

Dorota Wolska-Prylińska

# Współdziałanie w obszarze profesji społecznych i medycznych



**WYDAWNICTWO  
UNIWERSYTETU  
ŁÓDZKIEGO**

# **Współdziałanie w obszarze profesji społecznych i medycznych**



WYDAWNICTWO  
UNIWERSYTETU  
ŁÓDZKIEGO

[Kup książkę](#)

Dorota Wolska-Prylińska

# **Współdziałanie w obszarze profesji społecznych i medycznych**

Dorota Wolska-Prylińska – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu  
Katedra Pedagogiki Społecznej, 91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48

RECENZENT

*Ewa Syrek*

REDAKTOR INICJUJĄCY

*Urszula Dzieciatkowska*

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

*Bogusława Kwiatkowska*

SKŁAD I ŁAMANIE

*Munda – Maciej Torz*

PROJEKT OKŁADKI

*Katarzyna Turkowska*

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/lightsource

© Copyright by Dorota Wolska-Prylińska, Łódź 2018

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2018

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.08140.17.0.M

Ark. wyd. 17,7; ark. druk. 14,25

ISBN 978-83-8088-942-2

e-ISBN 978-83-8088-943-9

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

[www.wydawnictwo.uni.lodz.pl](http://www.wydawnictwo.uni.lodz.pl)

e-mail: [ksiegarnia@uni.lodz.pl](mailto:ksiegarnia@uni.lodz.pl)

tel. (42) 665 58 63

[Kup książkę](#)

# SPIS TREŚCI

|                                                                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Wprowadzenie</b> .....                                                                                                          | 7   |
| <b>Rozdział I.</b> Odkrywanie instytucji działania profesjonalnego .....                                                           | 15  |
| 1.1. Metodologiczne aspekty analizy działania i współdziałania .....                                                               | 18  |
| 1.1.1. Spotkanie interdyscyplinarne podczas wywiadu .....                                                                          | 22  |
| 1.1.2. Wykorzystanie refleksji studentów w badaniu współdziałania .....                                                            | 26  |
| 1.2. Działanie profesjonalne .....                                                                                                 | 28  |
| 1.3. Podmioty działania. Podmiotowość w działaniu .....                                                                            | 34  |
| 1.3.1. Relacje specjalista – podopieczny. ....                                                                                     | 37  |
| 1.3.2. Relacje pomiędzy specjalistami. Praca w zespole .....                                                                       | 43  |
| <b>Rozdział II.</b> Współdziałanie jako „zjawisko” niemożliwe (?) .....                                                            | 47  |
| 2.1. Istota współdziałania .....                                                                                                   | 48  |
| 2.2. Walory uczestników współdziałania. ....                                                                                       | 53  |
| 2.3. Koordynowanie współdziałania .....                                                                                            | 59  |
| <b>Rozdział III.</b> Przygotowanie do działań złożonych .....                                                                      | 65  |
| 3.1. Wąski lub szeroki profil kształcenia .....                                                                                    | 67  |
| 3.2. Innowacyjność w kształceniu. Wizja człowieka kreatywnego .....                                                                | 74  |
| 3.3. Rozbudzanie postaw. W kierunku gotowości do współdziałania .....                                                              | 81  |
| 3.4. Kształcenie do profesji społecznych. Przygotowanie do działania w obszarze zdrowia .....                                      | 88  |
| 3.4.1. Projektowanie socjalne. Metoda kształcenia do działań złożonych .....                                                       | 97  |
| 3.4.2. Potrzeba kształcenia medycznego pedagogów .....                                                                             | 104 |
| 3.5. Kształcenie do profesji medycznych. Przygotowanie do działania społeczno-wychowawczego .....                                  | 106 |
| 3.5.1. Przedmioty niemedyczne w ofercie dydaktycznej .....                                                                         | 113 |
| 3.5.2. Wymiary integracji w kształceniu. ....                                                                                      | 119 |
| 3.5.3. „Socjalizowanie” przyszłych lekarzy .....                                                                                   | 124 |
| <b>Rozdział IV.</b> Wspólne pola działania reprezentantów profesji społecznych i medycznych – egzemplifikacja współistnienia ..... | 127 |
| 4.1. Oczekiwania pacjentów – zachowania lekarzy .....                                                                              | 130 |
| 4.2. Wspólne pola działania związane z chorobą .....                                                                               | 134 |
| 4.3. Wspólne pola działania związane ze zdrowiem. ....                                                                             | 140 |
| 4.4. Wielcy reprezentanci działania interdyscyplinarnego .....                                                                     | 148 |

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Rozdział V. Podejście w kształceniu – nadawanie znaczeń i konstruowanie sensu współdziałania</b> . . . . .                   | 159 |
| 5.1. Nadawanie znaczeń w sytuacjach kształcenia . . . . .                                                                       | 163 |
| 5.2. Udział nauczyciela w konstruowaniu sensu współdziałania przez studenta . . . . .                                           | 170 |
| 5.3. Przygotowanie nauczycieli . . . . .                                                                                        | 175 |
| <b>Rozdział VI. Przeszkody w tworzeniu atmosfery do współdziałania</b> . . . . .                                                | 181 |
| 6.1. Przeszkody tkwiące w kształceniu . . . . .                                                                                 | 182 |
| 6.2. Trudności ze stwarzaniem się wykładowców . . . . .                                                                         | 195 |
| 6.3. Rozchwianie w świecie wartości . . . . .                                                                                   | 201 |
| <b>Zakończenie</b> . . . . .                                                                                                    | 205 |
| <b>Bibliografia</b> . . . . .                                                                                                   | 211 |
| <b>Co-Activity in the Field of Social and Medical Professions. Preparation – Conditions – Opportunities (Summary)</b> . . . . . | 223 |
| <b>Od Redakcji</b> . . . . .                                                                                                    | 227 |

## Wprowadzenie

Wśród zjawisk, które historycy uważają za najistotniejsze w rozwoju ludzkości, wymieniana jest praca, zwłaszcza podejmowana wspólnie, jako aktywność zbiorowa. Świadomy wysiłek wkładany w osiąganie celów – uzyskiwanie dóbr, przekształcanie środowiska w taki sposób, żeby zwiększyć szanse przetrwania gatunku ludzkiego – był zawsze postrzegany jako koło napędowe rozwoju cywilizacji. Richard Sennett, słynny amerykański socjolog, zajmujący się tematyką pracy twierdzi, że jako „zwierzęta społeczne” nie zdołalibyśmy przetrwać, gdybyśmy nie współpracowali z sobą (Sennett, 2012, s. 143). W wymiarze jednostkowym, praca jest takim rodzajem ludzkiej działalności, który potrafi nadawać życiu sens, stanowi jedną z głównych wartości, buduje pozycję człowieka, bywa też lekiem na depresję i samotność. W wymiarze zbiorowym wspólna praca (współpraca/ współdziałanie) zwiększa skuteczność podejmowanych działań, zaspokaja potrzeby przynależności, tworzy więzi.

Konkretniej pracy uczymy się, jesteśmy do niej wdrażani, ćwiczymy sprawność w jej wykonywaniu. Należałoby więc powiedzieć, że współpracy/współdziałania też trzeba się nauczyć, wyćwiczyć, zrozumieć i pojąć sens. Tu jednak wkradają się pytania: Czy zrozumieć (pojąć intelektem) znaczenie współdziałania, to jest to samo, co poczuć (skonstruować dla siebie) jego sens? Czy o znaczeniu współdziałania powinniśmy się uczyć (być nauczani), czy może ważniejsze jest jego doświadczanie? Wiedza otwiera drzwi do działania: „Robotnik, który chce dobrze pracować, najpierw ostrzy narzędzia” (Konfucjusz, 2008, s. 472). Cóż jednak z wiedzy, skoro ucząc się pracy nie będzie nam dane autentyczne doświadczanie **zjawisk istotnych** dla stawania się profesjonalnymi? To tak, jakby podróżować palcem po mapie. Takie doświadczenie ma ważny wymiar edukacyjny, ale nie wystarczy do tego, by stać się podróżnikiem.

Współdziałanie (pojęcia tego nie zawsze należy używać jako synonimu współpracy) jest właśnie takim zjawiskiem istotnym – zwłaszcza w niektórych profesjach. Współpraca w ramach tego samego zawodu, między pracownikami w tej samej instytucji, jest najczęściej zwyczajnym wymogiem sytuacyjnym. Z kolei współpraca i współdziałanie pomiędzy reprezentantami różnych profesji bywają deklarowane jako poprawność wręcz „polityczna”. Obszarem działań profesjonalnych, w którym *ex cathedra* podkreśla się znaczenie współpracy/współdziałania są zagadnienia związane ze zdrowiem. Pierwszoplanowi „specjaliści od zdrowia”, reprezentanci profesji medycznych, uznają istotne znaczenie innych dyscyplin

(innych specjalistów) z perspektywy usługowej – medycynie służy technika, pacjentowi może pomagać pracownik socjalny. Takie stawianie sprawy jest jednak wielkim uproszczeniem i nie sprzyja społecznemu rozwojowi.

Pedagogika społeczna, rozumiana nie tylko jako dziedzina praktyki, ale również refleksja nad praktyką, nad działaniem w obszarze praktyki (Marynowicz-Hetka, 2006, s. 12), od początku widziała w medycynie jedno z głównych źródeł wiedzy o rozwoju człowieka (Radlińska, 1961, s. 361). Obecnie w ramach licznych analiz postępowania społeczno-wychowawczego stale akcentuje swój najdawniej uznawany związek z lecnictwem i medycyną zapobiegawczą (*ibidem*, s. 324). Traktuje medycynę jako sprzymierzeńca działań zmierzających do takiej organizacji życia społecznego, którą będzie można uznać za najkorzystniejszą. Ten punkt widzenia implikuje konieczność współdziałania obu dyscyplin, zarówno w teorii, jak i w praktyce. Jednak w teorii i praktyce, w działaniu, a nawet i w kształceniu współcześni pedagodzy na tyle rzadko sięgają do medycyny, że te związki wcale nie są takie wyraźne, jak należałoby oczekiwać.

Podjęmowane są różne próby urzeczywistnienia wspólnych interesów pedagogiki i medycyny, głównie w zakresie działań określanych mianem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, promocji zdrowego stylu życia *etc.* Wiele z tych określeń jest definiowanych w bardzo konkretny sposób, ale ogólnie rzecz ujmując chodzi o taką mobilizację sił społecznych (jednostkowych i zbiorowych), która przyczyni się do podniesienia świadomości, a przez to kondycji zdrowotnej społeczeństwa. Jedną z dróg wiodących do tego celu są próby powoływania nowych zawodów, takich jak na przykład edukatora zdrowia (Przewoźniak, Bik, 2001) czy promotora zdrowia (Kulmatycki, 2001) lub specjalizacji, jak na przykład w zakresie promocji zdrowia pracujących/w sferze pracy (Korzeniowska, 2008).

Innym kierunkiem urzeczywistniania współdziałania, proponowanym w tych rozważaniach, wydaje się być właściwe kształcenie w obrębie dyscyplin i zawodów już istniejących, posiadających ugruntowaną pozycję, które nie są ograniczone nadmierną specjalizacją. Moje indywidualne doświadczenie zawodowe, miejsca pracy, rola nauczyciela przygotowującego do działania sprawiają, że identyfikuję brak kształcenia do współdziałania, a przynajmniej jego niedostateczne przejawy. Potrzebę takiego kształcenia można uzasadniać zarówno na podstawie rozważań teoretycznych, doniesień z badań, jak i przywołując przykłady z praktyki.

Prezentowane w tej książce zagadnienia stanowią przedmiot moich wieloletnich doświadczeń praktycznych i analiz badawczych. Idea realizacji badań dojrzewała we mnie od wielu lat, ale książka nie jest zbiorem wszystkich tzw. refleksji własnych autorki na temat wzajemnych relacji reprezentantów profesji społecznych i medycznych. Zawiera wprawdzie odniesienia do wcześniejszych doświadczeń praktycznych, ale jest to materiał wyselekcjonowany pod kątem tematu, uzupełniony namysłem wynikającym z zaplanowanego postępowania badawczego. Do znaczących doświadczeń praktycznych zaliczam m.in. moją kilkuletnią praktykę zawodową w szpitalu psychiatrycznym. Satysfakcja z tego, co jako pedagog mogłam oferować pacjentom oraz studentom różnych kierunków (społecznych i medycznych), odbywającym praktyki w tej placówce, ścierała się z negatywną opinią, subiektywną i być może nie do końca sprawiedliwą, na temat

współpracy pomiędzy reprezentantami różnych profesji w takiej instytucji. Opinia ta mogła być jedynie hipotezą, wymagała badawczego dystansu, uzupełnienia o stanowisko „drugiej strony”. Najogólniej rzecz ujmując, doszłam do wniosku, że o postępowaniu w stosunku do pacjenta autokratycznie decydowali lekarze, potem, za ich przyzwoleniem, pielęgniarki, wreszcie uzupełniali tę pracę psycholodzy, czasem rehabilitanci, a gdzieś na końcu plasowali się pracownicy socjalni oraz inni towarzyszący procesowi leczenia specjaliści, jak na przykład terapeuci zajęciowi. Relacje między nimi były wyraźnie asymetryczne, co nie sprzyjało ani diagnozowaniu, ani postępowaniu leczniczo-terapeutycznemu. Może w takiej rzeczywistości nie byłoby nic nienormalnego, w końcu mówimy o placówce leczniczej, gdyby nie brak uznania większości personelu medycznego dla kompetencji tych „niżej w hierarchii”.

Podobne spostrzeżenia miałam kilkanaście lat później, kiedy podczas badań nad przydatnością projektowania socjalnego w kształceniu do pracy socjalnej spotykałam się z wypowiedziami dyrektorów różnych placówek medycznych oraz ordynatorów oddziałów, którzy informowali wprost, że gdyby mogli w miejsce pracownika socjalnego zatrudnić pielęgniarkę, to zrobiliby to bez wahania. Zresztą, sami pracownicy socjalni mówili o swojej niskiej pozycji zawodowej w placówkach służby zdrowia. Można było odnieść wrażenie, że są bezradni i pogodzeni z taką sytuacją, a nawet sami znajdują dla niej uzasadnienie pomimo, że potrafili podać liczne przykłady z praktyki dowodzące, jak ważna dla procesu rozpoznawania choroby i zdrowienia pacjenta była – usytuowana obok medycznej – diagnoza społeczna.

Do wskazanego problemu można podejść jednak również inaczej i przyjąć założenie, że oto u podstaw wszelkich analiz i działań związanych z wartością powszechnie uważaną za jedną z najważniejszych, jaką jest zdrowie człowieka<sup>1</sup>, zawsze stać będzie dysproporcja. To medycyna jest przecież główną nauką o zdrowiu i chorobie człowieka, to ją, jak żadną inną można bez wahania zaliczyć nie tylko do nauk przyrodniczych, ale też humanistycznych, społecznych – skoro jej przedmiotem, ale również podmiotem jest człowiek<sup>2</sup>. W takim rozumieniu lekarz czy pielęgniarka są zarówno reprezentantami profesji medycznych, jak i społecznych, a ich dominujące znaczenie jest naturalne. Osiągnięcia medycyny są przecież wynikiem ujęcia „...badań biologii w rygory obowiązujące w naukach ścisłych” (Szczeklik, 2007, s. 111), jest ona ufundowana na teoriach biologicznych,

---

<sup>1</sup> Z badań CBOS wynika, że od 2005 r. hierarchia wartości uznawanych przez Polaków za najważniejsze nie zmienia się – są nimi dobre zdrowie i szczęście rodzinne (*vide*: Komunikat z badań CBOS *Wartości i normy*, 2013 r.).

<sup>2</sup> Zalecenie, że „wszędzie tam, gdzie przedmiotem pracy jest człowiek, powinniśmy traktować go jednocześnie jako podmiot” (Mazurkiewicz, 1974, s. 131) jest eksponowane w naukach społecznych. Pedagog społeczny przyjmuje, że adresat jego działań jest też zdolny do działania, jest współtwórcą swojego losu na każdym, świadomym etapie swojego życia, nawet wówczas, kiedy potrzebuje profesjonalnej pomocy innych. Natomiast w wąskim ujęciu medycznym „Istotą bycia pacjentem, w najogólniejszym sensie tego słowa, jest bycie przedmiotem czyjegoś działania” (Szawarski, 2005, s. 32). Dopiero szeroki zakres działań podejmowanych przez reprezentantów profesji medycznych, w tym profilaktyka medyczna, promocja zdrowia *etc.*, akcentuje również podmiotowość adresatów działań.

fizycznych i chemicznych, a to w stosunku do nich „...panuje znacznie szerszy consensus niż wokół twierdzeń formułowanych przez nauki społeczne” (Zybertowicz, 1996, s. 8). Z tego punktu widzenia jej ranga jako nauki jest trudna do przecenienia. Jeśli dodatkowo uznać tezę amerykańskiego psychoanalityka Thomasa Szasa, że w nowoczesnych społeczeństwach industrialnych medycyna jest rodzajem religii państwowej, „...ludzie wierzą bardziej w zdrowie niż w zbawienie, bardziej w leki niż w modlitwę, bardziej w lekarzy niż w księży, bardziej w medycynę i naukę niż w teologię i Boga” (*Państwo i medycyna*, 2013, s. 37), to status medycyny i lekarzy jest niepodważalny, a dyskusja na temat równoważenia relacji zawodowych między reprezentantami profesji medycznych oraz społecznych, pobożnym i być może zbędnym życzeniem tych drugich.

Mimo to w rozważaniach zawartych w tej książce spróbowałam być rzeczniczką autentycznego współdziałania w obszarze profesji społecznych i medycznych. Upoważnia mnie do tego związek z dyscypliną wielowymiarową, rozwijającą się „...na skrzyżowaniach nauk o człowieku, biologicznych i społecznych [...] dzięki własnemu punktowi widzenia” (Radlińska, 1961, s. 361). Ów punkt widzenia – perspektywa pedagogiki społecznej – każe mi wierzyć, że można i należy przekształcać środowisko „w imię ideału”. Ideałem jest w tym przypadku współdziałanie reprezentantów nauk społecznych i medycznych w tej samej przestrzeni społecznej, dla społecznego dobra, które ma szansę zaistnieć wówczas, kiedy profesjonalści spotykają się w człowieku (nie *obok*, nie *przy*, ale *w człowieku*), w jego cierpieniu, problemach, potrzebie pomocy, zrozumienia i akceptacji. Środkiem wiodącym do tego celu jest zarówno kształcenie, jak i świadomie podejmowane w praktyce wspólne działanie.

Lata analiz naukowych, badań i dyskusji, a wreszcie, co może najważniejsze, doświadczeń praktycznych spowodowały, że wykształciło się wiele dyscyplin zarówno po stronie nauk medycznych, jak i społecznych, które wskazują na wzajemne związki. Mamy więc po stronie nauk medycznych takie dyscypliny, jak na przykład medycyna szkolna czy medycyna społeczna, a po stronie nauk społecznych jest między innymi pedagogika zdrowia, antropologia medyczna, socjologia medycyny oraz jej subdyscypliny, jak na przykład socjologia żywienia i inne. Wszystkie te dyscypliny uznają potrzebę działania interdyscyplinarnego czy też współdziałania zarówno w zakresie praktyki, jak i w obszarze dociekań naukowych, w celu podnoszenia jakości życia, kondycji zdrowotnej, skuteczności profilaktyki i leczenia. Umiejętność współdziałania interdyscyplinarnego urasta więc do rangi jednej z głównych cech charakteryzujących profesjonalistów. Naturalną konsekwencją takiego stanowiska (i potrzeby) powinno być przygotowanie do rzeczowego współdziałania, a miejscem, w którym należy je urzeczywistniać, jest uczelnia z preferowanymi przez nią sposobami kształcenia, postawami wykładowców, relacjami panującymi wśród jej społeczności *etc.* Tu pojawiają się istotne problemy badawcze, które najogólniej można sformułować w postaci pytań o to: Jak kształcić do współdziałania w obszarze nauk społecznych i medycznych? – ale również: Jak działać we wspólnej przestrzeni? To pytania wzajemnie uzupełniające się, pokazujące wynikowość przyjętej hipotezy, że kształcenie do współdziałania ma szansę przełożyć się na rzeczywiste współdziałanie, zaś partnerskie

działania profesjonalne sprzyjają rozwojowi kształcenia. To jednocześnie pewna idea. Gdyby odnieść ją do koncepcji konstruktywizmu, to należałoby stwierdzić, że wiedza powstaje w obszarze relacji międzyludzkich i ma charakter „ideologiczny” (Zybertowicz, 1996).

Poszukując odpowiedzi na wyżej postawione pytania, odwołuję się do dwóch głównych źródeł własnego namysłu badawczego. Pierwszym źródłem są wspomniane już wcześniej osobiste doznania badaczki (z praktyki działania oraz kształcenia) i towarzyszące im refleksje. Drugie źródło, to badanie zrealizowane w sposób planowy, w określonych wcześniej miejscach i czasie. Szczegółowych informacji o takiej procedurze postępowania dostarcza Rozdział I. W nim również naświetlono, w jaki sposób odczytywane są kluczowe dla tych rozważań kategorie: *działanie profesjonalne*, *podmiotowość* oraz *podmioty działania*.

Osobnej analizie poddano w Rozdziale II kategorię *współdziałania*. Jest ona często utożsamiana z takimi sposobami zbiorowej aktywności jak współpraca lub kooperacja. Posiada jednak inny wymiar. W uproszczeniu można powiedzieć, że współdziałanie wymaga od jego profesjonalnych uczestników usunięcia się w cień. Cel społeczny („dla innych”) jest nadrzędny w stosunku do wielu korzyści zawodowych i osobistych, które mogą pojawić się podczas wspólnej aktywności, a przez to faktyczne współdziałanie może jawić się jako zjawisko trudne do realizacji w praktyce.

Szczególne znaczenie dla podjętych rozważań posiada przygotowanie do wspólnej aktywności. W Rozdziale III przyjęto, że praca lekarza i pedagoga to dominacja działań złożonych, cechujących się wielką dozą odpowiedzialności, kreatywności i samodzielności. Zatem należy zastanawiać się nad sposobem kształcenia do takich „złożonych profesji”. Jednym z proponowanych kierunków jest świadome kształcenie do współdziałania. Ważne są tutaj nie tylko metody nabywania wiedzy i profesjonalnych umiejętności, ale również budzenie określonych postaw. Ten proces trudno uznać za kończący się wraz ze zdobyciem formalnych kwalifikacji. Jego kontynuacja ma miejsce w praktyce działania medycznego i społeczno-wychowawczego.

Praktyka pokazuje, że reprezentanci profesji społecznych i medycznych mają wiele okazji do spotykania się na gruncie pracy zawodowej. Czasami są to spotkania pełne akceptacji, rozumienia szans, jakie daje wspólne działanie, ale niejednokrotnie jest to też mijanie się, zaprzepaszczenie wspólnej obecności w tej samej przestrzeni działania. Temu problemowi poświęcono Rozdział IV. Dopełnia go przywołanie kilku wybitnych postaci pedagogów społecznych i lekarzy, którzy dostrzegali znaczące korzyści płynące ze wzajemnego przenikania się dyscyplin społecznych i medycznych.

Treści zawarte w tej książce prezentują perspektywę pedagogiki społecznej (pedagoga społecznego). Opinie reprezentantów nauk medycznych – praktyków i jednocześnie nauczycieli akademickich oraz aktywnych społecznie studentów medycyny – prześwietlone przez punkt widzenia pedagogiki społecznej są istotnym składnikiem rozważań nad sensem i znaczeniem kształcenia do współdziałania ukazany w Rozdziale V. Rysuje się tutaj cel wychowawczy takiego postępowania – budzenie lub wzmacnianie świadomości społecznej profesjonalistów i przyszłych

profesjonalistów. Termin świadomość, używany w wielu znaczeniach, rozumiany jest w tym przypadku jako zdolność do zdawania sobie sprawy przez reprezentantów i przyszłych reprezentantów zawodów społecznych oraz medycznych z własnego, profesjonalnego zachowania (postawa współdziałania jako element profesjonalnego postępowania) i jego uwarunkowań oraz konsekwencji społecznych.

Być może z czasem wyodrębni się jakaś subdyscyplina pedagogiki społecznej – pedagogika współdziałania (?) – która będzie próbowała szerzej i wnikliwiej potraktować zagadnienie przygotowywania ludzi do współdziałania i do faktycznej jego realizacji. Nie wydaje się to jednak absolutnie konieczne. Współdziałanie można przecież potraktować interdyscyplinarnie, a nawet transwersalnie jako temat dla wspólnych analiz oraz zadanie dla praktyki. Poszukiwanie praktycznych sposobów, ale i teoretycznych uzasadnień dla współdziałania może być odebrane jako próba wywołania efektu społecznego. Jest to zjawisko dość często występujące w badaniach realizowanych z perspektywy pedagogiki społecznej nastawionej na przekształcanie rzeczywistości społecznej nie tylko pod wpływem wniosków wynikających z badań, ale także w trakcie trwania postępowania badawczego. Z próbą wywołania efektu społecznego wiąże się jednak wiele przeszkód i dylematów. W Rozdziale VI, ostatnim, naświetlone zostały przeszkody ograniczające rozwój kształcenia do współdziałania i urzeczywistnienia współdziałania.

Rozdział V i VI to świadomy powrót do zagadnień uwzględnionych we wcześniejszych analizach, ale tym razem ze wskazaniem propozycji dla teorii i praktyki. Nie należy jednak odbierać ich normatywnie, ale jako głos w dyskusji.

Przestrzeń działania społecznego jest tematem obecnym w wielu nurtach i dyscyplinach naukowych. W prezentowanej publikacji często pojawiają się odwołania do niektórych z nich, ale punkt widzenia jest niezmienny – to perspektywa pedagogiki społecznej, która nakazuje analizować procesy społeczno-wychowawcze przez pryzmat ich środowiskowych uwarunkowań. Stąd formułowane tezy odnoszą się do analiz podjętych w określonym miejscu i czasie.

Dziękuję wszystkim, którzy w tym miejscu i czasie, na drodze poszukiwań przestrzeni do współdziałania, zechcieli spotkać się ze mną. Dotyczy to zwłaszcza wykładowców uczelni medycznej, którzy zgodzili się na (niekiedy wielogodzinne) „rozmowy o kształceniu”. To ich wypowiedziami, tymi najbardziej reprezentatywnymi, posługuję się w kolejnych rozdziałach dla zobrazowania zastanej rzeczywistości. Dzięki nim wyłonił się obraz działania i kształcenia z perspektywy przedstawicieli profesji medycznych. Ten obraz nie zawsze pokazuje ich postępowanie jako wzorcowe. Podobnie jak często nie jest ono takim w wydaniu reprezentantów dyscyplin społecznych (w tym moim własnym). Jednak wszelka zawarta tu krytyka ma sprzyjać staraniom o współdziałanie. Przyjmuję bowiem, że współdziałanie, mimo idealizmu tej formy wspólnej aktywności, nie jest jednak zjawiskiem niemożliwym.

Z dumą wspominam studentów, którzy podejmują się różnych aktywności społecznych na gruncie interdyscyplinarnym – ale również potrafią podzielić się swoją refleksją nad własnym kształceniem oraz działaniem.

Uszanowanie należy się pacjentom, którzy ujawnili swoje dobre i złe, często bolesne doświadczenia z czasu chorowania i zdrowienia.

Recenzentce tej książki, Pani Profesor Ewie Syrek, wdzięczna jestem za cenne uwagi oraz umocnienie mnie w przekonaniu, że warto podejmować tematy służące zarówno celom poznawczym, jak i praktycznym, zmierzającym do dokonywania zmian świadomościowych i organizacyjnych.

Szczególne podziękowania składam Pani Profesor Ewie Marynowicz-Hetce, pedagogowi społecznemu, oraz Panu Profesorowi Kazimierzowi Jędrzejewskiemu, lekarzowi – zwolennikom działania interdyscyplinarnego i kształcenia do współdziałania, którzy wspierali mnie na drodze do szczególnego spotkania z reprezentantami profesji społecznych i medycznych.

Książka adresowana jest do wszystkich, którzy twierdzą, że współdziałają albo chcieliby profesjonalnie współdziałać, nie tylko w obszarze zdrowia.

## ROZDZIAŁ I

# Odkrywanie instytucji działania profesjonalnego

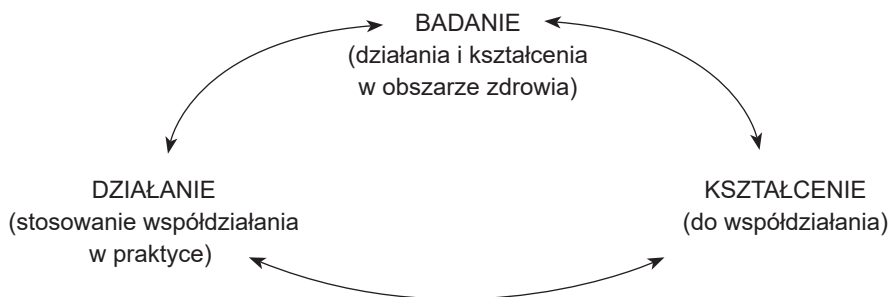
Obecna we współczesnej pedagogice społecznej koncepcja tworzenia rzeczywistości społecznej jako instytucji pozwala zarówno na analizę badawczą, jak też może pomagać w praktycznym przetwarzaniu tak symbolicznie rozumianego organizmu społecznego. W bogatym świecie społecznym krzyżują się i przenikają liczne instytucje, a każdy z nas jest jednocześnie użytkownikiem i mniej lub bardziej świadomym twórcą (współtwórcą) wielu takich organizmów. W tym rozumieniu działanie to tworzenie instytucji symbolicznej, zaś nasze zaangażowanie w poszczególne „instytucje” uzależnione jest od osobistych wyobrażeń o nich, realnych doświadczeń, znaczeń, które im nadajemy, i sensów, które w tych instytucjach odnajdujemy. „Dopiero wzajemne powiązanie w przestrzeni społecznej tego, co realne, z tym, co wyobrażone i symboliczne pokazuje złożoność życia instytucjonalnego, umożliwia pełniejsze zrozumienie zachodzących zmian” (Marynowicz-Hetka, 2006, s. 80). Kategoria „zmiany” wskazuje na dynamizm tak rozumianych instytucji, ciągłe ich „stawanie się”. „Procesualność w tworzeniu instytucji często wymusza pytanie o postawy podmiotów tego procesu, o granice między akceptacją i współdziałaniem a negacją i oporem” (*ibidem*, s. 81). Świadoma uczestniczenia w ciągłym tworzeniu instytucji jednostka lub grupa wchodzi w różnorodne relacje z innymi, zmuszona jest do dokonywania wyborów, uzasadniania ich, mediowania rozwiązań. Wolno więc mówić o określonych poziomach rzeczywistości społecznej, w której zjawiska i procesy mogą rozszerzać zasięg na inne, w innym czasie i przestrzeni.

Przykładem takich symbolicznych, „wielkich instytucji” może być praca społeczna/socjalna. Innym przykładem jest kształcenie. Zjawiska i procesy, które w nim zachodzą mogą rozprzestrzeniać się na działanie społeczne, ale możemy mieć również do czynienia z kierunkiem odwrotnym, kiedy określone działanie będzie miało znaczenie dla dynamiki kształcenia do tego działania. Przenikanie się obu tych symbolicznych instytucji pozwala na łączne potraktowanie badania kształcenia oraz badania działania, które jest podejmowane w wyniku uzyskania (uzyskiwania) określonego wykształcenia. Łączna analiza kształcenia i działania, dokonywana ze społeczno-pedagogicznego punktu widzenia może sprzyjać namysłowi nad nadawaniem znaczeń działaniu i odkrywaniem (odczuwaniem,

konstruowaniem) jego sensu. Punkt widzenia to: „...te elementy występujące w jakiejś koncepcji, w jakimś stanowisku, które wyznaczają podstawę dla interpretacji obserwowanej rzeczywistości, jak też odniesienie dla jej analizy. To, co może stanowić takie odniesienie, najczęściej jest systemem przekonań. W przypadku pedagogiki społecznej jest to punkt widzenia na znaczenie, (miejsce) podmiotu, (jednostki) w środowisku życia, na możliwości kształtowania owego środowiska, na siły sprawcze działania oraz na specyficzne cechy pedagogiki społecznej jako dyscypliny akademickiej oraz orientacji działania” (Marynowicz-Hetka, 2012, s. 162). Z takiego punktu widzenia można podejmować próbę odkrywania kolejnej instytucji symbolicznej – instytucji współdziałania. Punkt widzenia ujawni się w stanowisku dotyczącym działania profesjonalnego, podmiotów i podmiotowości w działaniu, w odczytywaniu relacji społecznych. Ten punkt widzenia to również preferencje dotyczące kształcenia do działania.

Przyjmując, że współdziałanie jest jednym z atrybutów działania profesjonalnego podejmowanego w obszarze profesji społecznych i medycznych, badanie działania może stać się poszukiwaniem przejawów współdziałania, rozpoznawaniem jego barier i możliwości, wyjaśnianiem prawidłowości występujących na skrzyżowaniu dyscyplin. Wspomniane wyżej kształcenie można rozumieć wtedy jako budowanie instytucji współdziałania „od dołu” unaoczniające jej istotę już w fazie przedprofesjonalnej po to, żeby praktyka była bardziej profesjonalna.

Wychodząc zatem z założenia, że przestrzeń do współdziałania między reprezentantami profesji społecznych i medycznych należy tworzyć już na etapie kształcenia, badanie kształcenia może służyć szerszemu spojrzeniu na czynniki sprzyjające interdyscyplinarnemu współdziałaniu, a nawet je uruchamiać. Z kolei interpretowanie obserwowanej rzeczywistości dzięki wykorzystaniu analiz badawczych, identyfikowanie występowania współdziałania lub jego braku czy też niedostatecznych przejawów w praktyce może skutkować w kierunku kształcenia, modyfikować je. Pamiętając też, że praktyka (tu: działania w obszarze zdrowia i kształcenia do profesji społecznych oraz medycznych) stanowi dla pedagogiki społecznej niezbędny element nasycający teorię działania społeczno-wychowawczego, otrzymujemy układ zależności, jak na rycinie 1.



Rycina 1. Zależności między badaniem, działaniem i kształceniem do współdziałania

Zgodnie z koncepcją instytucji symbolicznej, każdy z trzech wyżej zaznaczonych elementów jest żywy i jako będący w trakcie stawania się stale oddziałuje na inne elementy, ale też z ich strony odbiera sygnały modyfikujące swój stan.

Wzajemne związki między działaniem i kształceniem nie budzą większych wątpliwości. Zależności między nimi są dla pedagoga oczywiste. Widzi on zwłaszcza konieczność podążania kształcenia za wymaganiami współczesności, ale też uprzedzania przez kształcenie potrzeb praktyki.

To drugie zjawisko obserwowaliśmy w Polsce dzięki wprowadzeniu kształcenia do pracy socjalnej z wykorzystaniem projektowania socjalnego na jakiś czas (1993 r.) przed eksplozją pracy w oparciu o różnorodne projekty (w tym współfinansowane ze środków unijnych). Do kształcenia z wykorzystaniem projektowania socjalnego, jako sposobu przygotowania do działania społeczno-wychowawczego, będziemy odwoływać się wielokrotnie. To szczególny rodzaj tworzenia instytucji symbolicznej. Projektowanie socjalne wykorzystywane w kształceniu do działania, jak żadna inna metoda, łączy cechy działania profesjonalnego i jednocześnie kształcenia do profesji społecznych.

Jednak równoczesna analiza działania i kształcenia narażona jest na zarzut „rozmiękczenia” badania, czynienia z niego postępowania zbyt często modyfikowanego pod wpływem aktualnie napotykaney, bardzo złożonej rzeczywistości, a tym samym pozbawiania go walorów obiektywizmu. Należy zatem mieć świadomość, że takie postępowanie jest możliwe w przypadku przyjęcia założenia, że prowadzone badania nie są rozstrzygające, natomiast mają na celu otwieranie przestrzeni do dalszych poszukiwań. Jeśli zaakceptujemy stanowisko reprezentowane przez pedagogikę społeczną, że współdziałanie jest wartościowym kierunkiem profesjonalnej aktywności, to mamy prawo uznać również, że instytucję współdziałania należy stale budować. Ponieważ jest ona jednak, jak wykazą nasze dalsze analizy, takim rodzajem aktywności, którego nie można nakazać, narzucić, to stałe tworzenie warunków dla jej występowania może, a nawet powinno odbywać się zarówno w procesie kształcenia, działania, jak i badania. Określone, otwarte postępowanie badawcze ma szansę przynieść nie tylko wiedzę na badany temat, ale też na bieżąco brać udział w przekształcaniu rzeczywistości społecznej.

Taki kierunek wpisuje się w zagadnienie rekompozycji kultury działania badawczego, sytuowanego przez Jean-Marie Barbiera w obszarze „....paradygmatu, w którym nabytą wiedzę łączy się z kształtowaniem się podmiotów” (Barbier, 2015, s. 62). Ten paradygmat „....posiada trzy ważne cechy:

- celem podejmowanych badań jest nie tyle poznanie zmieniającego się świata, ile poznanie tych procesów jego transformacji, których zarówno intencją, jak i celem finalnym jest optymalizacja. Z tego powodu kluczowymi w badaniach stają się podejście do rzeczywistej aktywności oraz to, co nazywamy rozwojem pól badawczych odpowiadających polom praktyki;

- badania rozwijają się w czasie i w przestrzeni aktywności/działań. Obejmuje to zarówno podmioty tej aktywności, jak też częściowo ich metody. Te badania to w a r z y s z ą procesom transformacji świata;

– wiedza, jaka powstaje w toku tych badań odnosi się do działań jednostkowych, u s y t u o w a n y c h. Jest natychmiast możliwa do zastosowania w działaniu przez tych, którzy ją tworzą” (*ibidem*).

## 1.1. Metodologiczne aspekty analizy działania i współdziałania

Treści zawarte w tej książce wynikają z dwóch źródeł namysłu badawczego. Pierwsze ma związek z występowaniem autorki przez wiele lat w różnych rolach: wychowawczyni, terapeutki, pracownika społecznego czy wreszcie nauczycielki kształcącej do pracy socjalnej. Gromadzone doświadczenie, osobiste doznania oraz refleksje towarzyszące tym doznaniom pozwoliły nie tylko na „pozбиeranie” faktów, ale przede wszystkim ułatwiły dogłębne włączenie (najogólniej ujętego) przedmiotu badań – współdziałania – w krąg świadomych analiz. Osobiste doznania i refleksje stanowiły specyficzne postępowanie pilotażowe. Drugie źródło namysłu badawczego związane jest z zastosowaniem pogłębionych badań, mających na celu weryfikację wcześniejszych doznań i sformułowanie oraz uzasadnienie sądów o określonej rzeczywistości społecznej.

W dalszych rozważaniach znajdują się liczne odwołania do lat 2008–2013, kiedy to w sposób świadomy i celowy, z zamiarem spożytkowania materiału w przyszłych analizach, uczestniczyłam w działaniach, w których przenikały się zagadnienia zdrowia, choroby, niepełnosprawności i kształcenia. Były to kursy i szkolenia (podczas których bywałam zarówno wykładownicą, np. na specjalizacji z pielęgniarstwa psychiatrycznego, jak i uczestniczką, np. podczas kursu z zakresu stosowania Metody Balinta<sup>1</sup>), seminaria i konferencje organizowane przez podmioty społeczne, jak i medyczne (np. z okazji Światowych Dni Zdrowia Psychicznego), a także projekty socjalno-wychowawcze opracowywane i wdrażane przez pedagogów, pracowników socjalnych oraz studentów pedagogiki społecznej na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego. Takie postępowanie sprzyjało zarówno poznaniu sfery deklaratywnej reprezentowanej przez przedstawicieli dyscyplin społecznych i medycznych, na przykład podczas konferencji tematycznych, jak i rzeczywistości działania oraz kształcenia – i w konsekwencji pozwoliło na sformułowanie sądu<sup>2</sup>, że: Współdziałanie interdyscyplinarne

---

<sup>1</sup> Metoda Balinta (Grupy Balinta), to pierwotnie sposób rozpoznawania i optymalizowania relacji lekarz–pacjent. Metodę rozszerzono na innych specjalistów z obszaru profesji medycznych, a także społecznych. Bywa traktowana jako supervizja dla osób zajmujących się zawodowo pomaganiem.

<sup>2</sup> W badaniach jakościowych spotyka się formułowanie sądów, wypowiedzi o statusie hipotezy. Dokonuje się tego na podstawie wstępnej, teoretycznej lub pochodzącej z doświadczenia wiedzy: „...badacz określa swoje wyobrażenie co do poznawanego stanu rzeczy, czyli formułuje wypowiedź o statusie hipotezy (jest to opis, a nie klasyczna hipoteza o zależnościach). Następnie, badając pierw-