



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXIV (1/2021)

nadesłany: 20.11.2021 r. – przyjęty: 21.12.2021 r.

Mirosław KOWALSKI*

Zdrowie dzieci i młodzieży jako produkt medialny? (analizy i refleksje)

**Child and youth health as a media product?
(considerations and reflections)**

Abstrakt

Wprowadzenie. Wśród wielości reguł pedagogicznych i kanonów zasad zdrowotnych niejednokrotnie trudno dostrzec, jak bardzo edukacja zdrowotna pozrywała więzi pomiędzy pokoleniami, pomiędzy nauczycielami i uczniami, wizją ekranowej rzeczywistości zdrowotnej a realną perspektywą prozdrowotnej przyszłości. Wydaje się, że ani edukacja, ani wychowanie nie stworzyły z „idei wartości zdrowia” w pełni odpowiedzialnego przesłania dla bezpieczeństwa młodego pokolenia. Czy brak tego przesłania wynika z upadku humanizmu myślenia o zdrowiu i dla zdrowia w przyszłości?

Cel. O nauczycielach napisano już bardzo wiele. Jak żadna inna grupa zawodowa są oni ciągle poddawani i rozliczani z efektów działań edukacyjnych. Rozliczają ich dyrektorzy szkół, uczniowie, społeczeństwo. Prezentowane rozważania próbują dać odpowiedź na pytania: czy nauczyciel – promotor zdrowia - powinien być przewodnikiem czy też tłumaczem (a może jednym i drugim), aby spełniał on wyobrażenia uczniów, a nie tylko np. pedeutologów.

Materiały i metody. Wypowiedź ma charakter teoretyczny. Przy czym, jej konceptualizacja prowadzi do opracowania teorii edukacji zdrowotnej i nawiązuje do fenomenologii oraz idei praktyki w działaniu.

* e-mail: M.Kowalski@ipp.uz.zgora.pl

Wydział Nauk Społecznych, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Zielonogórski, Licealna 9,
65-417 Zielona Góra, Polska

Faculty of Social Sciences, Institute of Pedagogy, University of Zielona Gora, Licealna 9,
65-417 Zielona Gora, Poland

ORCID: 0000-0003-2960-8258

Wyniki. Świadome kształtowanie postawy krytycznej może skutecznie przeciwdziałać powierzchowności, szerzeniu się konsumpcjonizmu zdrowotnego i degradacji kultury zdrowotnej. Aktywne analizowanie telewizyjnych obrazów zdrowotnych uzmysławia odbiorcy przewagę wartości zdrowia nad instrumentalną gonitwą o zdrowie będące towarem. Prowadzi do zrozumienia siebie i do zrozumienia drugiego człowieka poprzez odpowiedź na pytanie: Jaki obszar (czyj? właściwy dla kogo?) rzeczywistości zdrowotnej przedstawiają poszczególne telewizyjne teksty i obrazy o charakterze zdrowotnym?

Wnioski. Ważne jest, aby nauczyciele współpracowali z pedagogami/psychologami, ponieważ treści programowe kształtują osobowość i tożsamość uczniów. Znajomość czynników wpływających na zdrowie powinna wpisywać się w program i proces kształcenia (edukacji zdrowotnej, wychowania zdrowotnego i socjalizacji).

Słowa kluczowe: zdrowie, nauczyciel, edukacja, promocja zdrowia.

Abstract

Introduction. Among many pedagogical rules and principles concerning health norms, it is difficult to see how much health education will break with ties between different generations, teachers and pupils, vision of health created by media and real perspective of pro-health future. It seems that neither education nor socialization create an “ideal health value,” being fully responsible for a message for the safety of a young generation. Is the lack of the message result from the fall of humanistic reflexivity about health and for health in future?

Aim. A lot has been written about teachers. Unlike any other professional group, they are constantly subject to work efficiency assessment which is done by headmasters, pupils, and society. This paper sets out to find whether teachers – promoters of health – ought to be a guide or an interpreter (or, perhaps, both), so that they can meet pupils’ expectations – not just those of pedagogists.

Materials and methods. The study is purely theoretical. However, ideas presented in the article will lead to the development of a theory of health education in relation to phenomenology and practice theory of action.

Results. A consciously created critical attitude will work against superficiality, spreading health consumerism and health culture degradation. A critical analyzing of TV health images will help an audience to become more aware of an advantage of health values over a chase for health recognized as a commodity. It will lead to both self-understanding and awareness of another person through the question: Which areas (whose? to whom?) of health reality are presented in particular TV texts and images concerning health issues?

Conclusion. It is important that teachers cooperate with pedagogues/psychologists, because the school curriculum is designated to shape pupil personality and identity. The recognition of health factors should be included in the school curriculum and education (health education, health teaching, and socialization).

Keywords: health, teacher, education, health promotion.

Czy współcześnie można stwierdzić, że konsumpcja zdrowotna jest jednym z podstawowych regulatorów procesów społecznych (o charakterze zdrowotnym)? Jeżeli tak, to czy „dzisiejsze” konsumowanie nie przejmuje funkcji tradycyjnego rozumienia kultury zdrowotnej (programowania zachowań prozdrowotnych, dyscyplinowania, konstruowania tożsamości, a przede wszystkim tworzenia symbolicznych granic zdrowia i nie-zdrowia)? Czy w związku z tym nie należy analizować sytuacji, w której coraz częściej funkcje kultury zdrowotnej ulegają dezaktualizacji? Czy analiza taka powinna być prowadzona przez i/dla specjalistów zajmujących się zdrowiem? Czy należy do tego zaangażować nauczycieli, edukatorów zdrowotnych?

Wśród wielości reguł pedagogicznych i kanonów zasad zdrowotnych niejednokrotnie trudno dostrzec, jak bardzo edukacja zdrowotna pozrywała więzi pomiędzy pokoleniami, pomiędzy nauczycielami i uczniami, wizją ekranowej rzeczywistości zdrowotnej a realną perspektywą prozdrowotnej przyszłości. Wydaje się, że ani edukacja, ani wychowanie nie stworzyły z „idei wartości zdrowia” w pełni odpowiedzialnego przesłania dla bezpieczeństwa młodego pokolenia. Brak tego przesłania być może wynika z upadku humanizmu myślenia o zdrowiu i dla zdrowia w przyszłości (Spietzer 2013, 2021). Dlatego tak często na szklanym ekranie zauważalna jest deprecjacja zarówno wartości zdrowia, jak i również innych wartości społecznych (Kowalski, Falcman, 2012), która kształtuje styl życia młodych ludzi (Siegel, 2016). Wynikająca z tego stylu korozja schematu działań zdrowotnych jest dobrym wskaźnikiem identyfikowania rozmaitych faktów z patologiami społecznymi czy też dbałości o ambiwalentne zachowania w obszarze aktywności zdrowotnej. Zatem, aby z perspektywy treści i obrazów telewizyjnych umożliwić tworzenie międzypokoleniowej (wychowawcy – wychowankowie) spójności potrzeb o charakterze zdrowotnym z aksjonormatywnymi kryteriami uczestnictwa społecznego, należy zastanowić się nad kilkoma spostrzeżeniami.

Po pierwsze, sprofesjonalizowanie reguł tworzenia kultury zdrowotnej (np. przez telewizyjne komunikaty reklamowe), jak również jej autonomizacja przyczyniają się do utraty przez nią roli uprawomocnienia¹. Jednocześnie, ze względu na coraz częstsze zróżnicowanie poglądów na temat zdrowia, jak również ich decentralizację, kultura zdrowotna traci funkcję kontrolną. Niektóre elementy, będące fundamentem tej kultury, stają się jedynie sposobem spędzania wolnego czasu, towarem (a nie wartością), folklorem przeszłości, kreującym w coraz mniejszym stopniu właściwe wzory i akceptowalne sposoby działania. Można odnieść wrażenie, że to, co stanowiło kulturę zdrowotną staje się tylko kulturalne... Jeżeli tak, to aplikowaniem inwariantów kanonów zdrowia zajmują się czynniki telewizyjno-zdrowotne przez pryzmat wizu-

¹ Uprawomocnienie jest rozumiane jako stwierdzenie przy użyciu odpowiednich procedur zapewnienia bezpieczeństwa odnoszącego się do zdrowia jednostki lub procesu do wykonywania określonych działań w obszarze zdrowia.

alnego uatrakcyjniania np. komunikatów reklamowych o charakterze zdrowotnym (przekazy te niejednokrotnie odnoszą się do konstytuowania samookreślenia zdrowia przez człowieka, budując jednostkowe biografie zdrowotne).

Po drugie, szybkość pojawiania się programów (np. komunikatów reklamowych) z nowymi rozwiązaniami dla podtrzymania czy wzmocnienia zdrowia jest możliwa, dlatego że współcześnie młody człowiek nudzi się czymś, co postrzega jako względnie trwałe, domagając się coraz nowszych rozwiązań. Technika i technologia zaś starają się wychodzić naprzeciw oczekiwaniom, przyczyniając się do nakręcania spirali współzależności własnych wytworów o charakterze zdrowotnym i zapotrzebowań na nie u odbiorcy/klienta.

Po trzecie, warto zwrócić uwagę na fakt, że współczesne struktury społeczne coraz częściej nie posiadają żadnego parasola ochronnego (np. od strony legislacyjnej), odnoszącego się do kultury zdrowotnej. Zastępowany on jest poprzez daleko idące regulacje, mające naturę technologiczną, opierającą się nie na wyznaczonym kulturowo celu, a jedynie posiadającą swoje uzasadnienie w obszarze ekonomicznym. Przyczyniać się to może do braku prób eksplikacji potrzeby tworzenia form racjonalności kulturowej w obszarze zdrowia².

Po czwarte, procesy komunikacji globalizacyjnej przyczyniają się do homogenizacji treści i form przekazów z obszaru zdrowia. Mniejszą rolę odgrywają narodowe, regionalne strategie budowania potencjałów o charakterze zdrowotnym, a większą hierarchie interesów oraz wartości z tym związane, reprezentowane przez grupy ogólnoswiatowe np.: telewizyjno-zdrowotne koncerny ponadnarodowe. Oczywiście można wskazywać, że taki stan rzeczy jest niejednokrotnie do zaakceptowania, ponieważ nie przyczynia się do konfliktów międzyregionalnych i międzynarodowych (o różnym charakterze), których podłożem mogłaby być błędna interpretacja odniesień, istniejących w przekazach komunikacyjnych, a odnoszących się do rozpoznawania, rozumienia i akceptowania zdrowia jako wartości.

Współczesne młode pokolenie charakteryzuje się niebywałą ambiwalencją aktywności w obszarze zdrowia, która ujawnia się w zachowaniach, mających z jednej strony znamiona bezradności wobec presji przekazów zdrowotno-telewizyjnych, a z drugiej – charakteryzujących się wytrwałym poszukiwaniem i ewentualną pogonią za nadziejami, oczekiwaniami dla ciała i zdrowia (Zob.: Leksy, 2015; Pancewicz-Puchalska, 2011). Swoiste przemieszczanie się młodych ludzi na jedynie widocznej dwukierunkowej drodze dezaktualizuje socjalizowany schemat wymiany wartości zdrowia między pokoleniami. Taka sytuacja, w obliczu nakładanych na dzieci i młodzież obowiązków i zadań „dla zdrowia”, przyczynia się do tworzenia adaptacyjnego stylu życia, umiesz-

² Analizę współczesnej cywilizacji, nie tylko z perspektywy technologicznej, można przeczytać m.in. w: G. Ritzer, *Makdonaldyzacja społeczeństwa. Wydanie na nowy wiek*, Warszawa 2003; N. Postman, *Triumf techniki nad kulturą*, Warszawa 1995.

czonego w „kulturze zdrowotno-telewizyjnej”. Jednakże uległość wobec kultury nie-zdrowia, wymuszona na młodym pokoleniu, pobudza je do egzystencjalnych zrywów. W rzeczy samej w ambiwalencji zachowań zdrowotnych przejawia się dziecięco-młodzieńcza arytmia akceptowania ekranowych wizji zdrowotnych.

Uwolnienie człowieka od ograniczeń normatywności – tak bardzo widoczne w konsumpcyjnej rzeczywistości zdrowotnej – daje (przynajmniej takie są pozory) wolność wyborów wśród ambiwalentnych zachowań służących zdrowiu. A zatem: Czy różne strategie funkcjonowania (a właściwie życia) w obszarze zdrowia wychowanków i wychowujących to symptomy poważnego konfliktu sensu? Może są to symptomy poważnego zakłócenia mechanizmu normalnego funkcjonowania kultury zdrowotnej? Czy nauczycieli czeka w rezultacie „wychowawcza samotność”, nieumiejętność komunikowania o zdrowiu i dla zdrowia? Czy może wręcz przeciwnie – rzeczywistość prawdziwie wolnych wyborów w oazie konsumpcjonizmu zdrowotnego jest jedynym integralnym elementem życia. Przecież telewizja nikogo nie wyklucza z darmowej wizualnej konsumpcji, wszyscy są równi w dostępie do pierwszeństwa sprawczości w przejmowaniu odpowiedzialności za zdrowie własne i cudze. Czy zatem kryzys kultury zdrowotnej ma również swoje źródło w postępującej indywidualizacji naszego życia, szybkości zmian i niestałości obrazów ciała i zdrowia, które podlegają ciągłej manipulacji telewizyjnej? (Kaliszewska, Kowalski, 2011).

W codziennej rzeczywistości nauczyciele – tworząc odpowiedzi na pytania niesione poprzez zdrowotno-telewizyjne przekazy – przyjmują je w całości, w jakiejś części, lub też odrzucają. Czynniki warunkujące te procesy można – z jednej strony – kształtować świadomie (choćby w części), ponieważ ich modyfikowanie jest związane ze stopniem samoświadomości zdrowotnej każdego edukatora. Z drugiej zaś, wyznaczone one zostają poprzez uwarunkowania społeczne związane z przeobrażeniami kulturowymi w obszarze zdrowia, a więc z dynamiką zmian poglądów i postaw o charakterze zdrowotnym wszystkich edukatorów. Dlatego można z przekonaniem stwierdzić, że zmiany dotyczące poprawnego analizowania konfliktu sensów będą przebiegały bardzo wolno, gdyż będą zależały od postrzegania nowych doświadczeń w obszarze zdrowia i ciała przez nauczycieli z jednej strony, a z drugiej – dzieci i młodzież. Wydaje się, że ważną prawidłowością zrozumienia istoty bezkrytycznego naśladowania przez młode pokolenie treści i obrazów telewizyjnych (a właściwie zaważenia jego sensu) staje się patrzenie przez dorosłych na rzeczywistość telewizyjnych treści i obrazów zdrowotnych z nowej perspektywy. Nie dotyczy ona eksponowania określonych oczekiwań o charakterze zdrowotnym, ale takiego kształtowania relacji między przeświadczeniem i działaniem, które wykorzysta po pierwsze wiedzę na temat ekranowego zdrowia, a po drugie przekonanie (wiarę) do podejmowania decyzji na temat tego, co robić, aby poprawnie zdiagnozować kreacyjną rolę przekazu zdrowotno-cieleśnego. Przyjęcie przez nauczycieli takiego kierunku pracy może

odgrywać rolę inwencji pedagogicznej, która jednoznacznie będzie racjonalizowała marzenia młodych ludzi o charakterze zdrowotno-cieleśnym. Oczywiście, ten styl działania będzie nakładał określone ograniczenia na różnorakie wizje i pragnienia dzieci i młodzieży, ale nada osobisty sens urzeczywistnianiu zdrowia jako wartości. W miarę postępującego zaangażowania nauczycieli będzie rosło przeświadczenie, że ich uczestnictwo w dokonywaniu analizy przekazów zdrowotno-telewizyjnych nie kończy się wraz z uchwyceniem konfliktu sensów, ale odnosi się do odpowiedzialnego i odważnego kreowania myślenia refleksyjnego o celach przekazu audiowizualnego. Świadomość założeń i celów, realizowana na drodze myślenia refleksyjnego, w znacznym stopniu przyczyni się do kreowania zmiany u młodego pokolenia poprzez swoiste poznanie, czyli takie uchwycenie własnej sytuacji oraz roli własnego sprawstwa, które będzie wyrazem krytycznego osądu dotychczasowego stanu. Nauczyciele, widząc możliwości stawiania pytań, jak również proponowania rozwiązań w obszarze analizowanych przekazów zdrowotno-telewizyjnych, powinni mieć na względzie trudności dotyczące analizy rzeczywistości z perspektywy przeszłości.

Dorośle pokolenie, propagując zdrowy styl życia, najczęściej odwołuje się do wartości zdrowia, m.in. z tego względu, że w ich hierarchii wartości zdrowie zajmuje jedną z najwyższych pozycji. Niestety, zdrowie jako wartość nie jest tak samo ważne dla dzieci i młodzieży, jak dla dorosłych. Trudno zmusić np. szesnastolatka do rzucenia palenia, które jest dla niego symbolem dorosłego życia, obiecując, że za kilkadziesiąt lat nie zachoruje na raka płuc. Straszanie negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi spożywania alkoholu, palenia tytoniu, używania narkotyków nie odnosi pozytywnego skutku.

Dorośli uważają, że telewizyjne przekazy zdrowotne nie wnoszą niczego do form zdrowotnego życia młodego człowieka (Kowalski, Dróżdź 2008). Można odnieść wrażenie, że oglądanie przez młodych ludzi telewizyjnych obrazów i treści o charakterze zdrowotnym przyczynia się tylko do możliwości wyrażania przez nich opinii na temat zdrowia, a nie wpływa na przekraczanie własnej świadomości zdrowotnej. Na pewno nie zapewnia wzrostu poziomu wiedzy potrzebnej do rozumnej partycypacji w skomplikowanych formach współczesnego życia w zdrowiu (patrz: naukowość wywodu margaryna czy masło?). Jeżeli przyjmiemy, że miarą wartości informacji o zdrowiu jest jej użyteczność, to należy ją osadzić w kontekście nadającym jej właściwe znaczenie. Zatem, kiedy opisujemy rzeczywistość zdrowotną za pomocą rozgraniczonych pojęciowo treści, dotyczących wiedzy, mądrości i informacji, okazuje się, że ostatnia z nich – pomimo wątpliwej wartości poznawczej – jest jedyną atrakcyjną formą przekazu telewizyjnego. Informacje o zdrowiu są bowiem wyrwane z wycinków opisujących rzeczywistość zdrowotną.

W dzisiejszych czasach z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że model przekazywania wiedzy i umiejętności z obszaru zdrowia, od starszej do młod-

szej generacji, ulega erozji, w każdym razie telewizja coraz częściej podaje w wątpliwość jego niezbędność. Problem tkwi w tym, że kultura zdrowotna tworzona przez telewizję stara się zastępować dotychczasowy porządek w obszarze przekazywania wiedzy, tworząc model bezrefleksyjnego testowania coraz to nowej wizji zdrowia. Telewizyjna kultura zdrowotna coraz częściej nie jest zorientowana na człowieka, a na narzędzia i środki, które determinują rozwój techniki. Młodemu człowiekowi brakuje odwagi do podjęcia decyzji o odizolowaniu się od wszechogarniających przekazów telewizyjnych i próby samodzielnej analizy określonej sytuacji. Być może takie myślenie pozostaje w dużej mierze w sferze idealizmu i naiwności, gdyż na tego rodzaju doświadczanie życia w zdrowiu mogą sobie pozwolić nieliczni.

I co dalej nauczycielu, uczniu, telewizzu?

Telewizyjna ewolucja kultury zdrowotnej, która zrodziła się, a właściwie rodzi się na nowo poprzez codzienność m.in. komunikatów reklamowych o charakterze zdrowotnym, przyczynia się do supremacji „myśli słabej” i pozostaje w ścisłym związku ze zjawiskiem homogenizacji kultury zdrowotnej. Widoczne staje się ujednocianie i mieszanie jej niejednorodnych elementów oraz utrata dystansu dzielącego nierównorzędne treści, zacieranie faktycznych odrębności rozumienia i działania na rzecz wartości zdrowia. Wydaje się, że komunikaty reklamowe podważają nie tylko tę wartość, ale również hierarchię wartości, tworząc w dowolny sposób nowe, które stają się swoistymi galernikami edukacji zdrowotnej.

Przedstawione uwikłania – przede wszystkim młodego człowieka – w telewizyjny spektakl zdrowotny, w którym do „zniewolenia” prowadzą w równym stopniu zarówno porządek, jak i chaos (rozumiany jako ucieczka od wolności wyboru), przyczyniają się do stwierdzenia, że kształtować młodych ludzi „do zdrowia i w zdrowiu” mogą przede wszystkim nauczyciele. Jeżeli tak, to czy dokonywana przez nich krytyka treści i obrazów telewizyjnych o charakterze zdrowotnym będzie wyrażała daleko idący niepokój o to, że postawy instrumentalnej uległości wobec np. komunikatów reklamowych, czyli kulturowego władztwa, przyczynią się do minimalizowania ich troski o własny dobrostan? Może powinni wybrać iluzję pewności, dotyczącą przekonania, że podporządkowanie się reklamowym wizjom zdrowia przyczyni się do osiągnięcia większych korzyści dla ciała i ducha? Powstaje zatem jeszcze bardziej nurtujące pytanie: Czy powinno się pozwolić na redukcję *Homo educandus* w systemie kultury zdrowotnej rozumianej jako władza zdrowotno-telewizyjna? Wydaje się (przez pryzmat konsumpcji zdrowotnej), że młody człowiek nie czyni żadnego oporu w trakcie minimalizowania swojej wartości, a wręcz zgadza się na kontrolę lojalności wobec dominujących treści i obrazów o charakterze zdrowotnym. Taki stan rzeczy opisuje

Stanisław Lem twierdząc, że „Zjadacz chleba, wyżej uszu zanurzony w społeczeństwie [...] traci tyle poczucia odpowiedzialności, to znaczy sumienia, ile «waży» nacisk wywierany nań przez otoczenie” (Lem, 1968, 522). Co się zyskuje poddając się zdrowotnym przekazom reklamowym? Na pewno kruche, iluzoryczne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, które wiąże się z podkreśleniem akceptowania określonej ideologii czy wizji zdrowia. Współczesna kultura zdrowotna tworzy – przede wszystkim poprzez treści i obrazy telewizyjne – szereg „pewności” dotyczących zdrowia, prawd aspirujących do miana absolutów, żądając w zamian brania indywidualnej odpowiedzialności za własne działania („Reklama – twoje prawo wyboru”). Oferowana młodemu człowiekowi streowalna wolność (reklama) w podejmowaniu decyzji w obszarze zdrowia daje mu poczucie rzekomego rozumienia rzeczywistości zdrowotnej. Dopełniają je przedstawiane ekspertyzy naukowe, analizy wyników badań, tworzące konformistyczne podporządkowanie kulturowym nawykom i postawom zdrowotnym. W takiej sytuacji młodzi ludzie nabierają przekonania, że pozostawienie im swobody wyboru może przyczynić się do utraty zdrowia. Zatem wolność wyboru – tworzona przez obrazy telewizyjne – jest tym cenniejsza, im bardziej gwarantuje pewność, zapewnia możliwość wyboru bez konieczności myślenia o skutkach zdrowotnych. Reklamowe, pseudoabsolutystyczne pułapki zdrowotne przyczyniają się do konstatacji: Przeistaczamy się w reklamowe byty zdrowotne, stając się symulacyjnym odbiciem zdrowia-towaru, traktując zdrowie jak serial telewizyjny w którym główną rolę – korzystając z napisanych scenariuszy – gra każdy z nas. Tworzona m. in. przez komunikaty reklamowe kultura zdrowotna nie przedstawia absolutów w obszarze zdrowia, lecz liczne uwodzące atrakcyjnością absolutyzacje, które dostarczają złudzeń, że konsumpcja zdrowotna „równa” jest zdrowiu. Seneka powiada, że „Człowiek nie umiera, lecz się zabija” (Komar, 2000, s. 134). Można odnieść wrażenie że człowiek „zabija” własne zdrowie, z jednej strony poprzez kreowanie (np. tworzenie reklam), a z drugiej odbieranie i wdrażanie kulturowych psudo dogmatów w imię... rzekomego zdrowia.

Wydaje się, że każdy, a przede wszystkim młody człowiek, poszukujący pewności, swoistego absolutu w obszarze zdrowia, oczekuje podpowiedzi na temat zdrowia i nie zdrowia od autonomicznych decydentów, nie będących suflerskimi ideologami. Zatem „Jeśli gdzieś panuje ciemność, wcale nie najważniejsze jest nauczenie się ciemności. Trzeba zapalić światło” (Lisiecka, 2004). Tworzenie m.in. przez telewizyjne komunikaty reklamowe materialnego i symbolicznego sztucznego świata zdrowotnego (prócz wieloaspektowych dobrodziejstw) wypacza zrozumienie, zaakceptowanie, zinternalizowanie, urzeczywistnienie wartości zdrowia oraz norm i zasad zdrowotnych. Stanowi kategorię realnego świata, wymagającą od nauczycieli swoistego odkłamywania, odsłaniania form jej zniewolenia w obszarze zdrowia i ciała. Inaczej mówiąc, ich codzienna aktywność winna być pretekstem do problematyzacji

własnych funkcji pedagogicznych w terażniejszym światobrazie telewizyjno-zdrowotnym. Może to dotyczyć m.in.:

- Zdrowia kulturowego, które jako regulatyw myślenia i działania pedagogicznego musi zaistnieć w świadomości edukatorów w nowym wymiarze pojęciowym. Chodzi o konieczność odrzucenia ogólnych prawd o dobrym edukatorze zdrowia, który utożsamia rutynę podporządkowania telewizyjnym obrazom zdrowotnym z kompetencyjnością pedagogiczną w zakresie wychowania do wartości zdrowia, o zaprzeczenie im. . To nie wykształcenie i bycie nauczycielem czyni z niego edukatora zdrowia, ale posiadana i umiejętnie wykorzystywana wiedza i kompetentna analiza zdrowotnej przestrzeni telewizyjnej pozwalają osiągnąć sukcesy edukacyjne. Sygnalizowana wiedza winna odnosić się do ewolucji kulturowej w obszarze zdrowia, za której przemianami – pomimo bycia jej twórcami – jak się wydaje, nie nadążamy. Technologizacja wizji zdrowia tworzy specyficzną świadomość komunikacyjną, którą można nazwać wirtualizacją zdrowia, czy fetyszyzacją produktów o charakterze zdrowotnym, zaś ekspansja techniki generuje nowe style życia w obszarze zdrowia, rzutując na strategie zachowań nauczycielskich. Przeciwdziałanie dyktatowi „reklamowej wirtualizacji” zdrowia wymaga nowych postaw i analityczno-krytycznych umiejętności, a przede wszystkim aktywności ze strony edykatorów, której celem jest zachowanie pełnych możliwości osobotwórczego i psychokreatywnego wychowania do wartości zdrowia. Granice pomiędzy tym, co zdrowiu służy i tym, co nie służy ulegają coraz bardziej zatarciu, coraz częściej splątaniu. Milcząc na temat telewizyjnego świata zdrowotnego, wyłączamy ogromny obszar życia młodych ludzi z jakichkolwiek wpływów wychowawczych, jak również odbieramy sobie możliwość ich poznawania, bez którego, oczywiście, bardzo trudno o skuteczną pracę wychowawczą. W związku z tym wydaje się, że pozostawienie młodemu człowiekowi wszelkich decyzji dotyczących indywidualnych woborów – z uwzględnieniem jego subiektywnie odczuwanej potrzeby o charakterze zdrowotnym – może okazać się pułapką. Przecież subiektywnie odczuwane zdrowie może być traktowane przeciwstawnie do ogólnych, społecznie uznanych wzorców.
- Wolności wyboru w obszarze zdrowia. Telewizyjne reguły zdrowotne, które traktowane są jak „kanony przetrwania w zdrowiu”, charakteryzujące się niejednokrotnie dogmatyzmem, stanowią sublimację cech potocznego ludzkiego myślenia, intuicyjności i empatyczności. Dlatego też nikt, łącznie z nauczycielami, już nie wie, „jakie powinny być granice wolności edukacyjnej telewizji. Wolność przekazów telewizyjnych o charakterze zdrowotnym może stanowić nadzieję, ale również pułapkę zniewolnia w perspektywie braku poczucia odpowiedzialności za siebie i innych. Rozdawanie – poprzez zdrowotne komunikaty reklamowe – wolności młodym ludziom służy – z jednej strony – urzeczywistnianiu ideologii „Zdrowie

w Twoich rękach”, a z drugiej – paradoksalnie – jest zniewoleniem w obowiązującą „wizję” konsumpcji zdrowotnej. Ludwika Jeleńska podkreśla, że „[...] nie ma [...] obojętnych pedagogicznie słów wypowiedzianych przez nauczyciela” (Za: Komar, 2000, s. 333). Dbanie o informacyjną przejrzystość, klarowność i prawdę stanowi obowiązek moralny nauczycieli. Nauczyciele wszystkimi swoimi zachowaniami z obszaru zdrowia budują – szeroko rozumianą – wartościową lub destruktywną atmosferę edukacji zdrowotnej i są za to w pełni odpowiedzialni.

- Szkoły jako instytucji przygotowującej do życia w zdrowiu. Po pierwsze, atrybuty zewnętrzne postaw i zachowań z obszaru zdrowia ucznia są niejednokrotnie utożsamiane zarówno ze stanem jego zdrowia, jak również wiedzy w tym obszarze. Takie tradycyjne myślenie obnaża mizerie działań nauczycielskich, błędnie utrwalone myślenie edukatorów zdrowia. Po drugie, aby poprawnie przygotować uczniów do życia w zdrowiu, jako jednostki nie poddające się łatwo kulturowym, telewizyjnym mitom, dogmatom o zdrowiu, nauczyciel musi być zdolny do wyrzeczenia się własnego mitu, mitu nieomylnego edukatora, przewodnika, tłumacza zdrowia. Prezentowanie niemyślności, jedynie słusznego zdania z obszaru zdrowia przyczynia się do uczenia się przez wychowanków życia w zdrowiu poprzez działania konformistyczne. Tego typu działania, ugruntowane niejednokrotnie w myśleniu społeczno-kulturowym, mogą być podstawą trudności w budowaniu tożsamości zdrowotnej.

Kształtowanie postaw krytycznych w stosunku do zdrowotnych obrazów telewizyjnych ma ogromne znaczenie wychowawcze. Postawa taka:

- pozwala na harmonijne kształtowanie przeżyć pod względem dyspozycji emocjonalnych i intelektualnych młodego człowieka,
- jeśli jest krytyczna, charakteryzuje się oryginalną interpretacją, łamaniem stereotypów myślowych, oraz ciągłym konfrontowaniem zdrowotnego świata telewizyjnego z otaczającą rzeczywistością,
- związana jest z przełamywaniem biernej akceptacji audiowizualnych obrazów zdrowia na rzecz aktywnej percepcji w tym obszarze,
- jeśli jest krytyczna, odnosi się do określonego stylu życia związanego z odchodzeniem od naśladownictwa, konformizmu czy stagnacji (Kowalski, 2018).

Świadome kształtowanie postawy krytycznej może zatem skutecznie przeciwdziałać powierzchowności, szerzeniu się konsumpcjonizmu zdrowotnego i degradacji kultury zdrowotnej. Aktywne analizowanie telewizyjnych obrazów zdrowotnych uzmysławia odbiorcy przewagę wartości zdrowia nad instrumentalną gonitwą o zdrowie będące towarem. Prowadzi do zrozumienia siebie i do zrozumienia drugiego człowieka poprzez odpowiedź na pytanie: Jaki obszar (czyj?) właściwy dla kogo?)

rzeczywistości zdrowotnej przedstawiają poszczególne telewizyjne teksty i obrazy o charakterze zdrowotnym?

Bibliografia

- Kaliszewska, M., Kowalski, M. (2011). *Mysleć o zdrowiu: Między wolnością a zniewoleniem*. Kielce-Zielona Góra: UKiP J&D Gębka.
- Komar, W. (2000). *Współczesność i nauczyciel – perspektywy edukacji bez dogmatów?* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Kowalski, M. (2018). Ideologia – edukacja – zdrowie: Rozważania o dyskursach zakazanych? *Horizonty Wychowania*, 41, 155-167.
- Kowalski, M., Drożdż, M. (2008). *Przemoc i zdrowie w obrazach telewizyjnych (Edukacja przez „codziennosc” telewizyjną)*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kowalski, M., Falcman, D. (2012). *Ideologie nauk społecznych – warianty interpretacyjne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Leksy, K. (2015). Ciało w kulturze wizualnej: wybrane konteksty. *Chowanna*, 2, 185-198.
- Lem, S. (1968). *Filozofia przypadku*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie.
- Lisiecka, A. (2004). Pytania o sekty. *Nowe życie*, 12. Pobrane z http://www.nowezycie.archidiecezja.wroc.pl/stara_strona/numery/122004/06.html.
- Pancewicz-Puchalska, M. (2011). Praktykowanie kultury przez ciało: O pewnych wątkach fenomenologicznych socjologii Pierre’a Bourdieugo. *Prace Kulturoznawcze*, 12, 127-145.
- Postman, N. (1995). *Technopol: Triumf techniki nad kulturą*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Ritzer, G. (2003). *Makdonaldyzacja społeczeństwa: Wydanie na nowy wiek*. Warszawa: Muza.
- Siegel, D.J. (2016). *Burza w mózgu nastolatka: Potencjał okresu dorastania*. Podkowa Leśna: Wydawnictwo MiND.
- Spietzer, M. (2013). *Cyfrowa demencja: w jaki sposób pozbawiamy rozumu siebie i swoje dzieci*. Słupsk-Warszawa: Wydawnictwo Dobra Literatura.
- Spietzer, M. (2021). *Epidemia smartfonów czy jest zagrożeniem dla zdrowia, edukacji i społeczeństwa*. Słupsk-Warszawa: Wydawnictwo Dobra Literatura.

