

Robert Bielecki

EDUKACYJNE KONTEKSTY ZDROWIA

O trudnościach definicyjnych zdrowia i kształtowaniu pojmowania jego wartości

EDUCATIONAL CONTEXTS OF HEALTH

On the difficulties of defining health and shaping the understanding of its value

„Ludzie błagają Boga o zdrowie.
Nikt jednak ze śmiertelników nie myśli,
Że zachowanie zdrowia leży w jego własnych rękach”
Demokryt z Abdery

„Szlachetne zdrowie, nikt się nie dowie,
Jako smakujesz, aż się zepsujesz”
Jan Kochanowski

Wprowadzenie

Rozpoczynając artykuł powyższymi cytatami pragnę zwrócić uwagę czytelnika na wyłaniającą się z nich, i ciągle aktualną w dużej skali, prawdę o charakteryzującej ludzi ignorancji w zakresie zdrowia. Ignorancji trwającej od wieków, mimo wielu dowodów i głosów nawołujących do zmiany perspektywy postrzegania tego aspektu życia. Pierwszy cytat wyraża ignorancję, której konsekwencją jest zrzeczenie się odpowiedzialności, a co za tym idzie, jakiegoś zakresu wpływu na kształtowanie poziomu swojego zdrowia. Drugi wyraża ignorancję, której konsekwencją jest nieświadomość wartości jaką stanowi w naszym życiu zdrowie. Efektów tak rozumianego i prowadzonego zdrowia możemy się bez trudu domyślić.

Z drugiej strony, możemy wskazać dwie warstwy powszechnego zainteresowania zdrowiem: amatorską i zawodową. Na gruncie tej pierwszej, zdrowie to prawdopodobnie jeden z najczęstszych tematów naszych codziennych rozmów. Bardziej lub mniej świadomie nawiązujemy często do zdrowia, pytając kogoś „jak tam zdrowie?”, żegnając się życzymy innym zdrowia i prosimy, aby kogoś od nas pozdrowili, wznosimy toast mówiąc „na zdrowie!” itp. Patrząc natomiast z poziomu zawodowego, nauki medyczne dysponują obecnie gigantyczną bazą wiedzy na temat organizmu człowieka i potrafią z niespotykaną dotąd dokładnością wyjaśniać zachodzące w nim procesy.

Niepokojące są dwie kwestie. Po pierwsze, dysonans sugerujący niezgodność na poziomach deklaracji i realizacji wartości jaką jest zdrowie. Po drugie, brak zgody co do jasnej odpowiedzi na pytanie: „czym jest zdrowie?”. Trudno zamknąć w ramach definicji coś, co jest uwarunkowane tak wieloma czynnikami i zmiennymi. Jednak z punktu widzenia kształtującego właściwe pojmowanie i budowanie zdrowia, rzetelna i coraz bliższa prawdy odpowiedź jest niezwykle cenna. Dlatego pytania te wciąż nurtują profesjonalnych myślicieli

i praktyków z zakresu zdrowia i edukacji, trwających w nadziei ciągłego uskutecznienia modelu edukacji zdrowotnej.

Problematyka zdrowia rozpatrywana z edukacyjnego punktu widzenia wymaga jej uzupełnienia o inne – pozamedyczne – perspektywy. Potrzebne jest spojrzenie różne od tradycyjnego, medycznego, które koncentrowało się głównie na leczeniu chorób, a nie na zapobieganiu im¹. Utrzymanie lub poprawa zdrowia wymaga integracji perspektywy psychospołecznej z postępowaniem medycznym. Współcześnie zdrowie jest postrzegane jako zasób, komponent życia codziennego, który umożliwia ludziom dokonywanie wyborów i osiąganie satysfakcji z życia. W podstawowym i dynamicznym ujęciu, na zdrowie wpływają okoliczności indywidualnego życia, kultura i wiara, oraz społeczne, ekonomiczne i fizyczne aspekty naszego środowiska². Z korzyścią dla edukacji zdrowotnej można w ostatnich kilkunastu latach zaobserwować wzrost zainteresowania tymi aspektami zdrowia. Przyjrzyjmy się zatem bliżej zasygnalizowanym trudnościom w rozumieniu i kształtowaniu problematyki zdrowia.

Stymulująco-hamująca przestrzeń historycznego formułowania się myślenia o zdrowiu

Przeszłość dostarcza nam wielu dowodów na to, że człowiek już od najdawniejszych czasów wiedział, iż jednym z najważniejszych czynników umacniających jego pozycję w hierarchii przyrody jest zdrowie. Nie jest tak, że mamy wpływ na wszystko i że człowiek jest w stu procentach kowalem swego losu, ale ewoluująca przez wieki myśl o zdrowiu pozwala nam coraz lepiej rozumieć zależności występujące między zdrowiem a - powiedzmy na razie ogólnie – całą resztą wielowymiarowego życia. Historyczna perspektywa postrzegania zdrowia jako powoli budującej się kategorii w świadomości społecznej, była równocześnie hamulcem i motorem do jego zrozumienia, ponieważ reorganizacja w rozumieniu tego pojęcia jest integralnie związana z postępem myśli ludzkiej. Spróbujmy na początek pokrótce prześledzić wątek historyczny przekształcającej się myśli o zdrowiu.

Związek zdrowia z życiem był najbardziej widoczny w pradziejach, gdy warunkował funkcjonowanie jednostki w hordach zbieracko-łowickich. Jedynie zdrowi osobnicy mogli żyć i reprodukować, chorzy byli eliminowani. Wtedy świadomość zdrowia jako wartości życiowej kształtowana była przez uznanie u jednostki jej życiowych przymiotów i zdolności, tj. możliwości oddychania, przeżuwania, wydalania, powielania w aktach seksualnych³.

Zdrowie jako jedną z najcenniejszych wartości ludzkiego życia doceniano już w starożytności i, rozróżniając je od choroby, wszelkimi sposobami dążono do jego zachowania. Już wtedy tworzono podwaliny pod wiedzę medyczną, a poglądy i dokonania ówczesnych lekarzy i pedagogów zapisały się na trwałe w historii. Na przykład Platon wskazywał, że zdrowie jest dobrem najważniejszym przed urodą i bogactwem⁴, a Hipokrates radził, że należy badać wszystko, co jest pożyteczne, na podstawie sposobu życia ludzi jeszcze

¹ H. Worach-Kardas, *Stan zdrowia ludności i jego uwarunkowania*, [w:] N. Ogińska-Bulik, H. Worach-Kardas (red.), *Zeszyty Naukowe WSHE*, nr 6, Łódź 2000, s. 12.

² H. Wieja, *Tajemnice pełnego zdrowia. Zdrowie i medycyna*, Warszawa 1995.

³ K. Jarkiewicz, *Być zdrowym (między realizmem medycznego dyskursu a autonomizmem ujęcia antropologii)*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, Z. Marek, M. Madej-Babula (red.), Kraków 2009, s. 31.

⁴ J. Bielski, E. Błada, *Zdrowie i kultura fizyczna na przestrzeni dziejów*, Kraków 2014, s. 9.

zdrowych⁵. Wydaje się to dobrze wpisywać w nurt współczesnej edukacji zdrowotnej, w której duży nacisk kładzie się na hasło „Twoje zdrowie w twoich rękach”. Kształtowanie własnego ciała, ale i duszy, taki ideał i rozumienie zdrowia – któremu Platon nadał miano *kalokagathia* – realizowany był szczególnie przez Greków. Możemy więc odnotować początek kształtowania się pojęcia zdrowie i jako pierwszy okres wskazać czas od opublikowania *Corpus Hippocraticum* (440 p.n.e. – 350 p.n.e.) do Galena (130 – 200 n.e.), który twierdził, że zdrowie to stan, w którym nie odczuwamy bólu, a codzienna aktywność życiowa nie ulega zahamowaniu⁶.

Pojmowanie zdrowia zmieniało się i było uzależnione od zmieniającego się postrzegania ciała. Okres od upadku Cesarstwa Rzymskiego do końca XV wieku jest czasem degradacji kultury związanej ze zdrowiem. Rygoryzm religijny deprecjonował dbałość o zdrowie jako rzecz niezgodną z celami życiowymi człowieka średniowiecznego⁷. Ascetyzm i negacja nawyków higienicznych prowadziły do zaniku troski o zdrowie. Grzeszne ciało stało się balastem dla duszy. Przestały funkcjonować instytucje kształcenia oraz system opieki zdrowotnej z ery cywilizacji starożytnej. Dopiero w XIII wieku wydany w szkole medycznej w Salerno zbiór porad *Regimen sanitatis Salernitanum* przyczynił się do rozpowszechnienia wskazówek na temat przestrzegania na co dzień higieny i profilaktyki⁸. W okresie tym rozumienie pojęcia zdrowie nie mogło ewoluować, ponieważ choroby traktowano jako karę za grzechy, a rozwiązaniem mogły być przede wszystkim modlitwy przebłagalne, umartwienia i posty. Lokowanie przyczyn choroby poza sferą podlegającą jakiegokolwiek weryfikacji nie może być impulsem do poszukiwania lepszego rozumienia zdrowia.

Okres renesansu ze swoimi ideałami nawiązującymi do antycznych zasad wszechstronnego rozwoju człowieka dawał nadzieję na „rehabilitację” postrzegania zdrowia i zwrot od retoryki typu „nikczemne ciało” do retoryki „w zdrowym ciele zdrowy duch”⁹. Nie potępiano już sprawy zdrowia i ponownie zaczęto akcentować jego znaczenie w działaniach pedagogicznych¹⁰, a renesansowi myśliciele, wypowiadając się na temat zdrowia nie odbiegali poglądami od czołowych europejskich humanistów. I choć w epoce tej nadal występowały poważne zagrożenia wynikające z niskiego poziomu higieny, to nastąpiły pozytywne zmiany w pojmowaniu i traktowaniu ciała oraz aktywności ruchowej, przypisując im duże znaczenie w utrzymaniu zdrowia.

Z kolei w epoce oświecenia, gdzie empiryzm i racjonalizm zagościły na dobre w pejzażu rozwijającego się przemysłu, nędzy proletariatu i chorób zakaźnych, zapoczątkowano liczne reformy i zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia, równocześnie angażując państwo do odpowiedzialności za zdrowie i warunki higieniczne ludności. Dzięki KEN¹¹ zapoczątkowano wychowanie zdrowotne w Polsce, wprowadzając idee zdrowotno-higieniczne¹² do

⁵ E. Bulicz, I. Murawow, *Wychowanie zdrowotne. Teoretyczne podstawy waleologii*, Radom 1997, s.18.

⁶ J. Bielski, E. Błada, *Zdrowie i kultura fizyczna na przestrzeni dziejów...*, s. 9.

⁷ Tamże, s. 69.

⁸ Tamże, s. 68.

⁹ Fraza użyta w satyrach rzymskiego poety Juwenalisa: „Mens sana in corpore sano”.

¹⁰ Zapoczątkował to Erazm z Rotterdamu w rozprawie „O planie nauczania”.

¹¹ Komisja Edukacji Narodowej – centralny organ władzy oświatowej; powołany na mocy uchwały Sejmu z 14 października 1773.

¹² Jan Amos Komeński w „Wielkiej dydaktyce” i innych swoich dziełach dużo miejsca poświęcał problematyce zdrowia. Głosił, że jednym z celów edukacyjnych jest wychowanie zdrowego człowieka. Do innych światowych

szkolnictwa¹³. Wszystko to tworzyło lepszy klimat do podjęcia próby pełniejszego rozumienia zdrowia.

Dzięki rozwojowi metod badawczych z zakresu mikrobiologii, fizjologii czy chemii człowiek dziewiętnasto- i dwudziestowieczny mógł dokładniej poznawać czynniki chorobotwórcze i ich zagrożenia dla zdrowia. Wielkie miasta Europy zmieniały swoje oblicze, budowa kanalizacji i wodociągów obniżyły wskaźnik umieralności i zapadalności na choroby zakaźne. Tego typu przemiany sprzyjały stawianiu pytań: jakie są uwarunkowania zdrowia i czym jest zdrowie? Pierwszą połowę XX wieku można by określić mianem „ery medycznej”, bo opieka zdrowotna zdominowana była przez medycynę allopatyczną. Dziś uprzemysłowione kraje Europy wkraczają w erę postmedyczną, kiedy to zdrowie bywa naruszane przez pewne style życia¹⁴. Medycyna rozwija się w kierunku działań profilaktycznych, wyzwalających cały zestaw czynności, np. nieustanne kontrolowanie przez jednostkę fizycznych wskaźników własnego organizmu. Rośnie również ranga oddziaływań wychowawczych na ludzi w celu podnoszenia ich poziomu świadomości zdrowotnej.

Zdrowie i nierozzerwalnie związana z tym zjawiskiem choroba fascynowały ludzi we wszystkich epokach. Od najdawniejszych czasów człowiek dążył do odkrycia sił i dróg umożliwiających osiągnięcie jak najdłuższego życia we względnym zdrowiu. Jednak zjawiska te na przestrzeni wieków rozumiano na różne sposoby, a bazę do interpretacji zawsze stanowiły obowiązująca w danej epoce myśl filozoficzna, wiedza o celu i sensie życia, o istocie człowieczeństwa oraz o jego związkach z otaczającym światem¹⁵. Korzenie świadomości współczesnego pojmowania medycyny i zdrowia nastawionego na wysoki poziom medykalizacji tkwią w XVI wieku. Nasilenie funkcjonowania modelu, który stawiał naprzeciw siebie dwa podmioty, z których jednym jest lekarz, natomiast drugim – już nie osoba pacjenta, lecz obiektywnie pojmowana choroba, nastąpiło w XIX i XX wieku¹⁶. Tego typu podejście umacnia wymiar patocentryczny, nie oscylujący w stronę świadomego zwiększania odpowiedzialności jednostki za prozdrowotny styl życia. Obecnie jednak rozumienie zdrowia możemy rozpatrywać w postaci dymensji od wymiaru patocentrycznego do salutocentrycznego.

Przesunięcie rozumienia zdrowia w kierunku wymiaru salutocentrycznego otwiera pole edukacyjne na niezwykle ważną kwestię *odpowiedzialności za zdrowie*. Charakter i skuteczność działań w obrębie zdrowia jest w dużej mierze uzależniony od położonego przez nas akcentu, którego ciężar gatunkowy walki o zdrowie może spoczywać na instytucjach opieki medycznej lub na realizacji zdrowego stylu życia. Dotychczas zwykło się uważać, że zdrowie jest problemem wyłącznie medycznym i jedyną grupą zawodową, która powinna troszczyć się o jego dobrą kondycję, jest służba zdrowia¹⁷. Problematyka zdrowia obecnie nie

myślicieli zajmujących się zagadnieniami zdrowia należeli m.in.: John Locke, Helwecjusz, Johannes Bernhard Basedow, Christian Gotthilf Salzmann.

¹³ J. Bielski, E. Błada, *Zdrowie i kultura fizyczna na przestrzeni dziejów...*, s. 83-85.

¹⁴ Tamże, s. 153.

¹⁵ M. Kowalski, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] M. Kowalski, A. Gaweł, *Zdrowie. Wartość. Edukacja*, Kraków 2006, s. 15.

¹⁶ B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, Wrocław 2001, s. 6.

¹⁷ M. Madej-Babula, *Słowo wstępne*, [w:] Z. Marek, M. Madej-Babula (red.), *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, Kraków 2009, s. 11.

należy już do jednej tylko dyscypliny naukowej, jak to się mogło jeszcze do niedawna wydawać. To że medycyna zajmuje się chorobami nie oznacza, że jest ona najodpowiedniejszą z nauk zajmujących się zdrowiem¹⁸. Polidyscyplinarność ujęcia problematyki pozwala wykroczyć poza ujęcie medyczne i odsłania przed nami szerokie spojrzenie, w którym zdrowie i choroba poprzez różne kombinacje i proporcje oddziaływania wielu czynników współbrzmiają na zasadzie *coincidentia oppositorum*.

Reasumując powyższy krótko zarysowany historyczny wątek obejmujący okres od starożytności do czasów współczesnych warto podkreślić, że:

- Koncepcje powstałe w ciągu wieków przenikały się nawzajem;
- Historia wychowania zdrowotnego rozpoczyna się wraz z pojawieniem się form nauczania i wychowania;
- Wzorce zdrowia zmieniały się na przestrzeni wieków.

Powolne kształtowanie się pojęcia zdrowie stawało się coraz bardziej „zrelatywizowane i zindywidualizowane”, pogłębiała się autonomia jednostki, a nawet intymność w tej sferze¹⁹.

Współczesne definiowanie zdrowia, czyli kłopotów ciąg dalszy

Pojęcie zdrowia nie jest ani proste, ani niezmiennie! Od takiej tezy należałoby rozpocząć dalsze rozważania. A wydawać by się mogło – biorąc pod uwagę poziom obecnej wiedzy – że nie powinniśmy mieć z tym już większych kłopotów. Jednakże jest ono nie tylko czymś innym dla każdego człowieka, ale również stanowi ono pojęcie, które na przestrzeni wieków wywoływało niekończące się spory teoretyczne²⁰. Ciągłe przekonujemy się, jak złożone są koncepcje dotyczące zdrowia oraz z jak wielu punktów widzenia należy je rozpatrywać. Sprawa jest o tyle istotna, że definiowanie określonego pojęcia implikuje konkretne rozwiązania praktyczne. W tym przypadku chodzi o definiowanie zdrowia, a więc w konsekwencji konkretne rozwiązania w zakresie budowanych modeli edukacji zdrowotnej.

Problemy z jasnym, zwartym, precyzyjnym i adekwatnym zdefiniowaniem pojęcia zdrowie, wynikają z podstawowej trudności jaką jest określenie – czym jest zdrowie? Próby dotarcia do odpowiedzi wikłają nasze myślenie w przyjmowanie pewnych kryteriów mających wyznaczać określone ramy cech, funkcji czy stanów zdrowia i choroby.

Jedną z propozycji definiowania jest potraktowanie zdrowia jako normy. Propozycja bardzo kusząca, wystarczy wyznaczyć przedział czy granicę określającą przejście między zdrowiem a chorobą i sprawa rozwiązana. Nic bardziej mylnego, ponieważ przy dokładniejszym namyśle zaczynamy mieć wątpliwości, co do samego określenia normy. Jakie określenie normy przyjąć? Czy normę rozumieć jako: średnią, centralną w rozkładzie, najczęstszą wartość czy optymalną? I kolejne pytanie, dla kogo przyjąć normę? Rozumieć ją jako wartość idealną, czy wartość dla określonej populacji?²¹. Przecież nie każde odstępstwo od normy jest czymś niewłaściwym. Prosty przykład:

¹⁸ I. Kropińska, *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*, Bydgoszcz 2000, s. 7.

¹⁹ G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności*, Warszawa 1997, s. 7.

²⁰ M. Blaxter, *Zdrowie*, Warszawa 2009, s. 8.

²¹ Tamże, s. 10.

- Jeśli twoje IQ wynosi 100, mieścisz się w normie. Jeśli wynosi 140, to odbiegasz od normy²².

Inną propozycją definiowania jest potraktowanie zdrowia jako nieobecności choroby. Znowu kuszące i, wydawałoby się, proste rozwiązanie. Można tu powiedzieć, że zdrowi to ci, którzy nie znajdują się w sytuacji biologicznie niekorzystnej. I tutaj ponownie napotykaemy na trudność. Jak zdefiniować niekorzystną sytuację biologiczną? Jeżeli przyjmiemy, że taką jest np. krótsze życie, to jak wytłumaczyć *casus* chorujących psychicznie, u których nie znaleziono żadnych nieprawidłowości fizjologicznych odpowiadających za ich stan, i u których równocześnie nie zauważono niekorzystnego wpływu na długość ich życia?²³. Czy w takim razie możemy takie osoby uznać za w pełni zdrowe?

Kolejną propozycją definiowania jest potraktowanie zdrowia jako funkcji. W myśl tej propozycji zdrowym jest ten, kto jest dobrze przystosowany do środowiska i może skutecznie wchodzić w interakcję z nim. Tutaj choroba oznacza niepowodzenia adaptacyjne i niezdolność do osiągania zamierzonych celów. Takie pojmowanie stwarza pewne paradoksy. Jak zauważa Erde: „Jeśli przyjąć taką definicję zdrowia, fakt zaklinowania się w drzwiach należałoby automatycznie uznać za równoważne z byciem chorym”²⁴. Kategoria osiągania zamierzonych celów jest czymś względnym i nieprecyzyjnym, a tym samym trudnym do zastosowania jako definicja zdrowia. Bliżej w tym ujęciu do określenia sprawności fizycznej, która nie wyczerpuje nam zagadnienia „zdrowie”, a może być jedynie jej częścią składową. Nieprecyzyjność tego definiowania szczególnie dobrze widać na przykładzie osób niepełnosprawnych fizycznie, sensorycznie lub umysłowo, gdzie jest sprawą oczywistą, że każdy rodzaj upośledzenia, może upośledzać w mniejszym lub większym stopniu w zależności od otoczenia: istnieją środowiska, które upośledzają, a nie upośledzeni ludzie²⁵.

Dodatkową komplikację w definiowaniu może stanowić problem: czy zdrowie rozważać jako stan (coś aktualnego), czy jako status (coś długoterminowego)? Dylemat może zobrazować nam poniższy krótki dialog:

- „Jak się masz?”

- „Cóż, jestem przeziębiony, ale ogólnie rzecz biorąc jestem zdrow jak ryba”²⁶.

Choć status to długoterminowy atrybut zdrowia, to może ulec szybkiej zmianie, a stan choć z założenia krótkoterminowy, może przerodzić się w status.

Jak widać, proste i zwarte określenie „czym jest zdrowie” nie jest wcale takie łatwe, a podejmowane w tym celu próby ‘zmierzenia’ zdrowia, są trudniejsze niż mogłoby się wydawać. Możemy wyznaczyć wiele tak zwanych „dowodów” zdrowia i kategorii je porządkujących, ale nadal nie uzyskamy jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: „w jakim stopniu jestem zdrowy?” Próba obiektywnego spojrzenia na zdrowie wymaga uwzględnienia wszystkich omawianych elementów z opisującymi je składowymi, działając zgodnie z założeniem Arystotelesa, że *całość jest czymś więcej niż sumą części*. Zdrowie nie jest po prostu nieobecnością negatywnych składników poszczególnych kategorii. Przyjrzyjmy się

²² Tamże, s. 11.

²³ Tamże, s. 12.

²⁴ E. Erde, *Philosophical considerations regarding defining ‘health’, ‘disease’, etc. and their bearing on medical practice*, „Ethics in Science&Medicine” 1979, nr 6, s. 31-48.

²⁵ M. Blaxter, *Zdrowie...*, s.16.

²⁶ Tamże, s. 24.

zatem wybranym próbom formalnego ujęcia pojęcia zdrowie, zaczynając od tych najstarszych, a kończąc na współczesnych.

Definiowanie zdrowia trwa od ponad dwóch tysięcy lat i w międzyczasie do tego problemu odnosiło się wielu myślicieli²⁷ reprezentujących medyczne, jak i pozamedyczne dyscypliny naukowe. Doliczono się ponad trzystu definicji zdrowia. Wskazuje to równocześnie na ważność i potrzebę zgłębiania problemu, ale i na to, że każda kolejna definicja nie jest zadowalająca. Poniżej wybrane odniesienia.

Ojciec medycyny europejskiej, Hipokrates z Kos, określał zdrowie jako dobre samopoczucie zależne od równowagi pomiędzy tym, co nas otacza, a indywidualnym sposobem życia wyrażającym się specyfiką diety, zwyczajami seksualnymi czy rytmem pracy i odpoczynku²⁸. Widzimy u niego jako kryterium ogólne odniesienie do poziomu samopoczucia, z równoczesnym wskazaniem na czynniki je warunkujące, którymi są przyroda oraz indywidualny styl życia. Natomiast dla Platona zdrowie stanowiło funkcję doskonalenia stylu życia oraz kulturowej relatywizacji diety²⁹. O ile w średniowieczu zdrowie utożsamiano ze zdolnością do znoszenia chorób, a zalecane zasady higieny uzasadniane były teologiczną interpretacją ciała jako naczynia duszy, to już w okresie Odrodzenia problem zdrowia ujmowany był bez kontekstu religijnego i uwzględniał indywidualną odpowiedzialność człowieka za jego utrzymanie. Przykładem tego jest teza Paracelsusa, mówiąca że zdrowie nie jest dane przez naturę, ale musi być stale zdobywane, tak więc czas śmierci zależy w dużej mierze od samego człowieka³⁰.

Podjęmowane w kolejnych wiekach dalsze próby zmierzania się z definiowaniem zdrowia utrzymywane były raczej w ujęciu medycznym i bardziej koncentrowały się na problematyce czynników sprzyjających utrzymaniu dobrego zdrowia niż samym jego określeniu. Przełom w spojrzeniu na zdrowie nastąpił w 1941 r., kiedy to Sigerista zaproponował następujące jego rozumienie: „Zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym i psychicznym i dobrze adaptuje się do otaczającego go środowiska społecznego”³¹. Propozycja ta była podstawą definicji zdrowia, zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, przyjętej w 1946 r.: „Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)”³². Dobrostan jest tu mierzony wskaźnikami obiektywnymi, ale również bierze się pod uwagę subiektywnie odczuwane samopoczucie człowieka.

I choć w treści nowego rozumienia zdrowia zwrócono uwagę na jego stan pozytywny, wielowymiarowość i subiektywne znaczenie, to definicja ta nie była wolna od krytyki. Wśród „zarzutów” wymienia się m.in:

- statyczność – „stan” odnosi się do sytuacji chwilowej;
- brak aspektu duchowego zdrowia;
- nieprecyzyjność sformułowania „dobrostan”;

²⁷ Np.: Hipokrates, Platon, F. Bacon, Mercurialis, J. Struppius, V. de Feltre, J.A. Komeński, J. Locke, B.Ch. Faust, H. Pestalozzi, H. Spencer, M. Pettenkofer, G. Piramowicz, J. Śniadecki, T. Żuliński, S. Markiewicz, S. Kopczyński, H. Jordan, M. Demel.

²⁸ A. Gawęł, *Pedagogia wobec wartości zdrowia*, Kraków 2003, s. 55.

²⁹ Tamże, s. 55.

³⁰ Tamże, s. 56.

³¹ E. Bulicz, I. Murawow, *Wychowanie zdrowotne...*, s. 44-45.

³² Cyt. Za: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2007, s. 18-19.

- pojmowanie zdrowia jako stanu idealnego³³.

Odpowiedzią na krytykę była koncepcja uzupełniająca przyjęta w dokumentach WHO „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”³⁴. Uzupełnienie dotyczyło zdolności do prowadzenia życia sensownego i twórczego, satysfakcjonującego danego człowieka. Podstawą zdrowia jest więc w tym kontekście prawidłowe zaspokajanie potrzeb psychospołecznych, różnicowanych u poszczególnych ludzi przez ich indywidualną sytuację życiową³⁵. Zmodyfikowana obecnie definicja WHO, zawarta w dokumencie „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, określa je jako „stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, potwierdzony subiektywnie i obiektywnie, również przez badania lekarskie”³⁶.

Obecne, tak szerokie pojmowanie zdrowia, przewidujące udział różnych dyscyplin nauki rozszerzających zakres biomedycznego ujmowania zdrowia o sferę psychospołecznego i duchowego funkcjonowania człowieka, jeszcze bardziej komplikuje jego definiowanie. Wielowymiarowe rozumienie zdrowia poszerza i aktualizuje naszą świadomość w tym temacie, jednak nie przyczynia się do precyzyjności definiowania. Przyjęta przez WHO definicja postrzega zdrowie jednostki holistycznie, jako całość złożoną z zależnych od siebie wymiarów: fizycznego³⁷, psychicznego³⁸, społecznego³⁹, duchowego⁴⁰, seksualnego⁴¹ i prokreacyjnego⁴². Każdy z wymiarów wpływa na pozostałe, a wszystkie razem na zdrowie człowieka jako całość, tworząc równowagę.

Mimo pełnej świadomości i zgody, że zdrowie jest warunkiem *sine qua non* normalnego funkcjonowania i satysfakcjonującego życia, jak dotąd nie opracowano idealnej i zadowalającej wszystkich jego definicji. Z pewnością u podstaw trudności leży jego abstrakcyjny charakter, dlatego próby te przypominają raczej *akin shoveling smoke*⁴³. Współcześnie coraz częściej akceptuje się tezę, iż nie istnieje możliwość sformułowania jednej definicji zdrowia. Nie są to stany wyłącznie obiektywne, które są dane, lecz społeczne konstrukcje mające charakter relatywny⁴⁴. Wobec zarysowanych powyżej trudności w profesjonalnym formułowaniu uniwersalnej definicji zdrowia, specjaliści zajmujący się tą dziedziną proponują, aby kryterium formułowania definicji był cel, któremu ma ona służyć.

³³ R. Dubos, *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*, Warszawa 1962.

Pojmowanie zdrowia jako stanu idealnego zaliczali do utopii również: M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980, K. Tones, J. Green, *Health promotion. Planning and strategies*, Londyn 2004.

³⁴ 38 Zadań Wspierających Strategię Programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” dla Krajów Członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego, Kopenhaga 1986.

³⁵ J. Sowa, F. Wojciechowski, *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Rzeszów 2001, s. 269.

³⁶ WHO. *Health 21 – Health for All in the 21st Century*, European Health for All Series, Nr 6, WHO, Kopenhaga 1998.

³⁷ Wymiar fizyczny: odnosi się do ciała, oznacza prawidłową strukturę, funkcję oraz wydolność organizmu i jego poszczególnych układów.

³⁸ Wymiar psychiczny: zdolność do realizacji potencjału intelektualnego, kontrolowania emocji, radzenia sobie z trudnościami i stresem.

³⁹ Wymiar społeczny: niezależność, zdolność do utrzymywania dobrych relacji interpersonalnych i współpracy z innymi ludźmi.

⁴⁰ Wymiar duchowy: doświadczanie wewnętrznego spokoju i zgody z samym sobą.

⁴¹ Wymiar seksualny: wolność od przymusu i przemocy seksualnej, odpowiednie rozwiązywanie problemów związanych z życiem seksualnym.

⁴² Wymiar prokreacyjny: zdolność do prokreacji i swoboda decyzji z tym związana.

⁴³ K. Tones, J. Green, *Health promotion...*, s. 8.

⁴⁴ Z. Melosik, *Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym. Konteksty teoretyczne*, [w:] *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Z. Melosik (red.), Toruń-Poznań 1999, s. 7-23.

Zdrowie vs choroba, czy uzupełniające się kontinuum na linii naszego życia

Czasy w których żyjemy charakteryzuje szybkie tempo przemian oraz rozwój nauk medycznych i technologii. Dysponujemy coraz bardziej wyrafinowanymi narzędziami i wskaźnikami umożliwiającymi precyzyjne poznawanie organizmu człowieka, a dzięki temu przesuwamy granicę rozumienia współistnienia zdrowia i choroby. Współczesna diagnostyka umożliwia „zagłębienie” do organizmu i identyfikowanie nieprawidłowości na tak wczesnym etapie, że często brak jakichkolwiek odczuwalnych zwiastunów u pacjenta. Jesteśmy nawet krok dalej, dysponujemy technikami diagnostycznymi umożliwiającymi zidentyfikowanie potencjalnych problemów. Przesuwa to znacznie nasze możliwości pojmowania relacji zdrowie-choroba.

U podstaw poruszanych tutaj aporii wynikłych z prób określenia pojęcia zdrowie, leży dyskurs mający za swój przedmiot jakieś upragnione „coś”, które jest treścią ludzkich nadziei, marzeń, utopii, ale zarazem wysiłków myślowych, poczynając od prahistorii, a kończąc na czasach nam współczesnych i niewątpliwie przyszłych⁴⁵. Niepowodzenia stanowią siłę napędową postępu, a rozwój nauki jest możliwy dzięki jej porażkom. Skoro ciągle nie można podać zadowalającej, realnej definicji zdrowia, to nie można również za logicznie poprawne przyjmować założenia, że zdrowie to brak choroby, a choroba to brak zdrowia⁴⁶. Czyniąc tak popełnimy błąd: *ignotum per ignotum*⁴⁷.

Mając na uwadze niedostatki każdej z wielu prób definiowania zdrowia, a także perspektywę edukacyjną, warto myśl pedagogiczną skoncentrować na wpisanych w oficjalną definicję zdrowia WHO treściach humanistycznych. Otwiera to drogę do ciągłego optymalizowania modelu edukacyjnego kształtującego pojmowanie wartości zdrowia jako czynnie zarządzanego potencjału, a nie stanu biernego oczekiwania na zmianę.

Faktyczna mnogość koncepcji semantycznych pojęcia zdrowie i aktualna jego nominalność pozwala zapytać nas, czy pojęcia zdrowie i choroby mogą konweniować we wspólnej przestrzeni, czy raczej istnienie jednego wyklucza obecność drugiego? Perspektywa wspólnej przestrzeni wydaje się możliwa pod warunkiem, że poglądu na chorobę i zdrowie nie zredukujemy w odniesieniu do człowieka jako przedmiotu, który jest jedynie producentem choroby i klientem lekarza⁴⁸.

Aby rozważania nad zdrowiem w kontekście edukacyjnym nie okazały się daremne, potencjalny model edukacyjny powinien łączyć koincydencję sprzeczności współwystępowania w równoczesności choroby i zdrowia. Konieczne zatem staje się pozbanienie definiowania zdrowia i pojmowania człowieka perspektywy redukcjonizmu. Definiowanie zdrowia – szczególnie w odniesieniu do edukacji – musi uwzględniać odpowiednią *ontyczną* pozycję człowieka⁴⁹.

⁴⁵ I. Kropińska, *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*, Bydgoszcz 2000, s. 41.

⁴⁶ Tak zakłada definicja zdrowia WHO.

⁴⁷ I. Kropińska, *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej...*, s. 42.

⁴⁸ Tamże, s. 44.

⁴⁹ Tamże, s. 43.

Ujęcie wykluczające, typu „zdrowie vs choroba”, pozbawione jest właściwej nośności edukacyjnej, czego potwierdzeniem mogą być konsekwencje wynikające z praw antyredukcyjnych:

- zdrowia vs choroby nie można sprowadzić do funkcjonowania biologicznego (fizycznego),
- zdrowia vs choroby nie należy redukować do funkcjonowania psychicznego,
- zdrowia vs choroby nie można wiązać wyłącznie z funkcjonowaniem społecznym⁵⁰.

W zestawieniu ujęć: „zdrowie vs choroba” i „wspólna przestrzeń kontinuum” szala przechyla się ku drugiemu, ze względu na przypisaną mu większą siłę potęgowania zdrowia.

Z punktu widzenia potrzeb edukacyjnych, zdrowie należy rozważać w szerszym kontekście modelu, wychodząc poza samo definiowanie w kierunku konkretnego i praktycznego podejścia do zdrowia. Jedną z propozycji stanowiących podstawę współczesnej medycyny jest biomedyczny model zdrowia ukształtowany jeszcze pod wpływem mechanistycznej teorii przyrody Kartezjusza. Leżący u podstaw tej teorii dualizm, dzielący człowieka na sferę ducha i sferę materii (dusza i ciało), spowodował koncentrację medycyny na sferze materii z równoczesną marginalizacją uwarunkowań psychicznych, społecznych i środowiskowych zdrowia i choroby. Dalszymi skutkami takiej perspektywy były: koncentracja na chorobie, traktowanej jako brak zdrowia, bierne i przedmiotowe postrzeganie roli jednostki, nieuwzględnianie wpływu sytuacji życiowej i czynników środowiskowych na zdrowie oraz „inżynieryjne” traktowanie zdrowia jako jedyną drogę do jego polepszenia⁵¹.

Drugą propozycją jest holistyczne podejście do zdrowia, gdzie podstawę teoretyczną stanowi ogólna teoria systemów L. von Bertalanffy’ego, z hierarchią w której każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych. Zatem w tym ujęciu: „Człowiek jest zarówno samodzielną jednostką o określonej konstrukcji psychicznej i autonomii funkcjonalnej, jak i elementem społeczeństwa oraz szeroko pojętej przyrody”⁵². W podobnym tonie wypowiada się również Julian Aleksandrowicz, uważając, że człowiek powinien być pojmowany jako dynamiczny system funkcjonujący w sprzężeniu z innymi systemami, który równocześnie poddawany oddziaływaniu środowiska przyrodniczego i społecznego, sam na nie oddziałuje⁵³.

Wyróżnione dwie podstawowe propozycje pojmowania zdrowia lokują nasze rozważania i wynikające z niego konsekwencje w przestrzeni od orientacji patogenetycznej do salutogenetycznej. Funkcjonowanie w przestrzeni patogenetycznej rodzi modele zorientowane na eliminację określonych jednostek chorobowych lub poszczególnych czynników ryzyka wywołujących kilka różnych chorób. Występuje tutaj koncentracja na pytaniu: Co jest przyczyną chorób i jakie są czynniki ich ryzyka? Doceniając pozytywne znaczenie tego podejścia należy jednak wskazać jego wady, m. in.: niewielki wpływ na zmianę ludzkich zachowań, małą skuteczność wśród młodych ludzi, koncentrację na unikaniu zaburzeń zdrowotnych czy pomijanie korzyści płynących z posiadania zdrowia. Wady te stanowią poważną blokadę dla skutecznej realizacji edukacji zdrowotnej.

⁵⁰ Tamże, s. 52.

⁵¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 26-27.

⁵² G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wrocław 2000, s. 46.

⁵³ J. Aleksandrowicz, *Sumienie ekologiczne*, Warszawa 1988, s. 121.

Nie zdrowie i nie choroba, czyli wymaginowane krańce kontinuum życia

Klaudiusz Galen (130-201 n.e.) wyodrębnił trzeci stan organizmu – pośredni między zdrowiem a chorobą. Stan ten określił jako nie zdrowie i nie choroba⁵⁴. Również dzisiaj takie określenie stanu organizmu jest obiektem zainteresowania i może przyczynić się do zwiększenia skuteczności kształtowania pojmowania wartości zdrowia. Konieczne staje się przy tym przewyciężenie:

- klasyfikowania ludzi na zasadzie „albo-albo” (albo zdrowy – albo chory);
- orientacji wyłącznie scjentyistycznej;
- koncentracji na symptomach choroby i zasadniczej jednostce nozologicznej;
- akcentowania specyficznej etologii;
- nastawienia behawioralnego wywołującego podejście przedmiotowe⁵⁵.

Nie chodzi tutaj o totalną krytykę dotychczasowych modeli i wykluczenie ich oddziaływania na zdrowie jednostki i zdrowie publiczne. Byłoby to działanie niepotrzebne, bezpodstawne i bezsensowne, a nade wszystko skrajnie nieodpowiedzialne. Pedagog interesuje przede wszystkim poszukiwanie modelu coraz bardziej skutecznego w prozdrowotnym oddziaływaniu edukacyjnym. Uzyskanie takiego modelu wydaje się być niemożliwe bez uwzględnienia humanistycznych kategorii podmiotowo-osobowych człowieka oraz bez przesunięcia perspektywy z „choroby człowieka” na „człowieka w jego zdrowiu”. Niezbędne przy tym wydaje się być akcentowanie jego potencjału i zasobów oraz kształtowanie pozytywnej świadomości zdrowia jako stanu przewyższającego sytuację braku choroby. Wartością tak pojmowanego edukacyjnego modelu zdrowia jest personalna umiejętność kształtowania komponentów budujących zdrowie.

Wiele cech niezbędnych do realizacji wartościowego pedagogicznie modelu edukacji zdrowotnej możemy odnaleźć w salutogenicznym podejściu do zdrowia Antonovsky’ego⁵⁶. Zakłada on, że zdrowie nie jest stanem statycznym, lecz otwartym systemem z różnymi stanami pośrednimi względnego zdrowia lub choroby. Jako normę przyjmuje pewne nieuporządkowanie, stan zaburzonej homeostazy wywołwany pod wpływem ciągłych zmian wewnętrznych i zewnętrznych. Poziom zdrowia w danym momencie życia to miejsce na kontinuum rozciągającym się między dwoma wymaginowanymi biegunami, od idealnego zdrowia do zagrożenia życia. Wyłaniają się z tego następujące założenia:

- istnieje ciągłość, kontinuum „zdrowie – choroba”;
- należy zainteresować się głównie procesami przemieszczania się kontinuum;
- należy zająć się zasobami, które pomagają jednostce w radzeniu sobie z szerokim spektrum stresorów i patogenów⁵⁷.

⁵⁴ J. Bielski, E. Błada, *Zdrowie i kultura fizyczna na przestrzeni dziejów...*, s. 62.

⁵⁵ H. Sęk, J. Ściagała, T. Pasikowska, M. Beisert, A. Bleja, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, nr 3.

⁵⁶ Pomijam tutaj niektóre krytyczne uwagi: np. I. Kopińska, w związku z operacjonalizacją „Sense of Coherence”. Koncentruję się na odniesieniu do zasobów zdrowia i możliwości umiejętnego wykorzystywania ich w jego ochronie w odniesieniu do edukacji zdrowotnej.

⁵⁷ A. Antonovsky, *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] *Psychologia zdrowia*, J. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Warszawa 1997, s. 210-211.

Zatem normalnym stanem funkcjonowania człowieka jest dynamiczny stan chwiejnej równowagi, regulowany wykorzystaniem dostępnych mu uogólnionych zasobów do sprośtania wymaganiom zewnętrznym i wewnętrznym.

Kluczowa dla sprawy okazuje się przede wszystkim umiejętność wykorzystywania przez człowieka dostępnych mu zasobów. Umiejętność ta związana jest z głównym czynnikiem koncepcji salutogenezy – tzn. poczuciem koherencji, które wyraża stopień, w jaki człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

- bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustruktrowany, przewidywalny i wyłumaczalny;
- dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprośtać wymaganiom stawianym przez te bodźce;
- wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania⁵⁸.

Prześtrzeń o której mówimy wydaje się być najwłaściwszym terenem do zagospodarowania na działania edukacyjne, czego potwierdzeniem mogą być następujące fakty: rozwój poczucia koherencji zaczyna się już we wczesnym dzieciństwie; poczucie koherencji wpływa pozytywnie na zdrowie i radzenie sobie ze stresem; im silniejsze poczucie koherencji, tym większa szansa na przesuwanie się kontinuum w kierunku bieguna „zdrowie”⁵⁹.

Poszukiwany efektywny edukacyjny model zdrowia to taki, który będzie kształtował odpowiedzialne rozumienie zdrowia jako wartości możliwej do indywidualnego modelowania. Najlepszym potwierdzeniem skuteczności takiego modelu byłoby zaobserwowanie faktu, że zdrowie z wysoko umieszczonej w hierarchii społecznej wartości deklarowanej⁶⁰ stanie się wartością realizowaną. Droga kształtowania realnego pojmowania wartości zdrowia wiedzie przez stwarzanie uczniom okazji do jak najczęstszego konfrontowania ich świadomości zdrowotnej z aktualnym zasobem wiedzy dotyczącej szeroko rozumianych czynników warunkujących zdrowie.

Patrząc z perspektywy zdrowia jednostki, bazą wyjściową do dalszych działań edukacyjnych może być zaproponowana przez Lalonde’a koncepcja „pól zdrowia”, z której wyraźnie wynika, że w największym stopniu na zdrowie wpływa styl życia i przez jego zmianę, w kierunku sprzyjającym zdrowiu, można je poprawić. Badania te uprawomocniają przeniesienie akcentu z działań medycznych na szerszy kontekst społeczny, korespondując przy tym silnie z modelem salutogenicznym Antonovsky’ego. Tym samym potwierdzają konieczność uwzględnienia humanistycznych kategorii podmiotowo-osobowych człowieka, postrzeganego przede wszystkim w perspektywie jego zdrowia, a nie tylko choroby.

Jeżeli nie zdrowie i nie choroba jako dychotomiczny podział określający możliwy stan organizmu człowieka, ale przemieszczanie się pomiędzy różnego rodzaju stanami pośrednimi względniego zdrowia lub choroby jest spojrzeniem aktualnie bliższym prawdy, to patogenetyczne ujęcie zdrowia musi być stanowczo wsparte podejściem salutogenetycznym,

⁵⁸ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa 2005, s. 34.

⁵⁹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, s. 35.

⁶⁰ Patrz: J. Czapiński, *Cechy osobowości i styl życia*, [w:] *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Warszawa 2005, s. 205; Komunikat z badań CBOS, nr 3145, BS/98/2004 (www.cbos.com.pl).

jako tym, które skuteczniej prowadzi do umacniania zdrowia poprzez większą możliwość stymulacji poczucia sprawstwa. Bez osobistego i aktywnego kształtowania poziomu rozumienia i oddziaływania na zdrowie, jego wartość dla człowieka pozostanie jedynie wartością deklaratywną. Nie o to przecież chodzi!

Z punktu widzenia prymatu człowieka jako podmiotu odpowiedzialnego za własne zdrowie, propozycją wartą zainteresowania jest również orientacja pato-salutocentryczna⁶¹. Propozycja cenna dla obszaru edukacji ze względu na umieszczenie w jej centrum zdrowia pojętego jako aktywność i zadanie człowieka, a nawet więcej, bo również jako gotowość i umiejętność radzenia sobie z chorobą i cierpieniem⁶². Autorka, komponując swoją orientację z pierwiastka patocentrycznego (opartego na przeciwdziałaniu chorobie) i salutocentrycznego (działającego ku zdrowiu nawet w chorobie), przyjmuje życie w jego złożoności i naukowej niewymierzalności. Wykorzystuje równocześnie przy tym efekt synergiczny obu pierwiastków do głębszego poszukiwania sensu, uwzględniając kategorię podmiotowo-osobową człowieka.

Edukacyjny kontekst zdrowia, poszukujący optymalnej drogi kształtującej pojmowanie jego wartości, potrzebuje wyjścia poza patocentryczno-dychotomiczno-medyczne podejście skoncentrowane na negatywnym aspekcie stanu organizmu. Wielowymiarowość problematyki wymaga od nas holistyczno-humanistycznego rozumienia zdrowia oraz aktywnego udziału w jego budowaniu. Inny model edukacyjny nie sprostą potrzebom wysoko umiejscowionego zdrowia w hierarchii wartości narcystycznie zorientowanego współczesnego człowieka.

Refleksje końcowe

Koincydencja przeciwieństw drogą do zdrowia! Takim stwierdzeniem można rozpocząć podsumowanie całych powyższych rozważań. Z punktu widzenia celów edukacyjnych ważne są pytania o to, co to jest zdrowie i czym jest warunkowane? Jednak wnioski z prowadzonych na gruncie medycznym, jak i pozamedycznym rozważań sugerują, że zwiększająca się lawinowo wiedza i stopień jej uszczegółowienia zamiast przybliżać nas do jasnej odpowiedzi, paradoksalnie oddala od satysfakcjonującego zrozumienia.

Świadomość i postawa wobec zdrowia jako wartości życiowej była na przestrzeni wieków wielokrotnie reorganizowana. Rozpoczynając od ściśle funkcjonalnego i fizycznego pojmowania zdrowia w okresie pradziejów, poprzez starożytne rozumienie wyrażające się w ideale określanym kalokagathia, aż do współczesnego pojmowania zdrowia z jego zwrotem ku konsumpcyjnej logice „lepszego samopoczucia”. Dzisiejsze wysokie umiejscowienie zdrowia w hierarchii wartości człowieka oraz narcystyczne podejście współczesnych społeczeństw czyni samo zdrowie daleko bardziej niezrozumiałym pojęciem niż to miało miejsce w przeszłości⁶³.

⁶¹ Autorstwa Ireny Kropińskiej. Orientacja inspirowana modelem A. Antonovsky'ego.

⁶² I. Kropińska, *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej...*, s. 264.

⁶³ K. Jarkiewicz, *Być zdrowym (między realizmem medycznego dyskursu a autonomizmem ujęcia antropologii)*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia...*, s. 39.

Antonovsky stwierdza, że nikt nie jest absolutnie zdrowy, natomiast objawem absolutnej choroby jest śmierć. Pomiędzy tymi krańcami istnieje właściwa przestrzeń, w której różnych punktach można umieścić każdą indywidualną osobę w zależności od tego, jaki jest jej stan fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny⁶⁴.

Mając na uwadze główny grunt naszych rozważań oraz omawiane trudności w jasnym dychotomicznym wymierzaniu zdrowia i choroby, ważniejsze okazują się pytania: jakie są *zachowania człowieka* w sferze zdrowia, jakie *czynniki są odpowiedzialne za wybory*, które medycyna uznaje za szkodliwe dla zdrowia i jak *niepożądane zachowania modyfikować*?

Próba przybliżenia się do odpowiedzi nie powiedzie się, dopóki nie przekroczymy obszaru ściśle medycznego. Jest to zabieg konieczny, ponieważ „zachowania w sferze zdrowia są zachowaniami społecznymi, co oznacza, że przebiegają zgodnie ze społecznie akceptowanymi wzorami, podlegają społecznej kontroli i są zależne od czynników społecznych (...) są one warunkowane przez czynniki kulturowe i strukturalne”⁶⁵. Dalsze utrzymywanie przekonania, że zdrowie jest problemem wyłącznie medycznym i jedyną odpowiedzialną grupą troszczącą się o jego stan są pracownicy ochrony zdrowia jest już nieaktualne, bezpodstawne naukowo i jałowe od strony praktycznej.

Postawa wobec zdrowia jako wartości zależna jest m.in. od związku między zdrowiem a innymi wartościami i gdy są one w konflikcie, zdrowie najczęściej przegrywa. „Miejsce zdrowia w hierarchii wartości wyznacza realizację zachowań zdrowotnych. Jeśli jest usytuowane nisko, nie należy się spodziewać działań podejmowanych na rzecz jego utrzymania, ponieważ ważniejsza okazuje się realizacja zachowań mających na celu osiągnięcie innych, sytuujących się wyżej wartości”⁶⁶. Czynniki pozamedyczne (kulturowe), odnosząc się do pewnych wzorów zachowań, norm i wiedzy, mają wpływ na kształtowanie postawy wobec zdrowia jako pewnej wartości. Oznacza to, że „zintegrowane, wielodyscyplinarne podejście do zdrowia jest bardziej skuteczne, lepiej zaspokaja potrzeby współczesnego człowieka i jest bardziej efektywne”⁶⁷. Dostrzeganie *człowieka z chorobą*, a nie samej choroby, niesie ze sobą wartości humanistyczne pozwalające na pełniejsze zrozumienie przyczyn jego stanu zdrowia.

Edukacja w służbie zdrowiu, antycypująca model na miarę dzisiejszych potrzeb, musi być zaprzeczeniem ignorancji, której konsekwencją jest personalne zrzeczenie się odpowiedzialności i wpływu na kształtowanie poziomu własnego zdrowia.

⁶⁴ M. Brodzikowska, *Zdrowie i choroba w założeniach salutogenetycznych modelu A. Antonovsky'ego*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, Z. Marek, M. Madej-Babula (red.), Kraków 2009, s. 104.

⁶⁵ I. Taranowicz, *Zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, J. Barański, W. Piątkowski (red.), Wrocław 2002, s. 68.

⁶⁶ Tamże, s. 69.

⁶⁷ G. Dolińska-Zygmunt, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, G. Dolińska-Zygmunt (red.), Wrocław 2001, s. 17.

Literatura:

- Aleksandrowicz J., *Sumienie ekologiczne*, Warszawa 1988.
- Antonovsky A., *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] *Psychologia zdrowia*, pod red. J. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa 1997.
- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa 2005.
- Bielski J., Błada E., *Zdrowie i kultura fizyczna na przestrzeni dziejów*, Kraków 2014.
- Bishop G.D., *Psychologia zdrowia*, Wrocław 2000.
- Blaxter M., *Zdrowie*, Warszawa 2009.
- Brodzikowska M., *Zdrowie i choroba w założeniach salutogenetycznych modelu A. Antonovsky'ego*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, pod red. Z. Marka, M. Madej-Babuli, Kraków 2009.
- Bulicz E., Murawow I., *Wychowanie zdrowotne. Teoretyczne podstawy waleologii*, Radom 1997.
- Czapiński J., *Cechy osobowości i styl życia*, [w:] *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, pod red. J. Czapińskiego, T. Panka, Warszawa 2005.
- Dubos R., *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*, Warszawa 1962.
- Dolińska-Zygmunt G., *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, pod red. G. Dolińskiej-Zygmunt, Wrocław 2001.
- Erde E., *Philosophical considerations regarding defining 'health', 'disease', etc. and their bearing on medical practice*, „Ethics in Science&Medicine”, nr 6, 1979.
- Gawęł A., *Pedagogia wobec wartości zdrowia*, Kraków 2003.
- Jarkiewicz K., *Być zdrowym (między realizmem medycznego dyskursu a autonomizmem ujęcia antropologii)*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, Z. Marka, M. Madej-Babuli (red.), Kraków 2009.
- Komunikat z badań CBOS, nr 3145, BS/98/2004 (www.cbos.com.pl).
- Kowalski M., *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] *Zdrowie. Wartość. Edukacja*, pod red. M. Kowalskiego, A. Gawęł, Kraków 2006.
- Kropińska I., *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*, Bydgoszcz 2000.
- Madej-Babula M., *Słowo wstępne*, [w:] *Edukacyjne przestrzenie zdrowia*, pod red. Z. Marka, M. Madej-Babuli, Kraków 2009.
- Melosik Z., *Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym. Konteksty teoretyczne*, [w:] *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, pod red. Z. Melosik, Toruń-Poznań 1999.
- Płonka-Syroka B., *Wstęp*, [w:] *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, pod red. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2001.
- Sęk H., Ścigała J., Pasikowska T., Beisert M., Bleja A., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny”, 1992, nr 3.
- Sokołowska M., *Granice medycyny*, Warszawa 1980.
- Sowa J., Wojciechowski F., *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Rzeszów 2001.

- Taranowicz I., *Zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, pod red. J. Barańskiego, W. Piątkowskiego, Wrocław 2002.
- Tones K., Green J., *Health promotion. Planning and strategies*, Londyn 2004.
- Vigarello G., *Historia zdrowia i choroby*, Warszawa 1997.
- WHO. *Health 21 – Health for All in the 21st Century*, European Health for All Series, Nr 6, WHO, Kopenhaga 1998.
- Wieja H., *Tajemnice pełnego zdrowia. Zdrowie i medycyna*, Warszawa 1995.
- Worach-Kardas H., *Stan zdrowia ludności i jego uwarunkowania*, [w:] *Zeszyty Naukowe WSHE*, pod red. N. Ogińskiej-Bulik, H. Worach-Kardas, Łódź 2000, nr 6.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2007.
- 38 Zadań Wspierających Strategię Programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” dla Krajów Członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego, Kopenhaga 1986.

Słowa kluczowe: edukacja, wartości, wielowymiarowość, zdrowie, choroba, salutogeneza, patogeneza, holistyczny, modele edukacyjne.

Streszczenie

W niniejszym artykule, autor przygląda się zjawisku zdrowia w jego kontekście edukacyjnym. Wskazuje na trudności definicyjne zdrowia oraz na problematykę wynikającą z procesu kształtowania właściwego pojmowania jego wartości. Sygnalizuje niedostatki aktualnych modeli edukacji zdrowotnej i podkreśla potrzebę wyjścia poza patocentryczno-dychotomiczno-medyczne ujęcie, w kierunku holistyczno-humanistycznego rozumienia zdrowia, uwzględniającego wielowymiarowość przekraczającą tak medyczne, jak i pozamedyczne czynniki warunkujące zdrowie. Konkluduje wnioskiem o antycypujący model edukacji w służbie zdrowiu, jako „szczepionkę” przed personalnym zrzeczeniem się odpowiedzialności i wpływu na kształtowanie poziomu własnego zdrowia.

Key words: education, values, multidimension, health, disease, salutogenesis, pathogenesis, holistic, educational models.

Summary

In the article, the author looks at the health phenomenon in its educational context. He indicates the difficulty of defining health and the problems arising from the process of developing the proper understanding of its values. He signals the shortcomings of current health education models and underlines the need to go beyond the patocentric-dichotomic-medical approach towards holistic-humanistic understanding of health, taking into account the multidimensional nature of both medical and non-medical factors conditioning health. He concludes with a proposal for an anticipatory model of education in the health service as a kind of „vaccine” against personal disclaimer of responsibility and influence on shaping the level of one’s own health.