

## POSTAWY WOBEC ZDROWIA JAKO JEDEN Z PRZEJAWÓW KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH

### ATTITUDES TO HEALTH AS ONE OF THE INDICATORS OF HEALTH COMPETENCY

Zofia Kubińska<sup>1(A,B,E,F)</sup>, Anna Pańczuk<sup>1(E,F)</sup>, Anna Ławnik<sup>1(E,F)</sup>

<sup>1</sup>Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Kubińska Z., Pańczuk A., Ławnik A. (2016), *Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych*. Rozprawy Społeczne, 4 (10), s. 73-79.

#### Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

#### Streszczenie

Postawy wobec zdrowia prezentowane w zachowaniach zdrowotnych człowieka ujawniają jego przekonania i nastawienia wobec wielu różnych wartości związanych ze zdrowiem własnym i innych, a co ważne demaskują braki w kompetencjach zdrowotnych. Celem pracy jest prezentacja wybranych z literatury przedmiotu postaw wobec zdrowia, ukazująca ich pozytywne i negatywne strony. Poznanie postaw człowieka wobec zdrowia jest jednym ze sposobów rozumienia i świadomego wyjaśniania konsekwencji zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych wobec siebie, innych i otoczenia.

W pracy przedstawiono różnorodne postawy wobec zdrowia w formie tabelarycznej i opisowej. Wydaje się, że mogą być one wykorzystane do weryfikacji empirycznej postaw wobec zdrowia będących przejawem kompetencji zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** postawy, zdrowie, edukacja zdrowotna, kompetencje zdrowotne

#### Summary

Attitudes to health presented in health behaviours of men reveal their beliefs and attitudes towards a variety of health-related values towards themselves and others and, what is important, expose lacks in health competencies. The aim of the article is to present some selected attitudes towards health in literature to show their positive and negative sides. Understanding attitudes towards human health is one of the ways of understanding and explaining the consequences of healthy and unhealthy behaviours towards oneself, others and the environment.

The paper presents different attitudes towards health in a tabular and narrative form. It seems that they can be used to empirically verify the attitudes towards being healthy as a manifestation of health competency.

**Keywords:** attitudes, health, health education, health competency

Tabele: 2

Ryciny: 0

Literatura: 23

Otrzymano: 01.09.2016

Zaakceptowano: 15.11.2016

#### Wprowadzenie

W projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 zapisano, że „na stan zdrowia populacji wpływają takie czynniki jak zachowania zdrowotne, dostęp do zdrowego sposobu odżywiania się i bezpiecznej żywności i wody, stopień aktywności fizycznej, czy uzależnienia takie jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i środków uzależniających. Zasadniczą rolę odgrywa tu poziom edukacji społeczeństwa oraz dostęp do warunków sprzyjających zdrowiu”. Współczesna edukacja zdrowotna jest ważnym elementem edukacji obywatelskiej dlatego niezwykle istotne jest modelowanie przez nauczycieli pożądanych postaw i zachowań zdrowotnych przyszłych obywateli. W aktualnej podstawie programowej zapisano, że ważnym zadaniem szkół jest edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i in-

nych oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu (Rozporządzenie MEN, Woynarowska 2011). Kształtowane nawyki i umiejętności z perspektywy współczesnych wyzwań zdrowia publicznego nazywane są kompetencjami zdrowotnymi pozwalającymi świadomie dokonywać właściwych decyzji i wyborów zdrowotnych prowadzących do utrzymania i umacniania zdrowia (Iwanowicz 2009).

W literaturze mamy do czynienia z wieloma sposobami określania postaw zarówno przez psychologów, socjologów, jak przez reprezentantów innych dziedzin. Postawa stanowi bowiem podstawowe pojęcie humanistyki. W socjologicznym ujęciu postawa jest tworem o złożonej strukturze i definiuje się ją jako względnie trwałą organizację przekonań, odnoszących się do określonego przedmiotu lub sytuacji, predysponującą daną osobę do reagowania na nie w określony sposób. S. Nowak określa ją jako „ogół względnie trwałych dyspozy-

**Adres korespondencyjny:** Zofia Kubińska, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II, w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii, ul. Siderska 105, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: zofiakubinska@wp.pl, tel.: 83 344 99 02

**Copyright by:** Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zofia Kubińska, Anna Ławnik, Anna Pańczuk

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

cji do oceniania przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec przedmiotu". Według autora postawy obojętne są niemożliwe (Nowak 1973). T. Mądrzycki, S. Mika, B. Wojciszke określają postawę jako pewnego rodzaju strukturę psychiczną składającą się z elementów tworzących zwartą całość, przez którą człowiek odnosi się do otoczenia. T. Mądrzycki napisał, że postawa jest organizacją wiedzy, przekonań, uczuć, motywów i pewnych wzorów zachowania jednostki, związana z określonym przedmiotem lub klasą przedmiotów (Mądrzycki 1997). S. Mika mianem postawy określa względnie trwałą strukturę (lub dyspozycję do pojawienia się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek podmiotu do danego przedmiotu. Tak rozumiana postawa zawiera trzy elementy, z których dwa (poznawczy i emocjonalny) stanowią jej wewnętrzną stronę, zaś trzeci (zachowanie) – jej stronę zewnętrzną. Proporcje między wymienionymi składnikami mogą być różne, ale w pełnej postawie powinny być wszystkie obecne, chociaż widoczny jest tylko trzeci. Badać i opisywać można wszystkie trzy elementy razem lub każdy z nich oddzielnie (Mika 1981). Według stanowiska B. Wojciszke postawy zawierają w sobie jedynie czynnik emocjonalno-uczuciowy. Postawą wobec dowolnego obiektu (przedmiotu, zdarzenia, idei, innej osoby) nazywa autor względnie stałą skłonność do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowania się człowieka do tego obiektu. Postawę człowieka wobec jakiegoś obiektu określa więc miejsce na dwubiegunowym continuum ustosunkowania się do danego przedmiotu. Jednym biegunem continuum jest postawa negatywna (całkowicie odrzucająca) drugim zaś postawa pozytywna (całkowicie akceptująca) (Wojciszke 2000).

Celem pracy jest prezentacja wybranych z literatury przedmiotu postaw wobec zdrowia, ukazująca ich pozytywne i negatywne strony. Poznanie postaw człowieka wobec zdrowia jest jednym ze sposobów rozumienia i świadomego wyjaśniania konsekwencji zachowań pro i antyzdrowotnych wobec siebie, innych i otoczenia. Racjonalna interpretacja i ocena poszczególnych postaw być może zachęci czytelników do analizy dotychczasowego, własnego funkcjonowania zdrowotnego. Tylko świadoma samokrytyka towarzysząca edukacji zdrowotnej może doprowadzić do zmiany negatywnych i kreowania korzystnych nastawień i zachowań wobec zdrowia, zarówno w perspektywie indywidualnej i społecznej.

## Postawy wobec zdrowia

W literaturze zdrowia publicznego, promocji zdrowia, psychologii i socjologii zdrowia opracowania opisowe i badania postaw wobec zdrowia mają

charakter śladowy i wybiórczy. Najszerzej ten temat w pracach teoretycznych przedstawił i scharakteryzował, z punktu widzenia wnikliwego obserwatora (historyka, pedagoga i lekarza), Maciej Demel. Twórca polskiej pedagogiki zdrowia w swoich książkach opisał szeroką gamę postaw wobec zdrowia własnego i innych. Zdaniem M. Demela postawy mają charakter dyspozycji, a przejawiają się w zachowaniach, które w pedagogice zdrowia nazywamy zachowaniami zdrowotnymi. Chciał przez to powiedzieć, że odnoszą się one do zdrowia każdego z nas, czyli do jego konserwacji, ratowania i doskonalenia. Wskazał również, że postawy i zachowania nie są wyłącznie osobistym dorobkiem jednostki, ale wynikiem potężnego oddziaływania całego splotu czynników, również takich jak obyczajowość czy wierzenia. Pisząc na ten temat przestrzegając, aby nie lekceważył irracjonalnych regulatorów życia, do których zaliczył: modę, snobizm i przesady (Demel 1980). Według M. Demela na obraz całościowej, dojrzałej postawy do spraw zdrowia składają się głównie: racjonalny, emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, inwalidztwa i śmierci, poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialność za zdrowie publiczne, gotowość i umiejętność spieszenia z pomocą innym" (Demel 1980, s. 121). Wśród postaw opisanych przez autora znalazły się takie, jak: postawa gapiostwa, brutalności, dowcipkowania, znieczulicy i samarytańska, czyli te, które prezentują sposoby odnoszenia się do zdrowia i choroby innych osób. Przedstawione przez autora postawy ludzi do własnego zdrowia i choroby są nader zróżnicowane, od irracjonalnie przeczulonych do lekkomyślnych lub wyolbrzymiających stan zdrowia i jego zagrożenia. Wśród nich opisał: postawę lekomanii, hipochondrii, kancerofobii, hysterii, a nawet terroryzmu (*...bo wam umrę...*). Przedstawił również postawy wyrachowane i eksploatorskie przyczyniające się do wykorzystywania, a w konsekwencji niszczenia (tracenia na własne życzenie) zdrowia. Dostrzegł także postawy: ambicji i snobizmu (Demel 1980). Ta niezwykle bogata i barwna w opisie lista postaw wobec zdrowia i choroby według Demela nie doczekała się dotychczas diagnozy i weryfikacji empirycznej (tab.1). W przestrzeni obecnej rzeczywistości kultury zdrowotnej nadal jest aktualna dlatego zasługuje na przypomnienie, zrozumienie i ocenę.

Przejawianie samodzielności w codziennych działaniach życiowych i zdrowotnych do późnej starości zależy nie tylko od czynników genetycznych, ale od wczesnej, systematycznej i samodzielnej troski o zdrowie oraz tworzenia warunków sprzyjających optymalnemu rozwojowi i funkcjonowaniu człowieka budującego racjonalne postawy wobec zdrowia. W literaturze inni autorzy opisują i wartościują tylko nieliczne postawy wobec zdrowia. B. Woynarowska wskazuje na postawę bierną wobec zdrowia, dostrzeżoną wcześniej przez Puchalskiego i Korzeniowską. Przejawiają ją osoby odporne, wycofane, odcinające się od jakichkolwiek praktyk prozdrowotnych (za Woynarowską 2007). Kolejną, postawę roszczeniową

**Tabela 1.** Charakterystyka wybranych postaw wobec zdrowia własnego i innych osób na podstawie literatury

Nazwa postawy	Opis postawy
<b>Postawa dojrzała</b>	Racjonalny, emocjonalnie zrównoważony stosunek do choroby, inwalidztwa, śmierci. Poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialność za zdrowie publiczne. Gotowość i umiejętność spieszenia z pomocą innym.
<b>Postawa autokreacyjna</b>	Posiadanie przekonania i prezentowanie odpowiedzialności za swój los, pomyślność, stan zdrowia. Zdrowie jest obiektem troski, dbałości i kontroli by jak najdłużej było w dobrym stanie, gwarantującym sprawne zaspokojenie życiowych aspiracji i aktywne społeczne funkcjonowanie.
<b>Postawa samarytańska</b>	Posiadanie przekonania o tym, że każdy człowiek powinien zawsze i bezinteresownie udzielać pomocy drugiemu człowiekowi w sytuacji choroby lub zagrożenia zdrowia bez względu na pokrewieństwo i status społeczny.
<b>Postawa lekomanii</b>	Opiera się na przekonaniu, że współczesne leki (i suplementy) są bardzo skuteczne i są w stanie wyleczyć większość zaburzeń psychosomatycznych i chorób, bez działań ubocznych. Dobrze, że można je nabyć i zażywać bez konsultacji z lekarzem.
<b>Postawa healthismu</b>	Przekonanie, że zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości, jest celem samym w sobie, a nie środkiem (zasobem) do osiągnięcia innych celów i wartości. Genezy healthismu upatruje się w postępujących procesach medykalizacji życia społecznego, estetyzacji, kosmetyzacji ciała.
<b>Postawa estetyzacji</b>	Przekonanie, że piękno ciała, które uzyskać można jako rezultat interwencji medycznej i kosmetycznej, jest jedną z najistotniejszych potrzeb wobec ciała. Piękne ciało jest miarą stanu zdrowia. W postawie tej istnieje tendencja do „pomieszania piękna ze zdrowiem”.
<b>Postawa eksploatorska</b>	Przekonanie o tym, że zdrowie jest po to, aby je maksymalnie wykorzystać do robienia kariery, odniesienia sukcesu, zdobycia popularności, wzbogacenia się. Charakteryzują ją skłonności do podejmowania ryzyka i działań ekstremalnych.
<b>Postawa wyrachowana</b>	Wyrachowane żerowanie na chorobie, słabości, wyłudzenie zwolnień, urlopów, wczasów zdrowotnych, zapomóg, rent inwalidzkich, prowokowanie różnych nadużyć materialnych i społecznych. Wykorzystywanie wrażliwości innych osób.
<b>Postawa roszczeniowa</b>	Nadmierne przerzucenie na państwo i jego systemy, instytucje i osoby odpowiedzialności za zaspokojenie podstawowych potrzeb związanych ze sferą i stanem zdrowia, świadome zwalnianie się z odpowiedzialności i troski o własne zdrowie.
<b>Postawa abnegacji</b>	Lekceważenie stanu zdrowia i samopoczucia. Niechęć do podejmowania zachowań zdrowotnych; osobie takiej nie zależy na dbałości o zdrowie, poprawie, umocnieniu, kontroli zdrowia, zmianie zachowań antyzdrowotnych.
<b>Postawa oporu</b>	Odcinanie się od jakichkolwiek praktyk prozdrowotnych, podejmowanie antyzdrowotnych zachowań, dołączenie do grupy osób akceptujących czynniki ryzyka zdrowia w otoczeniu i brak świadomości zdrowotnej.
<b>Postawa ambicji</b>	Świadome ukrywanie rzeczywistego stanu zdrowia, łagodzenie (wypaczenie) jego racjonalnego obrazu przed bliskimi, personelem medycznym. Minimalizowanie zagrożeń.
<b>Postawa znachorstwa</b>	Zawierzenie uzdrowiaczom i przekonanie, że bioenergoterapia, homeopatia, medycyna alternatywna to metody, które skutecznie leczą choroby – nie to, co medycyna konwencjonalna.
<b>Postawa kancerofobii</b>	Odczuwanie nieuzasadnionego lęku przed zachorowaniem na nowotwór (fobia). Bezsilność i przekonanie o śmiertelnych konsekwencjach choroby.
<b>Postawa hipochondrii</b>	Przesadne przeczulenie na punkcie zdrowia własnego i innych, wyolbrzymianie i symulowanie zagrożeń zdrowia.
<b>Postawa hysterii</b>	Ucieczka w chorobę, wymuszanie zainteresowania swoją wyolbrzymioną lub wymyśloną słabością, infantylne reakcje, skłonność do szantażu (emocjonalnego i werbalnego), terroru (bo wam umrę).
<b>Postawa znieczulicy (społecznej, zawodowej)</b>	To przekonanie, że brak zainteresowania słabością, chorobą innych osób nie jest niczym złym. Stan zdrowia, jego utrata to prywatna sprawa każdego człowieka.
<b>Postawa gapiostwa</b>	Bierne zaspokajanie własnej ciekawości w sytuacji utraty zdrowia, cierpienia lub zaśląbnięcia (wypadku) innej osoby.
<b>Postawa brutalności</b>	Świadome narażanie siebie i innych osób na utratę zdrowia (zarażanie, okaleczanie). Prowokowanie i udział w bójkach, kaleczenie, zastraszanie, molestowanie, gwałcenie.

(zdaniem Gniazdowskiego ukształtowaną w czasach realnego socjalizmu) cechuje nadmierne przerzucanie odpowiedzialności za swoje zdrowie na państwo i jego instytucje (za Piątkowskim 2002). Podobną postawą jest wyuczona bezradność, przejawiająca się w niechęci lub niezdolności samodzielnego działania w tej sferze i wysyłanie komunikatu do otoczenia „opiekujcie się mną”. Ta infantylna postawa żywi się pasożytowaniem na dobrej woli (i naiwności) innych szczególnie wtedy, gdy przybiera formy hipochondrii, świadomie kultywowanej słabości i niezadradności wobec spraw zdrowia i nie tylko (Woynarowska 2007). Przeciwstawną do wymienionych jest postawa healthismu, przejawiająca się w nadmiernej koncentracji na zdrowiu (kult zdrowia, obsesja zdrowia) zakładająca, że zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę z przesadną koncentracją na doskonaleniu ciała, kształtowaniu jego masy i rozmiarów. Pojęcie tej postawy wprowadził R. Crawford, zgodnie z tezą autora zdrowie, promowane poprzez ten typ zachowań prozdrowotnych, noszące miano healthismu, zostało ulokowane w ciele (Crawford 1980). Zdaniem J. Barańskiego „healthism buduje swoistą ideologię zdrowia, którą można nazwać utopią somatyczną, somatopią, rozumianą jako projekt uspołecznienia ciała na poziomie jednostki; projekt, który zakłada takie podporządkowanie ciała wymogom kultury (bardziej popkultury) ma zapewnić młodość, pełnię zdrowia, prawie wieczność cielesnej egzystencji” (Barański 2015). Współcześnie, szczególnie wśród kobiet, doskonalenie zdrowia bywa utożsamiane z „dbałością” o ciało (zewnętrzne piękno) czyli dostosowywanie jego wyglądu, wymiarów i proporcji do aktualnych kanonów estetycznych (modowych). Wyznaczają je kreatorzy mody, celebryci i twórcy programów medialnych. Wytyczone „normy” uzyskuje się przez stosowanie zabiegów kosmetycznych, operacji plastycznych, diet odchudzających i uprawianie rygorystycznych ćwiczeń, również przez mężczyźni (Woynarowska 2007). Piękno ciała (twarzy, piersi, pośladków...) jest efektem interwencji chirurgicznych i stanowi istotną potrzebę w ramach estetyzującej postawy wobec ciała (zdrowia). Pozyskane operacyjnie „piękne” ciało determinuje poczucie zdrowia i szczęścia. B. Glassner twierdzi, że istniejąca tendencja do „pomieszania piękna ze zdrowiem” daje chirurgii kosmetycznej szansę publicznej akceptacji na kolejne dekady (Glassner 1995). Zdaniem Wieczorkowskiej medycyna estetyczna może być narzędziem odbudowy własnej tożsamości, ale tylko w uzasadnionych przypadkach (defekty genetyczne, uszkodzenia ciała na skutek wypadków). Oferując swoje usługi jako klucz do rozwiązania problemów osobistych i zawodowych, musi liczyć się z zarzutami natury moralnej (Wieczorkowska 2007).

### **Kształtowanie postaw wobec zdrowia**

Proces kształtowania postaw wobec zdrowia i choroby charakteryzuje się tym, że trwa przez całe życie człowieka. Największe nasilenie tego procesu przypa-

da na okres dzieciństwa i młodości. Początek procesu tkwi w środowisku rodziny, zgodnie z hasłem *zdrowie zaczyna się w domu*. Oddziaływanie zdrowotne rodziny ma wymiar wielostronny i dotyczy wszystkich jej członków, rodzina realizuje około 75% wszystkich działań na rzecz zdrowia. Są to zadania opiekuńcze; od opieki nad niemowlęciem, poprzez opiekę nad osobą niepełnosprawną, po opiekę nad osobami starszymi. W rodzinie i w domu wpajane są pierwsze wartości i kształtowane nawyki zdrowotne (Kawczyńska-Butrym 1997, Kulik, Pacian 2014). Poziom tej edukacji jest warunkowany kulturą zdrowotną rodziców, ich wykształceniem, kulturą pedagogiczną, poziomem wartości zdrowia, kulturą spędzania czasu wolnego i warunkami życia rodziny. Rodzina może też być niekorzystnym środowiskiem zdrowotnym.

Wyniki badań wielu autorów potwierdzają rolę kobiet (matek i babć) jako domowych ekspertów w sprawach dbałości o zdrowie, zapobiegania zagrożeniom i leczenia. Kobieta, dzięki specyficznym cechom swojej fizjologii i psychiki, zawsze uznawana była za kompetentną i biegłą w zakresie troski o zdrowie rodziny. Jako pierwsza rozpoznawała dolegliwości, dysponowała zasobem wiedzy dotyczącym etiologii i profilaktyki, decydowała o wyborze metody terapeutycznej, uczestniczyła w rehabilitacji. Zawsze chętnie dzieliła się swoją wiedzą i doświadczeniami z innymi, a szczególnie z własnymi dziećmi. Wymienione działania kobiet przyczyniają się do kształtowania postaw dzieci i młodzieży wobec zdrowia i wielu zachowań z nim związanych.

O postawach dzieci i młodzieży wobec zdrowia możemy mówić wówczas gdy: posiadają stosowny do swojego wieku zasób wiedzy o zdrowiu, jego warunkowaniach, przejawach i wyznacznikach; potrafią przeżywać określone stany emocjonalne związane ze zdrowiem, chorobą, niepełnosprawnością, cierpieniem; posiadają umiejętność ochrony zdrowia własnego i innych i są gotowi do stosowania tych umiejętności w codziennym życiu (Piątkowski 2008, Lewicki 2006). Z chwilą pójścia dziecka do szkoły, dotychczasowe działania rodziców będą wspomagane przez koordynatora i nauczyciela edukacji zdrowotnej, a także przez rówieśników, media i innych nauczycieli. Nadal jednak odpowiedzialność za zdrowie dziecka spoczywa na rodzicach, dlatego bardzo ważną sprawą jest ich współpraca z gronem pedagogicznym i personelem medycznym. Zdaniem Woynarowskiej w procesie współczesnej edukacji zdrowotnej w szkole polskiej niezwykle ważne jest także modelowanie przez nauczycieli pożądaných postaw i zachowań zdrowotnych. Wynika to z teorii społecznego uczenia się A. Bandury, zgodnie z którą ludzie uczą się także przez obserwowanie zachowań innych, zwłaszcza osób znaczących (Woynarowska 2011).

### **Postawy wobec zdrowia jako efekt edukacji zdrowotnej**

Nasilenie procesu kształtowania postaw zdrowotnych, jak już wspomniano, występuje w dzie-

ciństwie i w młodości. Wzorcami osobowymi, zarówno w kształtowaniu jak i zmianie postaw zdrowotnych, są rodzice, rodzeństwo, nauczyciele, rówieśnicy i celebryci, w literaturze określani jako nadawcy, przekazicieli, wzorce osobowe. Na efektywność kształtowania lub zmian postaw

zdrowotnych ma wpływ wiele różnych czynników oraz środków. Do tych ostatnich należą: media elektroniczne i drukowane, literatura, kampanie i akcje zdrowotne, programy profilaktyczne (jawne i ukryte), imprezy ekologiczne, rekreacyjne i turystyczne.

**Tabela 2.** Rodzaje postaw zdrowotnych zestawione w siedmiu grupach według Cz. Lewickiego (2006)

Rodzaj postawy	Opis postawy
<b>IDEOWE POSTAWY ZDROWOTNE</b>	
Postawa humanizmu	Uznawanie zdrowia i sprawności fizycznej za ważną wartość w życiu, o które należy dbać.
Postawa egalitaryzmu i demokracji	Każdy człowiek ma jednakowe prawo do opieki zdrowotnej i korzystania z urządzeń służących zdrowiu.
Postawa racjonalizmu	Wiara w rozum ludzki przy zapobieganiu i leczeniu chorób: co dziś jest śmiertelne, jutro będzie uleczalne.
<b>SPOŁECZNE POSTAWY ZDROWOTNE</b>	
Postawa społecznej użyteczności	Zachowanie, w miarę możliwości, równowagi między tym, co człowiek bierze od społeczeństwa w zakresie zdrowia, a tym co daje (np. krwiodawstwo).
Postawa społecznej gospodarności	Poszanowanie i racjonalne użytkowanie dóbr społecznych służących zdrowiu i sprawności fizycznej.
<b>INTERPERSONALNE POSTAWY ZDROWOTNE</b>	
Postawa poszanowania życia i zdrowia człowieka	Dążenie każdego człowieka do samozachowania oraz nienarażania innych na cierpienie fizyczne i psychiczne.
Postawa tolerancji	Powstrzymywanie się człowieka przed dyskryminacją, ograniczeniem swobody czy prześladowaniem innych z powodu choroby.
Postawa opiekuńczości	Dostrzeganie i uwzględnianie w swoim postępowaniu potrzeb zdrowotnych i ruchowych innych ludzi.
Postawa współodczuwania (empatii)	Gotowość do wczuwania się w przeżycia ludzi chorych, kalekich, mniej sprawnych. Solidarność z nimi i udzielanie wsparcia duchowego.
<b>INTRAPERSONALNE POSTAWY ZDROWOTNE</b>	
Postawa godności osobistej	Odnosi się do każdego człowieka i oznacza uznawanie samego siebie za wartość bez względu na swoją kondycję fizyczną i stan zdrowia.
Postawa samokontroli zdrowotno-sprawnościowej	Podejmowanie czynności samopoznania samooceny własnego rozwoju fizycznego, motorycznego i zdrowotnego oraz odpowiedniego reagowania na wynik tej samooceny.
Postawa perfekcjonizmu zdrowotno-sprawnościowego	Jest konsekwencją poprzedniej postawy, polega na dążeniu do doskonałości zdrowotnej i sprawnościowej.
Postawa optymizmu zdrowotnego i sprawnościowego	Polega na wierze w sens terapii, rehabilitacji zdrowotnej, efektywność treningów i ćwiczeń fizycznych.
<b>KULTUROWE POSTAWY ZDROWOTNE</b>	
Postawa szacunku wobec wytworów oraz dzieł kultury zdrowotnej	Przejawia się w szacunku do dzieł kultury (historii i dorobku), aby mogły one służyć nie tylko obecnym, ale i następnym pokoleniom.
Postawa dążenia do kontaktu z kulturą zdrowotną	Otwartość i właściwe rozumienie przez wychowanka problemów współczesnej kultury zdrowotnej.
<b>INTELEKTUALNE POSTAWY ZDROWOTNE</b>	
Postawa poznawczej dociekliwości zdrowotnej	Chodzi tu o tendencję do autorefleksji w zakresie zdrowia, stawiania sobie pytań odnośnie własnego samopoczucia i dążenie do szukania odpowiedzi.
Postawa racjonalizmu i krytycyzmu zdrowotnego	Jej istotą jest wiara w działanie oraz środki stosowane i zalecane w terapii oraz zachowaniu zdrowia przez medycynę naukową, z jednoczesnym odrzuceniem różnych „uzdrawiaczy” i preparatów reklamowanych w TV.
<b>POSTAWY ZDROWOTNE WYNIKAJĄCE Z KONTAKTÓW CZŁOWIEKA Z PRZYRODĄ</b>	
Szacunek wobec przyrody jako źródła zdrowia	Należy nie tylko rozumieć, że niszcząc przyrodę człowiek działa przeciwko sobie i swojemu zdrowiu, ale także z tego powodu przeżywał określone emocje i był zdolny do podejmowania konkretnych działań ekologicznych.
Dążność do kontaktów oraz racjonalnego korzystania z przyrody	Istotą postawy jest wiara w uzdrawiające właściwości przyrody i wynikające z niej działania (wycieczki plenerowe, kąpiele słoneczne, wodne...).

Według Cz. Lewickiego, który opisał rodzaje i mechanizmy kształtowania się postaw zdrowotno-sprawnościowych dzieci i młodzieży, kształtowanie bądź zmiana postaw musi się opierać na uprzedniej diagnozie ich poziomu. Nie jest to łatwe ze względu na brak odpowiednich narzędzi diagnostycznych. W pedagogicznej diagnozie najczęściej posługiwano się obserwacją, wywiadem oraz wynikami testów i ankiet. Autor stwierdził, że nie lekceważąc negatywnych postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży, proces edukacji zdrowotnej powinien koncentrować się przede wszystkim na kształtowaniu postaw pozytywnych, które zestawił w siedmiu grupach (Lewicki 2006) (tab. 2).

Zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest tworzenie kulturowych warunków umożliwiających dokonywanie zmiany postaw antyzdrowotnych na aktywne, afirmatywne i odpowiedzialne postawy wobec promocji zdrowia własnego, społecznego i środowiskowego. Behawioralny aspekt postawy ukazuje charakterystyczna reakcja na obiekt postawy jakim jest zdrowie człowieka (Böhner, Wänke 2004).

### Pojęcie kompetencji zdrowotnych „*health literacy*”

Zdaniem Iwanowicz definicje kompetencji zdrowotnych według WHO i Nutbeam są najczęściej stosowane w wyjaśnianiu tego pojęcia. Według WHO „*health literacy*” obejmuje mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne oddziałujące na motywację i umiejętności jednostek do zdobywania dostępu, poszukiwania oraz rozumienia i na tej podstawie korzystania z informacji, co ma przekładać się na poprawę i utrzymywanie dobrego zdrowia. Nutbeam w wyjaśnieniu pojęcia zaproponował trójstopniowy podział kompetencji „*literacy*” w odniesieniu do zdrowia. Pierwszy stopień – „*basic/functional literacy*”, obejmuje podstawowe umiejętności czytania i pisanie niezbędne do efektywnego funkcjonowania w codziennych sytuacjach, uważane za wąskie rozumienie „*health literacy*”. Drugi stopień – „*communicative/interactive literacy*” obejmuje bardziej zaawansowane mechanizmy poznawcze, które w połączeniu z umiejętnościami społecznymi mogą być wykorzystane do aktywnego uczestnictwa w codziennych sytuacjach, do ekstrahowania informacji z różnorodnych form komunikacji i rozumienia ich znaczenia, a także dostosowywania rodzaju wykorzystywanych informacji do zmieniających się okoliczności, warunków. Trzeci stopień – „*critical literacy*” obejmuje bardziej zaawansowane mechanizmy poznawcze, które w połączeniu z umiejętnościami społecznymi mogą być wykorzystane do krytycznej analizy informacji i na tej podstawie do podejmowania coraz większej kontroli nad różnorodnymi wydarzeniami w życiu (Nutbeam 2000, Iwanowicz 2009).

### Literatura:

1. Barański J. (2015), *Udział medycyny w estetyzacji ciała*. Nowa Krytyka. Czasopismo Filozoficzne. <http://www.nowakrytyka.pl/spip.php?article240>, (data dostępu: 20.06.2016).
2. Böhner, G., Wänke M. (2004), *Postawy i zmiana postaw*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Jak podaje M. Kisilowska, kompetencje zdrowotne są definiowane jako „stopień, w jakim osoby są w stanie uzyskiwać, przetwarzać i rozumieć podstawowe informacje i usługi zdrowotne konieczne do podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia” (Kisilowska 2008, s.225). Medical Library Association (MLA) rozróżnia „kompetencje zdrowotne”, „kompetencje informacyjne” oraz „zdrowotne kompetencje informacyjne”. Te ostatnie definiuje jako „zespół umiejętności potrzebnych do: rozpoznawania potrzeb w zakresie informacji zdrowotnej, wskazywania źródeł informacji i korzystania z nich w celu znalezienia informacji relewantnej; do oceny jakości informacji i jej zastosowalności do konkretnej sytuacji; do analizowania, rozumienia i wykorzystywania informacji w celu podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia” (Kisilowska 2008, s.226). Uczestnicy World Summit on Information Society w 2005 r. przyjęli definicję ogólniejszą, uznając kompetencje zdrowotne za specjalistyczne pod względem zakresu kompetencje informacyjne, zawężone do obszaru zdrowia. Posiadanie przez mieszkańców kompetencji zdrowotnych uznawane jest za jeden z kluczowych elementów strategii zdrowia; jednocześnie jako cel i zadanie. Do grupy zawodów, których członkowie powinni aktywnie zajmować się edukacją i rozwijaniem kompetencji zdrowotnych MLA zalicza: bibliotekarzy medycznych i dziedzinowych w zakresie zdrowia, decydentów w służbie zdrowia, pracowników służby zdrowia oraz nauczycieli przedmiotów związanych ze zdrowiem (Kisilowska 2008). Rola nauczyciela edukacji zdrowotnej przeszła drogę od eksperta i mistrza do bycia przewodnikiem, animatorem i kreatorem. Zdaniem K. Wojciechowskiej, współczesny nauczyciel powinien odznaczać się określonymi kompetencjami i kwalifikacjami oraz odpowiednim zbiorem cech osobowościowych i predyspozycji psychofizycznych (Wojciechowska 2014).

### Podsumowanie

Poznanie postaw przejawianych przez człowieka jest jednym ze sposobów zrozumienia i wyjaśnienia jego zachowań wobec otoczenia i samego siebie. W przypadku postaw wobec zdrowia, zachowania zdrowotne człowieka ujawniają jego przekonania i nastawienia wobec wielu różnych wartości związanych ze zdrowiem własnym i innych, a co ważne demaskują braki w kompetencjach zdrowotnych. W postawie jako aktywności człowieka przejawiają się jego zamierzenia i stała dążność ukierunkowana na określony cel. Dobrze byłoby gdyby ten cel determinował nieustanną dążność do dbałości o zdrowie własne i innych w podejmowanych zachowaniach zdrowotnych.

3. Crawford R. (1980), *Healthism and the medicalization of everyday life*. International Journal of Health Services, 10 (3), p. 365-388.
4. Demel M. (1980), *Pedagogika zdrowia*. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
5. Glassner B. (1995), *In the name of health*, W: R. Bunton, S. Nettelton, R. Burrows (eds.), *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption. Lifestyle and Risk*, London, s. 168-170.
6. Iwanowicz E. (2009), „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *Medycyna Pracy*, 60 (5), s. 427-437.
7. Kawczyńska-Butrym Z. (1997), *Promocja zdrowia rodziny*, W: P. Kryczka (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*. Wyd. KUL, Lublin, s. 293-306.
8. Kisilowska M. (2008), *Health information literacy. Biblioteki na zdrowie! Seria III: ePublikacje Instytutu INiB UJ*. Red. Maria Kocójowa Nr 5. Biblioteka: klucz do sukcesu użytkowników, s. 225-232, <http://eprints.rclis.org/14302/1/kisilowska-n.pdf> (data dostępu: 20.06.2016)
9. Kulik T.B., Pacian A. (2014), *Zdrowie publiczne*. PZWL, Warszawa.
10. Lewicki Cz. (2006), *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
11. Mądrzycki T. (1997), *Psychologiczne problemy kształtowania postaw*. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
12. Mika S. (1981), *Psychologia społeczna*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
13. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020* (projekt), <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/projekt15.05.2015>.(data dostępu: 10.06.2016).
14. Nowak S. (1973), *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*, W: S. Nowak (red.), *Teorie postaw*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, s. 18-43.
15. Nutbeam D. (2000), *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century*. Health Promot. Int., 15, p. 259-267.
16. Piątkowski W. (2002), *Zdrowie jako zjawisko społeczne*, W: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław, s. 29-37.
17. Piątkowski W. (2008), *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wyd. Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin.
18. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. Nr 4, poz. 17.) Zmiana rozporządzenia Dz. U. 2014, poz. 803.
19. Wieczorkowska M. (2007), *Dylematy etyczne medycyny estetycznej - medycyna naprawcza, czy urynkwienie ciała*. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, <http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2007/>, (data dostępu: 20.06.2026).
20. Wojciechowska K. (2014), *Nauczyciel - przewodnikiem w procesie promowania zdrowia w szkole*. *Roczniki Pedagogiczne*, 6 (42) 2, s. 127-139.
21. Wojciszke B. (2000), *Postawy i ich zmiana*. W: J. Strelau (red.) *Psychologia*, T. 3, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk, s. 79-105.
22. Woynarowska B. (2007), *Edukacja zdrowotna*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
23. Woynarowska B. (red.) (2011), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.