

Prof. dr hab. Jerzy Modrzewski

Recenzja pracy doktorskiej Pani Mgr Eweliny Jaksz-Recmanik na temat: Kulturowo - religijne zróżnicowanie zachowań zdrowotnych wyznawców wybranych religii. Diagnoza i edukacja zdrowotna. Katowice 2020, ss 305 (pod kierunkiem Pani Prof. zw. dr hab. Ewy Syrek).

1. Uwagi wprowadzające.

Kategoria zdrowia lecz i fenomen „bycia zdrowym”, od początku swojej kariery naukowej sprawia kłopoty trudne do jednoznacznego przewyciężenia nie tylko osobom interesującym się nią poznawczo lecz zwłaszcza prakseologicznie i praktycznie.

Kłopoty te w zasadzie nie były i nie są obecne w tych społeczeństwach i w tych społecznościach, w których nie ujawniła się i nie zakorzeniła w świadomości, w praktyce społecznej i pielęgnowanej w nich kulturze wiedza naukowa z jej instytucjonalnymi i profesjonalnymi formami uprawiania, kwalifikowania i stosowania także wobec wszelkich pielęgnowanych w nich wartości a w tym i **wartości zdrowia, jako podmiotowo lokowanego warunku standardowego uczestnictwa społecznego i przedmiotowego warunku integracji struktur społecznych.**

Stąd zdrowym było się i jest w nich zawsze wówczas gdy współtworzące je osoby społeczne uosabiały **znamiona** owej jakoś pojmowanej i praktykowanej w nich wartości, przesądzające o tym, że stawały się one typowymi, zwyczajnymi, akceptowanymi uczestnikami życia społecznego, będącymi właśnie uosobieniem tych cech podmiotowych, które spełniały kategoriałne (płciowe, wiekowe i stratyfikacyjne), oczekiwania żywione wobec osób społecznych i zyskując tym samym przyzwolenie na pełnienie przez nie odnośnych ról, na członkostwo w grupach i podzielenie integrujących je więzi.

Jeśli owe znamiona pozostawania zdrowym sytuacyjnie, było i jest przejściowo bądź trwale podmiotowo tracone wówczas grupy społeczne

podejmowały czynności zmierzające do ich skutecznego przywrócenia np. poprzez:

- praktyki okresowego uwalniania jednostki od pełnienia przypisanych jej ról do czasu odzyskania typowych sprawności, wyglądu czy percepcji np.:
- poprzez stosowanie praktyk odosobnienia, ziołoleczenia, nastawiania złamanych kończyn, zasklepiania ran, puszczenia względnie tamowania upływu krwi,
- odzyskiwania traconych dobrych duchów i przeganiania złych czemu służyły i służą praktyki czy rytuały magiczne,
- a od czasu uobecniania się w kulturach tych społeczeństw wyobrażenia obecności istot nadprzyrodzonych i utrwalania przeświadczenia o ich zainteresowaniach losami ludzkimi – poprzez praktyki składania im ofiar, modlitwę, medytację czy odprawiania stosownej wobec wyobrażonych ich oczekiwań - liturgii .

Jak wiadomo praktyki te wykreowały trzy zasadnicze role społeczne osób trudniących się przywracaniem traconych podmiotowo przymiotów uosabiających wartość bycia zdrowym. Były to i są role: znawców – zwanych mądrymi a praktykujących przywracanie osobom i zwierzętom utraconej funkcjonalności oraz role szamana i kapłana.¹

Osobnicy pełniący pierwszą z tych ról podejmują skuteczne lub nie działania przywracania osobom społecznym znamion posiadania czy dysponowania wartości zdrowia czyli kompetencji społecznej, standardowego wyglądu i zachowania a więc przywracania stanu sygnalizującego odzyskanie oczekiwanej społecznie sprawności, wyglądu, percepcji.

Szamani z kolei – a także egzorcyci - trudzą się poszukiwaniem podmiotowych dobrych duchów, takich które opuściły osobę i skłanianiem ich do powrotu by w ten sposób przywrócić jednostkom ich kompetencję czyli standardową dla reprezentowanych przez nie kategorii społeczną funkcjonalność; względnie przegonienia obecnych w osobie złych duchów, czyniących ją tym samym chorą a zatem i społecznie niebezpieczną.

Kapłani zaś zajmują się regulowaniem stosunków osób społecznych z wyobrażanymi przez nie istotami nadprzyrodzonymi gwarantując im tym samym podmiotowe zachowanie tak pojmowanej i wzorowanej wartości zdrowia – sygnalizowanej pozostawaniem w stanie łaski (...zdrowaś Mario, łaskiś pełna, Pan z Tobą...) z wyobrażanym bóstwem czyli gwarantem uosabiania kompetencji społecznego uczestnictwa w społecznościach zintegrowanych więziami religijnymi.

¹ Ewolucję społeczno-kulturową owych ról świetnie ukazał F. Znaniecki np. w: Naukach o kulturze i w Społecznych rolach uczonych ale i antropologowie kultury w swojej licznej reprezentacji.

W przypadku nieskutecznego odzyskiwania tak pojmowanego zdrowia-konsekwencje ponosiły i ponoszą w zasadzie osoby uznane za chore a nie ich uzdrowiacze stąd były one i są marginalizowane, izolowane, przeganiane a nawet tracone jako uosobienia cech zagrażających zdrowiu innych osób społecznych (np. osoby wskazane przez Inkwizycję Kościoła katolickiego, to także próby nawracania lub zabijanie osób uznanych za niewiernych i/lub wierzących inaczej - Talibowie, oczyszczające z choroby praktyki pokutowania za tak zwane grzechy jako znamiona choroby, itp.).

Rzecz ze zdrowiem skomplikowała się niepomierne gdy w ten uporządkowany przez wieki i kultury porządek (nie) radzenia sobie z zachowaniem i przywracaniem traconej osobniczo wartości zdrowia wtrąciła się wiedza zwana nauką kreując zastępy osób pełniących społeczne role uzdrowiaczy zwanych lekarzami czy medykami - dynamicznie a wręcz agresywnie wzbogacana w tym względzie innymi rodzajami mniej lub bardziej zracjonalizowanej refleksji o istocie tej wartości i sposobach jej chronienia, zwłaszcza w tym porządku myślenia o niej, w którym wszelkie pielęgnowane przez ludzi wartości postrzegane są w nich w kontekstach orientacji zwanej relatywizmem.

Stąd i tę wartość postrzegamy dzisiaj (poza tradycyjnym jej pojmowaniem i identyfikowaniem) w kategoriach cechy: podmiotowo – przedmiotowej, co prawda zrelatywizowanej historycznie i stacjonarnie (kulturowo) ale także co gorsza – sytuacyjnie, bowiem te same wzory ją wskaźnikujące społecznie i podmiotowo raz potwierdzają jej posiadanie a raz ujawniają jej (s) tracenie w zależności od społeczno-kulturowego kontekstu swojej aktualnej społecznej obecności wszakże identyfikowanej już przeważnie promedycznie.² Kwestię tę dodatkowo komplikują polityczne a nawet prawne regulacje społecznej **obecności obywateli** i osób nieposiadających tego statusu społecznego, które także korygują (modyfikują) po części jej promedyczną identyfikację.³

² Tę kształtującą się poprzez wieki i kultury dynamiczność (zmiennosc) ujawniają diametralne wręcz wzory wyglądu ciała czy praktykowanej higieny uznawanych w różnych kulturach za prozdrowotne. Patrz np.: G. Vigarello, Historia zdrowia i choroby. Warszawa 2011 i tegoż: Historia czystości i brudu. Warszawa 2012 a przede wszystkim pod Jego redakcją: Historia ciała. Od renesansu do oświecenia. Gdańsk 2011, t.1; Od Rewolucji do I wojny światowej. Gdańsk 2013, t. 2 i Różne spojrzenia wiek XX. Gdańsk 2014, t.3.

³ Dobrym przykładem takich politycznych czy ideologicznych, współcześnie praktykowanych modyfikacji owej promedycznie traktowanej wartości zdrowia i jej zalecanej ochrony były między innymi oświadczenia premiera RP w trakcie trwania akcji wyborczej o zanikaniu zagrożenia epidemicznego w Polsce wypieranego przez konieczność i niejako atrakcyjność dokonania aktu wyborczego przez obywateli RP w trakcie wyborów prezydenckich i np. swoiście pojęte „rady terapeutyczne” udzielane obywatelom Białorusi przez Prezydenta Łukaszenkę w rządowo „przedsięwziętej walce z pandemią”. Burmistrz Gostynina spytany o to dlaczego podczas powitania 250 osób pielgrzymujących na Jasną Górę przed 15 sierpnia tego

W ten niezwykle skomplikowany gąszcz zagadnień związanych z ontologią wartości zdrowia, i zachowaniami związanymi z jej pielęgnowaniem, pomnażaniem czy potęgowaniem a także jej pozyskiwaniem czy odzyskiwaniem wpisuje się autorka swoją dysertacją doktorską podejmując zagadnienie jej związków z wartościami transcendentnymi i wyzwoloną nimi kulturą – tak jak się one manifestują w kilku wybranych kulturowych systemach zwanych religijnymi a ujawnianych w zachowaniach społecznych i leżących u ich podłoża wyobrażeniach wyznawców - zbiorowo podzielanych, które identyfikowane są w nich jako prozdrowotne, po części już modyfikowanych w wielu współczesnych społeczeństwach wspomnianą racjonalizacją promedyczną czy szerzej – wiedzą naukową przenikająca do zbiorowej świadomości i przynajmniej po części uniformizującą zarówno identyfikację wartości zdrowia jak i służące jej chronieniu zachowania w znacznej mierze już promedyczne i zinstytucjonalizowane, wszakże i zdecydowanie chroniących jej wykreowany sakralnie poprzez wieki obraz i wzory jego zachowania.⁴

2. Struktura narracji o związkach wartości zdrowia z wybranymi systemami kultur religijnych i ujawnianymi w nich zachowaniami prozdrowotnymi.

Swojej dysertacji doktorskiej pani mgr Ewelina Jaksz – Recmanik, w jej ostatecznym redakcyjnym kształcie, przydała strukturę trójelementową – standardową dla tego rodzaju opracowań:

- 1) ujawniając autorskie zamiary poznawcze i wzbudzające je inspiracje już we wstępie swojej dysertacji (ss 6-11);
- 2) wskazując na ich konteksty teoretyczne z wyraźnie wyeksponowanym prakseologicznym – pedagogiczno – zdrowotnym, edukacyjnym aspektem ujmowania interesującego ją przedmiotu (rr 1-4, ss 11-115);

roku nie zwrócił uwagi na brak maseczek odpowiedział: „żadna maseczka ani mydło nie daje stu procentowej gwarancji na ochronę, a różaniec, krzyżyk na szyi i niedzielna eucharystia już tak”. Angora z 30 VIII 2020, s.6.

⁴ Sporządzanie recenzji dysertacji doktorskiej p. mgr E. Jaksz- Recmanik, wyzwoliło w jej autorze wspomnienie z czasu pobytu polskich lekarzy w latach 70-ych XX wieku w Libii, którzy w początkowym okresie swojej tam bytności spotykali się ze zdecydowanym odporem osób chorych przed zalecaną terapią medyczną argumentując swoją postawę przeświadczeniem, że jeśli Allah decyduje o wszystkim czego doświadcza osoba uznana przez lekarza za chorą to interwencja tegoż w ich sytuację zdrowotną jest aktem świętokradczym – przeciwstawieniem się woli Allacha i może zdecydowanie pogorszyć sytuację zdrowotną jego wyznawcy zgodnie z przeświadczeniem, że „przyszłość leży w rękach Allacha i nic nie dzieje się wbrew Jego woli” (s. 97). Podobne zachowania ujawniają także Świadkowie Jehowy np. w sytuacji potrzeby zastosowania intensywnej medycznej terapii szpitalnej pozostającej rzekomo w sprzeczności z wolą czy nakazem Jehowy.

3) ukazując i uzasadniając zastosowaną w badaniach własnych procedurę badawczą i przyjęte w niej rozstrzygnięcia metodologiczne (r.5, ss 115 – 129);
4) dokonując charakterystyki zachowań prozdrowotnych osób zidentyfikowanych z kulturami religijnymi oraz wskazując na potrzebę ingerencji pedagogicznej w te kultury pod postacią edukacji międzykulturowej uwzględniającej utrwalanie zalecanych wzorów zachowań związanych jednak głównie z promedycznie pojmowanym zdrowiem i promedycznie zalecanymi zachowaniami prozdrowotnymi (r.6-7, ss 129 – 192), wieńcząc narrację podsumowaniem, wnioskami dla praktyki społecznej i zwłaszcza edukacji wraz z autorską propozycją zajęć realizowanych w konwencji i postaci międzykulturowej edukacji zdrowotnej (ss 197 – 218).

W dopełnieniu autorskiej narracji znajdujemy obszerną bibliografię podejmowanych zagadnień i aneksy zawierające zastosowane w badaniach sondażowych narzędzia (kwestionariusz ankiety, wywiadu, testu) oraz liczne prezentacje tabelaryczne statystyk pozyskanych w badaniach danych (wraz z korelacjami) diagnozowanych zmiennych.

To inspirujące poznawczo, wielce erudycyjne studium prozdrowotnego fragmentu kultury. Ujawnia ono rolę czy znaczenie jej składnika czy systemu religijnego w kształtowaniu orientacji i zachowań związanych ze zdrowiem rozmaicie w tych kulturach postrzeganym, identyfikowanym i pielęgnowanym przez osoby identyfikujące się i socjalizowane w społecznościach orientujących się ku wartościom religijnym i chroniącym je nakazom.

Już na wstępie recenzowanej dysertacji Autorka ujawnia inspiracje i motywy podjęcia i rozważenia zagadnienia zachowań zdrowotnych reprezentantów wybranych kultur religijnych i ich diagnozy by w dalszej kolejności poszukiwać uzasadnienia dla pedagogicznej w nie ingerencji edukacyjnej sięgając do dorobku i propozycji optymalizacyjnych pedagogiki zdrowotnej, wpisując się tym samym w niezwykle skromny jak dotychczas dorobek publikacyjny i badawczy nad interesującymi Ją związkami zdrowia osobniczego z religijnym systemem kulturowym w znacznej mierze już modyfikowanym racjonalizacją promedyczną owej wartości.⁵

Samo zagadnienie zachowań związanych ze zdrowiem: zarówno prozdrowotnych jak i antyzdrowotnych (tak kwalifikowanych w badanych kontekstach kulturowych) zostało wprawdzie zrelatywizowane w oceniej

⁵ Główny dorobek w tym względzie przypisujemy antropologom kultury ale i socjologom zdrowia i choroby oraz ciału, także psychologom zdrowia i w tej jej wersji uprawiania, którą identyfikuje się jako psychologię paschalną. Patrz m.in.: B. Grom, *Psychologia religii*. Kraków 2009; R. F. Paloutzian, C. L. Park (eds), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York 2015. Warto w tym względzie sięgnąć do pracy K. Mauscha i E. Ryś, *Duchowość a zdrowie*. Gorzów 2019 a przede wszystkim: H. Cyrzan (red.), *Życie jako wartość w kulturach świata*. Gdańsk 1997.

monografii do: holistycznego i salutogenetycznego modelu pojmowania i wyjaśniania zdrowia oraz wzorów jego chronienia (w tym kontekście w zasadzie określanych jako wskaźników stylu życia s.20), a według przywołanego w monografii stanowiska P. Bourdieu – habitusu akcentując jego kulturowe, socjalizacyjne źródła.

Przywołane natomiast w dalszych partiach dysertacji teoretyczne i formalne rozstrzygnięcia kwestii operacjonalizacji pojęć: zdrowia, zachowań związanych ze zdrowiem, zdrowego stylu życia i jego uwarunkowań w zasadzie zmierną ku promedycznej jego identyfikacji. Autorka ulega im podejmując dyskurs poświęcony kwestii zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i zinstytucjonalizowanych praktyk jego chronienia (ss 29 – 40). Ta orientacja pojawia się także w prezentacji treści czy projektów edukacji zdrowotnej (r.III i VII). Natomiast w podjętej przez autorkę i prezentowanej w pracy charakterystyce wybranych kultur religijnych spotykamy już w miarę kompletne prezentowanie obecnych w nich zaleceń czy nakazów o charakterze prozdrowotnym (sakralnie wzorowanych i tak rozumianych w tych systemach) wzorujących równocześnie prozdrowotne lecz niekoniecznie promedyczne zachowania ich wyznawców.

Nie traktuję tego jako potknięcie w kształtowaniu logicznej merytorycznie struktury narracji a jedynie jako wskaźnik kulturowego przywarunkowania (uleganie autorki swojej socjalizacyjnej sugestii) w rozumieniu i interpretacji wartości zdrowia – co zresztą świetnie objaśniał i sugerował Znaniecki proponując uwzględnianie wszelkich ludzkich spraw i ich kulturowej identyfikacji z tak zwanym współczynnikiem humanistycznym (w tym przypadku odautorskim). Autorka więc – zanim przystąpiła do konstrukcji własnego projektu badawczego – dokonała swoistej selekcji rozumienia wartości zdrowia – w tym projekcie – mimo, iż wcześniej świetnie ukazała (w części teoretycznej) kulturowe, a w tym i religijne, jej wzorowanie, decydując się np. na s.74, na przyjęcie następującej definicji kultury religijnej: „Jest to zbiór norm obowiązujących członków danej zbiorowości ludzkiej, ich sposób życia, w tym zachowania zdrowotne, sposób pojmowania otaczającego świata oraz radzenia sobie z problemami życia codziennego i stresem”, no właśnie!!!.

Kwestia ta zawiera się więc w pytaniu o to: czy ludzie w każdej kulturze kierują się w pielęgnowaniu jakoś pojmowanego w nich zdrowia tylko: stanem podmiotowej i akceptowanej podmiotowo wiedzy o jego biologiczno-psychologicznej naturze (autorka przywołuje tu termin i pojęcie **alfabetyzmu zdrowotnego**) czy kierują się oni głównie zsocjalizowanymi wyznacznikami wzorów zachowań traktowanych w danym układzie społecznym jako **normalne** (zgodne z oczekiwaniem, nakazem, najczęściej eksponowanym społecznie, zwyczajne, itp.) dla doświadczanych aktualnie stanów rzeczy i sytuacji a każde

zachowanie odbiegające od normy traktują jako objaw choroby zagrażającej ich dalszemu uczestnictwu w tym układzie? Na taki sposób widzenia czy rozumienia i reagowania także w kwestii identyfikacji i reakcji na wartość zdrowia wskazywała by wyżej przytoczona definicja kultury religijnej.

Np. w kulturach euroamerykańskich orientowanie jednostki ujawniającej w swoich zachowaniach społecznych takie nieakceptowane wzory zachowań ku wzorom uznanym za normę nazywa się **resocjalizacją**. Zatem w tym kompleksie kulturowym działania zwane resocjalizacyjnymi traktowane są jako niepromedyczna lecz prozdrowotnie pojmowana terapia. Podobnie zresztą jak wszystkie zalecane i faktycznie realizowane w nim praktyki rewalidacyjne kierowane wobec osób niepełnosprawnych, jeśli są one w danym układzie społecznym praktykowane jako działania „naprawcze”.

Po uporaniu się z kwestią prozdrowotnych zasobów wybranych pięciu kultur religijnych (chrześcijaństwo, judaizm, islam, buddyzm i hinduizm)- ss 59 – 115, a **w zasadzie wskazania tego co w tych kulturach uznaje się za normalne czy zalecane zachowanie i co wśród tych uznanych wzorów może być uznane jako prozdrowotne według miary promedycznej** - autorka podjęła wyzwanie skonstruowania projektu badania sondującego te zachowania prozdrowotne, które mają walor promedyczny rezygnując z oglądu właściwych dla nich wzorów zachowań uznawanych w nich za prozdrowotne lecz nie promedycznie zorientowanych – np. praktykowanie wspomnianego pielgrzymowania do miejsc uznanych za święte bez względu na ryzyko zachorowania na medycznie identyfikowaną jednostkę chorobową i nie przestrzeganie zalecanych w tym względzie przez służby medyczne zachowań; oddawanie się kąpieli oczyszczającej (uzdrawiającej) w wielce zanieczyszczonym według standardów biologicznych i tym samym medycznych Gangesie, poddawanie zarówno chłopców jak i dziewczynek zabiegowi obrzezania, wielce prozdrowotnego w przeświadczeniu wyznawców a wyzwalającemu zagrożenia infekcyjne skutkujące według miary promedycznej nawet śmiertelnością poddanych temu zabiegowi osób, itd.

Znajdujemy w nim konkretyzacje celów badania i rozwiązywanych problemów, oraz informacje o metodzie (w zasadzie metodach), towarzyszących jej technik i narzędzi (r.V) a także zastosowanej procedurze badawczej – znacznie utrudnionej w realizacji a spowodowanej hermetycznością niektórych związków wyznaniowych w Polsce. Natomiast kwestią dyskusyjną jest pominięcie przez autorkę konstrukcji hipotez, nie wskazania kategorii diagnozowanych zmiennych i ich wskaźników. Przy czym użyte w tej kwestii argumenty wydają się być dość zasadne aczkolwiek w każdym badaniu, bez względu na to jaką przybierają one postać pojawiają się jakieś założenia hipotetyczne - nie koniecznie ujawniane w momencie konstruowania projektu

badawczego towarzysząc np. procedurze statystycznej analizy korelacyjnej, która jest właśnie procedurą weryfikacji hipotez, jak to ma miejsce w prezentacji owej analizy w rozdziale VI.

Tak więc mimo doświadczenia owych trudności, co znacznie wydłużyło realizację zamiaru badawczego, autorka z powodzeniem swój zamiar zrealizowała sporządzając diagnozę (zrealizowaną w 6 etapach – s.118) zachowań zdrowotnych i ich międzykulturowej koherentności (problem główny na s.120).

W sumie więc – poza pozyskiwaniem materiału faktograficznego przy pomocy techniki obserwacji uczestniczącej w praktykach liturgicznych 8 grup wyznaniowych zrealizowała autorka badania sondażowe wśród 1153 osób reprezentujących owe zróżnicowane związki wyznaniowe – obecne w polskiej kulturze religijnej w rozmaitej swojej reprezentacji w oparciu o zastosowanie: Kwestionariusza ankiety – zamieszczonego w aneksie dysertacji; Inwentarza Zachowań Zdrowotnych wg Z. Juczyńskiego oraz autorskiego Kwestionariusza wywiadu zrealizowanego wśród liderów badanych grup wyznaniowych.

W efekcie zastosowania wymienionych wyżej narzędzi badawczych pozyskała doktorantka znaczny i wystarczający dla zobrazowania badanego przedmiotu materiał faktograficzny poddany następnie statystycznej analizie korelacyjnej z zastosowaniem testów istotności różnic i siły związków korelowanych par zmiennych a dopełniany stosownym w swojej prezentacji materiałem pozyskanym w trakcie wywiadów z „sędziami kompetentnymi” jakimi w tym konkretnym przypadku byli przewodnicy wiernych reprezentujących penetrowane grupy wyznaniowe.

Prezentację i stosowną analizę zebranego materiału faktograficznego znajdujemy w VI rozdziale ocenianej dysertacji. Autorka zgodnie z respektowaną zasadą metodologiczną – zaleceniem ulegania współczynnikowi humanistycznemu - mimo wcześniejszej analizy funkcji założonej badanych związków religijnych w pierwszym rzędzie podjęła udaną próbę prezentacji ujawnionych w badaniach ankietowych jej „zbiorowych wyobrażeń” i ich podmiotowych ekspresji a więc:

- rozumienia pojęcia religii i religijności przez osoby reprezentujące swoje związki religijne dokonując ich charakterystyki niejako od wewnątrz przy pomocy wskaźników użytych czy ujawnionych przez ich badanych wyznawców;
- deklaracji przestrzegania przez nich podstawowych zasad konstytuujących związki religijne z którymi się oni identyfikowali,
- rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” przez badane osoby, ale i ich praktykowania w codziennych sytuacjach i stanach egzystencjalnych,
- przestrzegania zasad czy reguł dietetycznych obowiązujących w badanych związkach religijnych,

- ulegania używkom takim jak palenie tytoniu i spożywanie napojów alkoholowych względnie ich unikania,
- podejmowania rozmaitych form aktywności fizycznej, relaksu czy aktywnego wypoczynku.

Zwieńczeniem owej prezentacji wyników badania sondażowego była analiza korelacyjna czterech kompleksowych wskaźników zachowań prozdrowotnych wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego w odniesieniu do 5 badanych grup reprezentantów związków religijnych ujawniająca to, że wyznawcy hinduizmu deklarowali najczęściej ujawnianie prawidłowych nawyków żywieniowych (to znaczy zalecanych także przez współczesnych dietetyków), natomiast praktykujący buddyzm w relacji do pozostałych reprezentacji badanych osób najczęściej deklarowali stosowanie profilaktycznych zachowań służących ich zdaniem zdrowiu, oni także ujawniali najczęściej spośród innych badanych grup pozytywne nastawienia egzystencjalne. Z kolei wyznawcy Islamu sądzili relatywnie najczęściej, że stosują praktyki służące zdrowiu - w każdym przypadku pojmowanym w kategoriach promedycznych (ss 140, 141).

Jest to (jak sądzę hipotetycznie) nie tylko wskaźnikiem – efektem nasycenia ich świadomości promedycznie orientowaną współcześnie interpretacją i zinstytucjonalizowaną praktyką świadczenia usług medycznych (np. s.187) lecz także przenikania do pozyskiwanych przez badane osoby narracji religijnych elementów wiedzy naukowej (wszyscy oni reprezentują współczesne społeczeństwo polskie – w znacznej mierze już po części ucywilizowane, lepiej lub gorzej edukowane w instytucji szkolnej przekazującej jeszcze głównie wiedzę naukową, ulegając także edukacyjnej funkcji mediów i socjalizacji promedycznej wyzwalanej praktykami instytucji tak zwanej Służby Zdrowia.

Po drugie efekt taki uzyskała autorka stosując w narzędziach badawczych przyjęte przez siebie pojęcia teoretyczne a nie ich wskaźniki – jest to niestety dość często stosowana praktyka – nie pytamy więc np. o to: Co Pan/i sądzi, że z czego zbudowany jest nasz świat? Ale co Pan/i rozumie pod pojęciem materii? Wprowadzając tym samym respondentów w zakłopotanie i gwałtowne poszukiwanie i zastosowanie taktyki wyplątania się z tak kłopotliwej sytuacji.

Jeśli pytamy dzisiaj w Polsce reprezentantów jakichkolwiek związków religijnych wprost o to co jest zdrowiem to jest duże prawdopodobieństwo, że bez względu na to jakie reprezentuje wyznanie będzie mu się ono kojarzyło właśnie z telefonami do poradni zdrowia rodzinnego, wynikami badania diagnostycznego w punkcie pobierania krwi, orzeczoną przez lekarza i przypisaną osobie chorej jednostką chorobową względnie przyznana wskutek jej doświadczenia rentą chorobową. Ma to wiele wspólnego z fenomenem zdrowia pojętego promedycznie i psychologicznie ale niewiele z byciem zdrowym buddystą,

zdrowym hinduistą, wyznawcą Jehowy czy bardzo zdrowym islamistą (wide Talibowie i ich „zdrowe” wyczyny).

Wyniki badania zachowań prozdrowotnych pozyskanych przez ich autorkę przede wszystkim więc ujawniają nam stan wiedzy i praktyk prozdrowotnych wyznawców kilku związków religijnych obecnych w kulturze i społeczeństwie polskim zorientowanych w pojmowaniu i praktykowaniu chronienia swojego zdrowia rozumianego już promedycznie wskazując na niezwykle interesujący poznawczo problem czy zjawisko dekonstrukcji pierwotnie wzorowanej w związkach religijnych wartości zdrowia ku jej promedycznej postaci. Jednak w kilku przypadkach udało się autorce ujawnienie związku wskazywanych zachowań prozdrowotnych orientowanych promedycznie z wartościami pozamedycznymi – bowiem przestrzeganie zaleceń religijnych np. związanych z dietą czy spożywaniem alkoholu było także wskazywane przez badanych jako bezpośredni nakaz bóstwa (księgi) i stąd ich lekceważenie bądź zaniechanie było przez nich interpretowane jako przeciwstawianie się woli boskiej czyli szkodzeniem własnej pomyślności – zdrowotnej.

Wszakże echa czy uporczywą obecność tamtej pierwotnej jej postaci – niestety w znacznej mierze pominiętej w badaniach spotykamy także na co dzień również w doświadczeniach społeczeństwa polskiego obserwując bądź uczestnicząc np.: w pochodach osób określanych mianem LGBT – traktowanych przez innych jako zagrożenie ich zdrowia, to również ataki grup tak zwanej patriotycznej młodzieży polskiej na świątynię i miejsce kultu wyznawców prawosławia w Grabarce, to niestety także ogłaszanie przez funkcjonariuszy Kościoła katolickiego zagrożenia cywilizacją śmierci wywołaną rzekomo przez osoby (kobiety) dopominające się prawa do wolnego decydowania o zachodzeniu, unikaniu czy pozbawianiu się stanu ciąży, to również irracjonalne w swoim wyrazie ujawnianie obaw związanych z kolorami zestawionymi w postać symbolizującą tęczę, czy maskowanie historycznych (wręcz przestępczych) potknięć w ujawnianiu troski o bezpieczeństwo militarne organizacją zbiorowego odmawiania różańca na granicy wschodniej naszego kraju.

Jest jeszcze inny aspekt podjętego przez autorkę zagadnienia relacji kultury religijnej a właściwie polityki religijnej wobec promedycznie pojmowanego zdrowia a mianowicie ujawniający się w dyskredytowaniu wzorów zachowań prozdrowotnych pojmowanych promedycznie przez zakaz ich stosowania i/lub nakaz stosowania wzorów prozdrowotnych niepromedycznych lecz pozostających w związku z nakazami czy normami religijnymi uznawanymi jako prozdrowotne (przywracające porządek – ład społeczny i moralny w związkach wyznaniowych zwłaszcza w znacznym stopniu zinstytucjonalizowanych – mam tu na uwadze religie chrześcijańskie i islam).

Np. w sferze leczenia medycznego aktualnie w Polsce mamy do czynienia z domaganiem się supremacji prawa zwanego bożym jako obligatoryjnego dla lekarzy i w konsekwencji tego lekceważenie czy sabotowanie zarówno prawa państwowego dotyczącego ochrony zdrowia pojętego promedycznie jak i przysięgi Hipokratesa. Szkoda, że autorka nie podjęła tego zagadnienia niezwykle żywotnego i budzącego zrozumiały niepokój wśród części społeczeństwa polskiego – niekoniecznie zorientowanego antyreligijnie.

Dopiero wyniki takich badań w pełni uzasadniły by bądź zanegowały potrzebie organizowania w tym względzie edukacji międzykulturowej zdrowotnej, którą postuluje autorka, ale w świetle wyników pozyskanych w zrealizowanych przez Nią w autorskich badaniach jest ona w zasadzie w tym względzie połowicznie uzasadniona ponieważ tę funkcję edukacji międzykulturowej w zakresie chronienia wartości promedycznie pojętego zdrowia z powodzeniem realizuje socjalizacyjna codzienność, w tym edukacyjna, jak wynika z badań już bardzo skutecznie w reorientowaniu zbiorowych – religijnych wyobrażeń zdrowia czy pomyślności zdrowotnej ku promedycznemu jego aspektowi (przynajmniej wśród obywateli naszego kraju), no może poza wyznawcami zwanymi Świątkami Jehowy.

Bezsprzecznie wszakże winna onałożyć większy nacisk na przełamywanie religijnych stereotypów związanych z niepromedycznie pojmowanymi i pielęgnowanymi w niektórych związkach wyznaniowych – w tym zwłaszcza w katolicyzmie - zachowań odbiegających w swoim wyrazie od ortodoksyjnie pojmowanej katolickiej wykładni tego co jest dobrem a co złem. Niestety w Polsce w znacznej już mierze zawłaszczony politycznie co raczej nie rokuje pomyślnie dla ich przełamywania.

3.Ocena końcowa dysertacji doktorskiej i Kandydatki do stopnia doktora nauk pedagogicznych.

Nie ulega wątpliwości to, że przedłożona do oceny dysertacja spełnia merytoryczne i formalne wymogi opracowania, jako w pełni wiarygodnego wskaźnika, potwierdzającego dojrzałość kompetencyjną, sprawność organizacyjną i intelektualną jej autorki aspirującej do doktorskiego stopnia naukowego.

Jest przede wszystkim dokumentem aktualnie słabo diagnozowanego problemu istnienia hipotetycznie zakładanych związków (jakiego rodzaju?) pomiędzy wiedzą religijną czy objawioną (w pojęciu Znanieckiego) a wiedzą naukową dotyczącą fenomenu bycia zdrowym i odpowiadającą im praktyką społeczną. Zagadnienie to na co wskazuje także autorka – ma charakter wieloaspektowy i dotyczy także zjawisk poza medycznych i poza zdrowotnych a w tym zwłaszcza

naznaczonych i wielce nasyconych nietolerancją a nawet otwartą agresją a zawłaszczanych niestety także partyjnie i to w wymiarze etatyzacyjnym.

Ujawnione ponadto w badaniach zachowania prozdrowotne – tradycyjnie wzorowane kanonem wskazanych związków religijnych pozostają w znacznej mierze w koherencji do aktualnie zalecanych zachowań prozdrowotnych o charakterze promedycznym.

Ponadto współczesne przeobrażenia cywilizacyjne, którym ulega także społeczeństwo polskie w znacznym już stopniu i zakresie zachowania te uniformizuje co pozostaje niewątpliwie w pozytywnym związku z zalecanym w opracowaniu postulatem przewycięzania w edukacji prozdrowotnej ujawnianych jeszcze w wielu sytuacjach i nawet zinstytucjonalizowanych działaniach zachowań ksenofobicznych w tych związkach – mimo deklarowanych w niektórych z nich orientacji ekumenicznych – także w zakresie zalecanych i faktycznie praktykowanych zachowań w znacznym stopniu prozdrowotnych i nawet proekologicznych a więc także prozdrowotnych (jak np. względy dietetyczne abstynenckie czy promujące kulturę fizyczną).

Podjęty temat i jego realizacja zyskuje zatem na aktualności wskazując na potrzebę rekonstrukcji realizowanych w polskich szkołach projektów edukacyjnych o charakterze ksenofobicznym ku międzykulturowym – religioznawczym – także w wymiarze prozdrowotnym. Mimo nie sprzyjającego tej rekonstrukcji klimatu politycznego w naszym kraju, którym zresztą pedagog może ale nie musi się przejmować, może on i powinien postulować merytorycznie uzasadnione rozwiązania wiodące ku awansowi cywilizacyjnemu społeczeństwa oraz postępującej humanizacji i racjonalizacji życia społecznego. Autorka projekt takiego programu prezentuje w końcowych fragmentach swojej dysertacji.

Przedłożona do oceny monografia to swoisty raport z badania terenowego dobrze osadzonego w jego podstawach teoretycznych aczkolwiek z pewnymi potknięciami w swojej zawartości metodologicznej – brak hipotez i wskazania kategorii diagnozowanych zmiennych i ich wskaźników. Co prawda znajdujemy je w narzędziach badawczych i tabelach korelacyjnych co świadczy o tym, że jednak były one wcześniej rozważane jednak powinny być one także zaprezentowane w rozdziale metodologicznym. Prawdą jest również to, że dopuszcza się w tego rodzaju badaniach eksploracyjnych pomijanie wymogu formułowania hipotez w projekcie badawczym, jednak autorka dokonując w części wynikowej analizy korelacyjnej diagnozowanych zmiennych musiała, przed podjęciem decyzji o przeprowadzeniu tej operacji, przyjąć towarzyszące jej hipotezy – taki jest zresztą sens tego metodologicznego zabiegu – korelacje są

po prostu instrumentem czy uprawnionym sposobem weryfikacji hipotez dotyczących związków zależnościowych.

Dorobek teoretyczny, jak i badawczy autorki niewątpliwie wzbogaca co najmniej trzy subdyscypliny pedagogiczne a mianowicie: pedagogikę zdrowia, pedagogikę kultury i pedagogikę społeczną w tych ich zasobach merytorycznych, które łączy problematyka zdrowia (w tym także społecznego), kondycji egzystencjalnej osób społecznych, preferowanych stylów życia i tym samym bycia społecznego a także prozdrowotnie kształtowanego środowiska życiowej aktywności w więzi i poszanowaniu rozmaitych subkultur, w tym i religijnych z nastawieniem na ich koegzystencję sprzyjającą poszerzaniu sfery wolności i postępu w realizacji wzajemnych interkulturowych zobowiązań. Jest także wielce inspirującym dokumentem współczesności odsłaniającym potencjał rozwojowy naszego wieloreligijnego społeczeństwa jeszcze skrywający się za ksenofobiczną orientacją dominującej kultury a raczej polityki religijnej (w zasadzie instytucjonalnej polityki kościelnej) Kościoła katolickiego zaledwie deklarującego wartość orientacji ekumenicznej tłumiąc często agresywnie ekspozycję „niekatolickich” wartości a w tym wspomnianych wyżej i prozdrowotnych.

Wszystkie sugerowane w niniejszej recenzji korekty czy modyfikacje w tekście przedłożonej do recenzji monografii należy rzecz jasna traktować jako mój autorski punkt widzenia ostatecznego kształtu dokonań poznawczych na zadany sobie przez autorkę temat i z tego względu mają one charakter sugestii, które poddaję pod rozwagę ale nie konieczne obligującą autorkę w jej redakcyjnych staraniach przygotowujących ostatecznie do druku tekst recenzowanego opracowania, które w postaci przedłożonej do recenzji jednoznacznie dokumentuje jej niekwestionowane i wystarczające do uzyskania stopnia naukowego doktora kompetencje.

4. Wniosek.

Biorąc pod uwagę ujawnione przez Autorkę, w recenzowanej monografii, wysokie kompetencje merytoryczne i redakcyjne, Jej niekwestionowaną erudycję, znaczne zaawansowanie w opanowaniu metodologii badań społecznych, duże walory poznawcze i inspiracyjne, oryginalność i aktualność podjętej problematyki oraz jej praktyczne znaczenie stwierdzam, iż przygotowana przez Nią i poddana ocenie recenzyjnej monografia spełnia ustawowe wymogi pracy doktorskiej i w związku z tym może być Ona dopuszczona do dalszych etapów w przewodzie doktorskim.

Poznań, w sierpniu 2020.

**prof. zw. dr hab.
Jerzy Modrzewski**