

Ewa Maciejewska-Mroczek*

„TEN ŻYŁ ZDROWO, A TEN ŻYŁ CHORO” O ROZUMIENIU ZDROWIA I RUCHU PRZEZ DZIECI

Abstrakt. Opracowanie to przedstawia wyniki badań prowadzonych wśród dzieci w wieku 8–11 lat, dotyczących tego, jak rozumieją one różne aspekty zdrowia czy zdrowego stylu życia. Wśród najistotniejszych komponentów dbania o zdrowie dzieci wymieniały ruch. W zebranym materiale istotne jest przypisywanie przez rozmówców wartości moralnych tym aktywnościom. Człowiek, który „biega, jeździ na rowerze, pływa”, jest kimś nie tylko zdrowym, ale i moralnym. Przeciwnieństwem zaś takiej postawy jest nie tylko niezdrowy tryb życia, lecz także niski poziom moralny (np. uleganie nałogom) oraz wzmacniająca ten nieprzychylny obraz odpychająca fizyczność. W narracjach dzieci określenia „zdrowe” i „dobre” traktowane były często wymiennie.

Dzieci traktują ruch nie tylko jako obszar „dobry”, czyli zdrowy, lecz także – przynoszący satysfakcję. W opinii uczestników badań, dla sportu i ruchu jest miejsce w różnych, nie zawsze kojarzonych z nimi przestrzeniach, a ich praktykowanie jest spójne z ich wizją tego, co to znaczy być dzieckiem.

Słowa kluczowe: dziecko, sport, ciało, *childhood studies*, nowa socjologia dzieciństwa.

1. Wstęp

Celem tego artykułu jest przedstawienie sposobów ujmowania zdrowia przez dzieci, w tym ruchu jako wartościowego z ich punktu widzenia elementu zdrowego życia. Materiał empiryczny pochodzi z badań w ramach projektu „Zdrowie w opiniach dzieci – perspektywa *childhood studies*”, prowadzonego na Uniwersytecie Warszawskim przez Interdyscyplinarny Zespół Badań nad Dzieciństwem¹. Podstawowym celem projektu było zbadanie tego, jakie znaczenia przypisują zdrowiu dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Badanie zostało skonstruowane w taki sposób, by uczestniczki i uczestnicy swobodnie mogli przypisywać znaczenia związane ze zdrowiem tym obszarom, które uznają za stosowne. Nie

* Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej, Uniwersytet Warszawski, ul. Żurawia 4, 00-503 Warszawa, e-mail: emaciejewska@uw.edu.pl

¹ Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie umowy nr 2014/15/B/HS3/02477.

pytałyśmy² zatem bezpośrednio o konkretne aktywności, tylko poruszałyśmy się w obszarach zakreślonych przez dzieci. Sport i, szerzej, aktywności ruchowe były obok jedzenia najczęściej wymienianymi spontanicznie dziedzinami, które zdaniem uczestników badań odnoszą się do zdrowia. W tym tekście interesować mnie będzie przede wszystkim to, jaką wartość moralną wiążą z tymi obszarami dzieci. Za Jarrettem Zigonem postrzegam moralność jako złożony system, ujawniający się na co dzień w postaci indywidualnych dyspozycji moralnych, najczęściej nieurefleksyjnych. Moralność nie jest zatem tożsama z etyką; jest ucieleśniona, relacyjna, praktykowana w działaniu; jest zasilana i współtworzona przez różne dyskursy moralne (Zigon 2007, 2009; zob. też Boni 2016). Chciałabym zatem przyrzeć się temu, co to znaczy działać właściwie, moralnie w rozumieniu konkretnych podmiotów w tym właśnie określonym kontekście społecznym.

Najpierw przedstawię ogólne założenia projektu badawczego, w tym te dotyczące metodologii i etyki badań. Są one istotne dla zrozumienia materiału, który zostanie omówiony w tym tekście. W kolejnej części przedstawię sposoby rozumienia zdrowia przez dzieci, a następnie rolę i wartość ruchu w ich narracjach.

2. Metodologia

Badanie, zgodnie z założeniami tak zwanej nowej socjologii dzieciństwa, zostało zaplanowane i przeprowadzone tak, żeby uwzględnić rolę dzieci jako aktorów, którzy rozumieją, interpretują i przetwarzają rzeczywistość społeczną wokół siebie, a ich postrzeganie spraw nie jest istotne tylko ze względu na to, że są przyszłymi dorosłymi, lecz także ze względu na ich aktualną pozycję (James et al. 1998; Corsaro 2005). Charakterystyczne dla nowej socjologii dzieciństwa jest takie spojrzenie na dziecko, w którym nie patrzy się na nie przez pryzmat zmiany w dążeniu do osiągnięcia pełni, jaką jest dorosłość, lecz jako na kompletną jednostkę w jej „tu i teraz”. Jak to ujmuje Daniel Thomas Cook, „nie mając więcej potrzeby bycia dopełnionym poprzez pozornie nieuniknione procesy «rozwoju» i «socjalizacji», sprawcze dziecko staje na własnych nogach jako kompetentny aktor społeczny w dowolnym momencie, przekształcając się w inne rodzaje pełni na różnych etapach podróży przez życie” (Cook 2004: 4). W uczestnikach naszych badań dostrzegałam właśnie *human beings*, nie tylko *human becomings* (Lee 2001, 2005; Balen et al. 2006; James, James 2008b).

W tym projekcie badałyśmy źródła pisane, takie jak książki dla dzieci (Radkowska-Walkowicz 2018), a także politykę państwa na poziomie samorządowym – śledziłyśmy działania dotyczące edukacji zdrowotnej, które miały miejsce

² Projekt prowadzony był przez zespół, którego członkiniami oprócz autorki były Magdalena Radkowska-Walkowicz i Maria Reimann. W tych fragmentach tekstu, w których odnoszę się do całości projektu, a także do badań empirycznych prowadzonych zespołowo, używam liczby mnogiej – nie jest bowiem możliwe oddzielenie ról poszczególnych badaczek.

na terenie Warszawy w czasie trwania projektu (lata 2015–2018). Prowadziłyśmy ponadto obserwacje na zajęciach dotyczących zdrowia odbywających się w szkołach. Analizując polityki państwa, realizowane przez jego instytucje, takie jak szkoła, możemy bowiem odczytać założenia współczesnej biopolityki. Realizuje się ona na poziomie programów nauczania, rozmaitych programów zdrowotnych kierowanych do dzieci, a czasem również do ich rodziców (Radkowska-Walkowicz 2016). Podstawowym źródłem wiedzy w tym projekcie były jednak badania z udziałem dzieci. Zostały one przeprowadzone w Warszawie, wśród dzieci w wieku 8–11 lat. Do tej pory rozmawialiśmy ze sto pięciorgiem dzieci. Wraz ze współpracowniczkami z zespołu prowadziłyśmy zarówno badania w grupach fokusowych³, jak i wywiady indywidualne. Badania te prowadzone były z użyciem różnorodnych metod partycypacyjnych. Bardziej szczegółowo omówiłam ich metodologię gdzie indziej (Maciejewska-Mroczek 2017; Maciejewska-Mroczek 2018), tu zakreszę tylko skrótowo zasadnicze jej aspekty.

W pracach zespołu bardzo istotnym zagadnieniem była etyka badań z udziałem dzieci. Korzystając z bogatej i intensywnie rozwijającej się literatury w tym zakresie (np. Alderson, Morrow 2011), starałyśmy się tak skonstruować badanie, by dążyć do „etycznej symetrii” pomiędzy badanymi a uczestnikami (Christensen, Prout 2002; zob. też Maciejewska-Mroczek, Reimann 2017). Bardzo istotnym aspektem badania była świadoma zgoda, której uczestnik, niezależnie od wieku, udzielał samodzielnie na podstawie adekwatnej, podanej w zrozumiały sposób informacji – dzieci otrzymywały od nas ulotki o badaniu, przygotowane odpowiednio do ich wieku (por. Maciejewska-Mroczek, Reimann 2016).

Wybory dotyczące metod badawczych to również wybory etyczne: jako badaczki mamy obowiązek tak zaplanować badanie, zastosować takie metody na wszystkich jego etapach, by zapewnić dzieciom realną możliwość wypowiedzenia się. Dzieci w tym ujęciu są nie tylko uczestnikami, lecz także współtwórcami badań. Co prawda, to dorośli planują i przeprowadzają badanie, ale dzieci powinny mieć dużą swobodę w jego kształtowaniu (Alderson 2008). Metody, jakimi się posługiwaliśmy, opierały się w dużym stopniu na działaniach artystycznych, związanych z pracami wizualnymi (rysunek, kolaż, mapa), gdyż jest to sposób komunikowania nie tylko niejako bardziej „naturalny” dla dzieci niż na przykład wywiad narracyjny, lecz także zmniejszający dystans i nierównowagę sił pomiędzy badanym dzieckiem a dorosłym badaczem, jak również dający dzieciom możliwość zastanowienia się w trakcie badania (Clark 2011; Elden 2013). Prosiłyśmy zatem między innymi o stworzenie planu domu i rozmawialiśmy o domowych praktykach dotyczących zdrowia; dzieci rysowały też zdrowego i niezdrowego człowieka, tworząc katalogi cech i praktyk wiązanych ze zdrowiem lub jego brakiem, tworzyły kolaże – ulotki dla innych dzieci na temat zdrowia, fotografowały, tworzyły historie (*storytelling*). Posługiwaliśmy się też metodą

³ Badania fokusowe były prowadzone zawsze przez dwie badaczki.

winię, uzupełniania tabel, a przede wszystkim starałyśmy się, by każda z tych metod stanowiła podstawę do nawiązania kontaktu z dziećmi i do rozmowy.

Materiał empiryczny będący podstawą tego tekstu pochodzi z dwóch rodzajów źródeł, oba wiążą się z interakcjami pomiędzy dorosłymi a dziećmi: z przeprowadzonych przeze mnie obserwacji uczestniczących podczas szkolnych zajęć dotyczących zdrowia oraz grupowych badań partycypacyjnych z udziałem dzieci, prowadzonych przeze mnie i pozostałe członkinie zespołu badawczego.

3. Zdrowie i odpowiedzialność

Członkowie nowoczesnych społeczeństw poddawani są stale różnym reżimom w odniesieniu do ciała. Często w kulturze współczesnej mówi się o indywidualizacji dbania o zdrowie, które – jak twierdzi np. Robert Crawford (1980), opisujący to zjawisko za pomocą kategorii healthizmu – staje się podstawowym obowiązkiem współczesnego człowieka. W tej perspektywie jednostka jest racjonalna, zdyscyplinowana, dysponuje odpowiednią wiedzą i na tej podstawie dokonuje wyborów. Jest odpowiedzialna zarówno za przyczyny problemów w zakresie zdrowia, jak i sposoby zapobiegania im. Ten bardzo skrótowy obraz nie ma na celu analizy tego zjawiska, nie zamierzam też referować dalszej dyskusji nad tezami Crawforda (na gruncie polskim w odniesieniu do nowych tendencji dbania o zdrowie zob. Wróblewski 2016), chciałabym jednak zastanowić się, na ile ta koncepcja przystaje do dziecięcych światów.

Istotą współczesnego healthizmu jest indywidualna odpowiedzialność za zdrowie, będąca swego rodzaju zobowiązaniem moralnym. Dzieci są wdrażane w reżimy zdrowego życia, są nauczane tego, jak należy zdrowo żyć (jest to nauka nakierowana na przyszłość, a obecne działania są pewną inwestycją). Jednak dziecko nie ponosi pełnej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Za porażki obwiniani są przede wszystkim zbyt permissywni rodzice (zob. Buckingham 2011), poza tym media czy koncerny wytwarzające niezdrową żywność. Dlatego też dzieci mogą pozwolić sobie na większą dowolność w praktykach i narażeniach, ocenie sytuacji, a nawet jest ona od nich oczekiwana (Radkowska-Walkowicz 2016).

W społecznym obrazie dziecka istotne jest założenie, że jest to ktoś, kto dopiero się staje (a zatem jest *human becoming*), więc najłatwiej go ukształtować. Bycie kształtowanym i kształtowalnym jest w zasadzie głównym elementem konstrukcyjnym współczesnego „dziecka” (Lee 2001). Oczekuje się również „właściwej”, to znaczy pozytywnej odpowiedzi na owe wezwania. Jednocześnie zakłada się konieczność ochrony dzieci przed różnymi formami ryzyka związanego z zagrożeniami współczesności (James, James 2008a). Dziecku w takim układzie sił przypisana jest rola w gruncie rzeczy bierna. Obserwacje interakcji pomiędzy dorosłymi a dziećmi pozwalają lepiej zrozumieć zróżnicowanie

dyspozycji moralnych pomiędzy tymi podmiotami (Zigon 2007) i sposoby, jakimi dzieci radzą sobie z narzucanymi im ograniczeniami.

Takie znaczące interakcje zaobserwowałam w szkołach podczas prowadzonych przez osoby z zewnątrz zajęć na tematy związane ze zdrowiem. Zajęcia miały formę pogadanek, prowadzonych ze wsparciem prezentacji w PowerPoint. Podczas zajęć dla uczniów z klas drugich i trzecich, prowadzonych przez organizację pozarządową w jednej ze szkół publicznych, omawiany był problem zanieczyszczonego powietrza. Oto fragment mojej notatki z tego wydarzenia:

Prowadząca pokazuje slajd z napisem: „Co ja mogę zrobić?” Na slajdzie są już sugestie odpowiedzi. Pyta dzieci: – Czy jeździcie do szkoły na rowerze?

Dzieci odpowiadają w sposób niezorganizowany, naraz. Jedne mówią: tak. Inne: nie, nie mamy jeszcze karty rowerowej i nie możemy.[...]

Prowadząca mówi, że trzeba wyłączać silnik samochodu, kiedy stoi na światłach, żeby niepotrzebnie nie zanieczyszczać dodatkowo powietrza. Ponieważ mówi do dzieci, które samochodów nie prowadzą, dodaje: – a jeśli ktoś stoi z włączonym, a wy to widzicie, można zwrócić kierowcy uwagę. Jedna dziewczynka, cicho, tak że słyszą ją tylko osoby najbliższej siedzące, mówi: ja bym tak nie zrobiła. W jej głosie słychać nieśmiałość, ale też chęć uczciwego postawienia sprawy.

Ten niewielki fragment pokazuje układ różnych sił, działających na linii dorośli–dzieci w kontekście zdrowia. Prowadząca i uczniowie zgadzają się co do tego, że należy dbać o czystość powietrza i że jest to dobre. Określa dzieci jako kompetentne w tym zakresie, chce pokazać, że już na poziomie dziecka można „coś zrobić”. Dzieci są zatem włączone w grupę tych, którzy mogą i powinni podjąć się działań prozdrowotnych. Jest to jednak często możliwość tylko pozorna, gdyż pozycja dzieci wyklucza je z takich działań, z czego one same zdają sobie sprawę i co próbują uzmysłowić dorosłej prowadzącej. To, jak dziecko dociera do szkoły, tylko częściowo jest zależne od niego. Jeśli nawet chciałoby robić to w przyjazny zdrowiu i środowisku sposób, na dodatek niejako naturalnie kojarzony z dziećmi – na rowerze – musi wziąć pod uwagę reguły wypracowane przez dorosłych (np. dotyczące ruchu drogowego), które uniemożliwiają to czy też czynią nielegalnym, zwłaszcza jeśli nie jest odprowadzane do szkoły przez osobę dorosłą. Dzieci dostają więc sprzeczne komunikaty co do tego, co jest dobre i właściwe. Nie jest też do końca uzasadniony optymistyczny przekaz dotyczący ich możliwości podjęcia działań. Prowadząca proponuje dzieciom pozornie racjonalne rozwiązanie: zwrócenie uwagi kierowcy, także nieznanemu, na niewłaściwe zachowanie. Trudno jednak zakładać, że dzieci realnie podejmą takie działania, choćby dlatego, że inni dorośli powtarzają im, że nie powinny rozmawiać z obcymi, a zaczepianie dorosłych stojących w zaparkowanych samochodach zdecydowanie wykracza poza modus akceptowalnych obecnie dziecięcych zachowań.

Scenka ta pokazuje coś więcej niż tylko sytuację na przeprowadzanej w dobrej wierze pogadance. Przedstawia pozornie racjonalne wezwania skierowane do dzieci. Ich odpowiedzi są racjonalne, ale w ramach ich dziecięcego świata. Nieuwzględnienie specyfiki możliwości dzieci sprawia, że są one traktowane „jak dorosłe”, ale przez to, jako dzieci, pozostają niezauważone.

Druga sytuacja miała miejsce podczas zajęć dotyczących zdrowego żywienia prowadzonych przez dietetyczkę, które również obserwowałam w szkole:

Zajęcia z klasą trzecią w sali lekcyjnej. Prowadząca mówi: pokażę wam karty z różnymi daniami, produktami. Jeżeli produkt jest dobry, ma witaminy, dużo dobrych składników, nie ma cukru ani dużo tłuszczu – podnieście kciuki do góry. Jeśli odwrotnie – do dołu. Zaczyna się prezentacja w PowerPoint. Pierwszy slajd przedstawia chleb z nutellą. Część dzieci podnosi kciuki w górę, część w dół.

Prowadząca: – Ale nie pytam, czy to jest smaczne, tylko – czy zdrowe.

Sytuacja powtarza się przy niektórych innych definiowanych jako niezdrowe, ale lubianych przez dzieci potrawach czy produktach. Tak będzie też na pozostałych lekcjach z innymi klasami: dzieci często podnoszą kciuki na znak, że coś lubią.

Przedstawiona tu sytuacja znów obrazuje napięcie pomiędzy oczekiwaniami dorosłej osoby dotyczącymi racjonalności dzieci a dziecięcą odpowiedzią. Prowadząca interpretuje sytuację w kategoriach niezrozumienia zadania przez dzieci, może też braku umiejętności udzielenia odpowiedzi „właściwej”. Być może metodyk zinterpretowałaby to zadanie jako wadliwie skonstruowane, prowadzące do konfuzji. Jednak w tej sytuacji można dostrzec również celową subwersję, która każe dzieciom unikać „prawidłowej” odpowiedzi, czy łączenie przez dzieci tego, co „dobre”, z tym, co „zdrowe” na głębszym poziomie. Możemy wytłumaczyć ją też ambiwalencją, wewnętrznymi niespójnościami i niejasnościami, często w ogóle towarzyszącymi wartościowaniu także w przypadku dorosłych (por. Boni 2016).

4. Czym jest zdrowie

Maria Czerpaniak-Walczak pisze o zbyt wąskim rozumieniu kategorii zdrowia, zauważając „potoczne kojarzenie zdrowia z kondycją ciała. Symptomy «niezdrowia», zagrożenia dobra, jakim jest zdrowie, przeważnie utożsamia się z dysfunkcjami na poziomie somatycznym. Z trudnością do świadomości ludzi przebija się sens definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO), w której świetle zdrowie jest dobrostanem w każdej z warstw osoby: fizycznej, psychicznej i duchowej” (Czerpaniak-Walczak 2006: 132). Podobną potoczną definicję podaje Mildred Blaxter: „zgodnie z najbardziej rozpowszechnioną definicją zdrowie to po prostu norma, a schorzenie oznacza odstępstwo od normy” (Blaxter 2009: 10). Zdrowy styl życia polegałby więc na unikaniu chorób. Zdrowie w potocznym rozumieniu zapewne rzeczywiście często określane jest jako brak chorób somatycznych i negatywnych symptomów na poziomie ciała, jednak możliwych sposobów jego definiowania może być wiele, w zależności od kontekstu, sytuacji, tego, kto pyta o zdrowie itp. Omówienie, nawet pobieżne, tak złożonego problemu jak sposoby definiowania zdrowia przekracza możliwości i cele tego tekstu (takie omówienie zob. Blaxter 2009: 10–32). Istotne będą dla mnie pewne charakterystyczne cechy dziecięcego rozumienia kategorii zdrowia.

Wywiady z dziećmi pokazują, że przypisują one zdrowiu znaczenia związane ze światem wartości i z moralnością. W ciekawy sposób łączy się to z konstatacją, że zdrowie jest obecnie kategorią aksjonormatywną (Dzwonkowska-Godula 2016). W opinii dzieci to, co jest zdrowe, jest dobre, i odwrotnie. Jeden z uczestników, poproszony o zaznaczenie na planie mieszkania miejsc wiążących się z dbaniem o zdrowie lub, przeciwnie, z czymś, co jest niezdrowe, mówi: „ja będę zaznaczał na zielono dobre, a na żółto złe”. Wymienne stosowanie słów „dobry” i „zdrowy” oraz „zły” i „niezdrowy” powtarzało się wielokrotnie podczas badań z różnymi grupami dzieci. Nie wydaje się jednak, by chodziło o proste określenie tego, co „jest dla kogoś dobre”. Chodzi o nadanie cech moralnych osobom czy działaniom odnoszącym się do zdrowia.

Zdrowie w rozumieniu uczestników naszych badań jest kategorią zarówno medyczną, jak i aksjologiczną oraz estetyczną. Co ważne, nie chodzi tu tylko o klasyczne rozumienie, nawet w szerokim znaczeniu, proponowanym przez WHO, zdrowia jako dobrostanu. W jednym z zadań dzieci proszone były o narysowanie zdrowego i niezdrowego człowieka. Okazało się, że ktoś, kto jest zdrowy, jest też ładny, dobrze wygląda, jest silny i sprawny. Co więcej, postępuje właściwie, jest moralny. Ten zaś, kto jest niezdrowy, jest brzydki. Bywa ohydny, odstręczający. Często jest gruby, ma zepsute zęby, nieładną cerę. Wydaje brzydkie odgłosy, ma nieprzyjemny zapach. Z jego ciała wydobywają się wydzieliny: ślina, katar, wymioty. Oddaje się nałogom i niezdrowym rozrywkom, przede wszystkim za często używa sprzętu elektronicznego, co dla uczestników badań jest symbolem lenistwa i jednocześnie zagrożeń współczesności (więcej na ten temat zob. Radkowska-Walkowicz 2016). W opowieściach o zdrowym i niezdrowym człowieku kategorie estetyczne mieszają się ze zdrowotnymi; praktyki z różnych poziomów i sfer życia tworzą swoiste konglomeraty, sprawiające, że można powiedzieć o różnych osobach „ten żył zdrowo, a ten żył choro”:

- Mój zdrowy człowiek uprawia sport, je zdrowe warzywa i owoce, pije zwykłą wodę. A mój niezdrowy ziomek – wiem, że jest piękny – zanieczyszcza powietrze, bo jeździ pięknym autem, ma wosk w uszach, puszcza pawie, ma bardzo brudne zęby, pali i pije.
- Dobrze, to co on musi robić, żeby taki stan osiągnąć?
- Codziennie palić dziesięć paczek, pić codziennie piwo całą zgrzewkę i grać na telefonie.

Co więcej, uwidoczniła się to w zachowaniu dotyczącym dobrego wychowania czy przestrzegania reguł życia społecznego. Zdrowo żyjący człowiek jest moralny, nie śmieci, wie, jak się zachować.

- Ten niezdrowy pije piwo i je frytki z McDonalda, i pali papierosy. A, i jest niehigieniczny dlatego, że wyrzuca gumę do żucia z buzi na chodnik. [...] A ten jest higieniczny, dlatego że ma czapkę z daszkiem, żeby go słońce nie raziło, bo słońce nie może za bardzo razić głowy. On pije wodę i je kanapki domowej roboty, a nie takie frytki z McDonalda i wyrzuca papierki do kosza.

Zdrowy styl życia sprawia, że człowiek jest „odpowiedni” – nie tylko jeśli chodzi o wygląd. Zdrowie jest rodzajem harmonii, którą można osiągnąć dzięki własnym działaniom (por. Blaxter 2009).

- A tu jest taki akurat w miarę, nie za chudy, nie taki, nie taki strasznie gruby. Że akurat, że ma, że jest, no odpowiedni, nie za gruby, nie za chudy.
- A powiedz mi, jak on to zrobił, że jest taki odpowiedni?
- No, jadł też, jadł mięso, jadł warzywa, jadł owoce, ruszał się.
- Co to znaczy ruszał się? Biegał?
- Biegał, jeździł na rowerze, pływał i... no i tak wyszło. A ten siedział przed telewizorem, grał w gry komputerowe.
- Jadł słodczyce.
- Wszędzie... Do pracy, która była od niego z 200 metrów, jeździł samochodem.

Dziecięce definicje zdrowia są szerokie, gdyż niemal wszystko, co uważają za dobre czy miłe, może być też zdrowe. Zdrowe jest czytanie, bo rozwija mózg, zdrowe są zwierzęta domowe, rośliny. Niezdrowe może być na przykład rodzeństwo, z którym się kłócimy. Rzecz jasna, dzieci nie prezentują się w badaniach jako bierni odbiorcy wezwań nowoczesności dotyczących zdrowia. Praktyki związane ze zdrowiem stają się polem negocjacji międzypokoleniowych. Pewne działania są „właściwe dzieciom” i za ich pomocą właśnie dzieci mogą performować własną dziecięcość. Korzystanie z uroków „niezdrowego życia” to przyjemność właściwa dzieciom (por. Radkowska-Walkowicz 2016; Diasio 2018).

Niemniej kiedy dzieci mówią o zasadach zdrowego żywienia, z którymi są zapoznawane zarówno w szkole, jak i w domu, potrafią z dużym znanstwem wymienić niewłaściwe składniki, takie jak tłuszcze, sól czy cukier. W ich wypowiedziach często pojawiają się sygnały obecnych w mediach negatywnych informacji o różnych produktach.

- A powiedz, a dlaczego wybrałeś akurat pomidorową i chipsy? Co to znaczy? Czym one się różnią?
- Że pomidorowa jest zdrowa, a chipsy Lays – nie.
- [Inne dzieci przekrzykują się: Chipsy zdrowe! Co ty mówisz? Chipsy zdrowe. Nie, nie są!]
- A skąd wiesz, co jest zdrowe, a co nie jest zdrowe?
- No bo... no bo chipsy są stworzone przez olej palmowy, a on jest niezdrowy.

Sytuacja ta pokazuje dobrze, że z jednej strony dzieci rozróżniają „zdrowe” i „niezdrowe” jedzenie, jak tu, poprzez zbudowanie opozycji pomiędzy zupą pomidorową a chipsami. Potrafią przywołać wiedzę, którą przesycone są współczesne opowieści o zdrowiu – jak ta o oleju palmowym. Jednocześnie jest to podważane, gdyż staje się tematem żartu, że „chipsy są zdrowe”.

5. Ruch w dziecięcym obrazie zdrowia

Aktywność fizyczna stanowiła istotny element dziecięcego obrazu zdrowia i zdrowego życia. Temat ruchu pojawiał się, w różnym zakresie, w niemal każdym badaniu z dziećmi. Chociaż był on elementem zestawu praktyk wiązanych ze zdrowiem (obok np. zdrowego odżywiania), jego pozycja w narracjach dzieci była wyjątkowa. O ile bowiem wiele praktyk dotyczących zdrowego stylu życia bywało kontestowanych jako żądania narzucone z góry, ruch stanowił pomost pomiędzy dyscyplinującymi roszczeniami nowoczesności wobec ciała a praktykowaniem nieskrępowanej dziecięcości. Nie pojawiały się sygnały tego, że aktywności ruchowe są czymś narzuconym z zewnątrz, czymś, co dzieci przyjmują ze względu na to, że oczekuje się od nich racjonalności, polegającej na samoograniczeniu (jak to miało miejsce niejednokrotnie w wypadku jedzenia słodczy czy korzystania z urządzeń elektronicznych). Przez sport i ruch można praktykować dziecięcość. Warto jednak zaznaczyć, że pewne formy ruchu to dorośli narzucają dzieciom, chcąc je dyscyplinować (np. podczas lekcji w szkole, zob. Schilling 2004).

Aby lepiej zrozumieć znaczenie ruchu dla naszych rozmówców, warto przyjrzeć się przestrzeniom, w jakich może się on odbywać. Okazuje się, że są one bardzo zróżnicowane, czasem przeczą stereotypowym wyobrażeniom. Przestrzeń domu, kojarzona z zamknięciem, z brakiem ruchu, często przez dorosłych wiązana z „siedzeniem przed telewizorem” czy „z nosem w telefonie”, może być i jest przez dzieci postrzegana jako przestrzeń sprzyjająca ruchowi. W wywiadach widać całe bogactwo sposobów wykorzystania przestrzeni domowej. Oczywiście, są takie jego części, które od razu budzą takie skojarzenia: schody czy specjalne urządzenia sportowe. Jednak również na przykład korytarz czy pokój dziecięcy mogą kojarzyć się z ruchem. Chłopiec, spytany o miejsca w domu, które wiąże ze zdrowiem, odpowiada:

Mój pokój – relaks i sport. Łazienkę, kuchnię. No i tu jest też złe, bo jest telewizor.

Jak się okazuje, do aktywności ruchowej czy sportowej wystarczy nawet niewielka przestrzeń. Przedpokój, sypialnia dziecięca mogą stać się boiskiem, matą czy ringiem:

- W piłkę gram z siostrą.
- W domu? W pokoju waszym czy...
- W przedpokoju.
- Tak. Ja też gram w piłkę, w pokoju naszym.

Aktywność fizyczna może być łącznikiem między generacjami lub tworzyć wspólnotowość wewnątrzgeneracyjną – łączyć rówieśników na podwórku czy rodzeństwo w domu. Aktywnościami ruchowymi mogą dodatkowo sprzyjać niektóre sprzęty w domu albo elementy jego urządzenia:

- Ja mam niezdrowy komputer, telewizor, szafkę ze słodyczami. A zdrowy mam hamak, huśtawkę.
- A dlaczego te rzeczy, o których powiedziałeś, że są zdrowe, są zdrowe?
- Na hamaku można się zdrzemnąć, na huśtawce pobudzić. A na łóżku zasnąć.

Przedpokój z lustrami. Tam ćwiczę tańce.

Dom w opowieściach dzieci to miejsce pełne potencjalnego ruchu. Jego przestrzeń w oczach dzieci może stać się areną sportu. Siedzenie w domu to nie to samo, co bezruch; ciało dziecka może zaanektować do swoich celów różne domowe przestrzenie. Czasem zdarza się również, że w domu ćwiczą dorośli, sami albo z dziećmi. Wtedy jednak ruch przyjmuje bardziej usystematyzowaną, mniej spontaniczną formę, jak w wypadku taty ćwiczącego w domowej siłowni czy pary mama–córka, które trenują razem według programu znanej trenerki fitness. Nie można jednak lekceważyć takich form wspólnego ruchu w rodzinie, bywa on bowiem ważną, w świetle relacji dzieci, formą tworzenia i praktykowania bycia rodziną (*doing family*, zob. Stanisław 2013).

Zastanawiająca jest nieobecność szkoły w dziecięcych opowieściach dotyczących zdrowia. Częściowo da się to wytłumaczyć miejscem przeprowadzania badań: na ogół był to dom jednego z uczestników. Założeniem projektu było to, żeby unikać przestrzeni szkoły jako instytucji zhierarchizowanej i tym samym sugerującej sytuację podporządkowania. Choć systemy edukacyjne tak wiele wysiłku wkładają we wdrażanie w dyskursy zdrowia, w przedstawionych tu badaniach dzieci nie wymieniały szkoły jako miejsca, gdzie się to zdrowie praktykuje. Odnosi się to również do sportu i ruchu – zajęcia wychowania fizycznego nie pojawiały się jako element zdrowego stylu życia. Trudno znaleźć jedno wyjaśnienie tego paradoksu. Być może związane jest to właśnie z charakterystycznym dla współczesności postrzeganiem zdrowia jako indywidualnej odpowiedzialności. Dbaniem o zdrowie byłoby zatem to, na co sam/sama mam wpływ, o czym decyduję. Szkoła, z jej kolektywnymi praktykami: zdrowym menu w stołówce, pogadankami o prawidłowym żywieniu, zajęciami WF, nie stanowi odpowiedzi na indywidualistyczne wezwania dyskursów zdrowia. Być może jest to również związane z tym, że choć „uszkolnienie” ciał jest nieodłączną częścią systemu szkolnego, to działania dyscyplinujące (Foucault 1998) służą przede wszystkim takiemu zagospodarowaniu ciał, które sprzyjać będzie lepszemu przyswajaniu wiedzy. Mało też zwracano do niedawna uwagi na cielesne aspekty nauki, a „ucieleśniona natura bycia w szkole (*schooling*) tworzyła coś w rodzaju «nieobecnej obecności» w socjologii edukacji” (Schilling 2004). Wydaje się, że być może w rozumieniu dzieci szkoła wciąż jest miejscem, które przede wszystkim służyć ma rozwojowi intelektualnemu, zdobywaniu wiedzy.

Przestrzeń, która kojarzy się z ruchem chyba najbardziej, to przestrzeń na wolnym powietrzu: podwórko, ogród, park itd. Liczne badania dowodzą, że w ostatnich latach zmniejszyła się samodzielna mobilność dzieci w związku

z takimi czynnikami jak zwiększony ruch kołowy, znikanie terenów zielonych, zwiększanie dystansu pomiędzy zabudowaniami mieszkalnymi a przestrzeniami natury, osłabienie więzi społecznych, w tym sąsiedzkich, stres związany z napiętymi planami dnia w rodzinie, zwiększony niepokój rodziców na temat przestępczości i wypadków (Skår, Krogh 2009). Wiele pisze się o tym, że dzieci w ostatnich latach przestały wychodzić na dwór, bawić się na świeżym powietrzu. W badaniach jednak podwórko jako przestrzeń zdrowia było dosyć silnie obecne.

- Zdrowe jest też podwórko, do spaceru, do jeżdżenia na rowerze, na hulajnodze.
- Aha, a dlaczego to jest zdrowe?
- Żeby zażywać świeżego powietrza.
- I ćwiczyć.
- A dlaczego?
- Żebyś był silniejszy i mocniejszy. Czyli ogólnie sporty tak na dworze, tak.

Na podwórku aktywności fizyczne przeplatają się z różnymi innymi. Ruch na świeżym powietrzu jest traktowany jako forma zabawy, rozrywki, niepoddanej rygorom świata dorosłych, jak to może mieć miejsce w wypadku zorganizowanego sportu. Taki ruch, choć mówi się o tym, że jest zdrowy, jest przede wszystkim przyjemnością i formą praktykowania dziecięcości.

Jeszcze mam kolegów innych na podwórku, którzy mają innych kolegów, więc nas jest sporo, no i często wychodzę i się z nimi bawię, znamy swoje numery domofonu [...] i rzadko tak jest, że nic nie robimy [...]. No i na hulajnodze jeżdżę dosyć często teraz. I na rowerze, mamy taki czas mody na rowery. Na przykład bijemy się takimi mieczami plastikowymi.

Podwórko jawi się jako przestrzeń swobodnej, bezpiecznej zabawy, łatwo poddającej się inwencji dzieci.

Aktywność fizyczna jest takim elementem światów dziecięcych, który wymyka się prostemu przeciwstawieniu roszczeń świata dorosłych i oporu czy subwersji dzieci. Oczywiście, wielu spośród uczestników i uczestniczek naszych badań trenuje sporty w sposób zorganizowany i nieraz intensywny. Jednak dzieci znajdują także wiele przestrzeni i form dla własnego, oddolnego, dziecięcego praktykowania ruchu. Dlaczego jest to obszar, w którym nie kontestują reżimów zdrowia? Janusz Korczak tak pisał o ruchu jako o pierwotnej, naturalnej potrzebie dzieci: „Lekarz, pedagog, zdrowy chłopski rozum – mówią, wiedzą – na pewno – że dziecko jest istotą ruchliwą. Nie dać mu się poruszać – gorzej niż nie dać jeść. Ruch – oddech dziecka. Tamować ruch – to dusić – jak usta szmatą zakneblować i gardziel uciskać” (Korczak 1925, cyt. za: Ciesielska 2007: 87).

To, co wybitny pedagog opisał przed niemal stu laty, sprawdza się i we współczesnych rozpoznaniach. Ruch jest dla dziecka czymś tak oczywistym i potrzebnym, że dzieci będą uważać go za „dobry”, niezależnie od tego (a może mimo to), czego żądają od nich dorośli.

6. Zakończenie

Dzieci współcześnie wzrastają w społeczeństwie w dużej mierze skoncentrowanym na ciele i cielesności (zob. np. Dworkin 2000; Schilling 2010), są więc wzywane do odpowiedzi na żądania dotyczące stylu życia czy zarządzania ciałem (Radkowska-Walkowicz 2016). Z jednej strony, pozycja dziecka w społeczeństwie sprawia, że w dzieciach upatruje się nadzieję na „lepszą przyszłość”. Dziecko postrzegamy właśnie poprzez pryzmat przyszłości, *futurity* (Jenks 1996), w którą możemy inwestować, także w zakresie nawyków zdrowotnych. Z drugiej strony, rolę dzieci często postrzega się jako bierną, polegającą jedynie na odbiorze treści wpajanych im przez dorosłych. Locke’owska w duchu wizja dziecka jako bytu nieukształtowanego, plastycznego, możliwego do uformowania w rękach umiejętnego wychowawcy jest wciąż bardzo silna (Smolińska-Theiss 2007).

Dzieci są nie tylko obserwatorami, lecz także uczestnikami życia społecznego. Dostrzegają rozmaite wątki toczących się publicznie debat, aktywnie je interpretując. Zdrowie jest przez nie definiowane na poziomie zarówno praktycznym, estetycznym, jak i aksjologicznym. Kiedy rozmawiają z badaczkami o zdrowiu, są w stanie wiele opowiedzieć o tym, co znaczy żyć „zdrowo” i „choro”. Jednak spoza wiedzy takiej, jaką wpajają dzieciom dorośli poprzez wychowanie w domu, media, szkołę, przenika inny rodzaj wiedzy. Jest ona oparta na swoistym dziecięcym doświadczeniu. Dziecko, będąc zarazem w centrum troski nowoczesnego społeczeństwa i żyjąc na jego obrzeżach (Jacyno, Szulżycka 1999), może przyjmować inne niż dorośli strategie wobec dyskursów zdrowia. Może podważać żądania indywidualnej, racjonalnej odpowiedzialności. Nie tylko dlatego, że wie, iż nie zawsze może ją tak prosto zrealizować. Również dlatego, że jego pozycja pozwala na zachowania subwersywne, być może nawet ich wymaga. Jednak subwersja też jest wyborem. W przedstawionych tu badaniach obszarem, który nie był kontestowany przez dzieci, mimo że znajduje się w centrum współczesnych, „dorosłych” dyskursów zdrowia, jest aktywność fizyczna. Ruch i sport to te sfery zdrowego stylu życia, poprzez które praktykować można nie tylko zdrowy styl życia, ale również bycie dzieckiem.

Bibliografia

- Alderson P. (2008), *Children as researchers. Participation rights and research methods*, [w:] P. Christensen, A. James (eds.), *Research with children: Perspectives and practices*, Routledge, Abington, New York.
- Alderson P., Morrow V. (2011), *The ethics of research with children and young people: A practical handbook*, SAGE, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Balen R. et al. (2006), *Involving children in health and social research: “Human becomings” or “active beings”?*, “Childhood”, vol. 13, s. 29–48.
- Blaxter M. (2008), *Zdrowie*, przekł. M. Okła, Wydawnictwo Sic!, Warszawa, s. 10–32.
- Boni Z. (2016), *Children and food in Warsaw. Negotiating feeding and eating* [niepublikowana praca doktorska obroniona w SOAS, University of London].

- Boni Z. (2017), *It's safe: Food as a way of expression for children in Warsaw*, "Children's Geographies", s. 1–12, <https://doi.org/10.1080/14733285.2017.1319045>.
- Boni Z. (2018), *Zdrowe jedzenie, jedzenie zdrowia. Negocjowanie norm i praktyk*, [w:] M. Radkowska-Walkowicz, M. Reimann (red.), *Dzieci i zdrowie. Wstęp do childhood studies*, Oficyna Naukowa, Warszawa, s. 172–195.
- Buckingham D. (2011), *The material child. Growing up in the material culture*, Polity Press, Cambridge, Malden.
- Christensen P., Prout A. (2002), *Working with ethical symmetry in social research with children*, "Childhood", vol. 9, s. 477–497.
- Ciesielska M. (2007), *Janusz Korczak o dziecku i jego zdrowiu* (wybór tekstów), [w:] J. Bińczycka (red.), *Prawo dziecka do zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 71–98.
- Clark C. D. (2011), *In a younger voice: Going children's qualitative research*, Oxford University Press, Oxford.
- Cook D. T. (2004), *The commodification of childhood. The children's clothing industry and the rise of the child consumer*, Duke University Press, Durham, DC.
- Crawford R. (1980), *Healthism and the medicalisation of everyday life*, "International Journal of Health Services", vol. 7 (4), s. 365–388.
- Czerpaniak-Walczak M. (2007), *Prawo dziecka do rozwoju*, [w:] J. Bińczycka (red.), *Prawo dziecka do zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 131–148.
- Diasio N. (2018), *Wytwarzanie ciała dziecka. Rola kultury materialnej*, [w:] M. Radkowska-Walkowicz, M. Reimann (red.), *Dzieci i zdrowie. Wstęp do childhood studies*, Oficyna Naukowa, Warszawa, s. 103–137.
- Dworkin R. (2000), *The New Gospel of health*, "The Public Interest", vol. 141, s. 77–90.
- Dzwonkowska-Godula K. (2016), *Stosunek młodych ludzi do własnego zdrowia a ideologia healthizmu*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, nr 58, s. 25–46.
- Elden S. (2013), *Inviting the messy: Drawing methods and children's voices*, "Childhood", vol. 20, s. 66–81.
- Foucault M. (2009), *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, Aletheia, Warszawa.
- James A., James A. (2008a), *Changing childhood in the UK: Reconstructing discourses of "risk" and "protection"*, [w:] A. James, A. James (eds.), *European childhoods: Cultures, politics, and childhoods in Europe*, Macmillan Palgrave, Hampshire, New York.
- James A., James A. (2008b), *Key concepts in childhood studies*, SAGE, Los Angeles.
- James A., Jenks Ch., Prout A. (1998), *Theorizing childhood*, Polity Press, London.
- Jenks Ch. (1996), *Childhood*, Routledge, New York.
- Korczak J. (1925), *Podwórko internatu*, „Opieka nad Dzieckiem”, nr 3, s. 140.
- Lee N. (2001), *Childhood and society. Growing up in an age of uncertainty*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Lee N. (2005), *Childhood and human value: Development, separation, and separability*, Open University Press, Maidenhead, Berkshire.
- Maciejewska-Mroczek E. (2017), *O roli zabawy w badaniach antropologiczno-kulturowych*, [w:] B. Bilewicz-Kuźnia (red.), *Zabawa i zabawka. Konteksty, wartość, znaczenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 97–112.
- Maciejewska-Mroczek E. (2018), *Badanie grupowe z udziałem dzieci: Aspekty etyczne i praktyczne*, [w:] M. Radkowska-Walkowicz, M. Reimann (red.), *Dzieci i zdrowie. Wstęp do childhood studies*, Oficyna Naukowa, Warszawa, s. 35–60.
- Maciejewska-Mroczek E., Reimann M. (2016), *Jak zgadzają i nie zgadzają się dzieci. O (nie)równowadze sił i świadomej zgodzie w badaniach z dziećmi*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. XII, nr 4, s. 42–55.

- Maciejewska-Mroczek E., Reimann M. (2017), *Kodeks dobrych praktyk w badaniach z dziećmi. O potrzebie tworzenia zasad prowadzenia badań z udziałem dzieci*, „Miscellanea Anthropologica et Sociologica”, t. 18, s. 11–23.
- Radkowska-Walkowicz M. (2016), *Telewizja, słodycze i zdrowie. O sprawczości dzieci i napięciach w praktykach życia codziennego w kontekście programów promocji zdrowia*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, nr 58, s. 119–133.
- Radkowska-Walkowicz M. (2018), *Termoaktywna bielizna, waleczne limfocyty i podróże w nieznanne, czyli o ciele i zdrowiu w książkach dla dzieci*, [w:] M. Radkowska-Walkowicz, M. Reimann (red.), *Dzieci i zdrowie. Wstęp do childhood studies*, Oficyna Naukowa, Warszawa, s. 225–251.
- Schilling Ch. (2004), *Educating bodies: Schooling and the construction of society*, [w:] J. Evans, B. Davies, J. Wright (eds.), *Body knowledge and control. Studies in the sociology of physical education and health*, Routledge, London, New York.
- Schilling Ch. (2010), *Sociologia ciała*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Skår M., Krogh E. (2009), *Changes in children's nature-based experiences near home: From spontaneous play to adult-controlled, planned and organised activities*, “Children's Geographies”, vol. 7 (3), s. 339–354.
- Smolińska-Theiss B. (2007), *Odkrywcy, nauczyciele i strażnicy praw dziecka*, [w:] J. Bińczycka (red.), *Prawo dziecka do zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 61–70.
- Stanisz A. (2013), *Rodzina made in Poland. Antropologia pokrewieństwa i życia rodzinnego*, Agata Stanisz, Poznań.
- Wróblewski M. (2016), *Nowe szaty healthizmu. Self-tracking, neoliberalizm i kapitalizm kognitywny*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, nr 58, s. 5–23.
- Zigon J. (2007), *Moral breakdown and the ethical demand. A theoretical framework for an anthropology of moralities*, “Anthropological Theory”, vol. 7 (2), s. 131–150.
- Zigin J. (2009), *Within a range of possibilities. Morality and ethics in social life*, “Ethnos”, vol. 74 (2), s. 251–276.

Ewa Maciejewska-Mroczek

„THIS ONE LIVED A HEALTHY LIFE, AND THAT ONE LIVED A SICK LIFE”. THE MEANING OF HEALTH AND PHYSICAL ACTIVITY FOR CHILDREN

Summary. This text presents the results of a research project conducted with children aged 8–11, and shows how children understand various aspects of health or healthy lifestyles. Physical activity and sport are, according to children, among the most important elements in healthy lifestyle. What is important here is the moral value ascribed to these activities. One who „runs, rides a bike, swims”, almost automatically becomes not only healthy, but also moral. An opposite attitude is not only lack of health, but also poor moral conduct (eg. addictions). In the children's narratives such concepts as „good” and „healthy” were used interchangeably.

While children present ambivalent attitudes towards various requirements of modern healthy lifestyles, physical activity and sport are positively valued areas. Children defined activity as not only „good”, meaning healthy, but also satisfactory. In the opinions of children, physical activity and sport can take place in various spaces, and practicing them goes in line with their concept of a child.

Key words: child, sport, body, childhood studies, new sociology of childhood.