



PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA w TARNOWIE

CZŁOWIEK W ZDROWIU I CHOROBIE PROMOCJA ZDROWIA LECZENIE I REHABILITACJA

pod redakcją Ryszarda Żarowa



CZŁOWIEK W ZDROWIU I CHOROBIE – PROMOCJA ZDROWIA, LECZENIE I REHABILITACJA

ISBN 978-83-936923-8-5

INSTYTUT OCHRONY ZDROWIA

Dorota Lizak^{1,2,3}, Mariola Seń^{1,4}, Małgorzata Kochman⁵

¹ *Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Promocji Zdrowia*

² *Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych*

³ *Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie, I Oddział Chorób Wewnętrznych i Alergologii*

⁴ *Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia Publicznego*

⁵ *Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu*

Healthizm - afirmacja promocji zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne?

Współczesność wymaga od człowieka pewnej elastyczności, wkomponowania się w otaczającą rzeczywistość i przede wszystkim podejmowania takich działań, aby być akceptowanym. Dzisiaj istotną rolę odgrywają nie tylko elementy kognitywne czy behawioralne funkcjonowania jednostki, ale i wizualne, czyli wygląd zewnętrzny. W niektórych przypadkach brak przejawu pewnych dyspozycji może być uznawane za bycie poza normą, a w związku z tym, narażać jednostkę na alienację czy brak akceptacji. Zatem, życie w współczesności to powód do radości czy ryzyko zatracenia się? Czy współczesny człowiek dąży do sukcesu, piękna, prestiżu drogą chęci czy konieczności? Prawidłowe egzystowanie w społeczeństwie wiąże się z akceptacją jednostki przez bliskich i otoczenie, ponieważ warunkuje prawidłowe funkcjonowanie człowieka na płaszczyźnie interpersonalnej. Umożliwia to i zarazem ułatwia samorealizację, bowiem brak akceptacji to frustracja, izolacja, obniżony nastrój, a w konsekwencji nawet depresja. Koncentrując się jednak na zdrowiu i jego aspektach, warto poruszyć problem *healthismu* – tendencji, która na skutek rozwoju nauki, postępu technologicznego, przemian społecznych czyli ogólnie pojętej globalizacji, zaznacza się w ostatnich latach w sposób szczególny. Nie jest to *novum*, jednak stosunkowo niewiele publikacji naukowych porusza to właśnie zagadnienie. Można by wysunąć tezę, iż *healthism* jest pewnego rodzaju „produktem ubocznym” działań z zakresu promocji zdrowia, jednak to stwierdzenie należałoby potraktować z pewną dozą ostrożności. W nawiązaniu do powyższego, niniejsza praca będzie koncentrować się na zagadnieniach związanych z „kultem zdrowia i ciała”, a więc przede wszystkim „uzależnieniu od zdrowia”, czyli

tendencji o charakterze zagrożenia behawioralnego. Celem opracowania jest przedstawienie problemu *healthismu* jako tendencji *quasi*-zdrowotnej.

Słowa kluczowe: healthism, świadomość zdrowotna, uzależnienie behawioralne, postawa

Healthism - an affirmation of health promotion whether contemporary behavioral threat?

Contemporaneity demands from a man some flexibility to incorporate in the surrounding reality and above all, a willingness to take such action to be acceptable. Nowadays, not only elements of cognitive or behavioral functioning of the unit play an important role, but also the visual, or physical appearance. In some cases the lack of manifestation of certain features can be considered as being outside the norm, and therefore, expose the unit to alienation or lack of acceptance. Thus, a life in contemporaneity is a reason to rejoice or the risk of getting lost? Is modern man strives for success, beauty, prestige, by desire or necessity? Correct functioning in society is associated with the acceptance of the unit by the family and the environment, as a prerequisite for the proper functioning of human in interpersonal plane. This allows and also facilitates self-realization, because the lack of acceptance leads to frustration, isolation, lowered mood, and a consequently even to depression. Focusing on health and its aspects, it is worth to raise the problem of healthism - the trend, which as a result of the development of science, technological progress, social change or globalization in general, is recently in a special way marked. Healthism is not a novelty, but relatively few scientific publications describe this issue some. Could say, that healthism is a kind of "by-product" of activities in the field of health promotion, but this statement should be treated with some caution. With reference to the above, this publication will focus on issues related to the "cult of health and body," and therefore "dependence from health" as the tendency to a behavioral threat nature. The aim of this study is to present the

Key words: heathism, health awareness, behavioral addiction, attitude healthism as an quasi-health tendency.

Wstęp

Atrakcyjna powierzchowność czyli estetyczny wygląd, bywa utożsamiany z optymalnym zdrowiem, dobrostanem, szczęściem, a nawet sukcesem. Z psychologicznego punktu widzenia, pierwsze wrażenie w relacjach interpersonalnych i percepcji odbiorcy uzyskuje się poprzez kontakt wzrokowy, następnie poprzez interakcję wzrokowo-słuchową. Na pod-

stawie tego, kreuje się wizerunek osoby, z którą wchodzi się w określoną interakcję. Dzisiaj wygląd zewnętrzny stanowi niewątpliwie element składowy funkcjonowania człowieka jako całości, gdyż często przez pryzmat prezencji rozpatruje się jednostkę pod kątem jej przydatności do pełnienia określonej roli, piastowania określonego stanowiska czy reprezentowania konkretnej osoby/instytucji. Czy jednak doskonały wygląd zawsze przeświadcza o bardzo dobrym zdrowiu? Tendencja *healthismu*, która od wielu lat przybiera na sile i jest coraz bardziej zauważalna, stanowi wyolbrzymienie zdroworozsądkowego podejścia do dbania o własne zdrowie, co zarazem można tłumaczyć, jako nadmierną koncentrację na zdrowiu, a więc w tym konkretnym przypadku - zagrożenie behawioralne.

Literatura przedmiotu podkreśla znaczenie zdrowia w życiu człowieka, jako elementarnego warunku funkcjonowania jednostki we wszystkich aspektach życia, jak również fakt, że zdrowie traktowane jest jako wartość, zasób, środek (a nie cel) oraz koncepcja (NPZ 1996-2006; Majchrowska, 2008; Woynarowska, 2013). Fundamenty *healthismu* jako współczesnej tendencji zdrowotnej, zbudowały medykalizacja i „kult zdrowia”, które z czasem zaczęły mieć progresywny charakter. Pozostają one jednak w opozycji do założeń promocji zdrowia. Warto dodać, że w koncepcji promocji zdrowia podkreśla się znaczenie działań prozdrowotnych podejmowanych przez jednostkę, mających charakter proaktywny, które sprzyjają pomnażaniu jej potencjału zdrowotnego oraz umożliwiają kontrolę nad zdrowiem. Te właśnie działania okazują się efektywne i przynoszą wymierne korzyści, bez ponoszenia większych nakładów finansowych. Nie należy jednak czynić tego w sposób przesadny. Pójście w drugą stronę tj. nadmiernej koncentracji na zdrowiu na skutek braku umiejętności wypośrodkowania wartości zdrowia w odniesieniu do innych wartości uznawanych przez jednostkę, może implikować negatywne skutki w postaci *healthismu*, który jak podaje Woynarowska (2013), jest uznawany przez większość autorów za zjawisko negatywne. Dla lepszego zrozumienia poruszanego zagadnienia, warto nawiązać do problemu medykalizacji będącego osią *healthismu*.

Medykalizacja to proces ekspansji podporządkowujący jurysdykcji medycyny rozległe obszary życia, poczynając od kontroli zwykłych funkcji ludzkiego organizmu, a skończywszy na problemach społecznych. Konsekwencją tego procesu jest definiowanie problemów społecznych przede wszystkim w kategoriach medycznych i posługiwanie się leczeniem jako właściwym środkiem zaradczym. W rezultacie wiele aspektów życia osobistego i społecznego, na przykład stosunki rodzinne, urodzenie i rozwój dziecka, życie seksualne, staje się przedmiotem medycznej ekspertyzy i interwencji (Słońska i Misiuna, 2000; Health Promotion Glossary, 1989). *Healthism* należałoby jednak rozważyć nie tylko z punktu widzenia medycznego, ale również pedagogicznego, bowiem utrwalanie zachowań związanych ze zdrowiem, zwykle ma swój początek na etapie edukacji wczesnoszkolnej. Dodatkowo, należy również podkreślić związek pedagogiki ze zdrowiem, gdyż właśnie w procesie rozwoju osobniczego, wychowania i socjalizacji, pewne wzorce zachowań związanych ze zdrowiem są kreowane, utrwalane i to, czy zyskają miano pozytywnych czy negatywnych, w dużej mierze zależy od kreatorów tych wzorców. Jak podaje Woynarowska (2013), pro-

ces wartościowania zdrowia znacząco wpływa na podejmowanie zachowań zdrowotnych przez młodzież, co wskazuje na potrzebę zachęcania młodzieży do refleksji nad wartością zdrowia i jego miejscem w hierarchii wartości, co w edukacji zdrowotnej określa się mianem klaryfikacja wartości. Te działania z pewnością nie pozostaną bez znaczenia dla etapu dorosłości.

Healthism jako tendencja

Termin *healthism* nie ma odpowiednika w języku polskim i w dowolnym tłumaczeniu może oznaczać „kult zdrowia”, lub „obsesję zdrowia”. Pojęcie to wprowadził Crawford (1980) zakładając, że zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę, z koncentracją na doskonaleniu i chronieniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów. Ciało staje się „symbolem”, wskaźnikiem zdrowia. Ludzie wyznający taką ideologię uważają, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości i jest celem samym w sobie, a nie środkiem do osiągania innych celów i wartości. Zachowania prozdrowotne stają się cechą (symbolem) dobrego życia (Woynarowska, 2013). Genezy *healthismu* upatruje się w postępujących procesach medykalizacji życia społecznego. Pojęcie medykalizacji pojawiło się w naukach społecznych w latach 70. XX wieku, w kontekście krytyki ekspansji medycyny. Jest ono definiowane jako: „proces uzależnienia się społeczeństw od medycyny”, „wchodzenia ludzi w jurysdykcję profesji medycznych” (Domańska, 2005). W ten sposób pojmowana ideologia, może prowadzić do powstawania zaleceń dotyczących zachowania jednostki, sprzecznych z zasadami promocji zdrowia. W promocji zdrowia bowiem, zdrowie traktowane jest jako zasób, a nie cel sam w sobie. Ponadto, tego rodzaju podejście do zdrowia skoncentrowane na jednostce i jej sposobie życia, zaciemnia i zmniejsza rangę relacji między społecznymi i środowiskowymi warunkami życia, a zdrowiem. Zgodnie z założeniami promocji zdrowia istnieją sytuacje, w których dopuszczalne jest niezajmowanie się zdrowiem, cierpliwe znoszenie dolegliwości na rzecz wsparcia wartości uważanych przez jednostki lub grupy za ważniejsze od zdrowia (Słońska i Misiuna, 2000; Health Promotion Glossary, 1989). Pomimo zachowania prawa do subiektywizmu i samostanowienia jednostki, podejście to nie jest jednak poprawne, gdyż zdrowie jako wartość najwyższej cennona, winna być tą determinantą, która służy budowaniu i zdobywaniu innych wartości ze społecznymi, środowiskowymi czy duchowymi włącznie, nie zaś burzeniu czy ograniczaniu wpływu innych czynników na rzecz zdrowia. Zatem, subiektywizm jednostki może różnić się od obiektywnej rzeczywistości.

Akceptacja albo odrzucanie pewnych wzorców implikuje określoną behawioralność, a w związku z tym, może stanowić dla człowieka zarówno czynnik ryzyka jak i barierę ochronną przed niekorzystnymi wpływami środowiskowymi. Co zatem może przesądzać o uleganiu modzie, wzorcom, chęci naśladowania? W dużej mierze stosunek do określonych spraw i wykształcona postawa. Powołując się na Mikę (1998) i Woynarowską (2012), postawy to element osobowości, względnie trwałe predyspozycje do reagowania lub zachowywania się w określony sposób. Postawy decydują o tym, co ludzie lubią, a czego nie

lubią; co uważają za dobre, a co za złe; co jest dla nich ważne, a co nieważne; o co warto, a o co nie warto się troszczyć. Postawa wobec zdrowia ma trzy komponenty:

- poznawczą - przekonania, myśli, wiedza o zdrowiu i chorobie,
- emocjonalną – reakcje, emocje, uczucia związane z różnymi aspektami zdrowia (np. lęk, poczucie zagrożenia),
- behawioralną – zachowania związane ze zdrowiem.

Dominacja czy nasilenie jednego z powyższych elementów postawy, będzie warunkowało również jej znak i natężenie, a więc będzie miało istotny wpływ na stosunek do własnego zdrowia. W tej sytuacji, gdy przedmiot postawy (zdrowie) jest wartościowany dodatnio, wówczas zarówno emocje jak i zachowania wobec przedmiotu postawy będą dodatnie. Analogiczna sytuacja odnosi się do wartościowania ujemnego.

W ostatnim czasie nauki społeczne poszerzyły znacznie spektrum swoich zainteresowań badawczych i koncepcyjnych, wychodząc naprzeciw potrzebom poznawania nowych lub zmieniających się obszarów ludzkiej egzystencji i konsekwencji licznych zagrożeń zdrowia, wynikających ze zmiany społecznej, postępu cywilizacji i procesów globalizacji. Ich egzemplifikacją jest koncentracja na kwestiach promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej również w aspekcie pedagogicznym (Syrek i Borzucka-Sitkiewicz, 2009).

Człowiek a środowisko

Prymarne traktowanie zdrowia może stanąć na granicy promocji zdrowia i zagrożenia behawioralnego. Problem ten staje się coraz bardziej widoczny ze względu na opisywane wyżej uwarunkowania, ale i fakt, iż akceleracja rozwoju przyczynia się do osiągnięcia nieco innych cech somatycznych i psychicznych przez jednostkę aniżeli kilka czy kilkanaście lat temu. W związku z tym, ze względu na działający czynnik czasu i zmieniające się środowisko, obecnie *a priori* otrzymując lepsze cechy organizmu w stosunku do poprzednich pokoleń, w celu adaptacji i akceptacji, jednostka może starać się niektóre z tych dyspozycji w sposób szczególny doskonalić. Dający się również zaobserwować trend sekularny, umożliwia powiązanie tych auksologicznych czynników z czynnikami medyczno-społecznymi, co może stanowić podstawę do zrozumienia zagadnienia *healthismu*. Pozwala to na postawienie tezy, iż wpływ środowiska i bodźców, jakim jest poddawany człowiek już w życiu płodowym, determinuje w znacznym stopniu jego późniejsze skłonności. Zatem, w miarę wzrastania i rozwoju człowieka, wpływu czynników środowiskowych, prowadzenia działań edukacyjnych, w tym edukacji zdrowotnej, kształtują się określone postawy wobec różnych aspektów życia, w tym zdrowia. Zdaniem Crawforda (1980), wszystkie zachowania, postawy i emocje, które mogą wpływać na zdrowie, zostają opatrzone etykietą „zdrowych” lub „chorych”.

Healthism traktowany jest też jako estetyzująca ciało postać medykalizacji. Medycyna oferuje narzędzia i sposoby estetyzacji ciała, a równocześnie kształtuje potrzeby medyczne ludzi, które zaspokajane są dzięki środkom i wiedzy medycznej (Barański, 2005). Przedstawione wyżej założenia profilaktyki i promocji zdrowia: prymat zdrowia nad innymi

wartościami oraz dominująca rola jednostki w osiągnięciu zdrowia, pokrywają się z głównymi założeniami ideologii *healthismu*, opisywanej przez zachodnich badaczy od początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku (Crawford, 1980). *Healthism* jako specyficzna forma medykalizacji, przyczynia się do przenikania norm medycznych do życia społecznego w postaci norm społecznych, regulujących zachowania związane ze zdrowiem. Edukacja zdrowotna prowadzona w ramach profilaktyki i promocji zdrowia, wykorzystująca w coraz większym stopniu środki masowego przekazu, może mieć dla tego procesu kluczowe znaczenie (Crawford, 2006). Profilaktyka i promocja zdrowia w Polsce są realizowane głównie przez instytucje medyczne (Słońska, 2000), co prowadzi do dominacji paradygmatu medycznego w sposobie ich realizacji, ignorowane są inne, poza behawioralnymi, uwarunkowania zdrowia, jak na przykład kulturowe czy strukturalne. Mimo, że działania prowadzone w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kierowane są do całej populacji, to w rzeczywistości obiektem ich oddziaływań jest jednostka i to ona jest w konsekwencji obarczana odpowiedzialnością za swoje zdrowie (Borowiec i wsp., 2009).

Crawford uznał *healthism* za ideologię klasy średniej. Pełni ona zarówno funkcję integracyjną, jak i jest narzędziem kontroli społecznej. Zachowania będące przejawem tzw. zdrowego stylu życia, czyli między innymi kontrolowanie stanu własnego zdrowia, wstrzymywanie się od palenia tytoniu, stosowanie „zdrowej diety”, uprawianie aktywności fizycznej, ograniczanie spożycia alkoholu itp., mogą być rozumiane jako praktyki symboliczne zorientowane na zachowanie granic grup społecznych, w tym wypadku klasy średniej (Crawford, 2006; Abucewicz, 2008). Jednym z dowodów świadczących o rozpowszechnieniu się *healthismu* w społeczeństwie, jest szczególnie sposób postrzegania uwarunkowań zdrowia. Polega on na przykładaniu dużej wagi do czynników związanych ze stylem życia jako uwarunkowań zdrowia, oraz znacząco mniejszej wagi do innych czynników (Borowiec i Lignowska, 2012). Mając jednak na uwadze fakt, iż zdrowie w hierarchii wartości Polaków zajmuje od wielu lat wysokie miejsce, po szczęściu rodzinnym, życiu osobistym i rodzinnym (Wenzel, 2004; Czapiński, 2005; Boguszewski, 2013), jako kategoria pozytywna, a zarazem kluczowa dla realizowania obowiązków życiowych, jest tym elementem, na który warto zwrócić szczególną uwagę.

Niezbywalnymi cechami wszystkich organizmów żywych jest heterostaza, starzenie się i rosnąca entropia. Wiąże się to z odrzuceniem dychotomicznego podziału na zdrowie i chorobę, uwzględniającego kontinuum zdrowia i choroby, zaleceniem poznania historii życia jednostki, w tym jego choroby, koncentrowaniem się na zasobach umożliwiających radzenie sobie ze stresem, traktowaniem stresorów jako wszechobecnych, zachęcaniem do poszukiwania wszelkich źródeł sprzyjających aktywnej adaptacji organizmu do środowiska (Antonovsky, 2005). Człowiek w ciągu życia podlega wielu procesom, które prowadzą go do nieuniknionego starzenia się organizmu. Podejmuje więc działania opóźniające ten proces, na rzecz utrzymania estetycznego wyglądu, niekoniecznie adekwatnego do wieku biologicznego. Wykorzystuje się w tym celu m.in. rozwiązania medycyny czy kosmologii estetycznej, które w wielu przypadkach umożliwiają człowiekowi funkcjonowanie

w społeczeństwie, kompensują braki i dysfunkcje, ułatwiają samoakceptację, poprawiają samopoczucie. Każdy bowiem przejaw braku akceptacji jednostki przez najbliższe otoczenie ze względu na chorobę, zmieniony wygląd czy sposób zachowania, może wiązać się z poważnymi konsekwencjami natury społeczno-psychologiczno-zdrowotnej, a co za tym idzie, niepełnej dyspozycji funkcjonalnej jednostki.

Uzależnienie behawioralne a świadomość zdrowotna

Zdaniem Mellibrudy „O uzależnieniu behawioralnym mówimy, gdy silna potrzeba wykonywania jakiejś normalnej czynności - na przykład zakupów, seksu, jedzenia czy pracy - przynosi szkody, a wykonująca ją osoba nie potrafi - mimo prób - powstrzymać się od wykonywania tej czynności, przestaje kontrolować sytuację” (Mellibruda, 2012). Każde uzależnienie behawioralne charakteryzuje się powtarzalnością określonych zachowań, zaangażowaniem, które ostatecznie zakłóca funkcjonowanie w innych dziedzinach. Także w tym kontekście, zaburzenia behawioralne przypominają zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Uzależnienia behawioralne i uzależnienia od substancji są więc fenomenologicznie podobne. Wiele osób z uzależnieniami behawioralnymi wskazuje na stan naglącej potrzeby lub pragnienia podjęcia określonego zachowania, podobnie jak osoby uzależnione od substancji, mają przymus jej zażycia. Dodatkowo, zachowania te, gdy stają się faktem, zmniejszają lęk, powodują dobry nastrój, niemal euforię – podobną do tej obserwowanej po użyciu narkotyku. Okazują się, że szeroko pojmowane problemy emocjonalne mogą przyczynić się do używania substancji psychoaktywnych oraz rozwoju uzależnień behawioralnych (de Castro i wsp., 2007). Kompulsywność i powtarzalność pewnych zachowań w stosunku do różnych aspektów życia, głównie zaś wykonywania określonych czynności, będzie można nazwać uzależnieniem behawioralnym. Persewerytywny charakter zachowania, w tym przypadku względem zdrowia, również będzie przybliżał jednostkę w kierunku „kultu zdrowia”. W tym samym aspekcie można rozpatrywać nadmierną koncentrację na zdrowiu, która pomimo, iż nawiązuje do jednego z najważniejszych elementów stanowiących podstawę ludzkiej egzystencji, może przynieść niekorzystne skutki płynące z jej niewłaściwego rozumienia czy subiektywizmu. Przykładowo, zbyt radykalna dieta czy intensywne ćwiczenia fizyczne propagowane w ramach działań promujących zdrowie, jak również nadmiar treści zdrowotnych, mogą spowodować przewartościowanie, które przyczyni się do nadmiernej koncentracji na zdrowiu. Za taki stan rzeczy nie można obwiniać edukatora czy promotora zdrowia, ale też należy wziąć pod uwagę podatność jednostki na wpływy zewnętrzne i bodźce płynące z otoczenia. Racjonalizacja wyborów dokonywana pod wpływem różnych impulsów zewnętrznych jest już sprawą raczej indywidualną.

Podstawą uzależnienia behawioralnego jest niemożność oparcia się potrzebie działania, które przynosi negatywne konsekwencje osobie uzależnionej oraz jej otoczeniu. Charakterystyczne jest również widoczne pogorszenie funkcjonowania osób uzależnionych behawioralnie w innych aspektach życia (Jasińska i wsp, 2013). Odnosząc się do powyższego, swo-

istym dysonansem wydaje się nadmierna koncentracja na zdrowiu (kategorii pozytywnej), w zestawieniu ze skutkami, będącymi wynikiem takiego postępowania (konsekwencje). Nie tyle chodzi tutaj o nazewnictwo, co nasilenie działania, bowiem „nadmierność”, „kult”, „uzależnienie” w odniesieniu do zdrowia, pomimo, że dotyczą jednego z najważniejszych aspektów życia człowieka, realizowane w sposób przesadny i dominujący, mogą w efekcie wywołać negatywne skutki. Dla mechanizmu „poznania zdrowia”, istotne znaczenie ma więc świadomość zdrowotna. Spośród istniejących definicji świadomości zdrowotnej, warto przytoczyć tą opracowaną przez Ratajczak (1997), według której, świadomość zdrowotna jest złożoną strukturą poznawczą, która ukierunkowuje i organizuje zachowania zdrowotne ludzi i zależy od trzech ze sobą wzajemnie związanych składników:

- struktur umożliwiających percepcję sygnałów o zagrożeniach dla zdrowia (osoby „czujne” i „unikające”);
- wiedzy o zdrowiu i chorobach czerpanej z różnych źródeł (szczególnie własne doświadczenia);
- miejsca zdrowia w hierarchii wartości człowieka.

Będąc osobą „czujną”, posiadając wiedzę, a zarazem wysoko ceniąc zdrowie we własnej hierarchii wartości, można funkcjonować w sposób „świadomy i bezpieczny zdrowotnie”, nie ulegając niekorzystnym wpływom i trendom środowiskowym, przy jednoczesnym prowadzeniu prozdrowotnego stylu życia. Jest to postępowanie racjonalne, o prawidłowym stopniu nasilenia działań względem zdrowia. Inną zaś drogą, jest dążenie do zdrowia zarówno realnego jak i potencjalnego, poprzez podejmowanie wszelkich możliwych działań prozdrowotnych, w sposób znacznie zintensyfikowany, co w tym wypadku może graniczyć z chorobą. Droga do pełnego tj. optymalnego zdrowia musi prowadzić zarówno poprzez wiedzę, umiejętności, a zarazem racjonalną postawę, zaś jej fundament powinna stanowić budowana od najmłodszych lat życia świadomość zdrowotna. Pomimo, że pomiędzy świadomością zdrowotną, a uzależnieniem behawioralnym istnieje szeroka granica, to znacznie można ją zawęzić poprzez deficyt wiedzy, irracjonalną (słabą) postawę wobec zdrowia, jednokierunkową intencyjność czy nadinterpretację faktów dotyczących przedmiotu postawy.

Podsumowanie

Medykalizacja codziennego życia stoi w jawnej sprzeczności z zasadami promocji zdrowia. Ogranicza ona bowiem możliwości jednostek w zakresie właściwego pojmowania rozległych uwarunkowań zdrowia i zmniejsza ich zaufanie do samych siebie oraz wiarę w możliwość samostanowienia (Słońska i Misiuna, 2000; Health Promotion Glossary, 1989). Teoria arystotelesowskiego „złotego środka” stanowi odpowiedź na współczesną ideologię *healthismu*. Uzależnienie od zdrowia odsuwa na dalszy plan realizowanie czy wypełnianie innych obowiązków życiowych, równoważnych z aspektem zdrowia, które owszem, stanowi punkt wyjścia dla wielu innych działań, jednak jest tylko środkiem do osiągnięcia

pozostałych celów. Zwykle koncentrowanie się na jednym aspekcie, zmniejsza angażowanie się w inne sprawy. Nie jest to regułą, jednakże na skutek nadmiernego utrwalenia się niektórych zachowań, a w efekcie nawyków i koncentracji na nich, stają się one swoistymi priorytetami, które bywają szanowane i kultywowane ponad wszystko. Sprawą bezprecedensową jest konieczność dbania o zdrowie i jego potęgowanie, jednak podejmowanie aktywności i działań powinno odbywać się w sposób wyważony i sensowny, wzbogacone o pewne kwantum wiedzy, gdyż nie trudno zatracić się w pogoni za ideałem.

Healthizm pomimo, iż jest tendencją, która zwiększa swój zasięg, jednak ze względu na złożoność i różny stopień nasilenia zjawiska, miano zagrożenia behawioralnego lepiej oddaje jego sens aniżeli uzależnienie behawioralne. Jest to balansowanie na granicy „-holizmu” i zdrowego rozsądku. Pojawiające się coraz to nowsze uzależnienia i zagrożenia zyskały swoją nazwę, ze względu na rozpowszechnienie, zasięg oraz ekspansywny charakter. W odniesieniu do koncepcji *healthizmu*, a więc „kultu zdrowia”, niewłaściwe byłoby nazwanie prowadzenia prozdrowotnego stylu życia „-holizmem”, gdyż tutaj trudno jest mówić o pejoratywnym wydźwięku terminu zdrowie. Taki wydźwięk towarzyszy natomiast uzależnieniom behawioralnym takim jak np. pracoholizm, netoholizm, cyberseks etc. Jednakże zbytne bazowanie i koncentrowanie się na tym - jakże istotnym elemencie życia - zdrowiu, może w sposób nieświadomy prowadzić na przekór, nawet do autodestrukcji, poprzez dążenie do stanu pełnego, optymalnego zdrowia za wszelką cenę. Podsumowując, *healthizmu* nie można nazwać „produktem ubocznym” czy też afirmacją promocji zdrowia, ale zagrożeniem behawioralnym, ponieważ to w dużej mierze czynniki środowiskowe i współczesna cywilizacja kreują pewne wzorce, które tak chętnie są powielane przez jednostkę. Pomimo wiedzy i najlepiej realizowanej edukacji zdrowotnej czy promocji zdrowia, to wciąż jednostka decyduje o tym, czy wykorzysta swoje zasoby w praktyce, czy ulegnie niekorzystnym trendom.

Piśmiennictwo

1. Abućewicz M. 2008. Ideologiczne wymiary kontroli społecznej – perspektywa krytyczna [w:] Kwaśniewski J. (red.), *Profilaktyka społeczna i resocjalizacja*, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW, Warszawa, t.13.
2. Antonovsky A. 2005. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować? Tłum. Grzegołowska-Klarkowska H., Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, str. 28.
3. Barański J. 2005. Ciało i zdrowie w ujęciu socjoestetycznym [w:] Piątkowski W., Brodnyak W. A. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn, str. 323-336.
4. Boguszewski R. 2013. Wartości i normy, Komunikat z badań nr 4869, BS/111/2013, (www.cbos.pl), [dostęp: 22.03.2014].

5. Borowiec A., Lignowska I. 2012. Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?, *Kultura i Społeczeństwo*, nr 3, str. 95-111.
6. Borowiec A., Lignowska I., Makowska M. 2009. Czy działania edukacyjne prowadzone w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kreują „nowych dewiantów”? [w:] *Problemy Polityki Społecznej*, nr 12, str. 169-182 [online], <http://www.academia.edu/2105511/> [dostęp: 18.03.2014].
7. Crawford R. 1980. Healthism and the medicalization of everyday life, *International Journal of Health Services*, t. 10, nr 3, str. 365-368.
8. Crawford R. 2006. Health as a meaningful social practice, t. 10, nr 4.
9. Czapiński J. 2005. Cechy osobowości i styl życia [w:] Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, VIZJA PRESS&IT, Warszawa, str. 205-232.
10. De Castro V., Fong T., Rosenthal R.J., Tavares H. 2007. A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics. *Addictive Behaviors*, 32(8), str. 1555-64.
11. Domańska U. 2005. Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa [w:] Piątkowski W., Brodniak W.A. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn, str. 312.
12. Health Promotion Glossary. 1989. WHO/EURO, Copenhagen.
13. Jasińska A., Klimkiewicz A., Sękowski K., Wojnar M. 2013. Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej, *Stowarzyszenie Młody Lekarz*, Warszawa, str. 7 [online], [dostęp: 20.03.2014].
14. Majchrowska A. 2008. Społeczny wymiar zdrowia [w:] Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., *Promocja zdrowia*. t. 1. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia, Wydawnictwo Czelej, Lublin, str. 53.
15. Mellibruda J. 2012. Eksperci: uzależnienia behawioralne to coraz częstszy problem, Źródło: Serwis Nauka w Polsce, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,390195,eksperci-uzależnienia-behawioralne-to-coraz-czestszy-problem.html> [dostęp: 18.03.2014].
16. Mika S. 1998. *Psychologia społeczna dla nauczycieli*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
17. NPZ 1996-2006; 2007-2015.(www.mz.gov.pl)
18. Ratajczak Z. 1997. Model zachowania się człowieka wobec własnego zdrowia. Wnioski dla praktyki promocyjnej [w:] Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I. (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, str. 57-69.

19. Słońska Z., Misiuna M., Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów [online], <http://zakladepidemiologii.ikard.pl/slownik.html>, [dostęp: 18.03.2014].
20. Słońska, Z. 2000. Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a rzeczywistość. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, nr 19, str.18-33.
21. Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K. 2009. Edukacja zdrowotna, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, str. 10.
22. Wenzel M. 2004. Wartości życiowe. Komunikat z badań CBOS nr 3145, BS/98/2004 (www.cbos.pl), [dostęp: 22.03.2014].
23. Woynarowska B. (red.) 2012. Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce, str. 9-10.
24. Woynarowska B. 2013. Edukacja zdrowotna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, str. 37-74.