

Igor Radzewicz-Winnicki

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny

Andrzej Radzewicz-Winnicki

Uniwersytet Śląski, Uniwersytet Zielonogórski – emeritus

SZKOŁA WOBEC WZRATAJĄCYCH OCZEKIWAŃ PROZDROWOTNEJ KOMPETENCJI PEDEUTOLOGII (AKTUALNA ROLA NAUCZYCIELA W DOBIE MEDYCZYNY SPERSONALIZOWANEJ)

Jakość oświaty i kształcenia w powiązaniu z racjonalnie prowadzoną polityką zdrowotną jest od wielu lat przedmiotem intensywnych debat w wielu państwach Unii Europejskiej. Jak dosadnie stwierdzały Edith Schulz i Irene Mack słowo *Pisa* (niemiecka pisownia nazwy Piza) kojarzy się obecnie w Niemczech nie tyle z symbolicznym określonym upadkiem/deprecjacją, jaką przywołuje nam *krzywa wieża*, ile chylącym się ku upadkowi współczesnemu szkolnictwu i jego kompetencjami. Ma się często na myśli zwolna instytucjonalizującą ideę tworzenia gęstej sieci szkół *codziennych*, w których sprawdziło się już indywidualne wspieranie socjalizacyjno-edukacyjne oraz łączenie (a w zasadzie symbiozy) nauki przedmiotowej ze zdobywaniem kompetencji socjalnej oraz zdrowotnej i prozdrowotnej (Schulz, Mack 2002, s. 62). Niedawno zajęte stanowisko także naszego resortu zdrowia w sprawie podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu jednoznacznie sugeruje, iż w sytuacjach nagłych, gdy stan zdrowia dziecka wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej, nauczyciel, dyrektor szkoły lub pielęgniarka są zobowiązani do udzielenia pomocy przedmedycznej w zakresie posiadanych umiejętności oraz do wezwania karetki pogotowia ratunkowego. Jednocześnie mają oni obowiązek zawiadomić o tym rodziców lub opiekunów prawnych dziecka.

*

Kontynuując szczególną wagę niezbyt często przywoływanej przez reprezentantów nauk społecznych problematyki, pragniemy przywołać jedno z ostatnich pism Rzecznika Praw Obywatelskich dra. Adama Bodnara z dnia 29 stycznia 2018 roku skierowanego do ministra zdrowia RP, w której rzecznik, informuje, iż:

[...] do Rzecznika Praw Obywatelskich zwrócili się rodzice dziecka uczęszczającego do przedszkola z prośbą o interwencję oraz pomoc w wyjaśnieniu statusu dziecka z chorobą przewlekłą i sposobu zapewnienia takiemu dziecku bezpiecznych warunków pobytu i właściwej opieki

w przedszkolu. Dziecko ma stwierdzoną ciężką alergię pokarmową na orzechy i ryby, a także podejrzenie znacznej alergii na jad owadów. Zgodnie z zaleceniami lekarskimi, z uwagi na możliwość pojawienia się wstrząsu anafilaktycznego, dziecko powinno posiadać przy sobie ampułkostrzykawkę „EpiPen Jr” zawierającą jednorazową dawkę adrenaliny (0,15 mg). Dotychczas rodzice dziecka dostarczali do przedszkola aktualne zaświadczenie od lekarza wraz z ich pisemnym upoważnieniem do podania jednorazowej dawki adrenaliny w momencie pojawienia się u dziecka wstrząsu anafilaktycznego. Wychowawcy zaś, na podstawie delegacji uprawnień rodzica na wychowawcę, zgadzali się na podanie leku w momencie ewentualnego wstrząsu.

W roku przedszkolnym 2017/2018 sytuacja uległa zmianie, bowiem wychowawcy odmówili delegowania uprawnień rodziców do wykonywania czynności związanych z opieką nad dzieckiem w zakresie podania leku. Rodzice dziecka obawiają się zatem, że w sytuacji zagrożenia życia może dojść do sytuacji, że żaden z wychowawców nie poda leku ich dziecku. W opisywanym przypadku nie bez znaczenia wydaje się też fakt, że wstrząs anafilaktyczny może, ale nie musi wystąpić u dziecka. Niemniej jednak sytuacja ta może w konsekwencji doprowadzić do uzależnienia pobytu dziecka w przedszkolu od obecności rodzica, który jako jedyny może podać dziecku jednorazową dawkę adrenaliny w momencie pojawienia się u dziecka wstrząsu anafilaktycznego bądź pozbawienia takiego dziecka możliwości uczęszczania do przedszkola i skazania go na nauczanie indywidualne.

Na tle powyższej sprawy, zauważalna w ocenie Rzecznika stała się więc potrzeba uregulowania w przepisach prawa kwestii zasad podawania leków czy wykonywania innych czynności dzieciom z chorobami przewlekłymi w przedszkolach. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia opublikowane zostały dotychczas jedynie komunikaty pt.: *Stanowisko w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu oraz Uczeń przewlekle chory w szkole*. Nie są one źródłem prawa powszechnie obowiązującego, a jedynie źródłem pomocniczym. Z uwagi na brak powszechnie obowiązujących regulacji w tym zakresie, sytuacja dzieci z chorobą przewlekłą, które wymagają podawania leków różnymi drogami i technikami jest obecnie uzależniona wyłącznie od wewnętrznych zasad postępowania przyjętych przez przedszkola (Bodnar 2018, s. 2).

W dalszej części własnej niezmiernie analitycznie i logicznie prowadzonej wykładni Rzecznik wyraża zadowolenie, że w naszym kraju wreszcie za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia zdecydowano się uregulować kwestię podawania leków oraz świadczenia innych czynności/usług na rzecz dzieci uczęszczających do szkół, aczkolwiek nie wspomina się jeszcze w przyjętych stanowiskach resortu o pozostałej grupie dzieci w wieku przedszkolnym. Rzecznik zaleca jako szczególnie zasadne rozważenie wprowadzenia opieki zdrowotnej w odniesieniu do nieletnich uczęszczających do przedszkola, w takim samym wymiarze, jak odnosi się ona do dzieci w wieku szkolnym. Niezagwarantowanie dzieciom w tego rodzaju placówkach opiekuńczo-zabezpieczających opieki w omawianym zakresie, może stanowić naruszenie prawa do równego dostępu do edukacji, pozbawia bowiem tę grupę dzieci możliwości uczęszczania do przedszkola ze względu na ich niepełnosprawność (Bodnar 2018, s. 3). Pokróćce przytoczony we *Wprowadzeniu* jakże szeroki zakres problematyki jednoznacznie wskazuje na konieczność porządkowania kolejnych procesów zachodzących w medycynie prozdrowotnej, jak i współczesnej edukacji (głównie pedeutologii reprezentowanej przez

nauczycieli) i coraz to silniejszego powiązania problematyki zdrowia z naukami społecznymi, a zwłaszcza polityką publiczną, polityką społeczną kreującą dzisiejsze oblicze szkoły, zgodnie z oczekiwaniami klasyków (Znaniński 1977, s. 7-27, por. Syrek 1997, s. 5; Sokołowska 1976, s. 240-241; zob. Sokołowska 1981) przyczyniające się (z postulatywnego założenia) do pomocy w zwalczaniu skutków choroby, zaburzeń i innych dolegliwości. Z kolei decydenci i planiści służby zdrowia winni posiadać – aczkolwiek to przecież tautologiczne spojrzenie – podstawy kilku dyscyplin naukowych (socjologia, psychologia czy pedagogika) dotyczącej ogólnej wiedzy o społeczeństwie, m.in. z zakresu struktury społecznej, kultury, prawidłowości funkcjonowania instytucji społecznych, a także w szerszym zakresie medycyny społecznej w pryzmacie zwiększenia skuteczności działań służby zdrowia prowadzącej ku homeostazy. Jak wiemy, ów dialog czy też współpraca rozwijają się także dlatego, że trzeba było ją prowadzić od wielu lat w obrębach własnych dyscyplin nauk o zdrowiu oraz nauk społecznych, gdzie wszelkie próby i inicjatywy napotykały przynajmniej na bierny opór i brak szerszego zainteresowania wartościami cenionymi przez obie grupy z osobna. Wyrażamy nadzieję, iż lektura naszego skromnego artykułu przywróci wiarę w sens i możliwość realizacji takiego, współdziałania, a więc rozumnych i pragmatycznych inicjatyw wychodzących z obu stron na rzecz zdrowia włączającego w jego zakres obszar społecznego (pedeutologicznego) udoskonalenia funkcjonowania człowieka w zakresie poprawy jakości życia jednostki i jej zdrowotnego dobrostanu.

*

Pedeutologia (gr. *pedieute* – wychowawca, nauczyciel, opiekun) to dział współcześnie wyodrębnionej dyscypliny, jaką jest pedagogika, zajmujący się tak ogólnie, jak i szczegółowo nauczycielem, jego osobowością, zawodem często określanym w literaturze przedmiotu jako specyficzna misja społeczna realizowana przez tę grupę profesjonalizowanych praktyków. Powyżej przywołane kwestie są analizowane od czasów starożytnych (predyspozycje i oczekiwania kandydatów przewidzianych do pełnienia tej misji, etyka ich reprezentantów, wyznawane na przestrzeni dziejów wartości itp.), jednak pedeutologię wyodrębniono na przełomie XIX/XX wieku. Istotną rolę odegrał Johann Friedrich Herbart – niemiecki psycholog, filozof, pedagog, twórca i rzecznik instytucjonalizacji tzw. pedagogiki naukowej opierający dyscyplinę pedagogiki przede wszystkim na etyce i psychologii (Milerski, Śliwowski 2009, s. 78). Jak niewątpliwie trafnie stwierdza Marian Niezgoda, nauczyciele byli zawsze – zwłaszcza w przeszłości – ludźmi wykształconymi, posiadającymi wiedzę ogólną i specjalistyczną, co na ogół w środowiskach lokalnych odróżniało ich od innych członków danej społeczności. Wykonywanie czynności *organicznych* (uczenie, kształcenie, wychowywanie młodego pokolenia) było traktowane przez ogół jako szczególna misja. Z tych m.in. powodów, a głównie poprzez podejmowanie licznych funkcji *uzupełniających* (aktywizacja

społeczności lokalnej, poradnictwo, szerzenie poza szkołą wiedzy ogólnej) często na równi z tymi pierwszymi utrwaliła się historycznie nie tylko w naszym społeczeństwie postać nauczycielki/nauczyciela „siłaczki czy siłacza” wprowadzających w aktualnych realiach rozwoju struktur publicznych tzw. kaganek oświaty (Niezgoda 2005, s. 5), a i „patriotyzmu” często w Polsce o silnym zabarwieniu romantyczno-ludycznym. Powyższe fakty stanowiły o sygnalizowanej istocie posłannictwa (misji) tej grupy zawodowej, o którym bardzo skromnie wspominaliśmy uprzednio. Pomimo sprawczego procesu transformacji (po 1989 r.), jak słusznie podkreśla Anna Gajdzica współczesny nauczyciel pozostaje nadal w *tyglu oddziaływań społecznych*, a liczne antynomie pozostają względnie trwałym elementem tej roli, a więc komponentem funkcjonowania dzisiejszego nauczyciela, wychowawcy w świecie jest trudno przewidywalnym zjawiskiem i niezbyt określonym. Uprzednio znacznie mniejszy pozostawał zakres oddziaływania szkoły, która w głównej mierze ograniczała się do wypełniania tradycyjnych powinności organizowanych nade wszystko w jej murach. Obecnie, przynajmniej w założeniach, zmienia się sytuacja szkoły, jak i samych nauczycieli. Szkoła staje się miejscem, w którym jednostki – zarówno nauczyciel, jak i wychowanek – winni przejawiać poczucie autonomii i sprawstwa w powiązaniu ze środowiskiem lokalnym (i jego elementami), tj. przestrzenią szkoły (Gajdzica 2013, s. 32-36). Dotyczy to również współczesnego ujęcia zdrowia określonego jako pozytywne mianem *wellness*, według koncepcji powstałej jeszcze w latach 70. XX wieku w państwach anglosaskich. Jak autorytatywnie zauważa Zofia Słońska, odwoływano się w niej do określenia *continuum* na osi: zdrowie – choroba. Ostatecznie w toku rozważań ich twórcy i kontynuatorzy wykroczyli w konsekwencji daleko poza pierwotnie ustaloną liniową interpretację wzajemnych relacji między „zdrowiem a chorobą”. Termin *wellness*, który przywołujemy za cytowaną Autorką, można byłoby tłumaczyć jako *pełnię możliwości*, które zmieniają się w zależności od faz życia człowieka, jego starań, sfery publicznej a więc bieżących instytucjonalnych możliwości oraz otaczających bezpośrednio jednostkę warunków.

Optymalny stan zdrowia dopuszcza występowanie dolegliwości, *wellness* odnosi się więc zarówno do tych ludzi, którzy według kryteriów klinicznych są zdrowi, jak i do tych, którzy według tychże kryteriów są chorzy. W przypadku osoby przewlekłe chorej dążenie do *wellness* polegałoby na rozwijaniu własnego potencjału w takim stopniu, w jakim pozwalają na to ograniczenia zdrowotne, udoskonaleniu swojego postępowania w celu unikania zagrożeń mogących spowodować pogłębienie się stanu chorobowego, dążeniu do samodzielności w osiągnięciu celów osobiste uznanych za ważne (Słońska 2002, s. 355).

W ramach niniejszych rozważań o charakterze postulatycznym włączyć należałoby (poza rodzicami) nauczycieli (albo szerzej: szkołę) jako elementy (osoby) współodpowiedzialne za pomyślną rekonwalescencję i społeczny potencjał zdrowia. Z kolei pojęcie medycyny personalizowanej (*personalised medicine, personalised health care*) zostało zaproponowane w 2011 roku przez amerykański Narodowy Instytut Raka jako

rodzaj opieki zdrowotnej opierający się na informacjach na temat uwarunkowań osobistych, takich jak genom i białka oraz niektóre czynniki środowiskowe, którego celem jest zindywidualizowane podejście do profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia chorób. Historia medycyny personalizowanej sięga lat 50. ubiegłego wieku, gdy wskutek odkryć wpływu czynników genetycznych na zmienność podatności na leczenie farmakologiczne nastąpił rozwój nowej dziedziny nauki zwanej farmakogenetyką (Vogenberg, Isaacson Barash, Pursel 2010, s. 2-5; Sadee 2011, s. 560-576; Termblay, Hamet, 2013 s. 2-5). Medycyna personalizowana jest związana z dostosowaniem oddziaływań terapeutycznych do indywidualnie określonych potrzeb pacjenta, opartych na ocenie zmiennej osobniczo podatności (wrażliwości) na określoną terapię, dawkowanie, sposób podaży leków. Na przestrzeni ostatnich kilku dekad dokonano istotnych odkryć w obszarze indywidualnej zmienności międzysobniczej w zakresie różnic dotyczących tempa i szlaków przemian metabolicznych, różnic farmakodynamicznych oraz indywidualnej wrażliwości receptorowej determinujących międzysobnicze zróżnicowanie skuteczności i bezpieczeństwa terapii lekowych. Powyższe zróżnicowanie jest zarówno uwarunkowane genetycznie, jak i czynnikami etnicznymi, wiekiem, żywieniem, aktualnym stanem zdrowia, interakcjami stosowanych leków oraz determinantami środowiskowymi. Dalsze badania w zakresie identyfikacji środowiskowych, biochemicznych, etnicznych, ekologicznych i społecznych determinant wpływających na międzysobniczą zmienność podatności na leczenie przyjęło pojęcie terapii personalizowanej. W praktyce pojęcie to odnosi się do indywidualnego planowania terapii z uwzględnieniem powyższych zmiennych i prowadzi do ustalenia indywidualnego planu terapeutycznego, którego celem jest osiągnięcie możliwie najlepszej, dostępnej odpowiedzi na zastosowane leczenie, a także podniesienie bezpieczeństwa terapii, poprzez indywidualnie dokonaną analizę bezpieczeństwa stosowanego leczenia oraz zaplanowany, dopasowany do cech określonego pacjenta schemat działań kontrolujących prawidłowość procesu leczenia. Indywidualnie dokonana ocena czynników ryzyka, precyzyjna diagnostyka, nierzadko opierająca się na molekularnej analizie cech pacjenta, mających istotne znaczenie na przebieg choroby i podatność na określone metody leczenia, pozwalają na wdrożenie optymalnego leczenia i jednocześnie na osiągnięcie lub zminimalizowanie działań niepożądanych, powikłań oraz skrócenie czasu leczenia i obniżenie kosztów terapii. W efekcie takie podejście do terapii może przełożyć się na redukcję kosztów leczenia w wymiarze systemu opieki zdrowotnej. Co więcej, medycyna personalizowana otwiera także nowe perspektywy przed indywidualnie zaprojektowanymi oddziaływaniami profilaktycznymi, uwzględniającymi zindywidualizowaną podatność na wystąpienie określonych (zdefiniowanych wcześniej) problemów zdrowotnych bądź cech wskazujących na prawdopodobieństwo ich wystąpienia. W rozwoju medycyny personalizowanej upatruje się właśnie podniesienie efektywności działań prewencyjnych – zarówno w obszarze profilaktyki pierwotnej, jak i działań

prewencyjnych w zakresie błędów terapeutycznych. Metody wczesnej diagnozy podatności osobniczej na określone schorzenia, opierające się przede wszystkim na ocenie biologicznych cech świadczących o ryzyku wystąpienia określonego schorzenia, tj. biomarkerów pojawiających się jeszcze przed wystąpieniem określonej choroby pozwalają na zapobieżenie rozwojowi określonych chorób lub na minimalizację niekorzystnych następstw niekontrolowanego, nierozpoznanego przebiegu wczesnych faz choroby, określanej dotychczas jako studium przedkliniczne rozwoju choroby.

Podstawową różnicą pomiędzy medycyną opartą na zaleceniach uzyskanych z badań ilościowych a zindywidualizowanym podejściem wynikającym z analizy osobniczych uwarunkowań pacjenta jest możliwość oszacowania indywidualnej oceny ryzyka zdrowotnego oceniającej prawdopodobieństwo rozwoju określonego schorzenia oraz podatności (skuteczności) i bezpieczeństwa stosowania wybranych modeli terapeutycznych i prewencyjnych. Znanie są już powszechnie zróżnicowane wrażliwości na leczenie wielu chorób onkologicznych czy neurologicznych, które stosuje się dziś jako standard praktyki klinicznej. Uzyskanie jednak – także dostępnych dzisiejszej medycynie – indywidualnych danych dotyczących ryzyka rozwoju chorób układu krążenia, zaburzeń psychicznych, otyłości, alergii oraz danych na temat indywidualnej szansy skuteczności określonego postępowania prewencyjnego otwiera nowe wyzwania przed indywidualnym planowaniem wdrażanych w środowisku narzędzi prewencyjnych. Integracja danych z zakresu genetyki, czynników środowiskowych, społecznych, kulturowych oraz indywidualnych preferencji pozwala na utworzenie modelu zintegrowanej informacji medycznej pozwalającej na dobranie optymalnych narzędzi profilaktyki oraz terapii. Działania takie określa się w literaturze jako medycyna precyzyjna (Ginsburg, Phillips 2018, s. 277-287, 694-701). Szczególnie w zakresie długotrwałej profilaktyki schorzeń związanych ze stylem życia oraz z oddziaływaniem środowiska psychospołecznego całokształt działań profilaktycznych musi przybierać charakter zintegrowanych oddziaływań wsparcia środowiskowego, gdzie wdrażane strategie profilaktyki oparte zostaną na analizie zindywidualizowanego profilu ryzyka zdrowotnego oraz zindywidualizowanego profilu odpowiedzi terapeutycznej i obserwacjach poczynionych w środowisku szkolnym, które muszą pozostawać w stałej ścisłej relacji z opieką medyczną. Dotyczyć to może terapii częstych schorzeń, objętych dotychczas uogólnionymi zaleceniami postępowania, takimi jak zaburzenia koncentracji, zaburzenia nastroju, uzależnienia, rozwój cukrzycy, czy otyłości, gdzie środowisko nauczania i wychowania odgrywa kluczową rolę w kreowaniu prozdrowotnych środowisk przeciwdziałających rozwojowi choroby (por. Fröhlich, Balling, Beerenwinkel et al. 2018; Ginsburg, Willard 2009; Blix 2014, s. 437-441). W praktyce opieki zdrowotnej nad uczniem w szkole wdrożenie idei i praktyki medycyny personalizowanej do codziennej praktyki opieki nad uczniem realizowanej przez nauczycieli oznacza konieczność indywidualnej adaptacji stosowanych praktycznych rozwiązań radzenia sobie w sytuacji

zaistnienia potrzeby interwencji zdrowotnej udzielanej przez otoczenie wychowawcze ucznia. Dotychczas stosowane standardy postępowania, np. w przypadku organizacji lekcji wychowania fizycznego, zaleceń żywienia zbiorowego czy profilaktyki depresji pozwalały określić ramowe mechanizmy oddziaływania, które wraz ze wzrostem indywidualnie opracowanych programów terapeutycznych obejmujących także indywidualnie opracowane programy interwencji kryzysowej będą wymagać od nauczyciela zwiększenia kompetencji z zakresu profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w zakresie udzielenia indywidualnie dobranej najbardziej optymalnej pomocy dla każdego ucznia, o rozpoznanym wcześniej i zdiagnozowanym potencjale podatności zdrowotnej.

Rozwój medycyny tego typu (przy takim ujęciu) wiąże się także z koniecznością indywidualizacji strategii postępowania interwencyjnego, w przypadku zaistnienia nagłego zdarzenia zdrowotnego wymagające od nauczyciela udzielenia uczniowi pomocy. Indywidualizacja programów terapeutycznych wiąże się z prognozowanym pojawieniem się nowych wyrobów medycznych oraz nowych leków, których pojawienie się w środowisku szkolnym nieprzerwanie będzie związane z koniecznością szerzenia wiedzy wśród członków społeczności szkolnej dotyczącej bezpieczeństwa stosowania oraz zasad obsługi, co ma istotne znaczenie w przypadku zaistnienia pilnej potrzeby zdrowotnej. Przeprowadzone w USA badania studentów wydziałów medycznych wskazują, że jedynie 6% studentów ocenia jako wystarczające swoje przygotowanie umożliwiające im praktyczną implementację do praktyki klinicznej personalizowanego podejścia do leczenia swoich pacjentów (Eden et al. 2016, s. 129-141). Pomimo oczywistego zaangażowania w programy zindywidualizowanego kształcenia środowiska prozdrowotnego nauczycieli, dotychczas nie przeprowadzono badań dotyczących postaw i gotowości nauczycieli do włączenia się do programów indywidualnie przygotowanej profilaktyki zdrowotnej dla poszczególnych uczniów.

*

Kwestią wymagającą osobnego rozstrzygnięcia jest konieczność przygotowania nauczycieli – zarówno pod względem formalno-prawnym, jak i etycznym – do analizy indywidualnej, zintegrowanej informacji oceny ryzyka zdrowotnego uczniów obejmujących także analizę danych wrażliwych, w tym informacji na temat uwarunkowań dziedzicznych ucznia. Istnieje niezaprzeczalna potrzeba na stałe włączenia do procesu kształtowania zdrowia społeczeństwa przedstawicieli zawodów niemedycznych, w tym przede wszystkim osób odpowiedzialnych za kształtowanie środowiska wychowania i nauczania. Włączenie na stałe do praktyki medycznej genomiki i praktyki medycyny personalizowanej staje się już dziś standardem, który znacząco wykracza poza kompetencje medycyny naprawczej, realizowanej w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych w podmiotach leczniczych. Indywidualizacja postępowania profilaktycznego, zindywidualizowana ocena postępów nauczania, zindywidualizowana ocena symptomów

określonych zaburzeń poznawczych, profilaktyka zaburzeń nastroju i wiele innych zadań w obszarze budowania zdrowia uczniów spoczywa na barkach nauczycieli, którzy wsparci zostaną o dodatkową wiedzę medyczną i indywidualną ocenę zmiennych zindywidualizowanej oceny zmiennych wpływających na potencjał zdrowotny uczniów.

Włączenie nauczycieli do *praktyk zdrowotnych* wiąże się rzecz jasna z pojmowaniem w środowisku medycznym tradycyjnej roli lekarza, i elementów tej roli, jak i przyjętej (w sensie preferowanych wzorów wartości) ideologii lekarskiej. Orientowanie się na tradycyjne wartości ideologii zawodu odzwierciedla również indywidualne cele i dążenia życiowe. Niestety, poza badaniami sprzed 35 laty, nieznane są nam inne nowsze eksplikacje, tj. podjęte w tym publicznie zainteresowania poznawcze (zob. Łabanowska 1981, s. 119-143). Wspólną tendencją, którą zainteresowani mogą być przedstawiciele oby grup zawodów, jest fakt, iż współczesna oświata, mając na uwadze odpowiedzialność za przyszłe pokolenie, nie może zaniedbywać potrzeb dzisiejszych generacji. Zrównoważony i odpowiedzialny rozwój jest tematem stale przewijającym się przez wszelkie niemal dziedziny wdrażanych czy też planowanych do wprowadzenia reform poprzez innowacje wprowadzone do współczesnej edukacji, poprzez ustawy o godziwym zaopatrzeniu emerytalnym, kreowanie zachowań prozdrowotnych, aż po zwrot energetyczny i zmianę kierunku w rolnictwie. Innymi słowy *uczyć się, aby być*, po to, by zmieniać i aby pozostać aktywnym *kreatorem* przemian, a z pewnością racjonalnych modyfikacji.



W zakończeniu przywołujemy tautologiczne stwierdzenie, iż oświata pozostawać więc może z jednej strony areną przemian, a z drugiej winna kierując się ku wdrażaniu innowacji przygotować kolejne pokolenia do zmian, które są trudne do przewidzenia. Równie szeroko zakrojony winien pozostawać zakres tematyczny jej strategii, który obejmuje międzypokoleniową sprawiedliwość i solidarność społeczną, zapewnienie jakości życia (w tym obszernej wiedzy dotyczącej zdrowia, jego profilaktyki oraz podejmowania prób kompensacji, np. liczne problemy integracji osób niepełnosprawnych). Zapewnienie wyzwala się psychospołecznych i prozdrowotnych mechanizmów stymulujących poprawę jakości życia to przyjęcie na siebie obowiązku międzynarodowej odpowiedzialności (zob. Marzec-Holka, Radzewicz-Winnicki, Wiłkomirska 2018, s. 7-13; por. Gajdzica 2013, s. 184-185; zob. Syrek, Borzucka-Sitkiewicz 2009; Woynarowska 2008).

W socjopedagogicznym dorobku współczesnych nauczycieli nie może zabraknąć podstawowej wiedzy związanej z licznymi twierdzeniami lansowanymi przez medycynę o zależnościach pomiędzy zmiennymi. Są to m.in. korelacje między stopą życiową (sytuacją bytową) ucznia i jego rodziców, stopniem ich zaufania do opieki medycznej, powagą i liczbą postrzeganych objawów, a bieżącym korzystaniem z opieki służby

zdrowia (Titkow 1976, s. 130; Syrek 1997). Będzie to obligatoryjny przekaz informacji związanych m.in. z wiedzą na temat *zależności i piętna* w egzystencji osób chorych bądź niepełnosprawnych; prób określenia (percepcji przez opiekunów i wychowawców) podstawowych systemów (jednostek) chorobowych, a na tej podstawie skierowanie wychowanków do przychodni (pomocy) lekarskiej; umiejętność posługiwania się standardowymi wskaźnikami socjomedycznymi sugerującymi zaburzenie/wady zdrowotne; umiejętność, a tym samym dbałość o sprawność w zakresie intensywnego wyzwalania/stymulowania w skali przestrzeni szkolnej i rodzinnej społecznego kompleksu działań strictly profilaktycznych.

Bibliografia

- Blix A. (2014), *Personalized medicine, genomics, and pharmacogenomics: a primer for nurses*, „Clinical Journal of Oncology Nursing”, Aug, 18 (4), s. 437-441.
- Bondar A., *List do Rzecznika Praw Obywatelskich*. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/zdrowie-ucznia/uczen-przewleklo-chory-w-szkole/stanowisko-w-sprawie-mozliwosci-podawania-lekow-dzieciom-przez-nauczycieli-w-szkole-i-przedszkolu/> [dostęp: 15.10.2018].
- Eden C., Johnson K.W., Gottesnam O., Bottinger E.P., Abul-Huns N.S. (2016), *Medical student preparedness for an era of personalized medicine: findings from one US medical school*. *Personalized medicine*, 13 (2), s. 129-141.
- Fröhlich H., Balling R., Beerenwinkel N. et al. (2018), *From hype to reality, data science enabling personalized medicine*, „BMC Medicine”, s. 32-36.
- Gajdzica A. (2013), *Portret zbiorowy nauczycieli aktywnych*, Toruń.
- Ginsburg G., Willard H. (2009), *Genomic and personalized medicine: foundations and applications*, „Translational Research”, Vol. 154 (6), s. 277-287.
- Ginsburg G.S., Philips K.A. (2018), *Precision Medicine: From Science to Value*, „Health affairs” (Project Hope), 37 (5), s. 694-701.
- Herbart J.F. (2009), [w:] Milerski B., Śliwerski B., *Leksykon pedagogiczny*, Warszawa, s. 78.
- Łabanowska C. (1981), *System wartości środowiskowych w deklaracjach i poglądach lekarzy*, „Studia Socjologiczne” nr 3, s. 119-143.
- Marzec-Holka K., Radziejewicz-Winnicki A., Wiłkomirska A. (2018), *Nauki społeczne wobec zmiany - alternatywa scalania (inspiracje dla współczesnej pedagogiki)*, Warszawa.
- Milerski B., Śliwerski B. (2009), *Leksykon pedagogiczny*, Warszawa.
- Niezgoda M. (2005), *Nauczyciele polscy na przełomie wieków: między misją a profesjonalizmem*, Warszawa-Kraków.
- Sadee W. (2011), *Genomics and personalized medicine*, „International Journal of Pharmaceutics”, s. 560-576.
- Schulz E., Mack J. (2002), *Szanse. Jakość oświaty i kształcenie w Niemczech są aktualnie przedmiotem intensywnych debat*, „Deutschland” nr 4, s. 62.

- Słońska Z. (1997), *Zdrowie*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 4, Warszawa, s. 355.
- Sokołowska M. (1976), *Polityka społeczna a zdrowie*, „Studia Socjologiczne”, nr 4, s. 227-252.
- Sokołowska M. (1981), *Odpowiedzialność społeczna za grupy zależne*, „Studia Socjologiczne”, nr 3, s. 7-27.
- Stanowisko w sprawie możliwości podawania dzieciom leków przez nauczycieli w szkole i przedszkolu*, 2010 Ministerstwo Zdrowia PR, Warszawa, s. 11, <https://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m15&ms=737&ml=pl&mi=737&mx=0&ma=15096> [dostęp: 15.10.2018].
- Syrek E. (1997), *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w rejonie górnośląskim*, Katowice.
- Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. (2009), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa.
- Titkow A. (1976), *Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*, „Studia Socjologiczne” nr 3, s. 130-139.
- Tremblay J., Hamet P. (2013), *Role of genomics on the path to personalized medicine*, „Metabolism”, Jan, 62, Suppl. 1, s. 2-5.
- Vogenberg F.R., Isaacson Berash C., Pursel M. (2010), *Personalized Medicine*, Part 1: *Evolution and Development into Theranostics*, „Pharmacy and Therapeutics”, 35 (10), s. 2-5.
- Wojnarowska B. (2008), *Profilaktyka w pediatrii*, Warszawa.
- Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia w sprawie zasad podawania leków dzieciom z chorobami przewlekłymi w przedszkolach z dnia 29 stycznia 2018 r.
- Znaniński F. (1971), *Nauki o kulturze*, Warszawa, (za: S. Syrek (1997), *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w rejonie górnośląskim*, Katowice).

Szkoła wobec wzrastających oczekiwań prozdrowotnej kompetencji pedeutologii (aktualna rola nauczyciela w dobie medycyny spersonalizowanej)

Streszczenie: Artykuł składa się z kilku refleksji/propozycji kierowanych do reprezentantów współczesnej szkoły, którzy biorą na siebie odpowiedzialność za rozwój tzw. *zachowań prozdrowotnych*. Opierają się one na piśmie Polskiego Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 18 stycznia 2018 roku, próbując realizować wśród jego Czytelników możliwość wprowadzenia medycznej okazjonalnej pomocy niesionej na terenie szkoły także przez nauczycieli; oboje autorzy próbują dyskutować nad medycznymi problemami pojawiającymi się w przestrzeni szkolnej i roli nauczyciela w medycynie spersonalizowanej.

Słowa kluczowe: medycyna spersonalizowana, spersonalizowana opieka zdrowotna, pedeutologia *versus* nowoczesna opieka zdrowotna, aktywność nauczycielska, zachowania prozdrowotne

**The School against the increased *Health Promoting* expectations
and their Competency of Pedeutology (an active role of a teacher
in the period of personalized medicine)**

Summary: The paper consists of several thoughts/proposals toward to the representatives of modern school who take up the responsibility for the development of so called *health promoting – behaviours*. They base on the letter written by Polish Commissioner for the Citizen's Affairs of 18. Jan. 2018, trying to implement among its readers a possibility of serving occasional medical support on the school area, also by teachers for pupils, who need such a *health* care. Both authors try to discuss on medical problems in the school space and the role of a teacher in the personalized medicine.

Keywords: personalized medicine, personalized health care, pedeutology *versus* modern healthcare, teacher's activity, health promoting behaviours