УНАПРЕЂИВАЊЕ ЗДРАВЉА ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ – НАСТАВНИ ПРЕДМЕТ: ЗАШТО, КО, КАКО?

Весна Томић¹

PROMOTING HEALTH OF SCHOOLCHILDREN – SUBJECT – WHY, WHO, HOW?

Vesna Tomić

Сажетак

Школа, као агенс процеса секундарне социјализације, има два општа циља у области унапређивања здравља ученика:

- пружа знања у области здравља и здравог начина живота,
- формира вештине, навике и облике понашања од значаја за здравље.

Изражење из концепта здравственог васпитања у правцу унапређивања здравља води томе да се оно програмским деловањем укључи у постојеће наставне јединице, а не да буде посебан предмет.

Враћање расправе у професионалној јавности на увођење предметне наставе враћа целу ову област у период здравственог просвећивања, који је свуда у свету одавно превазиђен. Поред тога указује и на покушај здравственог система да проблем лоших резултата у целој области пребаци у двориште просвете, како би се она даље тиме бавила.

Научна сазнања истичу да: позитивна слика о себи, самопоштовање, одговорност, селф-концепт самоефикасност јесу кључни елементи здравља и основа од које зависи његово унапређивање у одговарајућем социјалном контексту.

Кључне речи: здравље, школска популација, наставни предмет, знање, понашање.

Summary

A school as a factor of secondary socialization has two general aims in the promoting health of schoolchildren:

- presents knowledge in the area of healthy life;
- forming attitudes, habits and behaviour of healthy life.

Coming out from the concept of health education leading to that the programmes includes in the school curriculum, and not to be separate unit.

Coming back with the discussion about unit we are returning the health promotion in the area health education. It demonstrate attempting of health system on his worst effects, in that domain to kick the ball in the education system.

Science in health promotion emphasis that: positive self concept, responsibility, self confidence and self efficiency are the key elements of good health and the base from which depend the promotion of health.

Key words: health, schoolchildren, knowledge, behaviour.

¹ Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд (Institute of public health of Serbia, Belgrade).

УВОД

Елаборирајући тему увођења предмета здравствено васпитање у школе, намеће се логично питање: одакле ова стара тема у старом руху, стручно давно превазиђена и апсолвирана, у актуелној садашњици?

Знатан број нејасноћа јавља се у том контексту:

1. Зашто се у професионалној јавности расправља о томе да се као предмет уведе нова наставна јединица – здравствено васпитање?
2. Познат је став просвете да број наставних предмета општег образовања треба да се редукује.
3. Шта је суштина делатности превентивних здравствених институција и која је њихова копча са просветом?
4. Зашто су релевантни здравствени показатељи здравственог стања деце и омладине све више забрињавајући, а неки и алармантни?
5. Зашто, упорно, здравље народа промовишемо, а не унапређујемо?
6. Каква је економска, а каква здравствена добит за систем здравствене заштите, од превентивног рада који је на издисају?
7. Који су ефекти рада референтних здравствених институција које су програмски рад замениле пројектима и кампањама?

Да ли је можда кључни разлог покушаја да се уведе предмет здравствено васпитање у школе, за који се унапред зна да ће тешко или никако проћи код Министарства просвете, камуфлажа лоших ефеката превентивног рада и покушај да се проблем пребаци у двориште просвете?

Да ли је увођење полиције у школска дворишта довело до бихевиоралних промена код деце, или је то дуготрајан посао у који треба улагати много више професионалних знања и труда у васпитавању деце и омладине?

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да се писаним путем учествује у расправи о увођењу здравственог васпитања као предметне наставе у школе.

ПРОБЛЕМ

Суштину проблема о ефектима здравствено-васпитног деловања чини прелазак у примарној превенцији са програмског рада на пројекте. Кључну дистинкцију ова два приступа чини то што програмски рад захтева континуирано бављење одређеним сегментом популације и дефинисаним садржајем, и мерењем ефеката предузетих здравствено-васпитних интервенција, док пројекти санирају одређене проблеме које процењују релевантним у заједници.

Следећу разлику чини економска основа тако што је програмски рад инкорпориран у редовни рад превентивних здравствених установа, док се пројекти екстерно материјално награђују. У оквирима учествује већи број запослених из установа, док пројекте воде углавном челници сектора и мали број професионалаца из установа који представљају ресурсе институција, већина професионалних ресурса из институција је неискоришћена.

Последњу деценију превентивне делатности карактерише употреба термина промоција здравља, што јасно указује на оријентацију на комерцијализацију струке и делатности. Увођењем социјалног маркетинга у ову област континуираност у раду иде у други план, а тиме и промена или формирање здравих бихевиоралних шема.

Уколико се реализује увођење предметне наставе, бројни и по природи хетерогени проблеми мултиплицираће се у пракси, као што је то случај са увођењем инклузије у предшколске установе, где се због неприпремљености средине (предшколске установе) појављују проблеми: од конфликта са родитељима, до професионалног незнања запослених како треба да се понашају са појединим врстама ометености деце.

Један од разлога да унапређивање здравља не буде наставни предмет јесте тај што су резултати истраживања показали да дужином боравка у школском систему долази до квантификације знања, али не и до промене понашања код деце. Увођењем предметне наставе био би задовољен образовни циљ школе, али не и васпитни. Процес унапређивања здравља је васпитно-образовни процес. Зато се интензивно програмско деловање (кроз компрехензивне програме) сматра ефикаснијим од предметне наставе када се третира школска популација.

Проблем са тим у вези јесте ко би држао те потенцијалне часове, који је профил наставног кадра оспособљен и обучен да преноси здравствене садржаје и поруке. Можда би био измишљен још један профил кадрова, као што имамо у пракси, који би то „успешно“ реализовао.

Школској деци треба понудити добре узорне и моделе, повезујући тиме здравље са његовим позитивним атрибутима, као што су снага, лепота, осећање самопоштовања, развијање сигурности у себе, размишљање, изазови свакодневног живота. Метод застрашивања болешћу и смрћу свуда у свету давно је превазиђен, само га треба превазићи и у нашој средини. Уместо „борбе против...“ фокус унапређивања здравља треба да буде „здравље и здрав начин живота“. Циљ превентивног рада су атрибути здравља – здрави облици понашања.

Увођење предмета неће решити суштински проблем унапређивања здравља, а то је раскорак између знања и понашања појединца. Уколико модели и/или узорци за децу не буду добри, пракса ће имати проблем.

Не решава се проблем злоупотребе дувана законом о забрани, јер наставници излазе у двориште или на улицу да бу пушили на одморима, а деца то виде. Закон је само минимална основа за неопходно програмско деловање на факторе понашања од којих зависи сваки превентивни исход. Тако ни полиција у двориштима не може да реши

васпитне проблеме агресивног понашања код деце, јер ће они увек моћи да нађу начин и време где да та понашања испоље.

Дакле увођење предметне наставе је неоправдано са аспекта васпитних ефеката које свака евалуација треба да инкорпорира.

ФАКТОРИ ОД ЗНАЧАЈА ЗА ПОНАШАЊЕ

Један од главних аргумената против увођења предметне наставе унапређивања здравља јесте циљ тог процеса – формирање здравих облика понашања кроз детерминанте које чине:

1. Фактори предиспозиције, који подразумевају сваку карактеристику особе или популације која мотивише понашање пре него што до њега дође.
2. Фактори оспособљавања, који подразумевају карактеристике средине која интензивира акцију или извори неопходни да подрже специфично понашање.
3. Фактори подршке су свака награда или казна која следи или бива антиципирана као последица понашања, служе да интензивирају мотивацију за понашање након што до њега дође.

Свако понашање у односу на здравље објашњава се синергијом наведених група фактора.

Предиспонирајући фактори укључују знања, ставове, уверења, вредности и перципиране потребе и способности и мотивишу појединца или групу на активност (понашање). Већина тих фактора су психолошке варијабле. Као такве укључују когнитивне и афективне димензије знања, осећања, уверења, вредности, поседовање самопоуздања и осећања ефикасности. Развијене способности личности, кроз фактор самоефикасности, могу да иницирају предузимање одређене акције.

Квантификација знања не доводи до бихевиоралних промена, али повезаност између њих давно је утврђена. Одређен

степен знања неопходан је да би се свака акција одиграла. Мотивација која покреће понашање потиче од извора који се разликују од фактичког знања. Комбинација наведених фактора одређује мотивацију, а комбинација интервенција одређује циљану промену понашања.

Самоефикасност је релевантан појам за контролу понашања и подразумева менталну и когнитивну контролу над њим. Директна је последица различитих облика социјалног учења. Утиче на емоционалне реакције које могу да елиминишу анксиозност и афирмишу одређену вештину.

Бухејвиорална интенција (намера понашања) јесте корак који је под утицајем ставова и социјалне перцепције норми од значаја за понашање.

Фактори оспособљавања јачају извођење акција појединца или групе. Они укључују: корисност, доступност и могућност коришћења здравствене заштите и извора из заједнице. Састоје се од извора и нових вештина неопходних за извођење акција које су потребне за модификовање средине.

Фактори подршке су последице акције које одређују да ли ће актер примити позитиван или негативан фидбек и социјално је подржана након реализације. Тако укључују: социјалну подршку, утицај вршњака, савет и повратну информацију оних који обезбеђују здравствену заштиту. Укључују и физичке последице понашања које могу да буду одвојене од социјалног контекста.

Поред наведеног, понашање зависи и од:

- опажене вероватноће успешног достизања циља који је у директној вези са опаженом добробити од предузете акције;
- опажене озбиљности као степена емоционалног узнемирења које би неки проблем могао да створи;
- доступности алтернатива у редукцији претње за појединца.

Закључак: Увођење предмета здравствено васпитање могло би да доведе до квантификације знања о здравом начину

живота, али не и до трансфера са знања на понашање (праксу), што јесте циљ сваког васпитно-образовног деловања.

СОЦИЈАЛНО УЧЕЊЕ И ПОНАШАЊЕ

Процес социјализације којим појединац стиче социјално релевантне облике понашања и формира се као личност један је од механизма унапређивања здравља. Као такав је последица социјалног учења под којим се подразумева усвајање знања и формирање понашања деловањем сплета социјалних фактора. Облици социјалног учења непосредно применљиви у унапређивању здравља су: учење условљавањем, учење по моделу, увиђањем.

У свакој ситуацији учења јавља се трансфер, који подразумева преношење ефеката ранијих учења на садашње учење или активност уопште. То и јесте један од аргумената због којих не треба уводити предмет здравствено васпитање у школе, него његове садржаје инкорпорирати у све већ постојеће предмете.

Опис значаја проблема:

Нпр.: У ситуацији када прво учимо градиво А, а затим градиво Б основни проблеми преноса знања (трансфера) су:

- Како учење градива А утиче на градиво Б?
- Како учење градива Б утиче на запамићивање наученог?
- Да ли постоји трансфер са знања на праксу (понашање)?
- На ком нивоу наученог се налази усвојено градиво: на нивоу ретенције, рекогниције, репродукције или апликације?

Укупан ефекат интеракције процеса учења и трансфера на праксу може да буде повољан или штетан. Када претходно учење убрзава ново и примењује се у пракси, говоримо о позитивном трансферу. У обрнутом случају имамо негативан трансфер. Обе врсте трансфера јављају се у

стицању нових садржаја или информација, учења нових вештина и способности, техника и метода; учењу нових социјалних улога, нових принципа и концепата. Трансфер увек има своје место у учењу иако начин на који се он манифестује у пракси није увек препознат.

Процес генерализације код учења је једноставан пример ефеката трансфера. Нпр. прво лоше искуство детета кроз јављање страха и негативних емоција са стоматологом може да има ефекте учења који постају генерализовани страх од белих мантила и у искуству са другим особама које носе беле мантиле.

Неки услови социјалног учења, као што су: генерализација и дискриминација дражи, интернализација, начин награђивања и кажњавања не би могли да буду реализовани разредном наставом за унапређивање здравља.

УНАПРЕЂИВАЊЕ ЗДРАВЉА ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ

Унапређивање здравља школске деце јесте комбинација здравственог васпитања и свих других активности које школа предузима да заштити и унапреди здравље свих учесника васпитно-образовног процеса. Подразумева да сваки ученик представља фокус свих активности за унапређење здравља и да је сваки од њих укључен у те процесе.

Унапређивање здравља у школи садржи три елемента:

1. Формално здравствено васпитање садржано у наставном програму кроз одговарајуће природне и друштвене предмете.
2. Подробније елаборирање „латентних садржаја“ који подразумевају односе између учениковог дома, школе, физичке средине и свих капацитета школе.

3. Значајне активности унапређивања здравља које обезбеђује служба, психолог и заједница.

Инострана литература истиче значај развијања самопоштовања, самопоуздања, доношења одлука, вештине за отпорност на социјалне притиске вршњака, сигурности у донесене одлуке, развој селф-концепта, толеранције на фрустрације и на индивидуалне разлике. Све те релевантне атрибуте здравља немогуће је реализовати квантификацијом знања и развијањем образовне компоненте процеса учења.

Утицај групе вршњака, према великом броју аутора, пресудна је детерминанта понашања ученика. Сваки исход здравственог васпитања који инсистира на дидактичкој методологији и режиму ауторитета, и тиме занемарује утицаје вршњака, унапред је осуђен на неуспех. „Култура вршњака“ одавно је изашла из оквира образовног система.

МОТИВАЦИЈА И ЗДРАВЉЕ ШКОЛСКЕ ДЕЦЕ

Да би се деца васпитала у правцу унапређења здравља, морају се мотивисати, заинтересовати, покренути за оно што им се препоручује да усвоје.

Мотивација у унапређивању здравља има за циљ да оспособи децу да чине оно што им се предлаже и да то чине у интересу свога здравља. Крајњи циљ је да дете усвоји одређене ставове и облике понашања у вези са здравим начином живота и временом их доживљава као своје сопствене. Реч је о интернализацији (поунутрењу) одређених норми и схватања које ће тако усвојене имати трајни и континуиран карактер. У том теоријском концепту наставни предмет не може да понуди такву реализацију.

Захтеви за унапређење здравља биће ефикасни ако се заснивају на неком од основних мотива личности и, посебно, ако уз препоручену активност следи задовољење мотива.

ЗАКЉУЧНО РАЗМАТРАЊЕ

Елаборирајући тему здравствено васпитање у основним и средњим школама, наводимо следеће аргументе за и против.

Аргументи за увођење предметне наставе:

1. Слаби, готово катастрофални статистички показатељи досадашњег рада у тој области.
2. Повећање степена знања на нивоима ретенције и рекогниције.
3. Без обзира на увођење нових термина, пораст начина масовних комуникација као доступност информација од значаја за здравље појединца – расте број нежељених трудноћа и абортуса код омладине, у порасту су и све могуће злоупотребе дрога, цигарета, алкохола, расте стрес код омладине, у порасту је гојазност, поремећени интерперсонални односи и малолетничка делинквенција.

Аргументи против увођења предметне наставе су:

1. Васпитна компонента унапређивања здравља ученика била би запостављена.
2. Квантификација знања не доводи до жељених облика понашања према здрављу, нити евентуалних бихевиоралних промена.

3. Стицање знања не доводи ни до формирања ставова, вредности као ни оних особина личности од значаја за здравље.

4. Потпуна нејасноћа о томе који би профил стручњака реализовао те садржаје.

5. Наставне јединице не би деловале мотивационо на школску децу.

6. Непостојање трансфера са усвојених знања на остале нивое знања и праксу (понашање).

7. Немогуће је промоцију здравља и оно чиме се референтне установе баве већ више од деценије из домена социјалног маркетинга претворити у наставне садржаје.

8. Цела расправа у стручној јавности на ову тему давно је евалуирана, елаборирана и као таква стављена ад акта.

ПРЕДЛОГ ЗА ДАЉИ РАД

Након парцијалних деловања, као ефекта различитих пројеката, вратити струку у добро познате и признате садржаје програмског деловања, уз неопходну демедикализацију превентивне делатности и оживљавање институционалног рада, за шта постоје и референтне институције и људски ресурси у њима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Green LW, Kreuter MW: Health Promotion Planning – An Educational and Environmental Approach. Second Edition, Mayfield Publishing Comp, USA, 1991.
2. Томић В: Евалуација здравственоваспитне улоге школа.

Докторска дисертација одбрањена на Медицинском факултету у Београду, 1991.

3. Tones K, Tilford S: Health Education. Chapman and Hall, London, 1990.

4. WHO: A Supplement to the Manual on Health Education in primary Health Care. Geneva, 1996

Контакт: Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.