!) Marcina Kacprzaka: „Nie mózg dziecka chodzi do szkoły, lecz ono całe.” Niechaj nikogo nie usypia banalność tego zdania. Zagłębienie się bowiem w nauki społeczne oderwane od biologii spowodować może, że ciało wychowanka zejdzie na plan odległy, będzie się przypominać jedynie w sytuacjach ekstremalnych, np. wtedy, gdy bije rekordy, lub odwrotnie — gdy niedomaga, co staje się przyczyną absencji i niepowodzeń szkolnych. Toteż do znanego w filozofii człowieka dylematu: „mam ciało czy jestem ciałem?” (Suchodolski, 1974), można by żartobliwie dopisać trzecią ewentualność: „miewam ciało”. Źle jest, jeśli dla nauczyciela uczeń miewa ciało. Niedobrze jest również, gdy on sam miewa ciało, jest przecież ono drugim, równie ważnym podmiotem procesu wychowania. Dla sprawdzenia, czy ogarniamy wychowawczy holizm, wystarczy porównać się z tym wzorcem, jaki dla wychowawcy przedstawiają dobrzy i mądrzy rodzice. Ci zawsze widzą i wyczuwają całe dziecko, dla nich nigdy nie wyrasta ono z ciała.

Głosząc takie nauki, nie zamierzmy bynajmniej biologizować pedagogiki; przeciwnie — chcemy spedygogizować to, co cielesne, włączyć w program pełnego wychowania, zgodnie z prawdą o ludzkiej istocie.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J., Duda H., 1988: *U progu medycyny jutra*. Warszawa.
Cendrowski Z., 1988: *Możesz pomóc sobie sam. Poradnik bibliograficzny z zakresu profilaktyki zdrowotnej...* Warszawa.

- Czaplicki Z., Muzyka W., red., 1994: *Nauki o wychowaniu a promocja zdrowia*. Olsztyn.
- Dawidowicz A., 1970: *Zdrowie ludzkie w czasie i przestrzeni*. Warszawa.
- Dąbrowski K., 1986: *Trud istnienia*. Warszawa.
- Demel M., 1980: *Pedagogika zdrowia*. Warszawa.
- Demel M., 1985: *Losy pedagogiki zdrowia w ostatniej dekadzie (1974–1983)*. W: *O sytuacji w naukach pedagogicznych*. Wrocław.
- Demel M., Mazurkiewicz E., Wentlandtowa H., 1976: *Pedagogika zdrowia*. W: *Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych*. Red. W. Okoń. Warszawa.
- Dubos R., 1962: *Miraże zdrowia*. Warszawa.
- Dubos R., 1973: *Tyle człowieka co zwierzęcia*. Warszawa.
- Jaworski Z., 1977: *Propedeutyka kultury zdrowotnej i fizycznej w systemie edukacji*. Warszawa.
- Karski J. B. i in., red., 1994: *Promocja zdrowia*. Warszawa.
- Kopczyński J., Siciński A., red., 1990: *Człowiek — środowisko — zdrowie*. Wrocław.
- Krzysztofowicz J., 1986: *Wychowanie dla zdrowia*. Warszawa.
- „Lider” — organ Szkolnego Związku Sportowego i Instytutu Kardiologii.
- Lorenz K., 1986: *Regres człowieczeństwa?* Warszawa.
- Mazurkiewicz E., 1975: *Podstawy wychowania zdrowotnego*. W: *Higiena i ochrona zdrowia*. Red. Z. Brzeziński, C. W. Korczak. Warszawa.
- Ministerstwo Oświaty i Wychowania, 1982: *Wytyczne programowe do realizacji wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej*. Warszawa.
- Słońska Z., 1992: *Modele edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia*. „Lider”, nr 7–8.
- Sokołowska M., 1980: *Granice medycyny*. Warszawa.
- Sołtysiak J., red., 1983: *Droga ku zdrowiu*. Warszawa.
- Suchodolski B., 1974: *Kim jest człowiek?* Warszawa.
- Szkocka Grupa Edukacji Zdrowotnej i Światowej Organizacji Zdrowia, 1989: *Raport: Zdrowa szkoła*. Edinburgh [polska wersja: Warszawa 1990].
- Wall W. D., 1960: *Wychowanie i zdrowie psychiczne*. Warszawa.
- Wojnarowska B., 1989: *Filozofia zdrowia końca XX wieku a szkoła*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 1.
- Wojnarowska B., Sokołowska M., oprac., 1993: *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie?* Warszawa.
- Wrona-Wolny W., red., 1997: *Wychowanie zdrowotne*. Kraków.
- „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” — wyd. WSiP.
- Żurawicki L., 1982: *Przyszłość — groźba czy nadzieja*. Warszawa.