



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia i choroby a lansowanie określonych wzorów socjalizacji zdrowotnej

Author: Andrzej Radziewicz-Winnicki

Citation style: Radziewicz-Winnicki Andrzej. (2002). Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia i choroby a lansowanie określonych wzorów socjalizacji zdrowotnej. "Chowanna" (T. 1, (2002), s. 27-38).



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2002	R. XLV (LVIII)	T. 1 (18)	s. 27–38
------------	--	---------------	-------------------	--------------	----------



Andrzej RADZIEWICZ-WINNICKI

Zainteresowanie nauk społecznych poglądami i zachowaniami w dziedzinie zdrowia i choroby a lansowanie określonych wzorów socjalizacji zdrowotnej

Ożywienie wokół problematyki zdrowia, jakie w ostatnim ćwierćwieczu obserwuje się we współczesnej socjologii i psychologii, a w ostatnich kilku latach także w pedagogice (zob. Woynarowska, Sokołowska, 1993; Syrek, 1997; Roman, 1998; Syrek, 2000; Kropińska, red., 2000 i in.), budzi nadzieję na jeszcze lepsze niż dotychczas poznanie analizowanych aspektów podnoszenia stanu zdrowotności społeczeństwa również w kategoriach psychospołecznych. Nastąpił zatem definitywnie zmierzch tradycyjnego podejścia, według którego — po pierwsze — problematykę zdrowia i choroby konstituowała nieomal wyłącznie medycyna, przyrodnicza nauka praktyczna, odległa od tradycji teoretycznych i praktycznych nauk społecznych, a po drugie — badacze nauk społecznych posługiwali się kategoriami medycznymi wyłącznie w konwencjach epidemiologii medycyny społecznej (czy tzw. socjologii w medycynie). Wreszcie przyjęto — niejako za tautologię — że na organizm współczesnego człowieka działają intensywnie coraz to nowsze, przez niego samego wytworzone czynniki środowiskowe (hałas, wibracje, związki toksyczne itp.), z jakimi nie stykał się on w toku filogenezy, w okresie kształtowania się jego sylwetki biologiczno-społecznej. Adaptacje fizjologiczne, kulturowe czy technologiczne chronią często — choć nie zawsze — orga-

nizm ludzki przed działaniem drastycznych wpływów otaczającego ludzkie *indywiduum* środowiska. Umożliwia to przeżycie w danej (często nowej) przestrzeni środowiskowej, czasem tylko zmniejsza się sprawność mechanizmów adaptacji fizjologicznej w jakże zmiennym środowisku egzystencji człowieka (B o r t z, 1983).

Granice optimum wyznaczają nie tylko genetycznie zdeterminowane właściwości organizmu. „Aktualny poziom fizjologicznych relacji ustroju ze światem wyznacza narażenie organizmu na wpływy tego świata i sposób życia. Mają one zbliżyć sprawność przystosowawczą organizmu do tych granic, zwiększając swobodę życia i działania człowieka, ale mogą również sprawność mechanizmów adaptacyjnych od tych granic oddalić” (K o z ł o w s k i, 1990, s. 56).

Autorytatywnie przytoczone owo stwierdzenie powoduje, iż obecnie poszczególni badacze i teoretycy rozmaitych dyscyplin nauki, poddając analizie problemy ongiś tradycyjnie zarezerwowane dla medycyny, nie muszą rezygnować ze sposobu myślenia właściwemu uprawianej przez siebie dyscyplinie naukowej. Nie obowiązuje zatem jedyny słuszny wzorzec sprowadzający się do medycznego opisu modelu choroby (czy zdrowotnego stylu życia), a następnie do poszukiwania (jako działań drugorzędnych) psychospołecznych korelatów tak określonego stanu chorobowego. W rodzimej najnowszej literaturze przedmiotu dużą popularnością zaczynają cieszyć się opracowania, które traktują wielowymiarowe problemy patologii zdrowotnej jako zasadniczą sferę zachowania społecznego, uwarunkowanego nie tylko przez chorobę i zdrowie, ale również przez placówki medyczne czy też oświatę zdrowotną. Przedstawiają one niektóre kwestie z obszaru zachowań towarzyszących dysfunkcji zdrowotnej, szeroko zdefiniowanej niekoniecznie przez samych lekarzy. Nie wiążą się one z penetracją głębi samej choroby, będącej oczywistą domeną poszczególnych subdyscyplin nauk medycznych, lecz np. w wypadku nauk o wychowaniu — które najpóźniej zajęły się stanem zdrowia jednostki w danym środowisku i życiu społecznym — z kreowaniem określonej socjalizacji zdrowotnej (zarówno promedycznej, jak i niepromedycznej), aktualizującej się nieustannie w realnych kontekstach społecznych (M o d r z e w s k i, 1998, s. 5—9; zob. S y r e k, 1998; W o y n a r o w s k a, M a z u r, 1999). Znacznie się nasiliło — u schyłku XX wieku — propagowanie idei *Health Promotion* jako intensywne lansowanie określonych wzorów zachowań zdrowotnych we współczesnym społeczeństwie postindustrialnym (R a d z i e w i c z - W i n n i c k i, 1999, s. 135—151).

Sygnalizowane dość popularne działania poprzedzone zostały — w nieodległej przeszłości — bogatą refleksją teoretyczną. Znawcy problemu — w opinii Waldemara Nowaka — wskazują na osobę Talcotta Parsonsa jako prekursora socjologii medycyny. Genialny autor, skrupulatnie analizujący w kilku pracach (P a r s o n s, 1951; 1969; 1972; za: N o w a k, 2000), m.in. osobowość

jednostki w kontekście zagadnień zdrowia, choroby, socjalizacji zdrowotnej itp., wpisuje wyszczególnione kategorie w system roli społecznej, dewiacji oraz kontroli. Ścisła współzależność psychospołecznych aspektów wyszczególnionych zagadnień i procesów strukturalnych zachodzących w wielkich społeczeństwach przemysłowych doprowadziła do zainteresowania się problemami globalnymi na różnych poziomach, poczynając od par osób, jak matka i dziecko lub lekarz i pacjent, a kończąc na bardziej ogólnych a zarazem zasadniczych problemach rozwoju nowoczesnego społeczeństwa jako całości. Parsons definiuje pojęcie zdrowia jako stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego odgrywania ról i wywiązywania się z zadań, wyznaczonych w procesie socjalizacji. Zdrowie zatem zdefiniowane jest w odniesieniu do uczestnictwa jednostki w określonym systemie społecznym. Z kolei choroba stanowi dla tego znanego socjologa zinstytucjonalizowany społecznie typ określonej roli. Jej charakterystyczną cechą stają się pewne — ogólnie przez cytowanego autora zdefiniowane — zakłócenia umiejętności odgrywania — zgodnego z normalnymi oczekiwaniami — danej roli społecznej lub wykonywania określonych zadań. Zakłócenia te nie są przy tym specyficzne (wyjątkowe) dla bliżej określonego zadania, roli, normy bądź wartości (Parsons, 1969, za: Nowak, 2000, s. 126). Sam pomysł wprowadzenia problematyki zdrowia i choroby do teorii systemu społecznego, w której zasadniczą rolę odgrywa równowaga społeczna, a w niej skuteczne pełnienie funkcji społecznych, wystąpił już w innej, wcześniejszej pracy autora, na którego się powołuję (Parsons, 1951; zob. Nowak, 2000, s. 127).

Talcott Parsons — jak twierdzi Magdalena Sokołowska — traktował chorobę jako szczególne zagrożenie, umożliwiające jednostce „uprawomocnione wycofanie się” z pełnionych obowiązków. Z tych też przyczyn sam stan choroby (bycia chorym) wymaga oficjalnej regulacji społecznej. Stan taki osiąga się, ustanawiając lekarza oficjalnym reprezentantem legalnej kontroli społecznej (*society's gatekeeper*) w procesie oficjalnego usankcjonowania roli chorego, jako dewiacyjnie pełnionej roli społecznej. Przyjęcie przez aktora społecznego (z reguły niezamierzone) takiej właśnie roli, legalizowanej z reguły np. w trakcie intencjonalnie składanej wizyty (porady) lekarskiej, uzyskuje w większości wypadków akceptację społeczną aktualnego (reprezentowanego przez jednostkę) stanu zdrowia, a równocześnie społeczeństwo może skutecznie odizolować (skontrolować) „coś”, co zagraża stabilizacji systemu jako całości. Tym czymś stać się może stan wywołany czynnikiem chorobotwórczym, który mógłby się rozpowszechnić i zagrozić wybuchem masowego uchylania się od obowiązków wynikających z przypisywanych jednostkom i grupom ról (Sokołowska, 1989; Nowak, 2000, s. 127). Struktura systemów działania opiera się na zinstytucjonalizowanych i zinternalizowanych normatywnych wzorcach kultury, przy czym instytucjonalizacja jest powszechną normą odnoszącą się do systemu społecznego, internalizacja zaś

— jaka dokonuje się w procesie masowej socjalizacji, a więc uczenia się różnych kultur przez jednostkę — do osobowości (por. Białydzewski, 1972, s. XXIX).

W odróżnieniu od opracowań *stricte* socjologicznych „psycholodzy zajmujący się problematyką kontaktu lekarz — pacjent rozpatrują to zagadnienie nie z perspektywy systemu czy grupy, ale koncentrując się na osobie każdego z uczestników kontaktu. Podejście to możemy więc określić jako węższe i bardziej analityczne. Biorąc pod uwagę zadaniowy charakter sytuacji, w której znajdują się lekarz i pacjent, można przyjąć, że zasadniczą formą aktywności we wspólnym układzie są czynności. Podstawowe pytania interesujące psychologa dotyczą charakterystyki tych czynności, ich uwarunkowań, przebiegu i następstw. Jeśli przyjąć przy tym, że z wyższej pozycji lekarza we wzajemnym układzie wynika jego sterująca rola w kontakcie z pacjentem, to można postawić tezę, że dla przebiegu kontaktu mają znaczenie przede wszystkim uwarunkowania związane z osobą lekarza. Z kolei mówiąc o następstwach kontaktu, należy pamiętać, że z założenia służyć ma on pacjentowi; celowe wydaje się więc skoncentrowanie się na jego osobie.

Ze względu na cel kontaktu z lekarzem należy niewątpliwie uznać, że jego najważniejsze następstwa dotyczą stanu zdrowia pacjenta. Czy zagadnienie to może stać się przedmiotem dociekań psychologa? Coraz więcej zwolenników zyskuje ostatnio teza o wzajemnych powiązaniach psychosomatycznych czy wręcz jedności psychosomatycznej człowieka. Przy takim założeniu można zastanowić się, czy właściwości kontaktu lekarza z pacjentem, obok innych czynników, mają znaczenie dla wyników leczenia (Heszen, 1986, s. 14—15).

Pomijam — świadomie przytaczając ową autorytatywną opinię eksperta — inne emocjonalne i poznawcze (np. lęk sytuacyjny pacjenta) aspekty badań i analiz prowadzonych w ramach pomyślnie od lat rozwijającej się subdyscypliny, jaką stanowi psychologia zdrowia (psychologia medyczna). Współczesna psychologia uznaje chorobę somatyczną za problem nie tylko medyczny, lecz i psychologiczny (psychospołeczny). Na przykładach bowiem wielu chorób w sposób nie budzący jakichkolwiek zastrzeżeń udowodniono, że powstają one w wyniku splotu wielu okoliczności, wśród których tylko część stanowią czynniki fizjologiczne. Wyraźnie zarysowują się inne przyczyny wywołania czynnika chorobotwórczego. Są to obciążenia mechanizmów regulacji psychicznej, wynikające — najczęściej — z nierozwiązania frustracji, stresu czy też z innych napięć wynikłych w trakcie bezpośrednich bądź pośrednich relacji chorego z otoczeniem społecznym (por. Heszen, 1986, s. 7).

Zasygnalizowane tu kwestie z obszaru psychologii medycznej są bardzo fragmentaryczne i zarysowują zaledwie, w sposób bardzo ogólny, wiele interesujących badaczy — reprezentujących nauki społeczne — prawidłowości.

Pomimo skrótowo dokonanej prezentacji podejścia socjologów tudzież psychologów do ogólnie sformułowanej problematyki zdrowia i choroby, nietrudno zauważyć, że w ramach poszczególnych dyscyplin nauk społecznych ten sam cel bywa bardzo rozmaicie definiowany i rozumiany. Niestety, każda z wielu dyscyplin (socjologia, pedagogika, psychologia, politologia czy też nieco bardziej odległa historia) wyodrębnia pewien odmienny aspekt badanego zjawiska z zamierzeniem jego zrozumienia. Taka specjalizacja jest normalnym i nieuchronnym faktem w procesie rozwoju wszelkiej wiedzy, ale zarazem powoduje nieuniknione kontrowersje. Często całokształt badań i analiz określonych zjawisk kwalifikuje się do jednej tylko dyscypliny, a przecież linie graniczne pomiędzy poszczególnymi naukami badającymi ten sam obiekt mają z reguły charakter umowny, wręcz konwencjonalny. Kształtuje się owa wizja przybierająca w konsekwencji postać reguły selekcyjnej zazwyczaj w wyniku rozwoju nauki i określonych metod badawczych preferowanych przez jej reprezentantów. Konwencje jednak mogą być bądź stają się dogmatami, utrudniając dalszy rozwój dyscypliny. Dzieje się tak wskutek przyzwyczajenia do niewykraczania poza tradycyjnie ustalone granice określonego wycinka rzeczywistości społecznej. Nie podejmuje się na ogół problemów, które w obiegowym przekonaniu są immanentnie związane z inną określoną dziedziną naukową. Z pewnością niesłusznie się stało, iż ukształtowały się tak ostre granice między poszczególnymi obszarami penetracji badawczych wśród nauk społecznych. Nie powinno to umniejszać dorobku z tzw. pogranicza dwóch lub większej liczby dyscyplin. Zbyt wąskie rozumienie nauki, ograniczające się do refleksji nad jednym aspektem zagadnienia, zubaża przecież naszą sferę działania i poznania (A m s t e r d a m s k i, 1971, s. 27—28; zob. R a d z i e w i c z - W i n n i c k i, 1999, s. 12—13).

Można wyrazić ufność i nadzieję, że identyczne penetracje wiążące się z analizowanym stanem zdrowia bądź przemożnym dążeniem ku zadowalająco prowadzonej profilaktyki zdrowotnej w każdym społeczeństwie będą właśnie tą dziedziną zainteresowań reprezentantów nauk społecznych, która pozwoli jeśli nie na pełną symbiozę, to z pewnością na pomyślnie rozwijającą się współpracę i ich praktyczną integrację. Można wyartykułować wiele pytań, na które oczekują odpowiedzi wszyscy zainteresowani reprezentanci nauk społecznych. Oto niektóre z nich: Czy istnieje wystarczająca liczba personelu medycznego na danym obszarze, zaspokajająca podstawowe potrzeby społeczności lokalnej? Czy aktualny stan kadr medycznych i ich rozmieszczenie odpowiadają oczekiwaniom społecznym? Jak przedstawiają się perspektywy podniesienia sprawności opieki lekarskiej na najbliższą przyszłość? Na czym polega dysfunkcjonalność służby zdrowia w kwestii modernizacji społecznej? Jak wygląda adaptacja społeczna poszczególnych grup ludności po przebytych chorobach zakaźnych, serca czy też po bardziej trwałych upośledzeniach psychicznych? Na jakie uwarunkowania osobowościowe należy zwrócić baczną

uwagę w procesie psychospołecznej rehabilitacji pacjentów? Jaka jest obecnie najbardziej typowa reakcja społeczna na grupy zależne i odpowiedzialność społeczna za nie? Jakie normy oraz wyznawane wartości regulują sposób nawiązywania i zakończenia (określonego w czasie i przestrzeni) kontaktów pomiędzy lekarzem a pacjentem? Jakie procesy poznawcze tudzież emocjonalne determinują wzajemne relacje pacjent — lekarz? Jak przedstawia się wzajemna percepcja obu tych postaci pozostających w określonej interakcji? Jakie standardy edukacyjne dominują w kulturowym przekazie podstawowych wzorów zachowań zdrowotnych? Jakie są dominujące przekonania (w zakresie norm i wartości wiążących się z problematyką zdrowia i choroby) występujące w danym społeczeństwie? Jak przedstawia się rozwój oświaty zdrowotnej krzewionej w poszczególnych grupach młodzieży szkolnej? Jaki kształt przybiera instytucjonalizacja sugestii, prolegatyw i zaleceń konstytuujących ideę „promocji zdrowia” w danym społeczeństwie? Jaki pozostaje aktualny rozmiar nierówności społecznych w ramach np. dziecięcej socjopatologii zdrowia (*casus*: unieralność nieletnich) w danej przestrzeni społecznej? Takie i inne pytania — o różnym szczeblu ogólności i zasięgu — często pozostają bez zweryfikowanej badawczo odpowiedzi, co świadczy m.in. o pilnej konieczności współpracy reprezentantów medycyny z przedstawicielami nauk społecznych.

Trudno bez prowadzenia badań empirycznych, ukazujących strukturę motywów aktywnego uczestnictwa w socjalizacji zdrowotnej, orzec, jak przedstawiają się wzajemne proporcje między zachowaniami autotelicznymi w interesującym nas obszarze dociekań. Być może ma tu miejsce fakt internalizacji wartości instrumentalnych lansowanych przez nieliczne instytucje powołane do upowszechniania oświaty (edukacji) zdrowotnej (por. K r a w c z y k, 1985, s. 168). Jeżeli zatem przyjmuje się bezrefleksyjnie założenie, iż zdrowie w istotny sposób wyznacza styl i jakość życia jednostki, to z punktu widzenia kreatora, a taką funkcję pragnie, jak sędzę, spełnić pedagogika zdrowia, ważna staje się rola standardów edukacyjnych zarówno w preferowaniu tej wartości, jak i w nadawaniu jej określonego wymiaru (B o r o w s k a, 2000, s. 229).

Warto przypomnieć, iż w przeciwieństwie do języka polskiego pojęcie „standard” w języku angielskim ma o wiele więcej znaczeń i odniesień, także o charakterze postulatywnym (*standard, standard practice, standard provnaction, standard bearen, standard education, standard deduction, standard of living, standard issne, standard time, standardize* itp.). Przyjmując pewną interpretację zapożyczoną od pojęcia „standard kulturowy”, występującego głównie w literaturze anglosaskiej, Ewa Syrek ujmuje „teoretyczny standard zdrowotny” jako występowanie określonych programów, postulatów, strategii, wzorów zachowań historycznie i przestrzennie zmiennych, które są związane ze zdrowiem, jego ochroną i promocją, przygotowanych celem masowego popularyzo-

wania. Stanowią one zarazem w miarę konkretny zespół dyrektyw i zaleceń przygotowany przez wielu ekspertów reprezentujących różne dziedziny wiedzy. Jest to pewien wzorzec (wzór) niezawodnego (przy obecnym stanie wiedzy) działania, egzemplifikujący kreowanie aktualnej polityki społecznej, zdrowotnej i oświaty (Syrdek, 1997, s. 12—13; por.: Kosiński, 1976, s. 135—147). Idea *Health Promotion* jest ściśle związana z dostosowywaniem się jednostki do teoretycznie zarysowanych i zaleconych standardów zdrowotnych. Podejmując problematykę zdrowia, humaniści, a nade wszystko pedagodzy bardzo często koncentrują się w swoich rozważaniach na znaczeniu stanu zdrowia dla wychowania i nauczania. Wpływ poziomu rozwojowego oraz odchylen od stanu prawidłowego na możliwości percepcji w zakresie dydaktyczno-wychowawczym to zależność jednostronna. Tymczasem warto i trzeba chyba zwrócić uwagę na fakt, że występuje tu także zależność odwrotna — wpływ wychowania na stan zdrowia.

Można wyróżnić następujące dramatyczne cechy sytuacji zdrowotnej w okresie intensywnie przebiegającej transformacji społeczeństwa polskiego:

- wiele równocześnie występujących niekorzystnych zjawisk zdrowotnych nakłada się na siebie, powodując w rezultacie m.in. skracanie przeciętnej długości trwania życia, jak i średniej długości wieku produkcyjnego oraz narastanie liczby osób niepełnosprawnych;
- kierunki zmian wskaźników dotyczących stanu zdrowia społeczeństwa w Polsce mają tendencje przeciwstawne w porównaniu z większością krajów europejskich;
- działania czynników aktualnie niekorzystnie kształtujących stan zdrowia społeczeństwa, związanych z kryzysem ekonomicznym, wynikających ze stylu życia i braku troski o własne zdrowie, a także z wieloletnich zaniedbań w zakresie ochrony środowiska mogą mieć skutki w długim czasie i niekorzystnie kształtować przez wiele następnych lat sytuację zdrowotną ludności; szczególny niepokój pod tym względem budzi stan zdrowia dzieci rodziców dotkniętych bezrobociem na obszarach ekologicznego zagrożenia (zob. Indulski, 1994, s. 30—32; por. Roman, 1998, s. 65—166; Radziejewicz-Winnicki, 1999, s. 136—140).

W tej sytuacji lansowanie określonych wzorów zachowań w prowadzonej edukacji zdrowotnej ukierunkowuje poszczególne jednostki, a także szersze grupy społeczne na promedyczne, a więc naukowe przedstawianie owej wartości, na naukowe, zweryfikowane empirycznie wzory jej ochrony. Nie oznacza to bynajmniej — przytaczam opinię J. Modrzewskiego (1998) — iż jednostki przechodzące w fazie edukacji szkolnej przez poszczególne szczeble systemu oświatowego w naszym kraju reorientują a tym samym przeobrażają (na rzecz internalizacji) własne projekcje czy identyfikacje owej wartości, tak by przybrała ona promedyczny czy naukowy charakter.

Rzeczywista więc socjalizacja zdrowotna aktualizuje się w realnych kontekstach społecznych, przez uczestnictwo jednostki w danej grupie społecznej. Oprócz medycznie zalecanych i egzekwowanych wzorów chronienia wartości zdrowia, funkcjonują także magiczne wzorce postępowania, określone historycznie, zwyczajowo bądź też *stricte* sytuacyjnie (M o d r z e w s k i, 1998, s. 7—8).

W Polsce propagowanie idei tzw. wychowania zdrowotnego rozpoczęto w latach sześćdziesiątych. Traktowano je jako część składową oddziaływań zdrowotnych na człowieka¹. Obejmowało ono następujące ogólne wskaźniki:

- wytwarzanie nawyków bezpośrednio i pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia psychicznego;
- wyrabianie odpowiednich sprawności;
- nastawienie woli i kształtowanie postaw umożliwiających stosowanie higieny, skutecznej pielęgnacji, zapobieganie chorobom i ich leczenie;
- pobudzanie pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie i prawach rządzących zdrowiem publicznym (por. *Health Promotion*, 1987)².

Oczywiście, miały one z reguły charakter postulatywny, daleki od oczekiwanych społecznie znaczących stałych wdrożeń i praktycznego, powszechnego ich zastosowania. Obecnie na całym świecie, kiedy mówi się o propagowaniu kulturowych wzorów zachowań zdrowotnych, przytacza się z reguły zinstytucjonalizowany pakiet międzynarodowych inicjatyw podjętych w 1984 roku pod patronatem WHO. Jest to program konsolidujący wiele dotychczas rozproszonych działań a zarazem hasło wywoławcze określone mianem *Health Promotion* (promocja zdrowia) (zob. *Health Promotion*, 1987).

Główne cele i zasady w promowaniu zdrowia sprowadzają się do następujących wyznaczników zawartych m.in. w *Materiałach II Krajowego Zjazdu Medycyny i Higieny Szkolnej* (Toruń 1987). Zawarto w nich następujące postulaty:

- utrzymanie zdrowia, udoskonalanie go, zmniejszanie dysproporcji w zdrowiu między poszczególnymi ludźmi;
- kształtowanie środowiska życia w taki sposób, aby nie zagrażało zdrowiu, lecz sprzyjało jego utrzymaniu, dotyczy to również warunków pracy i działalności w domu;
- maksymalne wykorzystanie środków i sieci służb socjalnych dla promowania zdrowia;

¹ I. Heszen-Klemens ów zakres problematyki nazywa „działaniem zdrowotnym”, mówiąc m.in. o „wszelkich formach aktywności celowej ukierunkowanej na ochronę lub osiągnięcie poprawy własnego stanu zdrowia” (za: R o m a n, 1998, s. 216).

² Ruch na rzecz wychowania zdrowotnego rozpoczęli w Polsce znacznie wcześniej m.in. M. Demel i E. Mazurkiewicz; wyrósł na silnym polskim podłożu (koncepcja Piramowicza, Śniadeckiego, Kopczyńskiego) — obecnie został skonfrontowany z obcymi wzorami.

- kształtowanie pozytywnego nastawienia do edukacji zdrowotnej i odpowiednie stosowanie różnych strategii w jej realizacji;
- zwiększenie wiedzy o wymiarze praktycznym i rozwój sieci informacyjnej dotyczącej zdrowia;
- zintegrowanie działań w zakresie ochrony zdrowia z działaniami w sferze pracy, domu, usług socjalnych (uwzględnienie zagadnień służb socjalnych, resortu ekonomii i finansów, a także resortu ochrony środowiska), w planowaniu pracy służby zdrowia;
- doprowadzenie do politycznych zobowiązań w promowaniu zdrowia oraz koordynowanie działań na rzecz zdrowia na różnych szczeblach;
- kontynuowanie konsultacji, dialogów, wymiany doświadczeń w imię idei „zdrowie naczelnym interesem publicznym”;
- informowanie społeczeństwa o podejmowanych działaniach;
- aktywizowanie władz naczelnych i poszczególnych członków różnych społeczności do działania na rzecz zdrowia i do usuwania zdrowotnych zagrożeń (Kielar, 1992, s. 574—575).

Promocja zdrowia to program działań o charakterze wielopłaszczyznowym, wymagający propagowania go na całym świecie przez rządy i organizacje pozarządowe, dotyczy wszystkich sfer życia człowieka (pracy, nauki, kultury i spraw socjalnych; urbanizacji i przemysłu; rolnictwa, ekonomii i finansów; domu — z jego problemami budowlanymi, standardem wyposażenia, redukcją stresu, atmosferą domową; energetyki — jej rozwoju i bezpieczeństwa; transportu, ekologii, służby zdrowia, opieki społecznej, zdrowych technologii i całej humanizacji życia).

Promocja zdrowia to obszar działań, w którym swój znaczący udział powinni mieć także humaniści, a zwłaszcza pedagodzy (Kielar, 1992, s. 575). Propagowanie kulturowych wzorów zachowań zdrowotnych to lansowanie pewnych form aktywności życiowej, które są zauważalne wskutek częstotliwości i powszechności ich występowania. Pod pojęciem „wzór zachowań zdrowotnych” można rozumieć tryb i sposób chronienia pewnych wartości wiążących się z ogólną sytuacją zdrowia, stanowiących nieodłączny element kultury danej grupy, przekazywanych kolejnemu pokoleniu w procesie socjalizacji. Proponuje się przyjęcie kategorii wartości składających się na ogólne pojęcie „zdrowia” (Romana, 1998, s. 218). Większość społecznie aprobowanych i oczekiwanych wzorów zachowań terapeutycznych, profilaktycznych i kompensacyjnych można odnaleźć w szczegółowo opracowanym *Narodowym programie zdrowia na lata 1996—2006* (Syrdek, 2000, s. 101—144). Realizacja programu w ramach intencjonalnie prowadzonej edukacji zdrowotnej, podobnie jak wiele różnych czynników, może wpływać w następnych latach na stan zdrowia ludności w Polsce. Poza głównymi czynnikami, takimi jak poziom życia i poziom kultury zdrowotnej społeczeństwa, sytuacja zdrowotna ludności może zależeć od stanu środowiska naturalnego, kształtowania się sytuacji

demograficznej oraz dalszego rozwoju systemu ochrony zdrowia zarówno w zakresie prowadzonej profilaktyki, dostępności do świadczeń zdrowotnych, jak i organizacji systemów prewencji, obejmujących wiele dziedzin życia.

Przytaczane przez ekspertów fakty dotyczą znaczących zjawisk i problemów stanowiących sferę zainteresowania medycyny i polityki społecznej. Gdyby odejść od przyjętych terminów oznaczających poszczególne dziedziny naukowe i wyraźnie zaznaczyć, że stanowią one obszar naszej „odpowiedzialności społecznej”, to na plan pierwszy z pewnością wysuwa się nadal stwierdzenie, że we współczesnym społeczeństwie polskim znacznemu zmniejszeniu uległ udział rodziny, szkoły i społeczności lokalnej w krzewieniu zachowań zdrowotnych czy też w opiece nad grupami zależnymi, o których przed laty wspominała nestorka polskiej socjologii medycyny Magdalena Sokołowska (1981, s. 7—10).

O ile medycyna traktuje czynniki społeczne podczas prowadzonych diagnoz medycznych jako komponent o znaczeniu pomocniczym, pomagający zaledwie uchwycić etiologię choroby (czynniki społeczne pojawiają się dopiero później jako określone determinanty oddziałujące na osobnika już w okresie rekonwalescencji bądź w wypadku nawrotu choroby), o tyle socjologowie, psychologowie, politolodzy czy też pedagodzy za przedmiot swoich badań i prowadzonych analiz przyjmują grupy i zbiorowiska ludzkie z ich całym ogólnym tłem społecznym. W tym wymiarze kategorie zdrowia i choroby nabierają odmiennego niż medyczne znaczenia. Tak więc modernizacja oddziaływań na tym obszarze zainteresowań współczesnej edukacji, dotycząca krzewienia pewnych wzorów zdrowotnych, będzie niewątpliwie oznaczać upowszechnienie zabiegów profilaktycznych.

Propagowanie pewnych zachowań zdrowotnych to dziedzina wiedzy pozornie tylko popularnej, a zarazem otwarte forum działania, w którym uczestniczyć mogą przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych. Wydaje się, że — jak dotąd — odczuwa się brak koherentnych i ujednoczonych, wspólnie podejmowanych przedsięwzięć. Wynika to ze swoistego (może nawet zbyt i nieświadomie egocentrycznego) interpretowania własnej roli — roli lekarza, pedagoga, psychologa, nauczyciela wychowania fizycznego lub reprezentanta innego kręgu społecznego, bez podejmowania współpracy z partnerem, który może przecież być zainteresowany pomyślną realizacją tego samego bądź zbliżonego przedsięwzięcia. Jest to zarazem idea rozbudzenia gotowości do intelektualnego wysiłku przez ludzi różnych zawodów. Nie chodzi przecież o ich zbiorową czy indywidualną reakcję na ustawiczne rozszerzanie się pojęć choroby, leczenia, kalectwa czy rehabilitacji, chodzi nade wszystko o popularyzowanie profilaktycznych form zachowań społecznych.

Zaszły ogromne zmiany w podejściu reprezentantów nauk społecznych do podjętego w artykule tematu, ale z pewnością problem pozostaje otwarty i nierozwiązany. Ukazanie więc niektórych związków między społecznymi

i biologicznymi aspektami zdrowia wzbogaci naszą wiedzę o profilaktyce, ochronie, o pielęgnacji, a także możliwościach zbiorowego współdziałania.

We wszystkich projektowanych zabiegach o intencji profilaktyczno-kompensacyjnej uwaga reprezentantów nauk społecznych skieruje się zapewne ku istniejącemu porządkowi normatywnemu, symbolicznemu i kulturowemu w ramach przebiegającej socjalizacji zdrowotnej.

Bibliografia

- Amsterdamski S., 1971: *Nauka jako przedmiot humanistycznej refleksji*. „Studia Socjologiczne”, nr 2.
- Białykowski H., 1972: *Wstęp*. W: T. Parsons: *Szkice z teorii socjologicznej*. Warszawa.
- Borowska T., 2000: *Wartość zdrowia w sytuacjach różnych ograniczeń ludzkiej egzystencji w aspekcie denotacyjnym i konotacyjnym. Znaczenie standardów edukacyjnych*. W: *Zdrowie człowieka w jego egzystencji*. Red. I. Kropińska. Elbląg.
- Bortz W. M., 1983: *On Disease, Aging and Disuse*. „Executive Health”, vol. 20, No. 3.
- Health Promotion, 1987: *Concept and Principles in Action. A Policy Framework Health for All 2000. WHO Regional for Europe*. Copenhagen.
- Heszen I., 1986: *Kontakt lekarza z pacjentem jako przedmiot zainteresowania psychologii (zarys problematyki)*. W: *Psychologiczne aspekty pracy lekarza z człowiekiem chorym somatycznie*. Red. I. Heszen. Katowice.
- Indulski I., 1994: *Sytuacja zdrowotna — prognoza zmian*. W: „Państwo i Kultura Polityczna”. T. 1: *Polityka społeczna. Stan i perspektywy*. Red. J. Auleytner. Warszawa.
- Kielar M., 1992: *Zdrowie i ochrona zdrowia*. W: *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku. Zagadnienia wybrane*. Red. A. Radziejewicz-Winnicki. Katowice.
- Kosiński S., 1976: *Standard zdrowotny narzędziem badań socjomedycznych (propozycja metodologiczno-teoretyczna)*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.
- Kozłowski S., 1990: *Człowiek w perspektywie fizjologicznej*. W: *Człowiek, środowisko, zdrowie*. Red. I. Kopaczyński, A. Ściński. Wrocław — Warszawa — Kraków.
- Krawczyk Z., 1985: *Społeczne wartości kultury fizycznej*. „Kultura i Społeczeństwo”, nr 2.
- Kropińska I., red. 2000: *Zdrowie człowieka w jego egzystencji*. Elbląg.
- Modrzewski J., 1998: *Uwagi wprowadzające*. W: E. Roman: *Młodzież studiująca wobec wartości własnego zdrowia*. Poznań.
- Nowak W., 2000: *Socjologiczna problematyka choroby i zdrowia. Uwagi ogólne*. W: *Zdrowie człowieka w jego egzystencji*. Red. I. Kropińska. Elbląg.
- Parsons T., 1951: *The Social System*. Glencor.
- Parsons T., 1969: *Struktura i osobowość*. Warszawa.
- Parsons T., 1972: *Szkice z teorii socjologicznej*. Warszawa.
- Radziejewicz-Winnicki A., 1999: *Modernizacja niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*. Kraków.
- Roman E., 1998: *Młodzież studiująca wobec wartości własnego zdrowia. (Studium socjopedagogiczne)*. Poznań.
- Sokołowska M., 1981: *Odpowiedzialność społeczna za grupy zależne*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.

- Sokołowska M., 1989: *Poznawcza i społeczna tożsamość socjologii medycyny*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.
- Syrek E., 1997: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania*. Katowice.
- Syrek E., 1998: *Społeczne aspekty nierówności w stanie zdrowia*. „Auxilium Sociale Wsparcie Społeczne”, nr 1.
- Syrek E., 2000: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice.
- Woynarowska B., Sokołowska M., 1993: *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie?* Warszawa.
- Woynarowska B., Mazur J., 1999: *Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Raport z badań wykonany w 1998 r.* Warszawa.