

Anna Gawet

Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji zdrowotnej

Nawet pobieżna analiza zasygnalizowanego w tytule problemu wskazuje na zasadność czy wręcz konieczność sprecyzowania zakresu podejmowanych rozważań. Chcemy bowiem wykazać kategoriałną dla edukacji moc terminu zakotwiczonego w kategorii kształtującej zdecydowanie szersze pole teoretycznych rozważań, czyli formalnie nadrzędnej. Jest sprawą oczywistą, że świadomość zdrowotna, bez względu na szerokość dostrzeganego w niej zasięgu treściowego, liczbę kontekstów potwierdzających jej moc operacyjną czy też pól teoretycznych stawiających ją w obszarze swoich analiz, pozostaje podstrukturą ludzkiej świadomości. I choć nie są naszym zamierzeniem studia nad kategorią świadomości¹, ukazanie na wstępie tych jej konotacji, które w pewnym przynajmniej stopniu dookreślą ramy teoretyczne kategorii świadomości zdrowotnej, wydaje się uzasadnione.

Kategoria świadomości – w poszukiwaniu znaczeń

Świadomość niewątpliwie jest jednym z najbardziej wieloznacznych terminów związanych ze sferą życia wewnętrznego człowieka, a zarazem stanowi jeden z najważniejszych faktów – oczywiście przy założeniu, że przyznajemy jej atrybut realności – i przy tym jeden z najbardziej tajemniczych aspektów specyficznie ludzkiego istnienia. W poszukiwaniu przypisywanych jej znaczeń można sięgać zarówno w obszary naukowych, jak i pozanaukowych rozważań, które koncentrują się zasadniczo wokół kwestii: czym świadomość w swej istocie jest, na czym się zasadza posiadanie świadomości oraz jaka jest jej rola w regulowaniu życia wewnętrznego człowieka i zachodzących w jego umyśle procesów psychicznych. Nie uzyskano jak dotąd jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy świadomość jest

¹ W niniejszych rozważaniach przyjmujemy za B. Skargą, że kategoria, jakkolwiek nie ma charakteru formalnego, jest zdalna do tego, by w różnych dziedzinach wiedzy ukierunkowywać myślenie i organizować problemy badawcze, pozostając przy tym jednocześnie przedmiotem analiz (B. Skarga, *Granice historyczności*, Wydawnictwo IFIS PAN, Warszawa 2005, s. 109–110). Uznajemy, że świadomość kryteria te w całej rozciągłości spełnia, toteż w założeniu przyznajemy jej moc kategoriałną.

procesem, aktem, wytworem, strukturą, fenomenem, instancją natury, czy tylko właściwością procesów wewnętrznych, czy może jest

[...] zwierciadłem odbijającym obraz rzeczywistości, jest to jednakże zwierciadło dwustronne: oprócz obrazu świata otaczającego i rozgrywających się w nim wydarzeń odbija również rzeczywistość wewnątrzpsychiczną w postaci bodźców ze strony własnego organizmu człowieka i cały rozległy świat przeżywania i myśli, a więc bieżące oczekiwania, emocje, motywy, działania, rozterki, niepokoje, dążenia i ich ukierunkowanie do określonych celów².

Analiza sposobów ujmowania świadomości w aspekcie formalnym wskazuje, że terminowi temu nadaje się wiele znaczeń. Próbę uporządkowania różnorodnych ujęć świadomości podejmuje Lech Ostasz, wyróżniając kilka orientacji interpretacyjnych o cechach paradygmatycznych, w ramach których można ułożyć szereg koncepcji świadomości i różnorodnych ich wariantów: orientację subiektywistyczną, obiektywistyczną, spirytualistyczno-spekulatywną oraz „panprotopsychiczną”. W ramach pierwszej z nich uwzględnia się zasadniczo potoczny, psychologiczny (dawanie priorytetu przeżyciom własnym podmiotu) i fenomenologiczny (koncentrowanie się na tym, co jawi się w świadomości, oraz na niej samej) punkt widzenia. W ramach orientacji obiektywistycznej mieszczą się koncepcje biologiczno-neurofizjologiczno-behawioralne i technologiczno-informacyjne, którym towarzyszy przekonanie o decydującej roli materialnej komponenty świadomości. Koncepcje spirytualistyczno-spekulatywne zakładają, że świadomość tkwi w początkach wszelkiego istnienia lub nawet je inicjuje; w tym nurcie mieszczą się propozycje ujmowania świadomości inspirowane buddyzmem, hinduizmem, chrześcijaństwem (Teilhard de Chardin) czy ruchem New Age (Ken Wilber). Wreszcie orientacja „panprotopsychiczna” zakłada istnienie „protopsychicznych” właściwości materii tkwiących w niej od początku i wraz z nią ewoluujących. Autor wiąże przy tym największe nadzieje z możliwościami syntetycznego ujęcia teorii świadomości ze współpracą orientacji biologiczno-neurofizjologiczno-behawioralnej z filozofią³.

Uwzględnienie subiektywistycznego punktu widzenia pozwala nawiązać do Franza Brentana, autora teorii intencjonalności. W jego ujęciu świadomość jest synonimem „fenomenu psychicznego”, przy czym każdy akt psychiczny utożsamia ze świadomością jakiegoś przedmiotu. Brentano twierdził, że spełniając akty psychiczne, jednocześnie je sobie uświadamiamy, wyróżniał wśród nich przedstawienia, sądy oraz akty określane mianem emocji, zainteresowania czy też pożądania: „Każde [zjawisko psychiczne] zawiera coś jako obiekt, chociaż nie każde w jednakowy sposób. W przedstawieniu coś jest przedstawiane, w sądzie – uznawane lub odrzucane, w miłości kochane, w nienawiści nienawidzone, w pożądaniu pożąda-

² E. Sujak, *Rozważania o ludzkim rozwoju*, Znak, Kraków 1998, s. 54.

³ L. Ostasz, *Teoria świadomości i podświadomości*, Nakładem Towarzystwa Interdyscyplinarnych Badań nad Świadomością, Kraków 1996, s. 14–17.

ne itd.⁴ Podejściem tym nawiązuje do Kartezjusza, który w *Medytacjach* rozróżnia idee, sądy i „uczucia lub chcenia” jako trzy typy *cogitationes*⁵. Rozpatrując Brentanowską koncepcję świadomości, warto też zwrócić uwagę na wyodrębnienie świadomości zewnętrznej i wewnętrznej, których odpowiednikami są uświadamiany akt i świadomość tegoż aktu, obejmująca nie tylko jego przedstawienie, ale też poznawanie dokonujące się w sądzie.

Uczeń Brentana, Kazimierz Twardowski, proponuje natomiast wyróżnienie – obok psychicznych aktów przedstawień czy sądów i ich przedmiotów – treści aktów świadomości (treści przedstawień), pisząc, że

Zarówno wtedy, gdy przedmiot jest przedstawiony, jak i wtedy, gdy jest osądzony, występuje obok psychicznego aktu i jego przedmiotu coś trzeciego, co równocześnie jest znakiem przedmiotu: jego psychiczny „obraz”, o ile ten przedmiot jest przedstawiony, i jego istnienie, o ile jest osądzony⁶.

Przedstawione wyżej ujęcia opierają się na utożsamianiu świadomości podmiotu z subiektywnie doświadczanymi przezeń doznaniem mającymi swe źródło w otaczającej rzeczywistości. Ujmowanie świadomości w ramach orientacji obiektywistycznej wiąże się natomiast z interpretacjami bazującymi na prawach neurofizjologii – odwołujących się w jej opisie do stanów snu, przytomności, czuwania czy też czujności – bądź operującymi behawioralnym pojęciem gotowości organizmu do reagowania na bodźce zewnętrzne. Neurofizjolodzy zajmują stanowisko, że świadomość „świadczy i współtworzy rzeczywistość złożoną z trzech zasadniczych składników: świata otaczającego, umysłu oraz synapsy mózgowej” oraz podkreślają, że „[...] bezpośrednie kontakty umysłu ze światem otaczającym, które były wdzięcznym tematem dla dawnej filozofii, są iluzją. Wszystko z czymkolwiek człowiek ma do czynienia przechodzi przez mózg, działający jak dwukierunkowa pompa ssąco-tłocząca”, bowiem „[...] mózg stara się wszystko z otoczenia przenieść do umysłu i na odwrót: całą zawartość umysłu zainstalować i wszczepić w świat zewnętrzny”⁷. Warto w tym miejscu zauważyć za Jerzym Bobrykiem, że jakkolwiek niepodważalne jest, że człowiek zawdzięcza posiadanie świadomości swemu układowi nerwowemu, to wskazując ten fakt, nie można pominąć pytania o to, czy mózg człowieka jest tylko koniecznym, czy może koniecznym i zarazem dostatecznym warunkiem tejże świadomości⁸. Bobryk podkreśla, że świadomość nie jest jedynie cechą dostatecznie złożonego i pozostającego na odpowiednim poziomie wzbudzenia układu nerwowego, ale jest cechą całego człowieka, który

⁴ F. Brentano, *Psychologia z empirycznego punktu widzenia*, tłum. W. Galewicz, PWN, Warszawa 1999, s. 126.

⁵ Za: W. Galewicz, *Wstęp. Brentana anatomia życia psychicznego* [w:] ibidem, s. XLII.

⁶ K. Twardowski, *O treści i przedmiocie przedstawień* [w:] *Psychologia w szkole lwowsko-warszawskiej*, wybór i oprac. T. Rzepa, PWN, Warszawa 1997, s. 70.

⁷ J. Trąbka, *Mózg a jego jaźń*, Kraków 1991, s. 44–45.

⁸ J. Bobryk, *Świadomość człowieka w epoce mediów elektronicznych*, Znak – Język – Rzeczywistość: Polskie Towarzystwo Semiotyczne, Warszawa 2004, s. 53.

zawsze znajduje się w jakimś otoczeniu. Zdaniem tego autora nawet dopuszczenie tezy o identyczności mózgu i umysłu (czyli, mówiąc językiem filozoficznym, „nowego dualizmu”) nie upoważnia do redukcji psychologii do neurofizjologii⁹. Podobne stanowisko zajmuje zwolennik „biologicznego naturalizmu”, John Searle, wskazując, że świadomość jest fenomenem psychicznym i zarazem biologicznym, stąd nie można jej w pełni wyjaśnić przy zastosowaniu tradycyjnych kategorii „mentalności” bądź „fizyczności” cech, bowiem nie wykluczają się one¹⁰. Wspomniani autorzy podzielają zatem pogląd, zgodnie z którym psychologia i neurologia to dwa zdecydowanie odmienne, bo posługujące się innym językiem i ustalające różne prawa, „poziomy opisu” świadomości.

W tradycji buddyjskiej wyróżnia się kilkadziesiąt rodzajów świadomości, która ma osiągać najczystsza postać w stanie nirwany, do którego można dojść podczas kontemplacji, opróżniając jaźń z wszelkich myśli i pragnień. Nauka współczesna nie proponuje takiego jej uszczegółowienia, lecz w zamian rozwarstwiła świadomość i wyznaczyła jej pogranicza. Rozwarstwienie świadomości dokonało się przede wszystkim na gruncie psychologii i neurofizjologii. W ramach tej pierwszej zwraca się uwagę, że mogą istnieć zdarzenia i stany umysłowe niedostępne świadomości – podświadome i nieświadome, których znaczenie dla człowieka może dorównywać treściom pozostającym w bieżącym strumieniu świadomości. Kolejny obszar rozważań psychologów wiąże się z rozróżnianiem świadomości i samoświadomości. W sukurs przychodzi im w tej kwestii neurofizjologia, której czołowy przedstawiciel, Antonio Damasio, stwierdza, że „[...] być świadomym to coś więcej, niż czuć i operować uwagą. Świadomość wymaga wewnętrznej obecności «ja» w «poczuciu, że się wie»”¹¹. Przykładem wyodrębnienia warstw świadomości w ramach opisywanego ujęcia może być koncepcja Jana Trąbki, który wyróżnia świadomość esencyjną (istotową, subiektywną), egzystencyjną (obiektywną, komunikacyjną) i hermeneutyczną – z myślą ludzką jako jej wytworem¹².

Przeprowadzenie analizy świadomości w aspekcie formalnym w ramach jednej tylko dyscypliny naukowej wydaje się zadaniem nie tyle karkołomnym, ile wręcz niewykonalnym. Kwestię dodatkowo komplikuje fakt, że aspekt formalny siłą rzeczy nakłada się tu wyraźnie na aspekt treściowy. Egzemplifikacją tego stwierdzenia może być próba syntetyzowania sposobów ujmowania świadomości przez Zbigniewa Zaborowskiego. Autor wskazuje na trzy perspektywy analizy świadomości, dokonując jednocześnie jej ogólnej operacjonalizacji: perspektywę dyspozycyjną (strukturalną), w której świadomość jest wiązana z pewnym trwałym układem wiedzy, postaw i potrzeb; aktualną (procesualną) – odwołującą się do aktualnie

⁹ Ibidem, s. 38.

¹⁰ J.R. Searle, *The Mystery of Consciousness*, New York Review of Books, New York 1997, s. 14.

¹¹ A.R. Damasio, *Tajemnica świadomości. Jak ciało i emocje współtworzą świadomość*, tłum. M. Karpiński, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2000, s. 270.

¹² Ibidem, s. 46, 206–209.

doświadczanej przez jednostkę subiektywnej rzeczywistości – oraz ujęcie odnoszące świadomość do właściwości określonych przeżyć czy stanów wewnętrznych – spostrzeżeń, myśli, pragnień czy emocji¹³.

Koncentracja na aspekcie treściowym świadomości pozwala na utworzenie siatki pojęć, które umożliwiają podejmowanie prób operacjonalizowania kategorii świadomości i zarazem stanowią przedmiot oddzielnych rozważań podejmowanych z perspektywy różnych dyscyplin naukowych. Wśród tych pojęć znajdują się spostrzeżenia, myśli, pragnienia, emocje, postawy, wiedza, opinie, schematy poznawcze, wartościowanie, przekonania, subiektywne koncepcje różnych obszarów rzeczywistości, orientacje życiowe, nastawienie do świata, obraz Ja – by wymienić tylko niektóre.

Współcześnie świadomość jednostkowa kształtuje się głównie na podstawie wiedzy rozumianej tu jako „[...] przekonania akceptowane przez określone osoby i uznawane przez nie za prawdziwe niezależnie od tego, czy są one prawdziwe rzeczywiście (jeżeli dałoby się to nawet jednoznacznie określić)”¹⁴. Jakkolwiek jest ona zdobywana przede wszystkim w procesie kształcenia na różnych szczeblach edukacji szkolnej, istotnym jej uzupełnieniem jest społeczny obieg informacji, w którym olbrzymią rolę odgrywają środki masowego przekazu. Czynnikiem uczestniczącymi w formowaniu się zasobu wiedzy jednostki są także osobiste obserwacje otaczającego świata oraz bezpośrednie kontakty międzyludzkie, w ramach których dokonuje się przepływ informacji. Istotnym składnikiem wspomnianej siatki pojęć związanych z kategorią świadomości staje się w związku z tym pojęcie świadomości potocznej. Jego treść w znacznej mierze wypełnia wiedza potoczna, zwana też zdroworozsądkową, intuicyjną czy laicką, przekazywana w procesie socjalizacji oraz kształtująca się na drodze bezpośredniego wnioskowania z otaczającej rzeczywistości.

Pojęcie świadomości potocznej nawiązuje do kategorii potoczności rozumianej jako „[...] stan mniej doskonały od nauki – powierzchowny lub wręcz fałszywy – albo jako sposób myślenia, cechujący się brakiem dbałości o logikę i koherencję myśli” bądź też jako pewna egzystencjalna dyspozycja umożliwiająca człowiekowi trwanie i rozwój, zapewniająca mu spójne symboliczne uniwersum¹⁵. Z punktu widzenia niniejszych rozważań należy podkreślić za Janem Szczepańskim, że ta chaotyczna, w żadnym stopniu niepoparta modelami teoretycznymi czy ideologicznymi rzeczywistość doświadczanej codzienności, dążeń, uprzedzeń, własnych wizji życia, wewnętrznych przekonań i nie zawsze uświadamianych sygnałów emocjonalnych stanowi podstawę każdego zachowania i orientacji w sytuacjach

¹³ Z. Zaborowski, *Świadomość i samoświadomość człowieka*, Wydawnictwo Psychologii i Kultury „Eneteia”, Warszawa 1998, s. 15. Por. też M. Kowalczyk, *Świadomość w funkcjonowaniu umysłu człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1995, s. 11–12.

¹⁴ M. Ziółkowski, *Wiedza, jednostka, społeczeństwo. Zarys koncepcji socjologii wiedzy*, PWN, Warszawa 1989, s. 118.

¹⁵ J. Niżnik, „Potoczność” jako kategoria teoretyczna [w:] *Kategoria potoczności. Źródła filozoficzne i zastosowania teoretyczne*, A. Jawłowska (red.), Instytut Kultury, Warszawa 1991, s. 159–165.

życia codziennego¹⁶. Warto też zauważyć, że pojęcie świadomości potocznej nosi w sobie wyraźne konotacje kulturowe, które wyznaczają szeroki obszar inspirujących poznawczo analiz teoretycznych.

Świadomość zdrowotna w perspektywie edukacyjnej

Doniosłość problematyki świadomości dla rozważań ukierunkowanych pedagogicznie ma swoje ugruntowanie w powszechnie akceptowanej w psychologii tezie o zależności między świadomością człowieka a sferą jego zachowań. Wypracowane na kanwie badań empirycznych modele teoretyczne wyjaśniające psychologiczne mechanizmy ludzkiego zachowania wskazują na udział wiedzy, sposobów wartościowania oraz całej gamy przekonań – różnorodnie rozumianych i definiowanych, odnoszących się do różnych sfer rzeczywistości – w formowaniu się u człowieka motywacji do podejmowania celowej aktywności o charakterze behawioralnym, sama intencja traktowana jest zaś jako jej zasadniczy predyktor. Uznanie tej tezy prowadzi do konkluzji, że świadomość stanowi kategorię edukacyjną, a w ślad za nią pojawia się kwestia projektowania działań wychowawczych ukierunkowanych na kształtowanie takich treści świadomości, jakie pozwalają na przewidywanie podejmowania przez człowieka zachowań uznanych za pożądane.

Podjęcie zasadniczego wątku prezentowanych rozważań wymaga zawężenia obszaru poszukiwań do świadomości zdrowotnej. Jak się wydaje, metodologicznie uprawnione będzie traktowanie jej jako podstruktury świadomości współtworzonej przez te jej treści, których przedmiotem jest szeroko rozumiane zdrowie. Za punkt wyjścia analiz tak rozumianej świadomości zdrowotnej w kontekście celów edukacyjnych przyjmujemy, że zdrowie może być traktowane jako przedmiot edukacji, co poddamy teraz głębszej analizie.

W poszukiwaniu początków wychowawczej myśli o zdrowiu można sięgać do starożytnych koncepcji kształtowania tężyzny fizycznej i zdrowego stylu życia, jednak dostrzeżenie wagi wychowania fizycznego/zdrowotnego dla wszechstronnego rozwoju młodego człowieka nastąpiło w epoce humanizmu. Wtedy też w dziełach ojca nowożytnej pedagogiki – Jana Amosa Komeńskiego – pojawiła się teza głosząca, że jednym z celów edukacji szkolnej jest wychowanie zdrowego człowieka. W *Wielkiej dydaktyce* autor pisze, że „Człowiekowi dane jest dość długie życie, lecz my je skracamy [...] sami marnotrawimy życie, częścią przez wyczerpywanie sił, tak że musi ono zgasnąć jeszcze przed naturalnym swym kresem, częścią zaś wskutek zużywania nawet i tej reszty na rzeczy bezwartościowe”¹⁷ – zwracając jednocześnie uwagę, że

¹⁶ J. Szczepański, *Rozważania o dniu powszednim*, „Odra” 1980, nr 3, s. 30.

¹⁷ J.A. Komeński, *Wielka dydaktyka*, Zakład imienia Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1956, s. 111.

Jeśli ktoś przestrzega tych trzech rzeczy (umiarkowanie odżywia się, uprawia ćwiczenia cieleśne i dostarcza naturze pielęgnacji), nie podobna, by nie zachował jak najdłużej zdrowia i życia, z wyjątkiem wypadków nieszczęśliwych, które przychodzą z wyższego zrządzenia. Poważną przeto część należytej organizacji szkoły stanowić będzie odpowiednie rozłożenie prac i odpoczynku, względnie zajęć i wakacji oraz przerw w pracy (*recreationes*)¹⁸.

Niezwykłe znaczący dla kształtowania się idei wychowania zdrowotnego był zapoczątkowany w drugiej połowie XIX wieku okres ruchu higienicznego wraz z towarzyszącym mu rozwojem higieny szkolnej i oświaty zdrowotnej. Pomimo niekwestionowanych osiągnięć w zakresie poprawy stanu zdrowia społeczeństw podejmowane wówczas działania edukacyjne były jednak wieńczone ograniczonym sukcesem, czego przyczyn można upatrywać w obowiązującym od czasu uznania dualizmu Kartezjańskiego patogenetycznym podejściu do zdrowia, którego wyrazem jest opowiadanie się za jego modelem biomedycznym, głoszącym definicję zdrowia jako braku choroby i dysfunkcji biologicznych. W myśleniu biomedycznym zdrowie i choroba traktowane są opozycyjnie, jako kategorie w pełni rozłączne, determinanty zdrowia upatrywane są zaś w czynnikach biologicznych (wyposażeniu genetycznym i wrodzonych dyspozycjach konstytucjonalnych) oraz skuteczności zabiegów leczniczych podejmowanych przez służbę zdrowia. W założeniach tych tkwi źródło nieograniczonej wiary w moc naukowej medycyny oraz przekonanie, że zdrowie i choroba pozostają poza kontrolą człowieka, który jest tylko konsumentem poddającym się interwencji lekarza orzekającego na podstawie obiektywnych wskaźników o stanie zdrowia i jego rokowaniach. W związku z tak ukierunkowanym paradygmatem naturalną konsekwencją spotkania biomedycznej i wychowawczej myśli o zdrowiu okazała się koncentracja na medycznie zorientowanej prewencji chorób, w której działaniom edukacyjnym przyznawano raczej marginalne znaczenie¹⁹.

Z autentycznym zaistnieniem zdrowia w obszarze edukacji mamy w zasadzie do czynienia dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia, kiedy to datuje się początek „ery postmedycznej” w myśleniu o zdrowiu oraz załączki rodzącej się idei promocji zdrowia. W literaturze przedmiotu okres ten określa się mianem drugiej rewolucji zdrowotnej²⁰, w której założeniach indywidualny styl życia stanowi za-

¹⁸ Ibidem, s. 116.

¹⁹ W Polsce namacalnym tego dowodem było przeniesienie w roku 1952 merytorycznego nadzoru nad higieną i medycyną szkolną z resortu oświaty do resortu zdrowia, a tym samym zwolnienie szkoły z odpowiedzialności za zdrowie uczniów.

²⁰ „Rewolucją zdrowotną” przyjęło się określać ważny pozytywny przełom w sytuacji zdrowotnej społeczeństw w krajach rozwiniętych, osiągnięty za pomocą środków zapobiegawczych niemedycznych. Pierwsza rewolucja zdrowotna dokonała się w dwóch ostatnich dekadach XIX i pierwszej połowie XX wieku dzięki skutecznemu opanowaniu chorób zakaźnych przy udziale środków zapobiegawczych związanych z poprawą higieny życia codziennego (radikalne polepszenie żywienia, poprawa warunków mieszkaniowych, zapewnienie czystej wody pitnej, skuteczne odprowadzanie ścieków) i upowszechnieniem szczepień ochronnych. Druga rewolucja zdrowotna ma

sadniczy czynnik różnicujący poziom zdrowia jednostek (zwłaszcza w odniesieniu do tak zwanych chorób cywilizacyjnych). Uznanie, że człowiek w odniesieniu do własnego zdrowia występuje w roli aktywnej i podmiotowej, ponosząc przy tym odpowiedzialność za dokonywane przez siebie wybory zachowań zdrowotnych, zaowocowało wówczas słynnym hasłem „Twoje zdrowie – w twoich rękach”. Kamieniem milowym w nowym myśleniu o zdrowiu stała się idea traktowania go w sposób holistyczny, która znalazła wyraz w modelu socjoekologicznym i holistyczno-funkcjonalnym. Zasadniczym ich założeniem jest systemowe i wielowymiarowe ujęcie zdrowia, które wiąże się z wyodrębnianiem jego aspektu fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Organizm człowieka jest tu traktowany jako funkcjonalny, dynamiczny układ podlegający zasadom regulacji i samoorganizacji. Systemowe powiązania między wymiarami zdrowia oraz pomiędzy zdrowiem a środowiskiem są analizowane w kontekście tkwiących w człowieku potencjałów – dyspozycji, które umożliwiają samoodnawianie i wprowadzanie nowych form funkcjonalnych zmierzających do zachowania dynamicznej równowagi. Jest ona osiądana na drodze procesu, w którym człowiek adaptuje się do zmieniających się wymagań środowiska, wykorzystując i rozwijając dostępne zasoby odpornościowe²¹. Mamy tu zatem do czynienia z dyspozycyjnym oraz procesualnym rozumieniem zdrowia. Zgodnie z pierwszym ujęciem jest ono definiowane jako „[...] poddająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska”²². W ujęciu procesualnym określa się je zaś jako „[...] proces wykorzystywania potencjałów biologicznych, psychologicznych i społecznych do sprostaną zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom oraz osiągnięcia celów indywidualnych i społecznych bez zaburzenia dynamicznej równowagi”²³. Warto dodać, że współczesne myślenie o zdrowiu mieści w sobie koncepcję *well-being*, pozwalającą uznać samopoczucie za kategorię ontologiczną (zgodnie z definicją zdrowia określoną przez WHO jako stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby) oraz tezę o kontinuum stanów zdrowia i choroby, z której wywodzone jest pojęcie poziomów zdrowia warunkowanych z jednej strony wewnętrznymi i zewnętrznymi wymaganiami, z drugiej natomiast jakością i dostępnością zasobów zdrowotnych.

natomiast swoje źródło w działaniach ukierunkowanych na umocnienie i rozwój zdrowia jednostki poprzez zmianę indywidualnych zachowań zdrowotnych jako czynnika ryzyka w etiologii chorób cywilizacyjnych (A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne – strategiczny problem ochrony zdrowia* [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, A. Gniazdowski (red.), Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990, s. 9–16). Pozytywne efekty drugiej rewolucji zdrowotnej stały się dostrzegalne w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku.

²¹ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2007, s. 63–64.

²² Z. Słońska, M. Misiuna (oprac.), *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993, s. 68.

²³ H. Sęk, *Psychologia wobec promocji zdrowia* [w:] *Psychologia zdrowia*, I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, (red.), PWN, Warszawa 1997, s. 51.

Przedstawiona wyżej zmiana filozofii zdrowia zaowocowała poważną refleksją pedagogiczną, która koncentruje się w pierwszym rzędzie na możliwościach wychowawczego kształtowania potencjału zdrowotnego człowieka. Okazuje się, że zasadniczy element tego potencjału, jakim jest styl życia jednostki²⁴, może stanowić przedmiot zabiegów wychowawczych, które da się zrealizować w praktyce na dwa sposoby. Jednym z nich jest stosowanie różnorodnych form, metod i środków w celu bezpośredniego wpływania na określone zachowanie – w tej grupie oddziaływań pedagogicznych mieści się między innymi kształtowanie umiejętności życiowych (kompetencji psychospołecznych) człowieka, sprzyjających efektywnemu i zarazem korzystnemu dla zdrowia radzeniu sobie z wyzwaniami codziennego życia. Drugą ważną strategią kształtowania stylu życia człowieka jest natomiast formowanie jego świadomości zdrowotnej, jej komponenty są bowiem istotnymi predyktorami celowych zachowań związanych ze zdrowiem. Ten aspekt oddziaływań wiąże się z przekazywaniem wiedzy, kształtowaniem potrzeb zdrowotnych, określonych przekonań oraz prozdrowotnego systemu wartości.

Kolejną pedagogiczną implikacją nowej filozofii zdrowia jest dostrzeżenie jego wielowymiarowości i systemowego powiązania poszczególnych aspektów, skutkujące ukierunkowywaniem celów edukacji zdrowotnej na kształtowanie zdrowotnej sfery osobowości z pełną świadomością faktu, że takie działania mają swoje uzasadnienie zarówno w odniesieniu do zdrowia somatycznego, jak i pozostałych jego wymiarów, ponieważ wiążą się z wydobywaniem i rozwijaniem dyspozycji uczestniczących w podejmowaniu przez człowieka aktywności bezpośrednio bądź pośrednio wpływającej na zdrowie.

Nawiązując do poczynionych wyżej ustaleń, można przyjąć, że świadomość zdrowotna, stanowiąc w swej istocie podstrukturę ludzkiej świadomości, jest złożoną strukturą poznawczą, która ukierunkowuje i organizuje aktywność behawioralną człowieka związaną ze zdrowiem. Należy zaznaczyć, że odwoływanie się w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych jedynie do świadomości zdrowotnej byłoby znacznym uproszczeniem, bowiem w ich organizowaniu i kontrolowaniu niewątpliwie uczestniczą również składniki pozazdrowotnych obszarów świadomości, jak też czynniki osobowościowe natury popędowo-emocjonalnej czy temperamentalnej. W założeniu przyjmujemy też, że w organizacji zachowań zdrowotnych poza czynnikami poznawczymi uczestniczą zmienne pośredniczące natury demograficznej, społecznej i sytuacyjnej.

Uwzględnienie perspektywy poznawczej, zakładającej istnienie w umyśle człowieka stosunkowo stabilnej reprezentacji zdrowia i choroby, wiąże się z poddawaniem analizie takich elementów świadomości zdrowotnej, jak percepcja zdrowia, jego wartościowanie, atrybucja źródeł zdrowia i przyczyn choroby czy przekona-

²⁴ Zgodnie z ogłoszoną w roku 1974 koncepcją „pól zdrowia” M. Lalonda (później wielokrotnie weryfikowaną empirycznie z uwzględnieniem zmiennych pośredniczących) udział stylu życia w warunkowaniu poziomu zdrowia w skali populacji szacowany jest na około 50% globalnego wpływu wszystkich determinant zdrowia (są do nich zaliczane – obok stylu życia – czynniki środowiska fizycznego i psychospołecznego, czynniki biologiczne oraz poziom opieki medycznej).

nia na temat leczenia. Z pedagogicznego punktu widzenia duże znaczenie mają badania koncentrujące się wokół mechanizmów formowania się przekonań, które w myśl zweryfikowanych empirycznie psychologicznych modeli zachowań zdrowotnych mogą być uznane za bezpośrednie bądź pośrednie predyktory celowej aktywności człowieka ukierunkowanej na zdrowie²⁵. Mowa tu w szczególności o takich uwarunkowaniach intencjonalnych zachowań zdrowotnych, jak oczekiwania związane z wynikiem podejmowanej aktywności, przekonania o posiadaniu kompetencji wystarczających do podjęcia określonego działania (przekonania dotyczące samoskuteczności), przekonania dotyczące kontroli nad własnym zdrowiem czy przekonania normatywne. Te ostatnie na przykład wiążą się z przeświadczeniem jednostki o stopniu aprobowania danego zachowania przez osoby dla niej znaczące i stanowią źródło subiektywnych norm wyrażających się wewnętrznym przyzwoleniem na podejmowanie określonej aktywności (bądź jego brakiem), a wychowawcza doniosłość ich formowania ma uzasadnienie w wynikach badań wskazujących, że subiektywne normy są niezwykle silnymi korelatami intencji używania przez dzieci i młodzież substancji psychoaktywnych.

Rozpatrując problem świadomości zdrowotnej, należy zauważyć, że kategoria ta może być poddana analizie z dwójakiej perspektywy: świadomości społecznej i jednostkowej. Tę pierwszą uczynimy przedmiotem dalszych rozważań.

Świadomość zdrowotna w kontekście myślenia potocznego

Uwzględniając metodologiczne zalecenia Jacka Pluty w zakresie stosowania pojęcia świadomości społecznej²⁶, przyjmujemy, że termin ten będzie używany w funkcji opisowej, a zatem przekonania na temat zdrowia i choroby będą analizowane na podstawie kryterium zakresu i różnorodności zawartych w nich treści.

Podjmując rozważania nad pojmowaniem zdrowia i choroby w świadomości społecznej, w pierwszym rzędzie należy uwzględnić kontekst antropologiczno-

²⁵ Do znanych modeli uwzględniających udział tkwiących w świadomości człowieka przekonań w organizowaniu jego własnej, celowej aktywności zdrowotnej należą, między innymi: model przekonań zdrowotnych (*Health Belief Model*), teoria planowanego zachowania (*Theory of Planned Behavior*), transteoretyczny i stadialny model zachowań zdrowotnych Prochaski i DiClemente, procesualny model działań zdrowotnych Schwarzera (*Health Action Process Approach*) i inne.

²⁶ Według Jacka Pluty pojęcie świadomości społecznej może być stosowane w funkcji opisowej, gdy zamiarem badacza jest wyprowadzenie wniosków na podstawie analizy przekonań prowadzonej między innymi przy uwzględnieniu kryterium zakresu lub różnorodności treści bądź poznawczej (eksplanacyjnej), która wiąże się z przyjęciem przesłanek teoretycznych powodujących, że można mówić o strukturze przekonań w aspekcie symbolicznym bądź też wskazywać na istnienie związków takiej struktury przekonań z elementami podłoża społecznego opisującymi zbiorowości będące nośnikami teje świadomości (J. Pluta, *Społeczno-kulturowe procesy definiowania postaw*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 23).

-kulturowy. Doniesienia z badań antropologicznych wskazują, że kultura stanowi istotne źródło zróżnicowania poglądów ludzi na temat istoty i kryteriów zdrowia, przyczyn choroby, źródeł zdrowienia, wartości przypisywanej zdrowiu czy też roli osób leczących.

Biorąc za podstawę perspektywę ewolucyjną, można wyróżnić trzy funkcjonujące w tym zakresie systemy przekonań i postaw, określane jako: medycyna pierwotna, medycyna ludowa i medycyna naukowa²⁷. Medycyna pierwotna opierała się na myśleniu magicznym. Przyczyny chorób były związane z czynnikami nadprzyrodzonymi, siłami przyrody lub celowym szkodliwym działaniem obdarzonego nadnaturalnymi zdolnościami człowieka, a możliwość wyzdrowienia upatrywano w zbiorowych rytuałach przeblągalnych bądź formułach magicznych odprawianych przez czarownika/szamana. System medycyny ludowej opierał się na doświadczeniu i był realizowany przy udziale „nieprofesjonalnych specjalistów” w osobie znachorów, zielarzy, kręgarzy i tym podobnych. Dominująca obecnie medycyna naukowa charakteryzuje się natomiast racjonalnym wyjaśnianiem etiologii i patogenezy chorób oraz stosowaniem opartych na obiektywnej wiedzy medycznej metod terapii.

Jak podaje Bronisław Malinowski, w społecznościach Trobriandczyków, plemienia tubylców rasy papuasko-melanezyjskiej zamieszkującego archipelag wysp koralowych w pobliżu Nowej Gwinei, do dziś panuje przeświadczenie, że

Zdrowie, normalny stan człowieka, jeśli raz zostanie utracone, można odzyskać za pomocą magii i tylko magii. Nie istnieje takie zjawisko, jak wyzdrowienie w sposób naturalny. Powrót do zdrowia jest zawsze wynikiem usunięcia wpływów szkodliwej magii poprzez zastosowanie środków magicznego przeciwdziałania²⁸.

W świadomości Trobriandczyków panuje przekonanie, że przyczyną chorób lekkich może być przeziębienie, przemęczenie, przejedzenie czy spożycie zepsutej żywności, natomiast wszystkie poważniejsze i gwałtowane choroby są wynikiem działania czarów i złych mocy. Choroby przewlekłe wiążą z czarami współplemieńca zwanego *bwaga'u* (może nim zostać mieszkaniec wioski płci męskiej za odpowiednią zapłatą lub w pewnych wyjątkowych okolicznościach), przyczyny chorób zakaźnych utożsamiają zaś z *tauva'u* – antropomorficznymi istotami przybierającymi postać człowieka, płaza lub gada:

Pod koniec sezonu deszczowego [...] nadchodzi epidemia dyzenterii, dziesiątkując wioski; czy też gdy w gorących i wilgotnych lasach nasila się w okręgach tubylczych jakaś inna choroba zakaźna, zbierając obfite żniwo, znaczy to, że z południa przybyły *tauva'u*. Niewidzialne przechodzą przez wioski, pobrząkując swoimi wapiennymi naczyniami i ciskając drewnianymi mieczami lub kijami w ofiary, powodują ich natychmiastową chorobę i śmierć²⁹.

²⁷ I. Heszen, H. Sęk, op. cit., s. 107–108.

²⁸ B. Malinowski, *Dziela*, t. 3, PWN, Warszawa 1981, s. 503.

²⁹ *Ibidem*, s. 116, 120.

W starożytności zdominowanej filozofią hipokratejską miejsce magicznie zabarwionych wyobrażeń o zdrowiu zajmują przekonania o udziale w jego warunkowaniu czynników zewnętrznych i wewnętrznej równowagi między przenikającymi organy człowieka humorami oraz wiara w moc samoleczniczych właściwości organizmu.

Pojmowanie zdrowia w kulturze europejskiej zasadniczo różni się od poglądów obowiązujących w innych kulturach. Na przykład w tradycji indyjskiej hołduje się zasadom jogi uznawanej za procedurę, która zmierzając ostatecznie do przekształcenia świadomości, angażuje do tego cały psychofizyczny organizm. W świadomości Hindusów, przekonanych o zwierciadlanym odwzorowaniu makro- i mikrokosmosu, ćwiczenia fizyczne i dbanie o ciało zapewniające organizmowi zdrowie i harmonię, to czyni o charakterze rytualnym³⁰.

Dominujące w danej kulturze czy grupie społecznej poglądy na temat istoty i wartości zdrowia wyznaczają restrykcyjnie nieraz przestrzegane normy w zakresie praktyk zdrowotnych. I tak, wśród hinduskich praktyk mistyczo-ascetycznych *nijamy* jest zalecane utrzymywanie w czystości ciała, obowiązuje zakaz spożywania niektórych gatunków mięsa, potraw kwaśnych, gorzkich, słonych, ostrych, nieświeżych, ciężkostrawnych i zanieczyszczonych³¹. W społecznościach członków Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, w których zasada pielęgnowania zdrowia jest zawarta w założeniach doktrynalnych, obowiązuje natomiast, przestrzegany pod rygorem wykluczenia ze wspólnoty religijnej, bezwzględny zakaz palenia tytoniu i spożywania alkoholu, zaleca się także stosowanie diety mleczno-jajeczno-jarzynowo-owocowej. Kulturowo zabarwione wyobrażenia odnoszące się do zdrowia i choroby bywały/bywają też źródłem praktykowanych w niektórych społecznościach zachowań uznawanych w myśl obowiązującej dziś oficjalnej wiedzy medycznej za szkodzące zdrowiu. Prostem tego przykładem może być otyłość (jako efekt nieracjonalnej diety) traktowana w wielu społeczeństwach i kręgach kulturowych jako przejaw zdrowia oraz symbol płodności i urody.

Rozpatrując zagadnienie świadomości zdrowotnej współczesnych społeczeństw cywilizacji zachodniej, odwołujemy się w zasadzie do jej dwóch najważniejszych obszarów, jakimi są wiedza o zdrowiu i chorobie oraz świadomość zdrowotna potoczna. Warto podkreślić, że obowiązujący dziś naukowy system przekonań i postaw wobec problemów zdrowia i choroby nie jest jedynym panującym w społecznej świadomości. Współistnieją z nim zarówno elementy medycyny pierwotnej, jak i ludowej, czego wyrazem jest występująca w niektórych kręgach społecznych wiara w moc uzdrowicieli czy zyskująca coraz większą popularność medycyna alternatywna³².

Obszar wiedzy medycznej, ukształtowany przez rozwój nauk przyrodniczych i dyscyplin medycznych, obejmuje szereg elementów, wśród których można wy-

³⁰ M. Kudelska, *Cenne ludzkie ciało. Ciało jako narzędzie samodoskonalenia w tradycyjnej myśli indyjskiej*, „Horyzonty Wychowania” 2008, nr 7, s. 168.

³¹ Ibidem, s. 169.

³² I. Heszen, H. Sęk, op. cit., s. 108.

mienić budowę i fizjologię organizmu ludzkiego, etiologię i patogenezę chorób, zasady diagnostyki i terapii czy też arkaną sztuki lekarskiej. Jest sprawą oczywistą, że z wypełnieniem treści świadomości fachową wiedzą medyczną mamy do czynienia u przedstawicieli zawodów medycznych. Wiadomo też, że część tej wiedzy jest przekazywana członkom społeczeństwa w procesie edukacji szkolnej oraz na drodze intencjonalnych i nieświadomych oddziaływań związanych z powszechną edukacją zdrowotną adresowaną do człowieka w każdej fazie jego życia, a realizowaną w placówkach służby zdrowia, poprzez zdrowotne lokalne i/lub rządowe programy edukacyjne czy też promowanie zdrowia w mediach. Jak się jednak okazuje, wiedza na temat zdrowia i choroby, jaką dysponuje współczesny człowiek naszego kręgu cywilizacyjnego, chociaż osobniczo zróżnicowana, jest często niezgodna z wiedzą naukową. Beata Tobiasz-Adamczyk, odwołując się do wyników badań socjomedycznych, zwraca na przykład uwagę na stosunkowo słabą (nie tylko w społeczeństwie polskim) znajomość lokalizacji poszczególnych narządów ciała oraz podstawowych terminów medycznych³³. Rozpatrywanie znaczenia wiedzy medycznej w kontekście aktywności zdrowotnej człowieka wiąże się przede wszystkim z kształtowaniem pozytywnych postaw wobec zdrowia (jeżeli przyjąć rozumienie postawy jako zespołu elementów poznawczych i emocjonalnych warunkujących dyspozycje do zachowania się w określony sposób wobec jej przedmiotu), jest ona ponadto przydatna do właściwego zachowanie podczas zabiegów terapeutycznych, podejmowania samoleczenia, umiejętnego korzystania ze świadczeń medycznych czy też zrozumienia zasadności zabiegów profilaktycznych, które – jak wiadomo – traktowane są priorytetowo przez współczesne strategie zachowania zdrowia.

Poziom posiadanej wiedzy medycznej niewątpliwie ma swój udział w organizowaniu zdroworozsądkowego myślenia o zdrowiu, opartego na zgeneralizowanym i uporządkowanym zbiorze własnych, zinternalizowanych przekonań. Treść takiego potocznego myślenia jest jednak warunkowana również szeregiem innych czynników, wśród których warto wskazać między innymi własne doświadczenia zdrowotne, obserwacje zdarzeń dotyczących zdrowia osób w najbliższym otoczeniu, opinie i postawy wobec zdrowia osób znaczących czy środki masowego przekazu. Odwołując się do wskazanych przez Teresę Hołówkę charakterystyk myślenia potocznego, można przyjąć, że potoczny sposób myślenia o zdrowiu i chorobie obejmuje względnie stabilny system przekonań ukierunkowanych na cele zdrowotne.

[...] o różnej genezie, niejednorodnym stopniu wyartykułowania, a także pełniących różne funkcje: przekonań, dla których nie ma żadnego wspólnego mianownika poza tym, że towarzyszy im poczucie całkowitej oczywistości i że kierujemy się nimi jako podstawą codziennych działań³⁴

³³ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 91–95.

³⁴ T. Hołówka, *Myślenie potoczne. Heterogeniczność zdrowego rozsądku*, PIW, Warszawa 1986, s. 173.

Badacze podejmujący analizę treściową potocznej świadomości zdrowotnej zwracają uwagę na różnorodne jej aspekty. W badaniach empirycznych często pojawiającą się zmienną jest subiektywna (podmiotowa) koncepcja zdrowia, w ramach której bywają takie obszary, jak: kryteria określania zdrowia, atrybucje zdrowia – czyli świadomość czynników wpływających korzystnie oraz osłabiających kondycję zdrowotną, czy też wartościowanie zdrowia. Interesujących danych na temat funkcjonujących w świadomości społecznej subiektywnych koncepcji zdrowia dostarczają badania jakościowe, pozwalające na wyodrębnianie różnych typów potocznej świadomości zdrowotnej. Odwołanie się do, klasycznych już w tej dziedzinie, badań psychologa społecznego Claudine Herzlich (1973) pozwala na wskazanie trzech kategorii subiektywnych koncepcji zdrowia, określanych jako: zdrowie w próżni (*health in a vacuum*), rezerwy zdrowia (*reserve of health*) oraz zdrowie jako równowaga (*equilibrium*). W pierwszym przypadku mamy do czynienia z sytuacją braku doświadczania własnego ciała i zdrowia oraz myśleniem o nich w sposób biomedyczny. Pojmowanie zdrowia jako rezerw wiąże się z myśleniem kategoriami zasobów zdrowotnych możliwych do wykorzystania w przypadku jego zagrożenia, chociaż – co warto podkreślić – zasoby te często są przez człowieka utożsamiane jedynie z wyposażeniem biologicznym. Ostatni rodzaj wyróżnionej koncepcji można natomiast wiązać z funkcjonowaniem w świadomości jednostki holistyczno-funkcjonalnego myślenia o zdrowiu³⁵.

Cennych wskazówek na temat zdroworozsądkowego rozumienia istoty zdrowia dostarczają podawane przez respondentów metafory zdrowia. Helena Sęk na podstawie badań prowadzonych z zastosowaniem takiej metodologii wyróżniła siedem różnych kategorii treściowych wyobrażeń o zdrowiu, wśród których wyraźnie skonkretyzowanymi okazały się: zdrowie jako wartość niezbędna do życia, dobro wymagające pielęgnacji, przyjemność, cenna rzecz, obiekt zmienny i nieprzewidywalny oraz źródło energii³⁶.

Próbę wyodrębnienia typów potocznej świadomości zdrowotnej podjęto także w badaniach prowadzonych z perspektywy deklarowanej przez ludzi aktywności zdrowotnej. Wykazano w nich, że osoby wyróżniające się dużą aktywnością prozdrowotną (tak zwani prozdrowotni liderzy) cechuje jeden z trzech układów przekonań pozwalający na wyróżnienie osób refleksyjnych, reaktywnych i spontanicznych. Osoby refleksyjne uzasadniają swoją aktywność prozdrowotną przeświadczeniem o instrumentalnej funkcji zdrowia oraz o związku takiej aktywności z wartościami estetyczno-witalistyczno-personalistycznymi (dobre samopoczucie psychiczne, sprawność fizyczna, atrakcyjny wygląd i tym podobne) oraz religijnymi/filozoficznymi. Osoby reaktywne wyznają filozofię życiową, zgodnie z którą aktywność prozdrowotna ma swój sens dopiero w sytuacji pojawienia się problemu

³⁵ H. Sęk, *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia* [w:] *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Z. Ratajczak, I. Heszten-Niejodek (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997, s. 40.

³⁶ *Ibidem*, s. 36–44.

zdrowotnego, osoby spontaniczne zaś w ogóle nie poszukują zrationalizowanych przesłanek mogących uzasadniać ich sposób postępowania ze zdrowiem. W przypadku osób pasywnych wobec zdrowia również zostały rozpoznane treści świadomości różnicujące typy myślenia o zdrowiu. Wyróżnia się tu na przykład myślenie ludzi „opornych” wobec wskazań medycyny behawioralnej, „wycofanych” – wypierających ze świadomości problematykę zdrowia i cechujących się zewnętrzną lokalizacją ośrodka kontroli zdrowia, organizujących swój sposób myślenia w zależności od subiektywnie postrzeganego stanu zdrowia, czy też osoby deklaratywnie prozdrowotne, a w praktyce poszukujące racjonalnych wyjaśnień swojej pasywności w obszarze zdrowia³⁷. Ostatni z wymienionych typów myślenia jest klasycznym przykładem braku spójności między obszarem przekonań a sferą aktywności behawioralnej człowieka. Na niespójności tego rodzaju wskazują autorzy licznych badań, w których okazuje się, że deklarowaniu przez ludzi wysokiej bądź nawet najwyższej pozycji zdrowia w hierarchii wartości często towarzyszy gotowość poświęcenia go w imię innych wartości, a dysponowanie wysokim poziomem wiedzy na temat determinant zdrowia niejednokrotnie współistnieje z niedostrzeganiem niekorzystnych czynników doświadczanych przez własne zdrowie.

Dodajmy na koniec, że współcześnie świadomość zdrowotną społeczeństw rozwiniętych w dużym stopniu kształtuje konsumpcyjna logika dobrego samopoczucia, co z jednej strony prowadzi do „uwrażliwienia” na problematykę zdrowia – jej wyrazem staje się choćby uznawane dziś powszechnie za przejaw rozsądku ograniczanie w diecie tłuszczów czy prowadzenie aktywnego trybu życia – z drugiej zaś do uprzedmiotowienia ciała jako „dostarczyciela” wrażeń i nośnika indywidualnej tożsamości. Krzysztof Puchalski, rozpatrując mechanizmy aktywności zdrowotnej współczesnego człowieka w kontekście myślenia zdroworozsądkowego, wskazał analogię do gry w kości, a swoje rozważania opatrzył konkluzją, że

Pojawiające się w danym czasie w obszarze widzenia różne układy pól w zbiorze tych dynamicznych kości potraktować można jako pryzmat, przez który dana jednostka postrzega własną sytuację w tej rzeczywistości. Niektóre z możliwych takich układów pól zdolne są, w większym lub mniejszym stopniu, motywować do podjęcia i realizacji działań związanych ze zdrowiem, inne układy ze swej istoty zmniejszają prawdopodobieństwo działania, a nawet sprzyjają umocnieniu motywacji do niepodjęcia działań skierowanych na zdrowie³⁸.

Uczynienie zdrowia przedmiotem refleksji pedagogicznej wpisuje się w paradygmat salutogenetyczny, odwołujący się w swoich podstawowych założeniach do źródeł zdrowia. Wydaje się, że zidentyfikowanie tych źródeł w świadomości człowieka stanowi wystarczającą przesłankę dla tezy, że zdrowie może być pozy-

³⁷ K. Puchalski, E. Korzeniowska, L. Piwowarska-Pościk, *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999, s. 41–57.

³⁸ K. Puchalski, *Świadomość zdrowotna a niedziałania zdrowotne [w:] Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, A. Gniazdowski (red.), Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990, s. 335.

skiwane w procesie edukacji. Jak wiadomo, działania edukacyjne są fundamentalnym składnikiem promocji zdrowia, a dziś wiadomo, że „[...] nie można dokonać zasadniczego postępu w kwestiach promocji zdrowia bez odwołania się do świadomości”³⁹. O społecznej doniosłości tak ukierunkowanych działań edukacyjnych świadczą próby nadania obserwowanemu obecnie przełomowi w zdrowotnej refleksji zdroworozsądkowej rangi trzeciej rewolucji zdrowotnej.

BIBLIOGRAFIA

- Bobryk J., *Świadomość człowieka w epoce mediów elektronicznych*, Znak – Język – Rzeczywistość: Polskie Towarzystwo Semiotyczne, Warszawa 2004.
- Brentano F., *Psychologia z empirycznego punktu widzenia*, tłum. W. Galewicz, PWN, Warszawa 1999.
- Damasio A.R., *Tajemnica świadomości. Jak ciało i emocje współtworzą świadomość*, tłum. M. Karpiński, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2000.
- Galewicz W., *Wstęp. Brentana anatomia życia psychicznego* [w:] F. Brentano, *Psychologia z empirycznego punktu widzenia*, tłum. W. Galewicz, PWN, Warszawa 1999.
- Gniazdowski A., *Zachowania zdrowotne – strategiczny problem ochrony zdrowia* [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, A. Gniazdowski (red.), Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2007.
- Hołówka T., *Myslenie potoczne. Heterogeniczność zdrowego rozsądku*, PIW, Warszawa 1986.
- Komeński J.A., *Wielka dydaktyka*, Zakład imienia Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1956.
- Kowalczyk M., *Świadomość w funkcjonowaniu umysłu człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1995.
- Kudelska M., *Cenne ludzkie ciało. Ciało jako narzędzie samodoskonalenia w tradycyjnej myśli indyjskiej*, „Horyzonty Wychowania” 2008, nr 7.
- Malinowski B., *Dziela*, t. 3, PWN, Warszawa 1981.
- Niżnik J., „Potoczność” jako kategoria teoretyczna [w:] *Kategoria potoczności. Źródła filozoficzne i zastosowania teoretyczne*, A. Jawłowska (red.), Instytut Kultury, Warszawa 1991.
- Ostasz L., *Teoria świadomości i podświadomości*, Nakładem Towarzystwa Interdyscyplinarnych Badań nad Świadomością, Kraków 1996.
- Pluta J., *Społeczno-kulturowe procesy definiowania postaw*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002.
- Puchalski K., *Świadomość zdrowotna a niedziałania zdrowotne* [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, A. Gniazdowski (red.), Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.

³⁹ H. Sęk et al., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, t. XXXV, nr 3, s. 352.

- Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L., *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999.
- Searle J.R., *The Mystery of Consciousness*, New York Review of Books, New York 1997.
- Sęk H., *Psychologia wobec promocji zdrowia* [w:] *Psychologia zdrowia*, I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), PWN, Warszawa 1997.
- Sęk H., *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia* [w:] *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997.
- Sęk H., Ścigała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, t. XXXV, nr 3.
- Skarga B., *Granice historyczności*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2005.
- Słońska Z., Misiuna M. (oprac.), *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993.
- Sujak E., *Rozważania o ludzkim rozwoju*, Znak, Kraków 1998.
- Szczepański J., *Rozważania o dniu powszednim*, „Odra” 1980, nr 3.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Trąbka J., *Mózg a jego jaźń*, Kraków 1991.
- Twardowski K., *O treści i przedmiocie przedstawień* [w:] *Psychologia w szkole lwowsko-warszawskiej*, wybór i oprac. T. Rzepa, PWN, Warszawa 1997.
- Zaborowski Z., *Świadomość i samoświadomość człowieka*, Wydawnictwo Psychologii i Kultury „Eneteia”, Warszawa 1998.
- Ziółkowski M., *Wiedza, jednostka, społeczeństwo. Zarys koncepcji socjologii wiedzy*, PWN, Warszawa 1989.