



Anna Gawęł

Uniwersytet Jagielloński

Współczesne dyskursy zdrowia a jego społeczne koncepcje Konteksty pedagogiczne

Wprowadzenie

Na przestrzeni wieków, a także w perspektywie kulturowej, różnie – pod względem zarówno naukowym, jak i potocznym – operacjonalizowano zakres pojęciowy terminu „zdrowie”, różnie określano jego wskaźniki i uwarunkowania. Nieco prościej ujmowano istotę choroby, choć obserwowane jest pewne zróżnicowanie w kwestii określania jej etiologii czy, w odniesieniu do chorób o podłożu psychicznym, symptomów pozwalających na zdiagnozowanie choroby. Ważnym czynnikiem decydującym o sposobach ujmowania wymienionych pojęć w świadomości potocznej jest kontekst społeczno-kulturowy, szczególnie istotny w odniesieniu do procesów związanych ze społecznym konstruowaniem wyobrażeń o zdrowiu i chorobie, na których bazie formują się przekonania biorące udział w kształtowaniu się motywacji do podejmowania aktywności związanej ze zdrowiem w jego wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Tkwiące w świadomości zdrowotnej jednostki przekonania na temat uwarunkowań zdrowia mogą ją skłaniać do działań prozdrowotnych i unikania zachowań szkodzących zdrowiu, ale mogą też powodować, że codzienna aktywność jednostki będzie zubażać zasoby organizmu służące wzmacnianiu indywidualnego potencjału zdrowia. Potoczne rozumienie choroby może więc z jednej strony sprzyjać podejmowaniu przez jednostkę zachowań ukierunkowanych na profilaktykę i aktywny udział w procesie leczenia, z drugiej zaś stanowić barierę w skutecznej terapii. Celem tekstu jest analiza wybranych obszarów potocznej

świadomości zdrowotnej prowadzona w kontekście założeń naukowych koncepcji zdrowia oraz wykazanie, że w procesie formowania się świadomości zdrowotnej, który przebiega dziś ze znaczącym udziałem obecnych w przestrzeni publicznej dyskursów zdrowia, szczególnie rola przypada intencjonalnej działalności pedagogicznej realizowanej w ramach edukacji zdrowotnej.

Naukowe a potoczne koncepcje zdrowia

Pojęcie zdrowia jest wysycone treściami egzystencjalnymi, stąd od niepamiętnych czasów jest ono, podobnie jak pojęcie choroby, zakotwiczone w ludzkiej świadomości. Zarówno potoczne myślenie o zdrowiu, jak i akademicki sposób operacjonalizowania zakresu tego pojęcia podlegały – i podlegają nadal – przeobrażeniom, których źródeł można upatrywać w treściach myślenia naukowego (a u zarania dziejów – przednaukowego), w poziomie zaawansowania wiedzy medycznej i biologicznej w danym okresie historycznym czy też w określonej kulturze, w praktykach leczniczych, w ideach filozoficznych czy zmieniających się na przestrzeni wieków formach przekazu kultury. Zmienność sposobów rozumienia pojęcia i kryteriów zdrowia (i choroby) uwidacznia się w sposób szczególny w treściach myślenia potocznego, które są kształtowane w powiązaniu z sytuacją społeczną, polityczną i ekonomiczną oraz normami i ze zwyczajami danej zbiorowości¹.

Warto odwołać się w tym miejscu do pojęcia paradygmatu naukowego (w ujęciu zaproponowanym przez Thomasa Kuhna), który stanowi obowiązującą dla dyscyplin naukowych matrycę określającą wzorcowe rozwiązania problemów teoretycznych i podstawę codziennej praktyki naukowej², i wyróżnić paradygmat patogenetyczny i salutogenetyczny w odniesieniu do zdrowia jako przedmiotu poszukiwań badawczych.

Historycznie wcześniejszy jest paradygmat patogenetyczny, którego założenia wywodzą się z filozofii kartezjańskiej i do dziś w niemal wszystkich gałęziach medycyny ukierunkowują podejścia badawcze. Jego podstawą jest biomedyczna koncepcja zdrowia jako braku choroby, a w konsekwencji koncentracja badań na etiologii, patogenezie i sposobach leczenia chorób przy jednoczesnym marginalizowaniu kierun-

¹ J. Domaradzki: *O definicjach zdrowia i choroby*. „Folia Medica Lodzienia” 2013, vol. 40, issue 1, s. 5–29.

² T. Kuhn: *Struktura rewolucji naukowych*. Przeł. H. Ostromecka. Warszawa: Fundacja Aletheia, 2001, s. 33–37.

ków badawczych zogniskowanych wokół samego fenomenu zdrowia, które jest tu traktowane jako stan niewymagający interwencji.

Odmienny punkt odniesienia dla wyznaczania problemów teoretycznych i kierunków badań empirycznych znajdujemy natomiast w wypracowanym na gruncie nauk społecznych paradygmacie salutogenetycznym. W ramach tego podejścia nastąpiło przesunięcie akcentu w badaniach dotyczących zdrowia i choroby na rozpoznawanie czynników służących utrzymaniu i potęgowaniu zdrowia. Zdrowie jest tu ujmowane w sposób holistyczny i procesualny, a do uwarunkowań zdrowia są włączane także czynniki pozamedyczne, związane ze stylem życia jednostki oraz z cechami jej usytuowania w fizycznym i społecznym środowisku. Holistyczne podejście do zdrowia wiąże się z dostrzeganiem w nim nie tylko aspektów somatycznych, lecz także wymiaru psychicznego, społecznego i duchowego. Procesualne ujmowanie zdrowia wraz z koncepcją jego wieloczynnikowych uwarunkowań odnosi się zaś do rozumienia zdrowia jako dynamicznego procesu determinowanego splotem różnorodnych – biologicznych i pozabiologicznych – czynników, których charakterystyki i konfiguracje wyznaczają możliwy do osiągnięcia poziom zdrowia zarówno w danym momencie życia jednostki, jak i w dłuższej perspektywie czasowej, sięgającej często do odległych etapów cyklu życiowego człowieka. Oznacza to między innymi, że możliwe jest – w granicach wyznaczonych wyposażeniem genetycznym – osiągnięcie zdrowia optymalnego, utożsamianego z pełnym fizycznym i psychospołecznym dobrostanem. Badania naukowe prowadzone w ramach paradygmatu salutogenetycznego są zatem ukierunkowane na identyfikację zasobów zdrowotnych, czyli czynników tkwiących w otoczeniu człowieka oraz pewnych jego cech podmiotowych, które służą nie tylko zapobieganiu utracie zdrowia, ale przede wszystkim wzmacnianiu jego potencjału w procesie osiągania zdrowia optymalnego.

Należy przy tym mocno podkreślić, że wynikająca z założeń tych paradygmatów odmiennność punktów odniesienia w definiowaniu zdrowia oraz w projektowaniu badań naukowych nie stanowi kryterium waloryzacji paradygmatów (zarówno paradygmat patogenetyczny, jak i paradygmat salutogenetyczny wnoszą cenne założenia). Co więcej, funkcjonowanie podejść teoretycznych i praktyk badawczych umożliwiających rozpoznawanie różnych aspektów problematyki zdrowia nie tylko w ujęciu medycznym, lecz także z perspektywy nauk humanistycznych i społecznych służy lepszemu poznaniu i zrozumieniu prawidłowości rządzących zjawiskiem, które wyznacza bieg naszego codziennego życia.

Fritjof Capra twierdził, że paradygmaty naukowe rozciągają się poza świat akademicki i obejmują nie tylko dzielaną przez naukowców

różnych dyscyplin określoną wizję danego fragmentu rzeczywistości, lecz także „style myślenia” rozumiane jako światopoglądy społeczności; konkludował swoje stanowisko stwierdzeniem, iż „paradygmat to coś, co podziela cała społeczność”³. Można więc przyjąć, że profesjonalne koncepcje zdrowia, mieszczące się w założeniach paradygmatu patogenetycznego bądź salutogenetycznego, stanowią jedynie część paradygmatu o znacznie szerszym zasięgu, obejmującym także potoczne rozumienia tego pojęcia.

Potoczne myślenie o zdrowiu jest wpisane w psychikę człowieka choćby z racji tego, że niedostatek zdrowia, w postaci choroby czy niedyspozycji, jak też doświadczenie następującej po ich ustąpieniu poprawy samopoczucia to niemal nieodłączne składniki egzystencji bez względu na wiek, płeć czy cechy społecznego statusu jednostki. Myślenie to jest związane z reprezentacją poznawczą zdrowia i choroby określaną mianem potocznej świadomości zdrowotnej, która stanowi pewną formę świadomości społecznej przejawiającą się w refleksjach i przeżyciach konkretnych ludzi oraz w społecznie akceptowanym wartościowaniu zdrowia i stosunku do działań służących jego ochronie.

Pojęcie potocznej świadomości zdrowotnej nawiązuje do kategorii potoczności rozumianej jako stan mniej doskonały od nauki bądź jako sposób myślenia cechujący się brakiem dbałości o logikę i koherencję myśli⁴. Jakkolwiek podstawowym składnikiem świadomości potocznej jest choćby niewielka wiedza na temat zdrowia i choroby, to wyróżnione miejsce zajmują w tej formie świadomości związane z tym obszarem rzeczywistości przekonania, czyli poparte wewnętrznym stanem pewności sądy uznawane przez daną jednostkę za prawdziwe niezależnie od tego, czy są one zgodne z ustaleniami wiedzy naukowej. Wymienia się wśród nich między innymi przekonania na temat kryteriów zdrowia oraz atrybucji źródeł zdrowia i przyczyn choroby, które składają się na tzw. subiektywną (podmiotową) koncepcję zdrowia⁵. Akademickie koncepcje zdrowia mają względnie sprecyzowany charakter, a potoczne rozumienie tego pojęcia bywa dość zróżnicowane,

³ F. Capra, D. Steindl-Rast, T. Matus: *Należeć do wszechświata. Poszukiwania na pograniczu nauki i duchowości*. Przeł. P. Pieńkowski. Kraków: Znak, 1995, s. 62.

⁴ J. Niżnik: „Potoczność” jako kategoria teoretyczna. W: *Kategoria potoczności. Źródła filozoficzne i zastosowania teoretyczne*. Red. A. Jawłowska. Warszawa: Instytut Kultury, 1991, s. 159–165.

⁵ A. Gaweł: *Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej*. W: *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych interpretacji*. Red. A. Gaweł, B. Bieszczad. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011, s. 91–92.

co oznacza, że treści tkwiących w świadomości ludzi subiektywnych koncepcji zdrowia powinny stanowić ważny punkt odniesienia w projektowaniu celów edukacji zdrowotnej.

Formowanie się potocznych koncepcji zdrowia jako efekt socjalizacji

W procesie formowania się zdroworozsądkowego myślenia o zdrowiu niewątpliwie mają swój udział doświadczenia związane z własną biografią zdrowotną jednostki. Na kształt takiego myślenia o zdrowiu zasadniczy wpływ mają także inne czynniki, wśród których szczególne znaczenie przypisywane jest treściom pozyskiwanej z różnych źródeł wiedzy, uznawanemu przez jednostkę systemowi wartości, jej statusowi społeczno-ekonomicznemu, jak też funkcjonującym w danej społeczności normom w zakresie wartości zdrowotnej określonych dóbr i nadawania zdrowotnego znaczenia różnym formom ludzkiej aktywności. W pełni uzasadnione jest zatem twierdzenie, że na kształtowanie się potocznych koncepcji zdrowia, opartych na zgeneralizowanym i uporządkowanym zbiorze własnych, zinternalizowanych przekonań i oczekiwań, wyraźny wpływ ma zaplecze kulturowe. W tym kontekście potoczne koncepcje zdrowia mogą być poddane analizom z perspektywy funkcjonującej w określonej zbiorowości kultury zdrowotnej traktowanej jako szeroko rozumiany system informacyjny, repertuar społecznie przekazywanych, jak również wewnątrzpokoleniowo generowanych koncepcji dotyczących zdrowia⁶, których postać zinternalizowana obejmuje tkwiące w świadomości ludzi znaczenia nadawane zdrowiu oraz sposoby jego podmiotowego identyfikowania. Kulturowy kontekst procesu kształtowania się potocznych koncepcji zdrowia wynika przy tym przede wszystkim z kulturowego charakteru kategorii zdrowia i choroby, wyrażającego się w sposobach myślenia określonej zbiorowości oraz w formach, jakie przybierają wyniki tego myślenia. O kulturowym wymiarze tych kategorii świadczy również szereg innych zjawisk obecnych w przestrzeni społecznej – na przykład kontekst kulturowy może być poddawany analizom z punktu widzenia tego, w jaki sposób język (mówiony czy pisany) nadaje określone znaczenia odnoszącym się do kategorii zdrowia i choroby słowom⁷. Cie-

⁶ M. K o w a ł s k i: *Kultura zdrowotna – wymiary edukacyjne (w kierunku odpowiedzialności za zdrowie)*. „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie” 2009, z. 8, s. 208.

⁷ K. Z a m i a r a: *Kulturowy wymiar kategorii choroby*. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiatko w s k a. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2008, s. 11.

kawą egzemplifikacją tej kwestii jest funkcjonowanie w angielskim obszarze językowym pojęć *desease*, *illness* oraz *sickness* na określenie tego, co w języku polskim nosi miano choroby.

Uznanie zdrowia za wartość kulturową pozwala na usytuowanie wokół niego szerokiego repertuaru praktyk socjalizacyjnych, natomiast zastosowanie kryterium przedmiotowego systematyki procesów socjalizacyjnych umożliwia wyróżnienie pojęcia socjalizacji zdrowotnej.

Socjalizacja to jedno z fundamentalnych pojęć w pedagogice, gdyż niezbywalnym jej elementem są zjawiska i procesy związane z wychowaniem i edukacją. Klaus-Jürgen Tillmann wiąże socjalizację z rozwojem osobowości, nabywaniem wiedzy, wzorów doświadczeń, nastawień i struktur emocjonalnych; podkreśla przy tym, że proces socjalizacji przebiega w powiązaniu z określonym otoczeniem społecznym oraz tymi fizyczno-materialnymi elementami środowiska życia, w których tworzeniu widoczny jest udział czynników natury społecznej⁸. Oznacza to między innymi, że wszystkie składające się na socjalizację oddziaływania są adresowane zawsze do członków określonej kultury. Jednocześnie, jak twierdzi Anthony Giddens, socjalizacja jest „podstawowym kanałem przekazu kulturowego poprzez czasy i pokolenia”⁹, który w odniesieniu do socjalizacji zdrowotnej wiąże się z różnymi aspektami szeroko rozumianej problematyki zdrowia. Przyjmując zaś, że oddziaływania socjalizacyjne są adresowane do różnych obszarów osobowości i dyspozycji osobowościowych, socjalizację zdrowotną można rozumieć jako proces rozwoju i kształtowania zdrowotnej sfery osobowości człowieka, to jest tych elementów treściowych struktury osobowości, które uczestniczą w formowaniu się świadomości zdrowotnej oraz mają bezpośredni bądź pośredni udział w wyzwaniu aktywności, która może wywierać „jakiś” wpływ na zdrowie. W tak rozumianym obszarze osobowości jednostki mieścić się też będzie jej subiektywna koncepcja zdrowia.

Wedle Janusza Reykowskiego, autora Regulacyjnej Teorii Osobowości, osobowość to system regulujący ludzkie zachowanie otwarty na wymianę informacji z otoczeniem; w ramach tego systemu ma miejsce przetwarzanie informacji na czynności praktyczne z udziałem dwóch podstawowych instancji osobowości: mechanizmów popędowo-emo-

⁸ K.-J. Tillmann: *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA, 2005, s. 6–7.

⁹ A. Giddens: *Socjologia*. Tłum. A. Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004, s. 50.

cjonalnych oraz tzw. sieci poznawczej¹⁰. W tym systemie regulacyjnym szczególne znaczenie przypisywane jest współzależności mechanizmów emocjonalnych i poznawczych; w związku z tym przyjmuje się, że dopiero łączny wynik obu tych procesów doprowadza do ukształtowania lub wyboru odpowiedniej formy zachowania. Wyróżnienie w osobowości jej obszaru związanego ze zdrowiem wymaga zatem uwzględnienia nie tylko sieci poznawczej, do której są adresowane oddziaływania edukacyjne ukierunkowane na przekaz wiedzy, lecz także powiązań sieci poznawczej z procesami emocjonalnymi, które mają swój udział w procesie formowania się przekonań zdrowotnych i motywacji do podejmowania zachowań związanych ze zdrowiem. Oznacza to, że w procesie kształtowania zdrowotnej sfery osobowości i związanej z tą sferą świadomości zdrowotnej szczególnie rola przypada tym funkcjonującym w społecznie przekazywanym środowisku formom i kanałom przepływu informacji na temat zdrowia i choroby, które uczestniczą w kształtowaniu się przekonań zdrowotnych poprzez uruchamianie u odbiorców procesów emocjonalnych. Warunki te spełnia w całej rozciągłości przestrzeń medialna. Co więcej, społeczny obieg informacji w przestrzeni medialnej kreowanej przez tradycyjne mass media i stale udoskonalane generacje elektronicznych środków medialnego przekazu – przestrzeń ta staje się dziś dla człowieka częścią rzeczywistości społecznej od najmłodszych lat jego życia – odgrywa współcześnie na tyle ważną rolę w formowaniu się świadomości zdrowotnej, że może być traktowany jako pewnego rodzaju konkurencja dla formalnej edukacji zdrowotnej, która stanowi rodzaj ingerencji w proces socjalizacji zdrowotnej zarówno na etapie socjalizacji pierwotnej, jak i w jej dalszym przebiegu.

Treści potocznych koncepcji zdrowia

Egzemplifikacją znaczącej roli przekazu zawartego w społecznym dyskursie w kształtowaniu się potocznych koncepcji zdrowia jest w ostatnich dekadach ubiegłego wieku obecność w treściach potocznych koncepcji zdrowia elementów wskazujących na internalizację w świadomości społecznej założeń holistycznego i salutogenetycznego podejścia do zdrowia. Na okres ten przypada bowiem pojawienie się, a następnie dynamiczny rozwój idei promocji zdrowia, wraz z nią zaś różnorodnych form upowszechniania założeń nowej filozofii zdrowia w przestrzeni publicznej.

¹⁰ J. Reykowski, G. Kochańska: *Szkice z teorii osobowości*. Warszawa: Wiedza Powszechna, 1980.

Autorką pionierskich badań nad treściami potocznej świadomości zdrowotnej jest Claudine Herzlich, która w 1973 roku wykazała, że owe treści mieszczą się w ramach trzech kategorii/typów myślenia o zdrowiu. Herzlich określiła je jako: zdrowie w próżni (*health in a vacuum*), rezerwy zdrowia (*reserve of health*) oraz zdrowie jako harmonia i równowaga (*equilibrium*). Myślenie typu *health in a vacuum* ma charakter powierzchowny, pojawia się jedynie okazjonalnie, zwykle w sytuacji odczuwania dolegliwości. W myśleniu o zdrowiu w kategorii rezerw jest ono traktowane jako atrybut człowieka i związane z posiadaniem zasobów możliwych do wykorzystania w przypadku pojawienia się symptomów świadczących o pogorszeniu zdrowia bądź ryzyku jego utraty. Natomiast myślenie o zdrowiu w kategoriach równowagi oznacza, że zdrowie jest czynione przez człowieka przedmiotem odczuć i refleksji, traktowane jako pewna norma, do której osiągnięcia jednostka dąży, dążenie to zaś daje jej poczucie zadowolenia i szczęścia. Pierwsza z tych kategorii pod względem treści odpowiada modelowi biomedycznemu, w dwóch pozostałych natomiast akcent jest przesunięty w stronę holistycznego ujęcia zdrowia¹¹. Warto przy tym podkreślić, że zgodnie z wynikami przywołanych badań, biomedyczny sposób pojmowania przez ludzi zdrowia prawie nigdy nie występuje w oderwaniu od spojrzenia na nie z perspektywy psychospołecznej. Do takiego wniosku można dojść po przeanalizowaniu wyników badań prowadzonych przez polskich naukowców. Warto przywołać choćby badania Krzysztofa Puchalskiego z lat czterdziestych XX wieku nad potoczną świadomością zdrowotną pracowników przemysłu. Autor tych badań wykazał, że w potocznej świadomości zdrowotnej pracowników przemysłu są obecne zarówno medyczne, jak i pozamedyczne kryteria zdrowia i choroby – okazało się, że jedynie 7% ogółu badanych uznało za wystarczające kryterium zdrowia opisanie stwierdzeniem, iż zdrowym jest człowiek, który „ma wyniki analiz w normie i u którego lekarz nie stwierdza choroby”. Pozostali respondenci, którzy w mniejszym bądź większym stopniu uznawali to kryterium za ważne, wskazywali też na twierdzenia mówiące, iż zdrowy człowiek: jest silny i energiczny, pod każdym względem dobrze się czuje i nie widzi u siebie choroby, może sprawnie wywiązywać się ze swych obowiązków w pracy i w domu, rozwija własne zdolności, wykorzystując je dla siebie i społeczeństwa, jest spokojny, opanowany i zrównoważony, radzi sobie z przeciwnościami losu. Za Puchalskim można więc przyjąć, że w świadomości potocznej obok medycznego kryterium

¹¹ Podaję za: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2003, s. 10.

zdrowia i choroby funkcjonują również kryteria witalistyczne, funkcjonalistyczne oraz takie, w których podkreślany jest brak poczucia dyskomfortu i równowaga¹².

Podobne rezultaty do osiągniętych w badaniach przez Puchalskiego uzyskała w swoich badaniach Grażyna Dolińska-Zygmunt. Przedstawione przez nią dane wskazują, że najważniejsze dla badanych kryteria zdrowia mają charakter pozamedyczny: brak poczucia dyskomfortu oraz kryterium witalistyczne zawarte w stwierdzeniu, że człowiek zdrowy jest silny i energiczny. Istotne okazało się także kryterium medyczne dotyczące utrzymujących się w normie wyników analiz lekarskich, a za najmniej ważne uznane zostały kryteria medyczne związane z brakiem konieczności korzystania z pomocy lekarskiej oraz z niezazywaniem leków¹³. Współistnienie w treściach potocznej świadomości zdrowotnej założeń koncepcji naukowych odwołujących się do modelu biomedycznego oraz do ujmowania zdrowia w sposób holistyczny i systemowy potwierdzają też badania Marty Czarneckiej i Lidii Cierpiałkowskiej prowadzone w grupie studentów i ich rodziców. Wyniki tych eksploracji pokazują, że subiektywne przekonania zdecydowanej większości badanych nawiązują do holistycznego modelu zdrowia i choroby¹⁴.

W odniesieniu do myślenia przez ludzi o zdrowiu w kategoriach wielowymiarowego dobrostanu i lokowania uwarunkowań zdrowia w kryteriach pozamedycznych interesujących danych dostarczają też badania nad subiektywnymi metaforami zdrowia. W przywołanych wcześniej badaniach Dolińskiej-Zygmunt wśród właściwości charakteryzujących zdrowego człowieka respondenci wymieniali energię i wigor, dobre samopoczucie, pozytywne nastawienie do życia, pozytywną emocjonalność, chęć do działania, zdrowy wygląd, umiejętność radzenia sobie z problemami i ze stresem, pozytywny stosunek do siebie i innych, poczucie humoru oraz rozwój i kreatywność¹⁵. Helena Sęk na podstawie wyników badań nad zawartością treściową podawanych przez respondentów metafor zdrowia wyodrębniła natomiast takie elementy subiektywnych koncepcji zdrowia, jak: wartość niezbędną do

¹² K. Puchalski: *Kryteria zdrowia i choroby*. W: *Zachowania zdrowotne*. Red. A. Gniazdowski. Łódź: Instytut Med. Pracy im. J. Nofera, 1990, s. 326–330.

¹³ G. Dolińska-Zygmunt: *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, 2000, s. 66–68.

¹⁴ M. Czarnecka, L. Cierpiałkowska: *Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty*. „Nowiny Lekarskie” 2007, R. 76, nr 2, s. 161–165.

¹⁵ G. Dolińska-Zygmunt: *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie...*, s. 67.

życia, dobro wymagające pielęgnacji, przyjemność, cenna rzecz, obiekt zmienny i nieprzewidywalny oraz źródło energii¹⁶.

Odwołanie się do akademickich sposobów konceptualizowania uwarunkowań zdrowia wywiedzionych z założeń Aarona Antonovsky'ego koncepcji salutogenezy pozwala w tym miejscu przyjąć, że w świadomości potocznej obecne są treści wpisujące się zarówno w założenia patocentrycznego, jak i salutocentrycznego podejścia do zdrowia. Potwierdzają to też wyniki badań Ireny Kropińskiej, w których wykazała ona, że przekonania zdrowotne mieszczące się w obrębie orientacji zdrowotnej określanej jako patocentryczna – to jest skoncentrowane na chorobie – funkcjonują jednocześnie, aczkolwiek w różnych proporcjach, z przekonaniami typu salutocentrycznego, które ogniskują się wokół różnych aspektów holistycznie rozumianego zdrowia¹⁷.

Problematyka subiektywnych koncepcji zdrowia jest też podejmowana z perspektywy rozwojowej, co ma szczególne uzasadnienie w kontekście celów edukacji zdrowotnej adresowanej do dzieci i młodzieży. Wyniki badań w tym obszarze analizowane pod kątem dominacji w świadomości dzieci i młodzieży biomedycznego *versus* holistycznego modelu zdrowia nie są jednak jednoznaczne.

Prowadzone przez Lothara R. Schmidta i Heikego Fröhlinga w ostatnich latach ubiegłego wieku badania wykazały istnienie u dziecka w wieku 5–16 lat czteroelementowej struktury koncepcji zdrowia obejmującej takie elementy, jak: brak chorób i niesprawności, ujmowanie zdrowia w kategoriach nastroju/energii, utożsamianie zdrowia z aktywnością (zabawa, praca, nauka, sport, wychodzenie na dwór) oraz wiązanie go ze stanem niewymagającym zwracania się o pomoc medyczną. Subiektywna koncepcja zdrowia powstająca w umyśle dziecka w wieku dorastania została poszerzona o nadawanie zdrowiu statusu cennego dobra (zdrowie jako najważniejsza rzecz w życiu). Wyniki tych badań dodatkowo pokazały, że najbardziej charakterystyczne dla dziecięcych koncepcji zdrowia jest nawiązywanie do negatywnej definicji zdrowia jako braku choroby i niepełnosprawności, a w drugiej kolejności ujmowanie zdrowia w kategoriach dobrego

¹⁶ H. Sęk: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997, s. 34–55.

¹⁷ I. Kropińska: *Przekonania zdrowotne*. W *poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP w Bydgoszczy, 2000.

samopoczucia połączonego z energią i podejmowaniem aktywności w różnych sferach życia¹⁸.

Nieco odmienny obraz wyłania się natomiast z badań przeprowadzonych na początku bieżącego stulecia przez Yvonę Woźniakovą¹⁹. Wyniki badań na próbie 321 uczniów klas III i IV szkół podstawowych pozwoliły autorce na wysnucie wniosku, że na koncepcję zdrowia dziecka składają się: wiedza na temat wyglądu, samopoczucia i aktywności zdrowego człowieka, wiedza na temat zasobów służących zachowaniu dobrego zdrowia oraz przekonania na temat zachowań, które dziecko uważa za korzystne dla zdrowia. W opiniach badanych dzieci na temat kryteriów zdrowia zdecydowanie najczęściej wymieniane były oznaki dobrego samopoczucia oraz aktywność fizyczna (ruch i sport), a w następnej kolejności brak objawów choroby oraz podejmowanie aktywności w różnych sferach życia (aktywność zabawowa, edukacyjna itp.). Woźniakova uznała zatem, że jakkolwiek w subiektywnych dziecięcych koncepcjach zdrowia pojawiają się treści odpowiadające biomedycznemu podejściu w wyjaśnianiu zdrowia, to zasadniczo dzieci w okresie średniego dzieciństwa mają dość spójny obraz zdrowia odpowiadający treściowo holistyczno-funkcjonalnemu jego modelowi. Większość badanych dzieci utożsamiała zdrowie z dobrym samopoczuciem, przeżywaniem pozytywnych emocji, energią do działania oraz wiarą we własne możliwości. Ponadto dzieci doceniały rolę wsparcia rówieśniczego oraz dostrzegały potrzebę zdobywania wiedzy, dzięki której można aktywnie i efektywnie wpływać na swoje zdrowie.

Nie dysponujemy obecnie – pochodzącymi z reprezentatywnych badań społeczeństwa polskiego prowadzonych w ostatnim czasie – danymi na temat subiektywnych koncepcji zdrowia, możemy jednak z pewną ostrożnością przyjąć, że i współcześnie w społecznej świadomości zdrowotnej obecne są treści nawiązujące zarówno do patogenetycznego ujmowania zdrowia jako braku choroby, jak i do traktowania zdrowia w kategoriach odpowiadających założeniom myślenia holistycznego i salutogenetycznego. Przyjęcie tej tezy można oprzeć na powszechnie uznawanej w nauce zależności między treściami świadomości zdrowotnej człowieka a sferą jego zachowań związanych

¹⁸ L.R. Schmidt, H. Fröhling: *Lay Concepts of Health and Illness from Development Perspective*. „Psychology and Health” 2000, vol. 15, s. 229–238.

¹⁹ Y. Woźniakova: *Zdrowie psychiczne jako ważny aspekt subiektywnych koncepcji zdrowia dzieci w wieku szkolnym*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów – wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2006, s. 36–55.

ze zdrowiem. Zasadniczym trzonem tych powiązań jest udział przekonania na temat istoty, kryteriów i uwarunkowań zdrowia w procesie formowania się motywacji do podejmowania aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne²⁰. W tym kontekście ujawniające się trendy w zakresie deklarowanego przez daną społeczność obrazu jej aktywności zdrowotnej stanowią pewne odzwierciedlenie społecznej świadomości zdrowotnej²¹. Jednocześnie można je potraktować jako bardziej lub mniej oczekiwany rezultat zaangażowania podmiotów edukacyjnych w działania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, jak też jako wskaźnik oddziaływania przekazu obecnego w społecznym dyskursie o zdrowiu, w tym zwłaszcza w dyskursie medialnym.

Społeczny dyskurs na temat zdrowia – w dyskursie tym obcuje dzięki pośrednictwu mass mediów niemal w równej mierze osoba dorosła, nastolatek i dziecko od pierwszych lat życia – cechuje się dziś swoistą dwukierunkowością przekazywanych treści. Z jednej strony dostrzegalne jest akcentowanie promowania działań służących doskonaleniu potencjału zdrowia oraz niepodejmowania zachowań szkodzących zdrowiu. Podkreślana jest rola zwłaszcza takich działań, jak stosowanie właściwie zbilansowanej diety i podejmowanie systematycznej aktywności fizycznej w formie biegania, jazdy na rowerze czy gimnastyki. Zachęcaniu do podejmowania tych aktywności towarzyszą zwykle obrazy zdrowia podkreślające jego wielowymiarowy charakter – symbolizujące sprawność fizyczną, energię, vitalność, otwartość na kontakty społeczne, zadowolenie z życia rodzinnego i zawodowego. Piętnowane są przy tym zachowania ryzykowne dla zdrowia, aczkolwiek przekaz ten nie zawsze jest jednoznaczny²². Z drugiej strony

²⁰ Na udział przekonania w kształtowaniu się u ludzi intencji do podejmowania aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne wskazują wypracowane przez psychologię zdrowia teoretyczne modele zachowań zdrowotnych – na przykład model przekonania zdrowotnych (Health Belief Model), teoria planowanego zachowania (Theory of Planned Behavior) czy Schwarzer'a procesualny model działań zdrowotnych (Health Action Process Approach).

²¹ Świadczą o tym między innymi wyniki badań Krzysztofa Puchalskiego, Elżbiety Korzeniowskiej i Longiny Piwowskiej-Pościk, w których podjęto próbę wyodrębnienia typów potocznej świadomości zdrowotnej. Punkt wyjścia badań stanowiła analiza deklarowanej przez respondentów aktywności zdrowotnej. K. Puchalski, E. Korzeniowska, L. Piwowska-Pościk: *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna. Raport z badań*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy, 1999, s. 41–57.

²² W odniesieniu do palenia tytoniu czy stosowania takich substancji psychoaktywnych, jak narkotyki i dopalacze, przekaz jest niezwykle czytelny, promowanie niepodejmowania aktywności związanej ze spożywaniem alko-

w społecznym dyskursie przewija się zmedykalizowany obraz świata. W ramach tej socjokulturowej medykalizacji mamy do czynienia z zachęcaniem do korzystania z farmakologicznych sposobów radzenia sobie z najbardziej nawet błahymi dolegliwościami – służy temu wszechobecne reklamowanie suplementów diety i leków bez recepty, jak też przenikanie terminologii i interpretacji medycznej do wyjaśniania problemów dotyczących różnych sfer funkcjonowania człowieka w codziennym życiu.

Trzeba również podkreślić edukacyjną rolę obecnego w przestrzeni publicznej dyskursu zdrowia, związaną z dostarczaniem rozległej wiedzy na temat zdrowia i choroby, aczkolwiek należy pamiętać, że promowana w mediach wiedza może mieć charakter pseudoekspertski czy wręcz stanowić szum informacyjny i nie służyć wyjaśnianiu problemów związanych ze zdrowiem, czego efektem może być dysonans poznawczy skutkujący pojawianiem się trudności jednostki w wypracowaniu względnie stabilnej i wewnętrznie koherentnej koncepcji uwarunkowań zdrowia i atrybucji przyczyn jego zaburzeń.

Obserwowalne w społecznym dyskursie kierunki w podejściu do spraw zdrowia i choroby mają pewne odzwierciedlenie w dość zróżnicowanym obrazie aktywności społeczeństwa związanej ze zdrowiem, która jest powiązana z treściami subiektywnych koncepcji zdrowia poszczególnych członków społeczeństwa. Wystarczy sięgnąć do wyników badań dotyczących zjawiska hipokinezy i palenia tytoniu – zajmujących (obok niewłaściwego odżywiania) czołowe miejsca na światowych listach czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych²³ – oraz częstości stosowania leków bez recepty, by wykazać, że w potocznej świadomości zdrowotnej społeczeństwa współwystępują przekonania świadczące o zmedykalizowanym oraz salutogenetycznym podejściu do zdrowia.

Hipokineza, czyli niedostatek ruchu, stanowi ważny czynnik rozwoju wielu chorób przewlekłych, a jednocześnie wiele dowodów wskazuje na to, że osoby prowadzące aktywny tryb życia osiągają szereg korzyści zdrowotnych, i to dla zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Trzeba zauważyć, że działania promujące aktywność fizyczną są podejmowane nie tylko w szkołach; także podmioty władz lokalnych i państwowych starają się promować aktywność fizyczną. Jest to dobrze widoczne w przekazach medialnych, a zwłaszcza w telewizyjnej reklamie. Wyniki przeprowadzonych w 2012 roku

holu jest jednak w znacznym stopniu osłabiane atrakcyjnymi i często emitowanymi reklamami piwa.

²³ J. Pomerleau et al.: *Health Behaviors and Socioeconomics Status in Ontario, Canada*. „European Journal of Epidemiology” 1997, vol. 13 (6), s. 613–622.

szeroko zakrojonych, reprezentatywnych badań rekreacyjnej aktywności fizycznej społeczeństwa polskiego pokazały jednak, że działania związane z promowaniem aktywnego trybu życia nie przekładają się w wystarczającym stopniu na style życia Polaków. Co prawda poziom deklarowanej przez dorosłych Polaków aktywności fizycznej jest dość wysoki – aż 78% respondentów odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy podejmują jakąkolwiek fizyczną aktywność rekreacyjną, jednak jedynie co czwarty spełnia zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące prozdrowotnej dawki aktywności fizycznej. W przypadku młodzieży szkolnej w wieku 15–17 lat wyniki tych badań okazały się wręcz alarmujące, gdyż okazało się, że zaledwie co dwudziesty nastolatek spełnia najnowsze rekomendacje w tym zakresie, czyli podejmuje codzienny umiarkowany lub intensywny wysiłek fizyczny trwający co najmniej 60 minut²⁴. Badania przeprowadzone w 2016 roku przez Kantar Public pokazują natomiast, że rekomendowane normy aktywności fizycznej w czasie wolnym spełnia jedynie 17,5% Polaków w wieku 15–69 lat. Okazało się przy tym jednak, że coraz więcej miejsca zajmuje w świadomości społecznej przekonanie o korzystnym wpływie na zdrowie formy aktywności, jaką jest jazda na rowerze – przy uwzględnieniu regularnej aktywności transportowej podejmowanej na rowerze odsetek osób spełniających zalecaną intensywność wysiłku fizycznego wzrasta do 18,3%²⁵. Można więc twierdzić, że obecny w społecznym dyskursie pozytywny, a przy tym dość sugestywny przekaz dotyczący zdrowotnej roli aktywności fizycznej w pewnym tylko stopniu przekłada się na przekonania mobilizujące ludzi do jej podejmowania.

Pozytywne trendy zauważalne są natomiast w zakresie zjawiska palenia tytoniu, czyli zachowania stanowiącego zagrożenie dla zdrowia. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w 2014 roku 84% dzieci nigdy lub prawie nigdy nie było narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w domu, podczas gdy 5 lat wcześniej odsetek ten stanowił jedynie około 75%. Palenie tytoniu staje się też coraz mniej popularne wśród młodzieży: na przestrzeni dziesięciu lat odsetek niepalących osób w wieku 15–29 lat wzrósł z 73,2% do 78,1%; pozytywnym

²⁴ E. Biernat, M. Piątkowska: *Rekreacyjna aktywność fizyczna Polaków na tle Europy. Raport dla Apartamentu Analiz i Polityki Sportowej Ministerstwa Sportu i Turystyki*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, 2012.

²⁵ *Poziom aktywności fizycznej Polaków 2016*. [http://www.aktywnosc_fizyczna_Polakow20163ab9\(1\).pdf](http://www.aktywnosc_fizyczna_Polakow20163ab9(1).pdf) [26.11.2017].

zjawiskiem jest też zmniejszanie się w społeczeństwie odsetka osób palących codziennie (z 21% do 17%)²⁶.

Dane dotyczące stosowania w ostatnich latach leków bez recepty (OTC; ang. *over the counter*) są jednak zatrważające; pozwalają wnioskować o wyraźnej obecności biomedycznie zabarwionych wyobrażeń o zdrowiu w treściach jego potocznych koncepcji. Z badań wynika na przykład, że w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie leki dostępne bez recepty stosowało niemal trzy czwarte dorosłych Polaków (71%), a w ostatnich dwunastu miesiącach stosowało je aż cztery piąte ogółu badanych (80%). Okazało się przy tym, że częściej po leki bez recepty sięgają kobiety, mieszkańcy miast i osoby z wyższym wykształceniem. Niezwykle zaskakujący jest przy tym brak zależności między stosowaniem leków bez recepty a deklarowaną przez respondentów samooceną stanu zdrowia²⁷.

Podsumowanie

Wyniki badań nad treściami subiektywnych koncepcji zdrowia wskazują, że tkwią w tych koncepcjach zarówno założenia biomedycznego, jak i salutogenetycznego podejścia do wyjaśniania istoty zdrowia, jego pozytywnych wskaźników i uwarunkowań. Potwierdzają to też wyniki diagnozy stylu życia Polaków w zakresie wybranych form ich aktywności zdrowotnej, które ponadto wyraźnie wskazują na znaczącą rolę mediów w obszarze socjalizacji zdrowotnej związaną z formowaniem się u ludzi wyobrażeń na temat zdrowia i choroby. Skoro zatem społeczny dyskurs zdrowia jest obecnie zdominowany przez przekaz zawarty w przestrzeni medialnej, warto postawić pytanie, na ile – będąc częścią społeczeństwa informacyjnego – potrafimy racjonalnie korzystać z ogromnej ilości informacji oferowanych przez media – racjonalnie, to znaczy tak, by dzięki uzyskanym z mediów informacjom podejmować działania z korzyścią dla zdrowia. W jak dużym stopniu przekazywane za pośrednictwem mediów informacje są dla nas wyrocznią? W obliczu wiedzy na temat znaczącego wpływu mediów na kształtowanie świadomości zdrowotnej odbiorców szczególnego znaczenia nabiera postulat kształtowania u ludzi zdolności rozumienia

²⁶ Główny Urząd Statystyczny: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.* Warszawa 2017. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html> [18.08.2018].

²⁷ CBOS: *Stosowanie leków dostępnych bez recepty. Komunikat z badań.* Warszawa, 2010. http://www.izbalekarska.org.pl/files/media_files/CBOS%20leki%20stosowane%20bez%20recepty.pdf [2.01.2018].

przekazów zdrowotnych, określanej mianem „alfabetyzacji zdrowotnej” czy też mieszczącej się w pojęciu „odczytywanie zdrowia” (*health literacy*)²⁸. Chodzi o zdolność odczytywania zdrowia (*health literacy*) na poziomie określanym przez Dona Nutbeama mianem „critical literacy”, obejmującą zaawansowane mechanizmy poznawcze, które w połączeniu z umiejętnościami społecznymi mogą być wykorzystane do krytycznej analizy informacji i dokonywania na tej podstawie dobrych wyborów w zakresie własnego zdrowia²⁹. Alfabetyzacja zdrowotna społeczeństwa wymaga nie tylko zaangażowania podmiotów edukacyjnych na wszystkich szczeblach edukacji szkolnej, lecz także refleksji nad wizją realizacji społecznej edukacji zdrowotnej z wykorzystaniem potencjału tkwiącego w rzeczywistości wirtualnej.

Bibliografia

- Biernat E., Piątkowska M.: *Rekreacyjna aktywność fizyczna Polaków na tle Europy. Raport dla Apartamentu Analiz i Polityki Sportowej Ministerstwa Sportu i Turystyki*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, 2012.
- Capra F., Steindl-Rast D., Matus T.: *Należać do wszechświata. Poszukiwania na pograniczu nauki i duchowości*. Przeł. P. Pieńkowski. Kraków: Znak, 1995.
- CBOS: *Stosowanie leków dostępnych bez recepty*. Komunikat z badań. Warszawa, 2010. http://www.izbalekarska.org.pl/files/media_files/CBOS%20leki%20stosowane%20bez%20recepty.pdf [2.01.2018].
- Czarnecka M., Cierpiałkowska L.: *Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty*. „Nowiny Lekarskie” 2007, R. 76, nr 2.
- Dolińska-Zygmunt G.: *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, 2000.
- Domaradzki J.: *O definicjach zdrowia i choroby*. „Folia Medica Lodziensia” 2013, vol. 40, issue 1.
- Gawęł A.: *Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej*. W: *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni in-*

²⁸ E. Iwanowicz: „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. „Medycyna Pracy” 2009, vol. 60 (5), s. 427–437.

²⁹ D. Nutbeam: *Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into 21st Century*. „Health Promotion International” 2000, vol. 15, s. 259–267.

- terdyscyplinarnych interpretacji. Red. A. Gaweł, B. Bieszczad. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011.
- Giddens A.: *Socjologia*. Tłum. A. Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- Główny Urząd Statystyczny: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.* Warszawa 2017. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html> [18.08.2018].
- Iwanowicz E.: „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *„Medycyna Pracy”* 2009, vol. 60 (5).
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2003.
- Khun T.: *Struktura rewolucji naukowych*. Przeł. H. Ostromęcka. Warszawa: Fundacja Aletheia, 2001.
- Kowalski M.: *Kultura zdrowotna – wymiary edukacyjne (w kierunku odpowiedzialności za zdrowie)*. „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie” 2009, z. 8.
- Kropińska I.: *Przekonania zdrowotne. W poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP w Bydgoszczy, 2000.
- Niżnik J.: „Potoczność” jako kategoria teoretyczna. W: *Kategoria potoczności. Źródła filozoficzne i zastosowania teoretyczne*. Red. A. Jawłowska. Warszawa: Instytut Kultury, 1991.
- Nutbeam D.: *Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into 21st Century*. „Health Promotion International” 2000, vol. 15.
- Pomerleau J. et al.: *Health Behaviors and Socioeconomics Status in Ontario, Canada*. „European Journal of Epidemiology” 1997, vol. 13 (6).
- Poziom aktywności fizycznej Polaków 2016*. [http://www.aktywnosc_fizyczna_Polakow20163ab9\(1\).pdf](http://www.aktywnosc_fizyczna_Polakow20163ab9(1).pdf) [26.11.2017].
- Puchalski K.: *Kryteria zdrowia i choroby*. W: *Zachowania zdrowotne*. Red. A. Gniazdowski. Łódź: Instytut Med. Pracy im. J. Nofera, 1990.
- Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L.: *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna. Raport z badań*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy, 1999.
- Reykowski J., Kochańska G.: *Szkice z teorii osobowości*. Warszawa: Wiedza Powszechna, 1980.
- Schmidt L.R., Fröhling H.: *Lay Concepts of Health and Illness from Development Perspective*. „Psychology and Health” 2000, vol. 15.
- Sęk H.: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Psychologicz-

- ne podstawy wdrożeń. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997.
- Tillmann K.-J.: *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA, 2005.
- Woźniakova Y.: *Zdrowie psychiczne jako ważny aspekt subiektywnych koncepcji zdrowia dzieci w wieku szkolnym*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów – wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. John-Borys, Z. Dołęga. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2006.
- Zamiara K.: *Kulturowy wymiar kategorii choroby*. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2008.

Anna Gawęł

Contemporary Discourses on Health and Its Social Concepts Pedagogical Contexts

Summary: Taking into account the category of colloquiality allows to state the ways of recognizing health in the social consciousness in terms of its nature, indicators and conditions, which are formed in the process of lifelong socialization of health. This is important for designing goals of health education because the subjective concepts of health participate in shaping the motivation to undertake health-related activities. The analysis of the content of colloquial concepts of health indicates an important role of the message which is contained in the media space. The social discourse on health is accompanied by positive and negative indicators of health-related lifestyle of society. This shows the need to raise the level of health literacy using the potential of the mass media.

Key words: health, subjective concept of health, health awareness, socialization of health

Anna Gawęł

Gegenwärtige Diskurse über Gesundheit und deren soziale Konzeptionen Pädagogische Kontexte

Zusammenfassung: Die Bezugnahme auf Kategorie Umgangssprachlichkeit lässt erkennen die im gesellschaftlichen Bewusstsein steckenden Methoden, die Gesundheit im Bereich deren Kerns, Anzeichen und Bedingtheiten zu fassen, welche im Prozess der lebenslangen gesundheitlichen Sozialisation

gestaltet werden. Begründet ist solche Diagnose in Anbetracht der Zwecke der Gesundheitsbildung, denn subjektive Gesundheitskonzeptionen tragen dazu bei, die Menschen zu Gesundheitsaktivitäten zu motivieren. Die Untersuchung des Sinngehalts von allgemeinen Gesundheitskonzeptionen beweist, dass die im medialen Raum vorhandenen Informationen eine wesentliche Rolle bei Entwicklung der Konzeptionen spielen, was sowohl positive als auch negative Folgen nach sich zieht und darauf hindeutet, dass das Niveau der Gesundheitskompetenz (health literacy) der Gesellschaft mittels des Potenzials der Massenmedien erhöht werden soll.

Schlüsselwörter: Gesundheit, subjektive Gesundheitskonzeption, gesundheitliches Bewusstsein, gesundheitliche Sozialisation