

## Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia – wybrane zagadnienia

Aby zrozumieć istotę zachowań zdrowotnych i psychologicznych mechanizmów ich powstawania i odnieść je do szeroko pojętej promocji zdrowia, najpierw należy przybliżyć pojęcie promocji zdrowia. Jedną z ciekawszych definicji promocji zdrowia zaprezentował O'Donnell, nazywając ją sztuką i nauką zarazem: „*Health Promotion is the art and science of helping people discover the synergies between their core passions and optimal health, enhancing their motivation to strive for optimal health, and supporting them in changing their lifestyle to move toward a state of optimal health. Optimal health is a dynamic balance of physical, emotional, social, spiritual, and intellectual health*”<sup>2</sup>.

„Promocja zdrowia jest sztuką i nauką pomagania ludziom w odkrywaniu synergii między ich głównymi obszarami zainteresowań i namiętności a optymalnym zdrowiem. Jest sztuką, która wzmacnia motywację ludzi w dążeniu do optymalnego zdrowia, wspiera ich w zmianie stylu życia, by szli w kierunku optymalnego stanu zdrowia, które jest dynamicznym balansem między zdrowiem fizycznym, emocjonalnym, społecznym, duchowym i intelektualnym” (tłum. własne).

Każdy człowiek dysponuje pewnym zakresem wiedzy na temat zdrowia i chorób. Dla każdego „bycie zdrowym” może określać różne stany. Jest to uwarunkowane między innymi: płcią, wiekiem, pozycją społeczną, hierarchią wartości czy dostępem do opieki zdrowotnej. Promocja zdrowia nazwana sztuką to dobrze zaplanowany i wdrożony proces ochrony i wspierania zdrowia poprzez edukację zdrowotną i politykę zdrowia publicznego<sup>3</sup>. Edukacja zdrowotna (oświata zdrowotna, wychowanie zdrowotne) upowszechnia wiedzę i kulturę zdrowotną w społeczeństwie poprzez szkoły, placówki kulturalno-oświatowe, książki i mass media. W wychowaniu wpływa (oddziałuje) na sfery emocjonalno-motywacyjne, system wartości oraz osobowość. Edukacja zdrowotna pomaga wyznaczać cele zdrowotne i wskazuje sposoby ich realizacji. Rozwija postawy człowieka wobec zdrowia i jest wsparciem dla rozwoju i zdolności człowieka do samokierowania własnym rozwojem w zdrowiu. Jest połączeniem wychowania – rozwoju osobowości prozdrowotnej – i kształcenia w celu nabycia wiedzy o zdrowiu, a następnie umiejętności i sprawności w jego utrzymaniu<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

<sup>2</sup> M. P. O'Donnell, *Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities*, „American Journal of Health Promotion”, September/October 2009, vol. 24, no. 1, s. iv–iv.

<sup>3</sup> A. Tannahil, *What is the health promotion?*, „Health Education Journal” 1985, 44, s. 167–168.

<sup>4</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008.

Pojęcia „promocja zdrowia” po raz pierwszy użył Henry Siegerist w roku 1945, umieszczając promocję zdrowia jako jeden z głównych czterech filarów medycyny, obok zapobiegania chorobom, leczenia chorób i rehabilitacji. Utożsamiał wówczas promocję zdrowia z szeregiem działań we wszystkich sferach naszego życia prowadzących do zapewnienia odpowiednich jego warunków, w tym warunków pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji. Promocja zdrowia dotyka mechanizmów rządzących naszą psychiką, a przez to naszym zachowaniem. To proces kształtowania i wpływania na mechanizmy interakcji międzyludzkich, emocje, procesy motywacji oraz poznawcze (postrzeganie, myślenie, wyobrażenia, pamięć) warunkując nasze decyzje, postawy, nawyki oraz zachowania pro i anty zdrowotne.

W 1973 roku Blum i Lalonde stworzyli modele holistycznego, biopsychospołecznego determinantu (czynnika warunkującego) zdrowia, a rok później opublikowano raport *A New Perspective on the Health of Canadians*, który wprowadził koncepcję pól zdrowia, stanowiących cztery nadrzędne kategorie determinant zdrowia, spośród których największe znaczenie dla kształtowania zdrowia okazały się mieć:

- styl życia ludzi (55%);
- środowisko życia (20%);
- czynniki biologiczno-dziedziczne (15%);
- organizacja opieki zdrowotnej (10%)<sup>5</sup>.

Stwierdzono jednoznacznie, że najbardziej znaczący wpływ na stan zdrowia mają zachowania zdrowotne będące elementem stylu życia (nasze postawy, zwyczaje, przyzwyczajenia, formy relacji rodzinnych i środowiskowych). Rozważania nad nimi wymagają podejścia interdyscyplinarnego psychologii (badającej między innymi wpływ procesów poznawczych na podejmowanie decyzji o zachowaniach zdrowotnych), socjologii (badającej, jak zdrowie wpływa na nasze zachowania) i medycyny. Badaniem stylu życia, u podstaw którego leżą ludzkie zachowania mające bezpośredni związek ze zdrowiem i chorobą zajmuje się głównie medycyna behawioralna<sup>6</sup>. Wspomniany raport stał się w 1976 roku w Stanach Zjednoczonych podstawą merytoryczną powstania projektu promocji zdrowia, a następnie programu Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Europejska strategia dla zdrowia, także oparta o ten program, została opublikowana w 1980 roku w postaci dokumentu „Targets for health for all”. W dokumencie tym określono kluczową rolę zachowań zdrowotnych w utrzymaniu zdrowia oraz konieczność prowadzenia działań w kierunku modyfikacji stylu życia ludzi, w celu rozwoju i wzmocnienia ich zdrowia<sup>7</sup>.

Wiedząc jak wielkie ma znaczenia promocja zdrowia zaczęto organizować pod jej hasłem konferencje, kongresy i zjazdy. Na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku w Ottawie sformułowano główne obszary, czyli cele dla promocji zdrowia jako „procesu umożliwiającego ludziom kontrolę nad swoim zdrowiem oraz tworzenie im możliwości jego poprawiania, utrzymania”:

<sup>5</sup> M. J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 57, s. 505–512.

<sup>6</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: Teoretyczne podstawy promocji zdrowia, Czelej, Lublin 2008.

<sup>7</sup> G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy Psychologii Zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

- określenie polityki zdrowia publicznego;
- tworzenie sprzyjających warunków środowiskowych;
- wzmocnienie inicjatyw i działań środowiskowych na rzecz zdrowia;
- rozwijanie osobistych umiejętności utrzymania zdrowia;
- reorientacja służby zdrowia;
- apel o stworzenie sojuszy na rzecz zdrowia publicznego.

Pomimo kolejnych konferencji te ogólne priorytety pozostają niezmiennie i powinny być realizowane w ramach systemu opieki zdrowotnej w postaci polityki zdrowotnej (zaleceń, postanowień, programów prozdrowotnych, profilaktycznych). Nadrzędną rolę w tej kwestii pełni Minister Zdrowia, który kształtuje, finansuje i wytycza zakres działań polityki zdrowotnej poprzez wykorzystanie narzędzi takich jak Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, którego celem strategicznym jest wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu<sup>8</sup>. Promocja zdrowia w tym zakresie realizowana jest przez wszystkie podmioty realizujące świadczenia zdrowotne, podmioty systemu edukacji, kadry medyczne, instytucje bezpośrednio podległe Ministerstwu Zdrowia (GIS, GIF, fundusze, instytuty w tym Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, inne), jednostki samorządu terytorialnego, stowarzyszenia, fundacje i wiele innych realizują cele operacyjne programu. Wykorzystywane są w tym zakresie wszystkie formy promocji i edukacji na każdym etapie rozwoju i życia człowieka oraz w każdej jego sferze: osobistej, rodzinnej, zawodowej, społecznej.

## 1. Zachowania zdrowotne jako przedmiot analiz psychologicznych

Czym zatem są zachowania zdrowotne? Do dziś nie funkcjonuje uznana definicja zachowań zdrowotnych. Trudność w ich zdefiniowaniu wynika z faktu wieloznaczności związku zachowań w stosunku do zdrowia, które ewoluuje w toku rozwoju wiedzy o nim, o chorobach i ludzkich potrzebach.

Bardzo obszerną definicję zachowań zdrowotnych proponuje H. Sęk, ujmując je jako „[...] reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym wzajemnym związku ze zdrowiem”<sup>9</sup>.

Niezmiernie ważną kwestią jest wartość zdrowotna poszczególnych kategorii zachowań. Według tego funkcjonalnego kryterium (najczęściej wskazywanego przez badaczy tematu) zachowania zdrowotne można podzielić na prozdrowotne – mające korzystne skutki dla zdrowia, promujące zdrowie, zapobiegające chorobie i sprzyjające zdrowieniu oraz antyzdrowotne. Te drugie, nazywane też zachowaniami ryzykownymi mogą zdrowiu zagrażać, niszczyć je czy utrudniać proces zdrowienia. Podział ten odwołuje się do wyników badań epidemiologicznych, gdzie zdrowie oceniane jest

<sup>8</sup> Ministerstwo Zdrowia, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).

<sup>9</sup> H. Sęk, *Zdrowie behawioralne*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strealu, t. III, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s. 533–554.

na podstawie obiektywnych danych analitycznych i medycznych<sup>10</sup>. Masowość czy powszechność zachowań antyzdrowotnych, choćby ze względu na popularność, modę w danej populacji lub chęć poczucia wspólnoty z otoczeniem stanowią poważny problem, bowiem dotyczy dużej liczby osób. Zachowania te są trudne do wyeliminowania oraz niebezpieczne i kosztowne w swych skutkach ubocznych.

W polskiej literaturze pojęcie „zachowanie zdrowotne” pojawiło się pod koniec lat 70-tych i rozumiane jest jako jakiegokolwiek zachowanie, w tym nawyki, postawy, zwyczaje, uznawane wartości przez pojedyncze osoby i grupy społeczne w obszarze zdrowia. Można wyznaczyć trzy aspekty ujmowania tych zachowań. W pierwszej grupie definicji podstawę stanowi cel działania, w drugiej – zależności między zachowaniem a zdrowiem, a w trzeciej podkreśla się związek między wiedzą jednostki, człowieka a jego zachowaniem zdrowotnym.

### Grupa I

Zachowanie zdrowotne jako celowe działanie interpretowane jest jako każda forma celowej aktywności zorientowanej na ochronę lub poprawę zdrowia. W zakres tej działalności wchodzi: profilaktyka, diagnoza oraz terapia.

### Grupa II

W drugiej grupie zachowań zdrowotnych uwagę skupia się na skutkach podejmowanych decyzji. Zachowania te identyfikuje się na podstawie wyników badań epidemiologicznych, które jasno pokazują relacje pomiędzy konkretnymi działaniami a wydolnością i kondycją organizmu. Najczęściej są to działania lub zachowania takie jak dieta, konsumpcja używek, aktywność fizyczna.

### Grupa III

W ostatniej grupie definicji podkreśla się istotę wzajemnych relacji zachodzących między zakresem i formą wiadomości, które posiada jednostka na temat zdrowia, a jej zachowaniem. Można wyróżnić dwa rodzaje takiej wiedzy. Pierwsza z nich odnosi się do subiektywnej opinii podmiotu o oddziaływaniu zachowania na zdrowie. Zdobywa się ją w procesie socjalizacji (nabywania przez jednostkę systemu wartości, wzorów zachowań) i poprzez przekazy społeczne. Wiedza nabywana jest głównie w dzieciństwie i okresie dorastania. Drugi typ wiedzy jest profesjonalny i przede wszystkim obiektywny. Informacje są oparte przeważnie na wynikach badań epidemiologicznych i opracowywane przez specjalistów, a jej zakres jest zależny od ukształtowanej osobowości i funkcji poznawczych<sup>11</sup>.

Mianem zachowań zdrowotnych określa się zarówno działania nawykowe, będące wynikiem oddziaływań socjalizacyjnych i wpływów kulturowych, jak i zachowania podejmowane intencjonalnie i świadomie planowane<sup>12</sup>. Mówiąc o zachowaniach zdrowotnych najczęściej myślimy o prawidłowych zwyczajach żywieniowych, unikaniu używek, aktywności fizycznej czy wypoczynku. Jednakże nasze wartościowanie zdro-

<sup>10</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

<sup>11</sup> A. Czerw, *Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce*, „KES Studia i Prace” nr 4 (12), SGH, Warszawa 2012.

<sup>12</sup> E. A. Bajcar, R. Abramciów, *Zachowania zdrowotne – rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmian zachowania*, „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych”, Tom LXIV, 2011, s. 175–185.

wia, a przez to wybór naszych decyzji co do podejmowanych aktywności i zachowań prozdrowotnych związane jest ściśle z nabyciem funkcji samoopiekuńczej, która kształtowana jest od najwcześniejszych lat życia. Funkcja samoopiekuńcza, zwana też kompetencją samoopiekuńczą, wpływa na kondycję i zdrowie dorosłego człowieka poprzez kształtowanie percepcji otaczającego go świata i całego systemu wartości, tworząc nawyki, czyli formy naszych codziennych zachowań. Temat ten będzie bardziej rozwinięty w dalszej części rozdziału.

## 2. Czynniki warunkujące zachowania zdrowotne

Wybór zachowań zdrowotnych, które są aktywnością celową jest bardzo złożony. U podstaw tych mechanizmów leżą przede wszystkim wpływy społeczne, czynniki psychologiczne, emocjonalno-motywacyjne, środowisko społeczne (wsparcie lub jego brak), zakres wiedzy czy poczucie własnej skuteczności. Wszystkie te czynniki uzupełniają się wzajemnie.

### 2.1. Styl życia jako determinant zdrowia

Styl życia to zakres i formy codziennych zachowań, w których człowiek przedstawia wzory wpływów społecznych i wzory kultury, u podłoża których leżą psychofizyczne mechanizmy: ludzkie motywacje, potrzeby, akceptowane wartości. Sposób, w jaki żyjemy, prezentuje nasz stosunek do otaczającego świata, poziom wiedzy, system wartości i postawę wobec siebie samego. Ważnym elementem stylu życia są nawyki. Powstają w procesie pierwotnej i wtórnej socjalizacji (proces nabywania przez jednostkę systemu wartości, norm oraz wzorów zachowań obowiązujących w danej zbiorowości), są wynikiem wpływu społecznego. To stabilne, często mocno utrwalone wzory zachowań zautomatyzowanych tj. mycie rąk, zębów, higiena ciała, ubioru, pomieszczeń. Z punktu widzenia ochrony zdrowia dobrze jest, gdy nawyki mają charakter prozdrowotny; trudna sytuacja powstaje wówczas, gdy nawyki żywieniowe lub formy spędzania wolnego czasu są zdecydowanie antyzdrowotne i należą do grupy znaczących czynników ryzyka niektórych chorób (otyłości, chorób układu krążenia, cukrzycy itp.)<sup>13</sup>.

Styl życia człowieka, w tym jego zachowania zdrowotne, zmieniają się w okresie całego życia. Zmiany te są zależne od wielu różnorodnych czynników, w tym właściwości jednostki (wiek, płeć, cechy osobowości, stan zdrowia, pełnione role społeczne) oraz różnorodnych czynników środowiskowych, które w sposób pośredni lub bezpośredni wpływają na zachowania zdrowotne i styl życia ludzi. L. W. Green i M. W. Kreuter wyróżnili trzy główne grupy czynników wpływających na kształtowanie zachowań zdrowotnych:

- czynniki predysponujące – wiedza, przekonania, wartości, postawy;
- czynniki umożliwiający – umiejętności ważne dla zdrowia, ustawodawstwo, polityka zdrowotna na poziomie lokalnym/krajowym, funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej;

<sup>13</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

- czynniki wzmacniające – normy obyczajowe, społeczna akceptacja lub jej brak w stosunku do danego zachowania w rodzinie, w grupie rówieśniczej, w szkole/ miejscu pracy, ze strony pracowników służby zdrowia itd. Ta grupa czynników powiązana jest z warunkami, w jakich żyje jednostka.

Najważniejszym okresem dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i młodość, kiedy to pod wpływem różnorodnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, grupie rówieśniczej, społeczności lokalnej, mediach i reklamach kształtuje się postawa życiowa, nabywany jest system wartości, normy i wzorce zachowań. Szczególne znaczenie ma tu modelowanie zachowań przez osoby znaczące dla dziecka i młodego człowieka. Okresem krytycznym dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest okres dorastania, w którym utrwalają się nabyte wcześniej zachowania prozdrowotne, a równocześnie pojawia się wiele zachowań ryzykownych, często kumulujących się. Niektóre z nich po fazie eksperymentowania zanikają, ale u części młodych ludzi utrwalają się. Zmiany, jakie dokonują się w okresie dojrzewania decydują o tym, czy młodzi ludzie wniosą te zachowania w swój styl dorosłego życia jako zasoby czy czynniki ryzyka dla zdrowia własnego i innych ludzi<sup>14</sup>.

## 2.2. Środowisko pracy

Środowisko pracy to oddziaływanie kręgu osób, rzeczy i stosunków otaczających człowieka w jego życiu indywidualnym i zbiorowym. Szczególnie ważny jest charakter i formy pracy, formy konsumpcji dóbr materialnych, zaspokajanie potrzeb intelektualnych, estetycznych i rekreacyjnych. Równie istotne są formy współżycia między ludźmi: podziały ról zawodowych, zachowania wynikające ze stosunków towarzyskich i przyjacielskich, w których utrwalane są zachowania zdrowotne lub nabywane są nowe, w zależności od siły perswazji otaczających nas ludzi i rzeczy, oraz podatność jednostki na siłę perswazji otoczenia<sup>15</sup>.

## 2.3. Wpływy i wsparcie społeczne

Pojęcie „wsparcie społeczne” można zdefiniować jako pomoc dostępną dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych lub przełomowych, których bez wsparcia innych nie można przetrwać<sup>16</sup>.

Wyniki wielu badań przeprowadzonych w ostatnich latach wskazują, że we wszystkich kulturach wsparcie społeczne sprzyja lepszemu funkcjonowaniu jednostek, rodzin i grup sąsiedzkich oraz wpływa korzystnie na zdrowie fizyczne i psychiczne. Wsparcie społeczne działa jak bufor wobec negatywnych skutków stresu, wpływa korzystnie

<sup>14</sup> Z. J. Pierozek, *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość ludzi o zdrowie*, 2012, <http://www.academia.edu>.

<sup>15</sup> A. Czerw, *Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce*, „KES Studia i Prace” nr 4 (12), SGH, Warszawa 2012.

<sup>16</sup> H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

na przebieg leczenia, rehabilitacji oraz rekonwalescencji po przebytych chorobach. Korzystanie ze wsparcia społecznego jest jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem i trudnościami. Uważa się, że wsparcie społeczne tj. „branie” od innych i „dawanie” innym – jest ważnym elementem prozdrowotnego stylu życia<sup>17</sup>.

#### 2.4. Wpływy społeczne

Wpływy społeczne to cały proces warunkujący zachowania zdrowotne (zarówno pro-, jak i antyzdrowotne) poprzez pośrednie i bezpośrednie wpływy na jednostkę. Pośredni – przez kształtowanie ludzkich poglądów i postaw, a bezpośredni poprzez kontakty z osobami najbliższymi, które wpływają na wybór określonych zachowań zdrowotnych. W wyniku wpływu społecznego (wskutek tego, co robią, myślą lub czują inni ludzie, poprzez naśladownictwo, uleganie naciskom oraz poprzez posłuszeństwo wobec autorytetów) dochodzi do zmiany zachowań, opinii lub uczuć człowieka (doświadczenie Ascha – jeśli na 20 osób 19 ma odmienne zdanie niż ta jedna, to ta jedna ulega i przechodzi na ich stronę)<sup>18</sup>. Jedną z form wpływu społecznego jest także modelowanie dokładniej opisane w części poświęconej znaczeniu funkcji samoopiekuńczej.

#### 2.5. Czynniki psychologiczne

Do czynników psychologicznych determinujących zachowania zdrowotne należą mechanizmy poznawcze służące do nabywania, tworzenia i modyfikowania wiedzy o otoczeniu czy kształtowania prawidłowych poglądów. To procesy przetwarzania informacji. Polegają na odbieraniu danych z otoczenia, ich przechowywaniu i przekształcaniu, oraz wyprowadzaniu ich ponownie do otoczenia w postaci reakcji, czyli zachowania. Podstawą tego procesu jest posiadana wiedza i umiejętność uczenia się. Jak wiemy z własnych doświadczeń, sama wiedza jest niewystarczająca. By zainicjować zachowanie zdrowotne muszą zaistnieć dodatkowe czynniki: emocjonalno-motywacyjne, umiejętności radzenia sobie ze stresem i emocjami. Wszystkie te czynniki kształtują sposób i zakres zaspokajania ludzkich potrzeb, to znaczy samorealizacji – w tym pracy, samoidentyfikacji, potrzeb duchowych, estetycznych, intelektualnych, konsumpcji dóbr materialnych czy zachowań rekreacyjnych<sup>19</sup>.

### 3. Salutogeneza – pochodzenie zdrowia – czynniki sprzyjające zdrowiu

Salutogeneza A. Antonovsky’ego jest niezmiernie ciekawym paradygmatem (teorią tworzącą podstawy nauki) nauk o zdrowiu. Próbuje odpowiedzieć na pytanie skąd pochodzi zdrowie i jakie czynniki mu sprzyjają. W podejściu tym celem działań na

<sup>17</sup> Ibidem.

<sup>18</sup> A. Czerw, *Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce*, „KES Studia i Prace” nr 4 (12), SGH, Warszawa 2012.

<sup>19</sup> G. D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000.

rzecz zdrowia są wszystkie możliwości gwarantujące dobre życie w zdrowiu. Według tej teorii granica między zdrowiem a chorobą jest bardzo płynna, zatem ważne by uruchamiać wszystkie te mechanizmy, które będą sprzyjały zdrowiu i oddalały od bieguna zwanego Chorobą. Życie porównuje się do dynamicznej rzeki z różnymi niebezpieczeństwami, a to jak sobie człowiek z nimi radzi zależy od jego cech (umiejętności, odporności) i środowiska (dana sytuacja, możliwości wsparcia). Zatem poziom ludzkiego zdrowia nieustannie się zmienia – jest cechą dynamiczną – przez uleganie wpływom ważnych czynników oraz umiejętność włączania przez człowieka mechanizmów adaptacyjnych. Do najważniejszych czynników determinujących poziom zdrowia Antonovsky zaliczył stresory, uogólnione zasoby odpornościowe, poczucie koherencji oraz w dużo mniejszym stopniu zachowania zdrowotne i styl życia.

Stresory, jako wszechobecne w życiu człowieka, stanowią nieodłączny element jego bytu, w którym nieustannie podlega on wpływom ich niezliczonej ilości. Charakter tych bodźców – stresorów jest subiektywną oceną (poznawczo-emocjonalną), która następnie może wywołać napięcie wpływające na stan zdrowia i rozwój choroby. Radzenie sobie ze stresem (nawiązanie do teorii Lazarusa i Folkamana) to swoista, emocjonalna ocena danego bodźca (stresora) oraz ocena swoich możliwości radzenia sobie z nim by przywrócić równowagę życiową (radzenie sobie z napięciem i kontrola emocji).

Kolejnym determinantem poziomu zdrowia są uogólnione zasoby (materialne i niematerialne), czyli właściwości każdego człowieka, możliwości jego otoczenia i kulturowe cechy społeczeństwa. Te szeroko ujmowane właściwości jednostki to jej następujące cechy:

- biologiczne (genetyczne, konstytucjonalne, immunologiczne i biochemiczne);
- psychologiczne (wiedza, inteligencja, postawy);
- cechy osobowości (poczucie kontroli i tożsamości, samoocena, wyuczone strategie radzenia sobie).

Do zasobów otoczenia Antonovsky zalicza między innymi cechy środowiska społecznego, osoby bliskie, możliwości wsparcia społecznego, wykształcenie i pieniądze<sup>20</sup>. Dostępność tych zasobów nie jest jednak wystarczająca do skutecznego radzenia sobie ze stresorami i bycia zdrowym. Niezbędna jest również umiejętność identyfikacji wszystkich zasobów i ich wykorzystania, czyli poczucie koherencji (poczucie spójności, łączności). W salutogenezie koherencja jest podstawowym warunkiem determinującym poziom zdrowia, które Antonovsky nazwał „Kluczem do Zdrowia”. Ten trzeci czynnik determinujący zdrowie zawiera w sobie 3 składowe:

- poczucie zrozumiałości (wszystkie wydarzenia mające miejsce wokół nas można zrozumieć, a przez to i przewidzieć – sytuacje, bodźce, ich mechanizm i powtarzalność);
- poczucie zaradności (jeśli rozumiemy różne zjawiska, to możemy sobie z nimi poradzić, zaradnie wykorzystując zdobytą wiedzę, doświadczenie, modulując emocje, czy poziom układu odpornościowego);

---

<sup>20</sup> M. Piotrowicz, D. Cianciara, *Teoria Salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2011, 65: 521–527, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.



– poczucie sensowności – to poczucie sensu życia, zadowolenia z życia, przekonanie, że podejmowane decyzje mają sens z emocjonalnego punktu widzenia<sup>21</sup>.

Te wszystkie komponenty – jeżeli prawidłowo ukształtowane – są gwarantem prawidłowych decyzji co do zachowań zdrowotnych, a w rezultacie zdrowego życia. Im wyższe poczucie koherencji, tym większe zadowolenie z życia i wyższy poziom zdrowia. Poczucie koherencji rozwija się w ciągu całego życia człowieka poprzez zdobywane doświadczenia. Dzieciństwo i dorastanie wydaje się jednak odgrywać najistotniejszą rolę w jej kształtowaniu ze względu na rozwój psychospołeczny w tym okresie (podrozdział „Rozwój Kompetencji Samoopiekuńczej”). Niezmiernie ważne jest, by wspomagać jej rozwój poprzez promocję zdrowia w wychowaniu oraz edukacji dzieci i młodzieży, ale także w odniesieniu do działalności promującej zdrowie i leczniczej jednostek systemu opieki zdrowotnej. Antonovsky podkreśla, że wzmacnianie zrozumiałości, zaradności i sensowności ma istotne znaczenie dla przebiegu relacji lekarz–pacjent i wpływa na efekty procesu leczniczego<sup>22</sup>.

Ostatni element Salutogenezy, czyli zachowania zdrowotne i styl życia, Antonovsky omówił w części poświęconej kształtowaniu koherencji, której rozwój bezpośrednio wpływa na podejmowane zachowania i przyswajane nawyki, a przez to i styl życia. Antonovsky zwracał uwagę, iż należy ukierunkowywać uwagę człowieka na te zachowania, które sprzyjają pozytywnym doświadczeniom zdrowotnym rozwijającym zasoby ludzkie i poczucie koherencji i są gwarantem stylu życia sprzyjającego zdrowiu<sup>23</sup>. Wpływ wszystkich elementów paradygmatu na poczucie bycia zdrowym, wybór odpowiednich zachowań zdrowotnych i postawę wobec zdrowia pokrywa się w swoich założeniach i skutkach z teoriami przyczyn deficytów funkcji samoopiekuńczej przedstawionymi w dalszej części rozdziału.

#### **4. Modele społecznej psychologii poznawczej – modele teoretyczne wyjaśniające zachowania zdrowotne i ich zmianę**

Psycholodzy opracowali wiele modeli (wzorów, algorytmów) wyjaśniających w sposób kompleksowy formowanie się zachowania człowieka ukierunkowanego na cel, i ze względu na ogólne kategorie tych modeli mogą służyć do wyjaśniania każdej formy zachowania celowego i jego potęgowania. Są bardzo istotnym elementem opracowania działań profilaktycznych i promocji zdrowia z punktu widzenia praktyki zawodowej lekarzy i pielęgniarek<sup>24</sup>. Wyróżnia się 3 grupy modeli ze względu na wyjaśniany zakres zachowania: modele motywacyjne, procesualne i fazowe oraz postintencjonalne.

<sup>21</sup> M. Piotrowicz, D. Cianciara, *Teoria Salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2011, 65: 521–527, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

<sup>22</sup> A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Wyd. Fund. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.

<sup>23</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

<sup>24</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencyjnych kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008.

#### 4.1. Modele motywacyjne

Model Przekonań Zdrowotnych HBM, Teoria Uzasadnionego Działania TRA i Teoria Planowanego Działania TPB to najstarsze modele, które dotyczą czynników motywacyjnych, wyjaśniając czy dana osoba formułuje intencję (chęć) zmiany zachowania opartą na motywacji, użyteczności i spostrzeganych korzyści przez jednostkę, czyli czy dokonuje kalkulacji opłacalności podjęcia danego zachowania. Model Przekonań Zdrowotnych powstał w USA na bazie psychologicznej teorii podejmowania decyzji i miał wyjaśnić w jaki sposób kształtuje się gotowość do zachowań profilaktycznych. Według tego modelu, aby podjąć decyzję (na przykład o szczepieniu ochronnym) człowiek musi postrzegać podatność na chorobę związaną ze szczepieniem (subiektywne poczucie zagrożenia lub powagi choroby), widzieć więcej korzyści niż kosztów z tym związanych oraz mieć świadomość przydatności (poczucie użyteczności) swojego działania, co w efekcie tworzy gotowość do podjęcia decyzji o przykładowym szczepieniu. Kolejne warunki do spełnienia działają już jak mechanizm spustowy (na przykład rada lub choroba bliskiej osoby albo akcja w mediach dostosowana do wieku, klasy społecznej, typu osobowości co osoba podejmująca decyzję) – tzw. zmienne pośredniczące<sup>25</sup>.

TRA i TPB wyjaśniają formowanie zachowań nie tylko prewencyjnych. Uwzględniają również wpływy społeczne, intencję oraz wolicjonalność, czyli kwestię woli i wolnego wyboru decydenta o podjęciu danego zachowania. Punktem inicjowania zachowania jest intencja (zamiar), oparta na subiektywnych odczuciach zbudowana na przekonaniach osób znaczących dla decydenta i chęci (motywacji) spełnienia tych oczekiwań, oraz ocena że dane zachowanie się opłaca i pomyślnie się zakończy. Intencji (zamiarom) musi towarzyszyć poczucie kontroli nad podejmowanym zachowaniem oparte na przeszłych doświadczeniach z nim związanych lub doświadczeniach „z drugiej ręki”. Obie teorie – TRA i TPB – są szeroko wykorzystywane w promocji zdrowia w celu zachęcania ludzi do podejmowania takich zachowań jak ćwiczenia fizyczne, stosowanie diety prozdrowotnej, ograniczanie spożycia używek czy nawet przekonanie do karmienia naturalnego<sup>26</sup>.

#### 4.2. Modele procesualne i fazowe

Model fazowy (transteoretyczny i stadialny) stworzony został dla celów mierzenia procesu psychoterapii, służąc opisom i badaniu zmian myślenia i zachowania zachodzącego w stadiach:

- prekontemplacji – kiedy osoba nie jest w ogóle świadoma istnienia problemów wynikających z zachowań ryzykownych dla zdrowia;
- kontemplacji – moment kiedy zdobywana jest wiedza jako podstawa rozważań nad zmianą zachowania – osoba dowiadyuje się, że praktykowane przez nią zachowanie jest szkodliwe dla zdrowia;
- przygotowania do działania – trwa około 1 miesiąca, kiedy to wzrasta świadomość skutków zachowań antyzdrowotnych i maleje przyjemność z ich praktykowania;

<sup>25</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

<sup>26</sup> Ibidem.

- podjęcia aktywności – wdrażane są nowe, prozdrowotne zachowania, zmieniane jest także otoczenie, zdobywane są nowe doświadczenia;
- utrzymania korzystnych zachowań zdrowotnych – stadium rozpoczyna się po 6 miesiącach od podjęcia działań, zachowania prozdrowotne zostają utrwalone i stają się elementem stylu życia;
- stadium nawrotu – przy braku wsparcia, następuje powrót do zachowań szkodliwych<sup>27</sup>.

Wyróżnienie stadiów podkreśla różne procesy poznawcze zachodzące u osoby zaangażowanej w kształtowanie i zmianę zachowań, takie jak wiedza o zdrowiu, świadomość, samoświadomość, typ reagowania emocjonalnego, błędy percepcji, ocena poziomu ryzyka i sytuacji społecznej. W stadiach wyróżniono także procesy regulacyjne, czyli tworzenie własnych zamiarów, zmiany zachowania czy zaangażowanie. Na bazie tego modelu powstają programy profilaktyczne i Programy Interwencji Zdrowotnej (ogólnokrajowe i wojewódzkie, na przykład: Programy Sekcji Oświaty Zdrowotnej: Program – „Trzymaj Formę”, Program Ograniczanie Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, Krajowy Program Przedszkolnej Edukacji Antytytoniowej pt. „Czyste powietrze wokół nas”, Edukacja antytytoniowa dla uczniów klas I–III szkół podstawowych).

Procesualny model zachowań zdrowotnych ukazuje fazowość powstawania zachowań: fazę motywacyjną i realizacji działania, czyli fazę wolicjonalną. Motywacja powstaje w oparciu o intencję, a następnie planowanie działania. To czy dane zachowanie zostanie podjęte zależy od jego indywidualnie postrzeganej skuteczności, oczekiwań dotyczących efektów działania i spostrzeganego ryzyka. W fazie wolicjonalnej osoba dokonuje oceny skuteczności utrzymania działania i ograniczenia nawrotów zachowań antyzdrowotnych, co decyduje o powodzeniu zmiany zachowania. Model ten wykorzystywany jest w promocji zdrowia dotyczącej aktywności fizycznej<sup>28</sup>.

#### 4.3. Modele postintencjonalne

Modele te skupiają się na czynnikach występujących po zaistnieniu zamiaru, czyli pożądanego celu działania przy podejmowaniu decyzji o zachowaniu zdrowotnym. Po wolicjonalnej fazie zmiany zachowania osoba planuje czas, miejsce i sposób rozpoczęcia nowych zachowań zdrowotnych (np. od 1 stycznia codziennie wieczorem w domu rozpoczną godzinne treningi), następnie rozpoczyna się faza działania. Efektywność działania osoby zależy od koncentracji uwagi na informacjach podtrzymujących zamiar zmiany zachowania i sile wzbudzania uczuć wzmacniających ten zamiar i jego realizację np. informacje w mediach, czy wsparcie osób bliskich. Ważna jest także kontrola swojego działania, której rezultatem jest pozytywna ocena własnej skuteczności. Reasumując, modele postintencjonalne zajmują się czynnikami wpływającymi na wykonanie już istniejącego zamiaru.

Wszystkie wspomniane modele wykorzystywane są w projektowaniu działań promocji zdrowia lub w profilaktyce zdrowotnej<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> Ibidem.

<sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> Ibidem.

## 5. Znaczenie kompetencji samoopiekuńczej w aspekcie zachowań zdrowotnych

### 5.1. Wyjaśnienie przyczyn jej deficytów w wybranych teoriach psychologicznych

Funkcja samoopiekuńcza jest umiejętnością pozwalającą na utrzymanie zdrowia, jego potencjalizację oraz możliwie najefektywniejsze przywrócenie w razie choroby. Obejmuje ona troskę o zdrowie fizyczne i psychiczne, prezentując świadomość własnego zdrowia i osobistą odpowiedzialność za jego stan. W zakresie zdrowia fizycznego funkcja samoopiekuńcza obejmuje dbałość o utrzymanie higieny, właściwe odżywianie się, praktykowanie niezbędnej aktywności fizycznej, uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, samoleczenie drobnych dolegliwości, unikanie czynników szkodliwych dla zdrowia (użytki, substancje psychoaktywne, nadmierne opalanie się). W zakresie zdrowia psychicznego oznacza umiejętność samoopieki pozwalającą unikać obciążenia nadmiernym stresem, umiejętnie dystansować się wobec problemów, dostarczać sobie pozytywnych wzmocnień, pielęgnować trwałe i satysfakcjonujące relacje interpersonalne – niezmiernie ważne z punktu widzenia także roli wsparcia. Pozwala rozwijać i utrzymać optymistyczne myślenie, nadzieję i adekwatnie ukształtowaną, niezaniżoną samoocenę<sup>30</sup>.

Można się pokusić o stwierdzenie, iż funkcja samoopiekuńcza jest najważniejszym czynnikiem warunkującym podejmowanie zachowań prozdrowotnych, a przez to warunkującym zdrowy styl życia dorosłego człowieka. Prezentuje ona różne formy przejawów troski o siebie i umiejętności pielęgnowania swego zdrowia i dobrostanu. Rozwijają się u każdego człowieka już od wczesnego dzieciństwa, chociaż formy jej uzewnętrznienia są różne i zależne od wieku. Dbałość o jej prawidłowy rozwój od wczesnego dzieciństwa i na każdym etapie dojrzewania młodego człowieka powinna być istotą wychowania zdrowotnego, a przez to i programów profilaktycznych realizowanych w ramach szeroko pojętej promocji zdrowia wobec wychowanków, jak i opiekunów. Opiekunom (rodzicom) i wychowawcom promocja zdrowia powinna uświadamiać wartość funkcji samoopiekuńczej oraz prawidłowy sposób jej rozwijania, by stanowiła następnie bazę wiedzy do inicjowania zachowań zdrowotnych, samorozwoju w zdrowiu i tzw. samoregulacji ich wychowanków w życiu dorosłym.

Człowiek zdolny do efektywnej samoregulacji posiada świadomość zakresu wiedzy o swoim funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym, o własnej wytrwałości w działaniu i szczególnych zdolnościach, i co najważniejsze, potrafi tę wiedzę wykorzystać, dzięki czemu jego działanie jest skuteczne, łatwiej osiąga założone cele oraz ponosi mniej kosztów i strat tego działania<sup>31</sup>.

### 5.2. Rozwój kompetencji samoopiekuńczej

W sytuacji zdrowia, jak również choroby, zachowania zdrowotne odzwierciedlają zwyczaję i praktyki rodziców. Rozwój funkcji samoopiekuńczej u dziecka zależy od

<sup>30</sup> B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4), s. 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

<sup>31</sup> Ibidem.

jego rodziców, którzy z jednej strony są modelami zachowań, a z drugiej rozwijają intencjonalne (celowe) oddziaływania wychowawcze wobec dziecka. Obie role są niedocenione i pomijane w programach promocji zdrowia dedykowanych młodzieży, osobom planującym założenie rodziny czy rozpoczynającym wychowanie dzieci.

W początkowym etapie rodzice przekazują dziecku proste umiejętności dotyczące higieny ciała, odpowiedniego do pogody ubierania się, spożywania pełnowartościowych potraw, krytycznego traktowania niezdrowych, a reklamowanych i lubianych przez rówieśników, przekąsek i żywności typu fast food. Są pomocni w zaplanowaniu dnia, łączeniu różnych obowiązków, przeżywaniu i ustosunkowaniu się do sukcesów i porażek. Doradzając pomagają tworzyć system wartości, odpowiednio reagować na sukcesy i porażki, zachęcają do kontaktów z kolegami i pomagają ocenić wartość tych kontaktów. W miarę prawidłowego rozwoju tej funkcji dziecko nabywa samodzielności w zaspakajaniu swoich podstawowych potrzeb, wie jak dawkować proporcje wysiłku i relaksu, wybiera te formy rozrywki, które nie są zagrożeniem dla zdrowia. W wieku dorosłym posiada już w pełni rozwinięte zdolności samoopiekuńcze, czego dowodem jest umiejętność interpretacji sygnałów płynących z ciała, ma swoją hierarchię celów, w której zdrowie stanowi wysoką wartość. W codziennym życiu zachowuje rozwagę i bezpieczeństwo w podejmowaniu ryzyka, buduje zdrowe nawyki przyjmując zdrowy styl życia (odpowiednie dawkowanie snu, racjonalny sposób odżywiania się, stronięcie od substancji szkodliwych i psychoaktywnych, uprawianie sportu, podejmowanie zdrowotnych działań profilaktycznych i przyjmowanie odpowiednich postaw w okresie chorób i infekcji)<sup>32</sup>.

Funkcja samoopiekuńcza wymaga ciągłego wzmacniania i rozwijania ze względu na różne potrzeby warunkowane wiekiem oraz zmieniającymi się czynnikami środowiskowymi (czynniki ryzyka, pełnione role społeczne, wsparcie) i zmieniającą się wiedzą w zakresie zdrowia i zachowań prozdrowotnych. Dbalność o siebie zapewnia dobre i długie zdrowie w wieku starszym oraz lepszą jakość życia. Niedostateczny rozwój tej funkcji skutkuje podejmowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia i to zdrowie obciążających, na przykład: nadmierne przeciążenie pracą prowadzi do przekroczenia możliwości adaptacyjnych organizmu: ilościowych, nadmiarem godzin fizycznie przepracowanych i jakościowych, przez obciążenie nadmiernym stresem. Skutkuje także podejmowaniem i utrwalaniem niekorzystnych nawyków behawioralnych związanych ze zdrowiem, takich jak zaniedbywanie leczenia, unikanie form profilaktyki zdrowotnej<sup>33</sup>.

### 5.3. Psychospołeczne aspekty etapów dorastania i dojrzałości w aspekcie funkcji samoopiekuńczej i promocji zdrowia

Z punktu widzenia promocji zdrowia na każdym etapie rozwoju człowieka należy zwrócić uwagę na charakterystyczne momenty dotyczące psychospołecznych aspektów tego rozwoju, stanowiących zagrożenie albo wręcz przeciwnie – potencjał dla rozwoju zachowań zdrowotnych i zdrowia.

<sup>32</sup> Ibidem.

<sup>33</sup> Ibidem.

E. Erikson wyróżnia osiem stadiów rozwoju psychospołecznego<sup>34</sup>.

1. **Okres niemowlęcy** (do 1 r.ż.) to osiągnięcie zaufania do opiekuna, rodzica, który – pomimo dobrych intencji – może być również źródłem zagrożenia dla dziecka. Człowiek na każdym etapie życia doświadcza zmian w różnych sferach swojego funkcjonowania, ale to właśnie niemowlęstwo i wczesne dzieciństwo są okresami, w których zmiany rozwojowe są bardzo szybkie i mają ogromne znaczenie dla dalszego życia<sup>35</sup>.
  2. **Dzieciństwo** (2–3 r.ż.) – osiągnięcie samokontroli i poczucia własnej odrębności. Źródłem zagrożenia dla dziecka w tym okresie – w przypadku nieprawidłowych metod wychowawczych – mogą być żłobki i przedszkola.
- Z punktu widzenia ważnych procesów rozwojowych pierwsze trzy lata życia dziecka to kamienie milowe w jego rozwoju – tak określiła ten ważny czas Brzezińska w swoim podręczniku dla wychowawców. W pierwszym roku życia (tj. na pierwszym etapie tego ważnego okresu) tworzą się podstawy regulacji zachowania oparte na związku z głównym opiekunem nazywane diadyczną regulacją, w której aktywność dziecka zmienia się, przechodząc od sygnalizowania potrzeb do wzajemnej wymiany informacji z rodzicem. Kolejny etap to drugi i trzeci rok życia, w którym wzrasta autonomia dziecka i zdolność do samodzielnego normowania swoich stanów emocjonalnych – relacja z dorosłym nabiera charakteru partnerstwa. Nieprawidłowe relacje z opiekunem w tym okresie wpływają na zaburzenia kształtowania się całego systemu emocjonalnego dziecka. To powód, dla którego rodziców i opiekunów określa się mianem źródła zagrożenia dla dziecka w tym najważniejszym dla niego okresie życia<sup>36</sup>.
3. **Wiek zabawy** (4–5 r.ż.) to ukształtowanie orientacji dziecka na cele i inicjatywność w działaniu. Źródłem zagrożenia są mass media.
  4. **Wiek szkolny** (6–12 r.ż.) to czas osiągnięcia przez dziecko poczucia własnej kompetencji. Źródłem zagrożenia jest nieprawidłowe wychowanie seksualne<sup>37</sup>.

W Światowej Deklaracji Zdrowia z 1998 r. „Zdrowie XXI wieku” zdecydowanie podkreślono konieczność podjęcia inicjatyw ukierunkowanych na zdrowie już w okresie wczesnego dzieciństwa. Najważniejszym działaniem promocji zdrowia na rzecz całościowego rozwoju zdrowia dziecka jest zrozumienie przez rodziców istoty odpowiedzialności za zdrowie psychiczne i fizyczne dziecka niemalże od momentu jego poczęcia oraz podejmowanie świadomego, intencjonalnego (celowego) procesu jego kształtowania. Akcentowano następujące działania na wyżej wymienionych etapach rozwoju dziecka:

- promocja wartości naturalnego karmienia i jego znaczenia dla zdrowia matki i dziecka oraz interakcji między nimi;
- rozwój u niemowlęcia poczucia bezpieczeństwa, ufności i przywiązania;
- zapobieganie przemocy stosowanej wobec małych dzieci;

<sup>34</sup> E. Homburger Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Wydawnictwo Rebis, Poznań 1997.

<sup>35</sup> M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela, Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

<sup>36</sup> Ibidem.

<sup>37</sup> E. Homburger Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Wydawnictwo Rebis, Poznań 1997.

- kształtowanie nawyków prozdrowotnych: ruch, wypoczynek, zdrowe żywienie, czynności higieniczne;
- stymulowanie rozwoju funkcji motorycznych, recepcyjno-poznawczych i aktywności twórczej;
- nabywanie i kształtowanie umiejętności społecznych: komunikowania się w grupie rówieśniczej, rozwiązywania problemów, reagowania na sytuacje stresowe, rozpoznawania własnych możliwości i ograniczeń, zrozumienie siebie i otaczającego świata.

Od 6 roku życia w rozwoju dziecka pojawiają się nowe i ważne zadania związane z adaptacją w szkole, wchodzeniem w nowe role społeczne, nawiązywaniem nowych kontaktów i sprośaniem obowiązkowi szkolnym. Wyzwania te mogą powodować większe obciążenie psychiczne<sup>38</sup>.

Proces nabywania umiejętności społecznych przez dzieci powinien odbywać się w sposób zaplanowany przez przekazywanie wiedzy oraz przez trening tych umiejętności prowadzony przez opiekunów (rodziców) i wychowawców. Niemowlęta i małe dzieci, które doświadczają właściwej opieki, tworzą względnie trwałe przekonanie, że inni ludzie są dostępni i życzliwi. W kolejnych okresach rozwoju, dzieci te okazują więcej ciekawości, zaangażowania w aktywność i spontaniczność w kontaktach społecznych. Są przekonane o własnej wartości oraz pozytywnych intencjach innych ludzi, co pomaga im swobodnie nawiązywać oraz utrzymywać przyjaźnie i związki z innymi. W sytuacjach konfliktów i trudności potrafią aktywnie poszukiwać rozwiązań<sup>39</sup>.

#### 5. Wczesna adolescencja (13–17 r.ż.).

#### 6. Późna adolescencja (18–22 r.ż.)

Dla wczesnej i późnej adolescencji charakterystyczne uzyskiwanie jest odpowiedzi na stawiane sobie przez dorastających pytania: Kim jestem? Kim mogę być? Zagrożeniem są używki oraz silny wpływ otaczającego środowiska (przypomnijmy, iż w 20% to właśnie ono odpowiedzialne jest za kształtowanie zachowań zdrowotnych, a przez to i zdrowia). Okres dojrzewania rozpoczyna się około 11–13 roku życia. Młodzież poznaje tajniki wiedzy zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego, co jest bazą nabywania umiejętności dbania o własne zdrowie, rozbudza zainteresowanie własną osobą i swoją indywidualnością i pozwala kształtować zachowania sprzyjające zdrowiu. W procesie dojrzewania psychicznego i emocjonalnego młodzież odkrywa własne zainteresowania i system wartości moralnych, swoje słabe i mocne strony, wady i zalety oraz całą rozpiętość przeżywanych emocji. Niezmiernie ważną domeną (obszarem, światem) dojrzewających młodych ludzi są kontakty w grupie rówieśniczej oraz rodzące się zainteresowania płcią przeciwną<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> M. Czub, A. I. Brzezińska, K. Applet, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem jako wyzwanie dla polityki społecznej i oświatowej*, „Polityka Społeczna” 2012, numer tematyczny pt.: *Polityka edukacyjna: wyzwania i szanse*, 1, s. 19–23.

<sup>39</sup> M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, w: *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

<sup>40</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008.

W tym okresie funkcja samoopiekuńcza powinna być już tylko modelowana, bieżąco nabywaną wiedzą i własnym doświadczeniem na mocnych podstawach uformowanych w okresie wczesnodziecięcym. Wzmacniana jest przez wsparcie najbliższych i autorytety.

**7. Wczesna dorosłość** (23–34 r.ż.) to czas charakteryzujący się osiągnięciem zdolności do miłości (bez utraty poczucia własnej tożsamości), dalszym rozwojem osobowości i kształtowaniem gotowości do realizacji ważnych zadań społecznych. To okres bardzo ważny dla sfery psychicznej dorastającego<sup>41</sup>.

Niezmiernie ważna w tym okresie pod względem psychologicznym jest promocja zdrowia psychicznego ukazująca dorastającemu młodemu człowiekowi wiedzę o zdrowiu psychicznym, jego rozwoju i kształceniu kolejnych kompetencji osobistych. Te kompetencje będą fundamentem osobowości niezbędnym do skutecznego zarządzania sobą i swoimi talentami, kluczowym warunkiem w samorealizacji i osiągnięciu założonych celów. W tym okresie rozpoczyna się świadome inicjowanie złożonych zachowań prozdrowotnych.

**8. Średnia i późna dorosłość** (35–61 r.ż.) oraz starość. Średnia dorosłość to czas samorealizacji, wykorzystywania swojego potencjału. Późna dorosłość, a następnie starość z jednej strony to czas osiągnięcia w wyniku bilansu życia mądrości życiowej (zdobytej wiedzy i umiejętności), z drugiej pojawiania się nowych problemów związanych z procesem starzenia się, pogarszaniem się stanu zdrowia i sytuacji socjalnej, której najbardziej dotkliwe elementy to przejście na emeryturę i poczucie osamotnienia. Na tym etapie promocja zdrowia powinna skupiać się na wzmacnianiu pozostałych, sfery zdrowia psychicznego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym i utracie niezależności (fizycznej i psychicznej).

Zachowania zdrowotne w tym okresie życia podejmowane są na zasadzie wyuczonych schematów i przyzwyczajzeń ukształtowanych we wcześniejszych okresach życia. Inicjowane są także stanem zdrowia fizycznego i psychicznego. Wyzwaniem dla promocji zdrowia jest zmiana niezdrowych nawyków i niezdrowego stylu życia, zmobilizowanie do prowadzenia aktywności życiowej by jak najdłużej zachować samodzielną. Zadania te realizowane powinny być przez podstawową opiekę zdrowotną (lekarz POZ, pielęgniarki środowiskowe), kluby, stowarzyszenia, programy dla seniora (szczępień, edukacyjne)<sup>42</sup>.

Podstawy zdolności do satysfakcjonującego i efektywnego funkcjonowania tworzą się w pierwszych latach życia w kontekście związków z najbliższymi opiekunami. Pierwsze lata życia to baza, podstawa, na której opiera się dalszy rozwój dziecka. Związek z najbliższymi opiekunami, bardzo silnie wpływa na to, jakim człowiekiem będzie w przyszłości dziecko, – na ile będzie samodzielne, jaki będzie miało stosunek do świata, wartości zdrowia, jaki będzie miało stosunek do siebie samego, a także jakie będzie przyjmowało postawy zdrowotne. Aby rozwój dziecka mógł przebiegać prawidłowo – zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym – musi ono znaleźć się w otoczeniu, które nie tylko zaspokaja jego potrzeby fizjologiczne, ale również umożliwia mu nawiązanie bliskiej więzi z jedną, wybraną osobą, która zapewniając dziecku poczucie

<sup>41</sup> Ibidem.

<sup>42</sup> Ibidem.



bezpieczeństwa, umożliwia mu usamodzielnianie się i wchodzenie w świat szerszych kontaktów społecznych. Najważniejsze procesy rozwojowe w tym okresie to ustanowienie relacji przywiązaniowej z głównym opiekunem oraz kształtowanie się, na tej bazie, podstaw regulacji procesów wewnętrznych i zachowania. Rozwój podmiotowej samoregulacji ma ścisły związek ze zdolnością do stabilizowania pobudzenia fizjologicznego i stanów emocjonalnych, która rozwija się od początku życia dzięki relacji z rodzicem (lub innym głównym opiekunem) wspomagającym niemowlę w modulowaniu pobudzenia. Rodzice opiekując się dzieckiem i kojąc je w chwilach napięcia wpływają na kształtowanie się aktywności i struktury połączeń w mózgu, które stają się podstawą późniejszego samodzielnego regulowania emocji. To podstawa nabywania przez dziecko umiejętności samoregulacji tj. zdolność do tolerancji emocji i dostosowywania się do sytuacji, kontrola swoich reakcji, odzyskiwanie równowagi i uświadamianie sobie swoich przeżyć, czy wreszcie wyrażanie emocji i stanów wewnętrznych, które kształtują rozwój układu nerwowego dziecka<sup>43</sup>. Dlatego dobrze zorganizowany i zintegrowany system wczesnej opieki (w tym zdrowotnej) i edukacji, pomimo iż jest dużym wyzwaniem dla każdego państwa, powinien być najważniejszym elementem polityki zdrowotnej. Wiąże się z koniecznością zmian w świadomości społecznej profesjonalistów, rodziców oraz osób odpowiedzialnych za kształt państwa. Ponadto wymaga przeznaczenia odpowiednich środków finansowych. Doświadczenia wielu państw i badania prowadzone w tym temacie pokazują, iż inwestycja we wczesny rozwój dzieci jest pod każdym względem korzystna. Prawidłowy rozwój w pierwszych latach życia znacząco zwiększa szanse na dłuższe kontynuowanie nauki i skuteczność w znajdowaniu pracy, a także przeciwdziała wykluczeniu społecznemu i zmniejsza chorobowość w życiu dorosłym<sup>44</sup>.

5.4. Psychologiczne mechanizmy chorób i dysfunkcji somatycznych – wyjaśnienie następstw zaburzeń rozwoju i deficytów funkcji samoopiekuńczej w teoriach psychologicznych

#### 5.4.1 *Koncepcje psychodynamiczne wyjaśniające choroby i dysfunkcje*

- Koncepcja Freuda – mechanizm konwersji

W swoich pracach Freud próbował udowodnić tezę, iż choroby somatyczne i ich objawy są wynikiem konwersji wypartych w dzieciństwie treści popędowych libido. Wyobrażenie niemożliwe do przyjęcia (tęsknoty, lęki) staje się nieszkodliwe przez to, że pobudzenia z nim związane zostają zamienione w cielesne symptomy: brak czucia, ból, wymioty czy czkawka. Są one symboliczne i pełnią funkcję obronną. Pomimo, iż te objawy mogą dostarczać pewnego rodzaju cierpienia, rozładowują napięcie emocjo-

<sup>43</sup> M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, red. A. Izabela Brzezińska, Seria I, *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Warszawa 2014, Instytut Badań Edukacyjnych, s. 165.

<sup>44</sup> M. Czub, A. I. Brzezińska, K. Applet, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem jako wyzwanie dla polityki społecznej i oświatowej*, „Polityka Społeczna” 2012, numer tematyczny pt.: *Polityka edukacyjna: wyzwania i szanse*, 1, s. 19–23.

nalne. Są także formą ucieczki od trudności, co wykorzystano w późniejszych teoriach jako jeden z mechanizmów reakcji (ucieczki) na sytuację stresową<sup>45</sup>.

- **Koncepcja Franza Aleksandra – Centralny Konflikt**

Według Aleksandra dla każdej choroby już we wczesnym dzieciństwie kształtuje się swoisty Centralny Konflikt Intrapsychiczny, który wynika ze sprzecznych tendencji do:

- dawania i brania;
- zatrzymywania i usuwania;
- zależności i autonomii.

Tym sprzecznościom dynamicznym towarzyszą emocje i wyuczone wzory reagowania wegetatywnego. Konflikty emocjonalne występują w różnych fazach rozwoju psychoseksualnego i wiążą się z pobudzeniem emocjonalnym i reakcjami fizjologicznymi. Jednym ze wzorów reagowania jest psychodynamika choroby nadciśnieniowej, która jest przejawem tendencji do wrogiej rywalizacji i obaw przed odwetem, co prowadzi do narastania lęku, a hamowanie agresywnych impulsów wyzwala reakcje fizjologiczne – wzrost ciśnienia. Czynniki warunkujące konflikt to dany typ osobowości ukształtowany przez konflikty wczesnego dzieciństwa oraz sytuacja reaktywująca dawny konflikt lub konstytucjonalna słabość narządu (wrodzona słabość lub dysfunkcja)<sup>46</sup>.

- **Koncepcja Maxa Schura: Teoria desomatyzacji i resomatyzacji**

Koncepcja Schura, opisując rozwoju dziecka, wyróżnia 3 etapy przedstawiając mechanizmy i skutki działania wczesnodziecięcych konfliktów:

- etap somatyzacji – występuje u małego dziecka, które reaguje na zagrożenie reakcją emocjonalną, ruchową i wegetatywną (bicie i kołatanie serca, bóle brzucha, wzdęcia, zaparcia, biegunki, nudności, inne);
- etap desomatyzacji – występuje po okresie niemowlęcym, kiedy człowiek uczy się oddzielać przeżycia i reakcje psychiczne od reakcji somatycznych, które w wieku dorosłym ujawniane są jedynie w niewielkim stopniu. Następuje rozwój struktur poznawczych i emocji. Dziecko uzyskuje zdolność oddzielania sfery psychicznej i somatycznej, przestaje reagować somatyzacją na pobudzenie i ograniczone zostają zjawiska rozładowania wegetatywnego;
- etap resomatyzacji – ponownego reagowania somatycznego, gdy próg trudności przekroczy poziom możliwości adaptacyjnych człowieka. Charakterystyczne dla osób ze słabym procesem ego (osobowości), odnawiają się wczesnodziecięce konflikty lub traumatyzujące wydarzenia, co prowadzi do odnowienia somatyzacji i rozwoju zaburzeń psychosomatycznych<sup>47</sup>.

- **Psychoanalityczna Teoria Afektu Henry'ego Krystala – Koncepcja Traumatycznej Relacji**

Kryształ swoją koncepcję opiera na teorii somatyzacji Maxa Schura. Próbuje wyjaśnić proces rozwoju funkcji samoopiekuńczej, która rozwija się podczas wczesnej

<sup>45</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

<sup>46</sup> Ibidem.

<sup>47</sup> Ibidem; B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4): 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

relacji z obiektem, a sytuację zaburzeń rozwoju tej funkcji nazywa Traumą. Zdaniem Krystal'a trauma wczesnodziecięca zaburza i opóźnia rozwój opracowania poznawczego przeżyć afektywnych – emocji<sup>48</sup> (opracowanie poznawcze = odbieranie informacji z otoczenia, przetwarzanie ich i wykorzystywanie do kierowania własnym lub cudzym zachowaniem). Powstaje ona na skutek silnie działających bodźców. Trauma wczesnodziecięca typu I (zwana resomatyzacją) spowodowana jest jednorazowym wydarzeniem urazowym, np. związanym z pozostawieniem dziecka bez opieki i narażeniem go na zagrożenie jego życia czy zdrowia. Trauma wczesnodziecięca typu II (niepowodzenie desomatyzacji) nazywana traumą relacyjną lub przywiązania spowodowana jest skumulowanym wpływem przewlekle działających bodźców urazowych takich jak oddzielenie od opiekuna wskutek wyjazdu czy hospitalizacji, brak systematycznego zabezpieczania dziecka, jego zaniedbywanie, maltretowanie dziecka, chłodne lub niestabilne postępowanie opiekuna, nadmierne, bardzo ściśle kontrolowanie dziecka i ingerowanie w jego cielesność – molestowanie seksualne dziecka.

Dziecko początkowo nie posiada zdolności samoukojenia, umożliwia mu to obiekt przejściowy (który oznacza jakąś rzecz mającą dla niego szczególne znaczenie, na przykład zabawka, kocyk). Ułatwia on dziecku wyciszenie się i zaśnięcie, gdy jest jeszcze zbyt małe, by tworzyć poznawczą reprezentację opiekuna i podczas jego nieobecności przewidywać i spodziewać się jego powrotu. Zdaniem Krystal'a, wskutek traumy dochodzi do wyżej wymienionego następowego opóźniania rozwoju opracowania poznawczego przeżyć afektywnych (emocjonalnych) i dziecko nie potrafi korzystać z obiektu przejściowego, co w konsekwencji powoduje zmniejszoną zdolność do samouspakajania się i troski o siebie. Zdarza się również, że to opiekun uniemożliwia dziecku wykorzystywanie obiektu przejściowego i dąży do pełnej, całkowitej kontroli (omnipotencji) w zaspakajaniu potrzeb dziecka.

Trauma nie może być przez dziecko zwerbalizowana i ulega wczesnodziecięcej amnezji. Jej wpływ na rozwój dziecka jest jednak ogromny. Opóźnia lub uniemożliwia ona przebieg pełnego procesu desomatyzacji w wieku dziecięcym albo powoduje resomatyzację w wieku późniejszym – dorosłym (ponowne reagowanie somatyczne w postaci zaburzeń układu autonomicznego związane z nieuświadomionym lękiem i napięciem dając dolegliwości bólowe o nieznanym pochodzeniu, bóle brzucha, wymioty/nudności, ściskanie w gardle, szumy w uszach, czy omdlenia/zasłabnięcia), gdy próg trudności sytuacji stresowych przekroczy poziom możliwości adaptacyjnych człowieka. Jeśli u osoby z traumą typu II dojdzie do urazowego zdarzenia o charakterze traumy I typu, może rozwinąć się choroba psychosomatyczna.

W normalnych warunkach, bezpiecznych relacji z opiekunem dziecko zdobywa stopniowo takie doświadczenie (dzięki procesom przywiązania), które umożliwia mu rozwój emocji w kierunku uniezależnienia się od zjawisk somatycznych (desomatyzacja). Różnicują się jego emocje, pojawiają się możliwości werbalizacji tych emocji i dochodzi do prawidłowego poznawczego „opracowania”, co następnie stanowi bazę do rozwoju funkcji samoopiekuńczej<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> H. Krystal, *Alexithymia and psychotherapy*, „Am J Psychotherapy” 1979, 33, 1: 17–31.

<sup>49</sup> B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4): 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

### Źródła Aleksytymii

W sytuacji braku przywiązania opiekunów lub gdy ich zachowanie jest powodem powtarzających się doświadczeń traumatyzujących u dziecka (np. gdy matka nie potrafi być ochroną dla swojego dziecka i podążać za jego egzystencjalnymi i rozwojowymi potrzebami) powstają zaburzenia rozwoju afektu, które są przyczyną powstania aleksytymii. Jest ona niewątpliwie związana z niepowodzeniem desomatyzacji i konsekwencjami traumy relacyjnej<sup>50</sup>.

Ta dysfunkcjonalność w rozwoju emocjonalnym spowodowana traumatycznymi, wczesnodziecięcymi doświadczeniami polega na:

- trudności w identyfikowaniu emocji;
- niezdolności do werbalizacji emocji;
- trudności w rozumieniu emocji innych ludzi;
- niezdolności do odróżnienia pobudzenia fizjologicznego od emocji;
- operacyjnym stylu myślenia;
- ubóstwie wyobrażeń i fantazji;
- dominacji emocji negatywnych, trudności w przeżywaniu emocji pozytywnych<sup>51</sup>.

W aleksytymii emocje nie ułatwiają dokonywania wyborów i podejmowania decyzji, nie mają bowiem charakteru sygnalizacyjnego, a osoba aleksytymiczna nie potrafi ich zużytkować w procesie samoregulacji, przez co jest obojętna wobec swego zdrowia. Trudności w odróżnieniu przeżyć emocjonalnych od doznań cielesnych uniemożliwiają troskę o siebie (np. nie odróżnia odczucia podniecenia od odczuwania dreszczy z powodu zimna). W rezultacie powoduje niedorozwój mechanizmów samoopieki. Emocje pozostają dla przeżywającego wielką niewiadomą i nie stanowią pomocy w realizacji samoregulacji w taki sposób, aby przynosiła ona zaspokojenie potrzeb. Ta niezdolność do uzyskania dostępu do swoich procesów emocjonalnych przez przeżytą traumę lub konflikt widoczna jest na przykład u dzieci alkoholików, które potrafią się troszczyć o wszystkich, z wyjątkiem siebie. Niepowodzenie funkcji samoopiekuńczej przejawiać się także może w dziecięcej otyłości czy spędzaniu wielu godzin przy komputerze, bądź też w nadmiernym, nieproporcjonalnym do przyczyny, przeżywaniu porażek, które mają destrukcyjny wpływ na samoocenę dziecka<sup>52</sup>.

### Rola przywiązania (dziecka do opiekuna) w rozwoju emocjonalnym i znaczenie tych mechanizmów w kształtowaniu się postawy życiowej

Kontynuując rozważania nad zachowaniami rodziców widzimy, że w trakcie rozwoju dziecka tworzy się między nimi pewnego rodzaju więź, przywiązanie uwarunkowane zachowaniem i postawą opiekuna. W trakcie tworzenia się relacji przywiązania, dziecko uwewnętrznia powtarzające się interakcje z opiekunem, co powoduje powstanie tak zwanych wewnętrznych modeli operacyjnych warunkujących postrzeganie przez dziecko świata i siebie samego, regulacje jego emocji oraz kształtowanie się funkcji samoopiekuńczej w życiu dorosłym. Rozwój tej omówionej już wcześniej podmio-

<sup>50</sup> Ibidem.

<sup>51</sup> Ibidem.

<sup>52</sup> B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4), s. 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

towej samoregulacji ma ścisły związek ze zdolnością do stabilizowania pobudzenia fizjologicznego i stanów emocjonalnych. Badania wykazały, iż można wyodrębnić cztery wzory przywiązania:

- ufny – wzór ten predysponuje do pomyślnego rozwoju dziecka, w tym funkcji samoopiekuńczej i zachowań prozdrowotnych;
- lękowo-unikający – ma miejsce, gdy opiekun jest wymagający i odrzucający, dziecko tłumnie przykre dla siebie emocje, najbardziej bezpieczną dla niego formą kontaktu z otoczeniem staje się emocjonalny dystans do otoczenia i niechęć do wchodzenia w bliższe relacje, neguje własne potrzeby, ma niestabilne poczucie własnej wartości;
- lękowo-ambiwalentny – powstaje gdy źródłem zaburzeń w rozwoju dziecka jest nieprzewidywalny i niespójny opiekun, który na przemian idealizuje własne dziecko, a następnie je dewaluuje, gdzie serdeczność przeplata się z wrogością. Postawy te kształtują u dziecka niestabilne poczucie swojej wartości, które jest uzależnione od akceptacji innych, wychowane w takiej niesprzyjającej atmosferze uczy się skupiać na sobie uwagę i jednocześnie nie radzi sobie z własnymi emocjami i napięciem, świat dla niego jest nieprzewidywalny, poza jego kontrolą;
- zdeorganizowany – wzorzec tworzy się z dwoma typami opiekunów. Pierwszy w relacji z dzieckiem jest niedostępny, kontrolujący i nadopiekuńczy zarazem. Drugi typ opiekuna jest zaniedbująco-krzywdzący. U dziecka kształtuje się uczucie bezradności i lęku, a kryzys okresu dorastania może nasilać występujące problemy rozwojowe i upośledzenie umiejętności budowania relacji, pogłębia poczucie samotności i izolacji, co jest przyczyną angażowania się w zachowania ryzykowne i uzależnienia<sup>53</sup>.

#### 5.4.2. *Koncepcje psychologii poznawczej*

Wyjaśniają znaczenie schematów poznawczych („poukładanych” informacji z uprzednich doświadczeń z jakimś rodzajem zdarzeń, obiektów lub osób), tworzących się w oparciu o indywidualne przeżycia – zgromadzonego kompendium zdobytej wiedzy, na której następnie oparte jest zachowania. Dla postępowania o charakterze samoopiekuńczym – zdrowotnym, konieczna jest wiedza o czynnikach warunkujących osobiste zdrowie fizyczne i psychiczne, uwrażliwienie i respektowanie sygnałów płynących z organizmu, posiadania przekonań dotyczących kluczowej wartości zdrowia. By móc wdrażać zachowania samoopiekuńcze niezbędne są wzorce, jako pewnego rodzaju drogowskaz w postępowaniu prozdrowotnym. Te wzorce – schematy zawierają przykłady sytuacji, w których zdrowie, bezpieczeństwo i własny rozwój znajdują istotne miejsce, a tworzą się poprzez:

- bezpieczny rozwój we wczesnym dzieciństwie;
- wspomaganie zrozumienia własnych emocji dziecka przez rodziców;
- świadome uczenie się dziecka zdrowych nawyków;
- doświadczenia funkcjonalnego systemu rodzinnego, umiającego uporać się z problemami w sposób konstruktywny, dającego oparcie i stymulującego rozwój osobisty swych członków<sup>54</sup>.

<sup>53</sup> Ibidem.

<sup>54</sup> Ibidem.

Niekorzystne doświadczenia kształtują antyzdrowotne schematy poznawcze, na przykład: „praca ponad wszystko, nawet kosztem zdrowia”, „za wszelką cenę muszę sobie radzić sam”, „w wielu sytuacjach nic nie można zmienić, można tylko spróbować przetrwać”, „na zdenerwowanie najlepiej pomaga zapalenie papierosa, jedzenie lub alkohol”. Dlatego promocja zdrowia powinna nauczać rodziców i propagować dostarczanie przez nich dziecku doświadczeń wspierających postawy takie jak: „zdrowie jest najważniejsze”, „mam prawo do odpoczynku”, „jeśli chcę sobie poradzić, powinienem poszukać wsparcia”, „ruch fizyczny to świetny sposób na odreagowanie stresu”<sup>55</sup>.

#### 5.4.3. *Koncepcje Psychologii Behawioralnej*

Koncepcje te wyjaśniają rozwój funkcji samoopiekunczej drogą uczenia się polegającego na wzmacnianiu pożądanych zachowań, a wygaszaniu niepożądanych oraz na procesach modelowania zachowań osób znaczących<sup>56</sup>.

Modelowanie to przejmowanie zachowań, emocji i przekonań osób, z którymi dziecko jest emocjonalnie związane. Nie jest to proste i wierne naśladowanie zachowania modelu, lecz odtwarzanie jego cech, czynności, nastrojów lub dążenie do tych samych celów. Jest to najważniejsza forma uczenia się w dzieciństwie<sup>57</sup>.

Nagradzanie zachowań korzystnych z punktu widzenia samoopieki prowadzi do powstania utrwalonych, zdrowych nawyków higienicznych, związanych z odżywianiem, snem, aktywnościami prozdrowotnymi. Wygaszanie niekorzystnych zachowań ma natomiast zapobiegać utrwaleniu zachowań sprzecznych ze zdrowym stylem życia. Często błędem popełnianym nieświadomie przez opiekunów jest „troskliwe” zmuszanie dziecka do zjedzenia nadmiernych ilości lub dodatkowych porcji posiłku, kiedy głód jest zaspokojony lub zmuszanie do założenia dodatkowej warstwy odzieży dziecka, które odczuwało komfort cieplny. Nieprawidłowo postępując, opiekunowie uczą dziecko ignorowania sygnałów płynących z ciała i tracenia wrażliwości na te sygnały. Dziecko w konsekwencji zachowuje się „tak jak powinno”, czyli tak jak chce rodzic, a nie zgodnie z tym, jaką odczuwa potrzebę. W sytuacjach bardziej zaawansowanej troski o siebie dochodzi do tzw. konfliktu priorytetów, kiedy rodzice nie uczą lub ograniczają naukę samodzielności dzieci i wolą sami wykonać czynności pielęgnacyjne czy opiekuńcze wobec nich, ponieważ robią to szybciej i sprawniej. Są skłonni do lekceważenia priorytetów zdrowotnych wówczas, gdy zmuszałoby to ich do nielubianego wysiłku np. do ruchu fizycznego razem z dzieckiem. Pomijają względy zdrowotne, gdy inne cele wysuwają się na plan pierwszy np. pozbawienie dziecka prawa do zabawy by czas ten poświęcał nauce i osiągnął sukces edukacyjny lub zmu-

<sup>55</sup> M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, w: *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

<sup>56</sup> *Ibidem*.

<sup>57</sup> M. Czub, A. I. Brzezińska, K. Applet, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem jako wyzwanie dla polityki społecznej i oświatowej*, „Polityka Społeczna” 2012, numer tematyczny pt.: *Polityka edukacyjna: wyzwania i szanse*, 1, s. 19–23.

szanie do zachowania porządku w mieszkaniu kosztem możliwości nieskrępowanej zabawy i dziecięcej aktywności. Często dla zyskania spokoju, rodzice ulegają i godzą się na niezdrowe zachowania dziecka – jedzenie słodczych, żywności typu fast food, spędzenie wielu godzin przy komputerze czy telewizorze. Należy też pamiętać, że zachowania rodziców związane z używkami (częściej palą dzieci palących rodziców), czy nałogową pracą zawodową (pracoholizm ojca jest częstą przyczyną nadmiernego zaangażowania dziecka w naukę czy pracę), w istotny sposób kształtują zachowania dzieci. Problemem jest nie tylko modelowanie antyzdrowotnych zachowań, ale także brak prawidłowych wzorców. Uświadamianie rodzicom niebezpieczeństwa, jakie niesie za sobą przyjmowanie takich postaw rodzicielskich jest rolą edukacji zdrowotnej i innych form promocji zdrowia<sup>58</sup>.

#### 5.4.4. *Koncepcja Systemowa – rodzinne koncepcje chorób i dysfunkcji somatycznych*

W pierwszych trzech latach życia kluczowym czynnikiem rozwoju dziecka jest jakość relacji z rodzicami lub opiekunami. Jest ona punktem wyjścia dla kształtowania się wzorców poznawczo-emocjonalnych, które stanowią podstawę dla rozwoju kompetencji osobistych i w znacznej mierze wpływają na postawę prozdrowotną i umiejętność samoopieki w życiu dorosłym. Rodzina powinna sprzyjać rozwojowi funkcji samoopiekuńczej w zakresie troski o zdrowie psychiczne. Decyduje o tym funkcjonowanie osobiste rodziców oraz działania rodziny jako systemu, dlatego w podejściu systemowym rozwój dziecka rozpatrywany jest właśnie w kontekście rodzinnym oraz czynników oddziałujących na wszystkich członków tego systemu wraz z ich wzajemnymi relacjami i powiązaniem. Gdy system rodzinny jest zaburzony, łamane są w nim zasady dotyczące otwartej i bezpośredniej komunikacji. Tworzą się wówczas patologiczne koalicje, a konflikty rozszerzają się na każdego członka rodziny i zwykle pozostają nierozwiązane, powodując nagromadzenie negatywnych emocji uniemożliwiających okazywanie serdeczności i wzajemnego wsparcia. W takim systemie rodzinnym dziecko nie ma możliwości nauczenia się komunikowania własnych potrzeb, nie rozwija umiejętności konstruktywnego rozwiązywania sporów i nie uczy się utrzymywania przyjaznych relacji z otoczeniem społecznym. Na wysoki poziom napięcia i trudności w rodzinie dziecko może zareagować objawami psychosomatycznymi, zaburzeniami zachowania, uczy się zamierać w bezruchu (zahamowanie) by nie wzbudzać negatywnych reakcji rodziny. Konfliktowe sposoby interakcji rodzinnych powiela w życiu dorosłym<sup>59</sup>.

<sup>58</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008; M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela. Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka, Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako elementu rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4): 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

<sup>59</sup> Ibidem.

W dysfunkcjach rodzinnych, systemowych można wyróżnić następujące cechy:

- uwikłanie (silna ingerencja członków rodziny w tryb życia, myślenie, brak prywatności, utrudnianie usamodzielniania i poczucia autonomii);
- nadopiekuńczość (utrudnia zdobywanie autonomii i samodzielności poza rodziną i jest charakterystyczne dla rodzin psychosomatycznych, tzn. których członkowie cierpią na zaburzenia somatyczne, co zmienia ich funkcje poznawcze i wzajemne relacje);
- tłumienie konfliktów (zaprzeczanie w rodzinie istnienia konfliktów, unikanie otwartych konfrontacji i rozwiązywania problemów, brak zgody na różnicę poglądów);
- włączanie dziecka w konflikt małżeński (zaprzeczanie przez rodziców istnienia konfliktu małżeńskiego i wciąganie w ten obszar dziecka, które staje się na siłę koalicjantem jednego z rodziców);
- sztywność (brak możliwości wprowadzania zmian, przeciwstawianie się odejściu dzieci)<sup>60</sup>.

W każdej z tych sytuacji dochodzi do tzw. błędnej adaptacji – przystosowania dziecka do patologii systemowej w sposób umożliwiający przetrwanie kosztem zdrowia psychicznego. Dziecko nie rozwija autonomii, asertywności, kreatywności, a jego zdrowie psychiczne zostaje nadwyrężone już na początku jego rozwoju. Wskutek ukształtowania się nieprawidłowego i niebezpiecznego stylu przywiązania „dziecko–rodzic” wysoce prawdopodobne jest przenoszenie patologii systemowej do związków tworzonych w wieku dorosłym. Niewielka jest także świadomość dorastającego dziecka co do konieczności ochrony własnego zdrowia psychicznego. Gdy narasta dyskomfort psychiczny osoba wychowana w dysfunkcyjnym systemie nie posiada kompetencji, by dokonać korzystnych dla zdrowia psychicznego kroków i zmienić utrwalone wielopokoleniowo, niekorzystne sposoby funkcjonowania systemu rodzinnego<sup>61</sup>. To sytuacja, w której jedynie za pośrednictwem szeroko pojętej promocji zdrowia można zapobiegać patologii systemowej i korygować ją by umożliwić dziecku prawidłowy rozwój kompetencji pozwalających na sprawowanie opieki nad sobą. Dobre i bezpieczne relacje w rodzinie, jej funkcjonalność zabezpieczają dziecko przed deficytami rozwoju funkcji samoopiekuńczej, umożliwiając prawidłowy jego rozwój.

Niezwykle ciekawe są wyniki podłużnego badania, przeprowadzonego przez badaczy Instytutu Badań Społecznych SWSPiZ, które pokazują, iż matki o pozytywnej postawie wobec życia, obdarzające córki emocjonalnym wsparciem oddziałują bezpośrednio na ich zachowania zdrowotne, a pośrednio poprzez budowanie w córkach przekonania o „dostępności” (patrz Salutogeneza) zasobów wystarczających do sprostania wymaganiom stawianym przez życie. W rezultacie poczucie zaradności u córek bezpośrednio sprzyja ich prozdrowotnym zachowaniom. Rola ojców w tej sytuacji jest mniejsza i polega na wsparciu instrumentalnym, czyli udzielaniu konkretnej pomocy, co wzmacnia poczucie ich zaradności. U chłopców zachowania związane ze zdrowiem zależą bezpośrednio od dwóch zmiennych podmiotowych (poczucia sensowności i wartościowania zdrowia – patrz poczucie koherencji w Salutogenezie) oraz dwóch kategorii zachowań zdrowotnych rodziców: zachowań profilaktycznych ojców oraz pozytywnych emocji matek. Badania pokazały, iż pozytywna postawa wobec ży-

<sup>60</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

<sup>61</sup> M. Czub, op. cit., *passim*.



cia u matki, unikanie przez nią stresów, napięć i sytuacji przygnębiających, wzmacnia w synach przekonanie, że życie ma sens, a jego wymagania warte są zaangażowania. To poczucie sensowności bezpośrednio wpływa na podejmowanie przez synów zachowań prozdrowotnych. Pośrednim czynnikiem jest przypisywanie zdrowiu wartości przez rodziców<sup>62</sup>.

Niestety badania pokazują także, że w odniesieniu do młodzieży programy profilaktyczne promocji zdrowia nie spełniają adekwatnie swej roli<sup>63</sup>, a grupa ta najbardziej jest narażona na przyswajanie zachowań ryzykownych dla zdrowia. Największą rolę w promocji zdrowia w tej grupie wiekowej muszą pełnić rodzice i to ich powinna dotyczyć i wspierać w swych działaniach szeroko rozumiana promocja zdrowia.

#### 5.4.5. *Koncepcja wystarczająco dobrego opiekuna*

Idea zaproponowana przez Donalda W. Winnicotta przedstawia wyważonego rodzica jako nieocenioną wartość w rozwoju dziecka. Opiekun „wystarczająco dobry” chroni dziecko przed urazowymi przeżyciami, ale naraża je na „odpowiedni poziom trudności”, czyli taki, którego pokonanie jest dostępne dla dziecka i ma dla niego wymiar rozwojowy. Taka postawa rodzica pomaga dziecku regulować afekt (wyrażanie emocji) zarówno negatywny, jak i pozytywny, gromadzić w sposób poukładany jego uczucia, a odzwierciedlając je, pozwalać mu na rozwój funkcji refleksyjnej<sup>64</sup>. Według Peter Fonagy mechanizm refleksji (wywołanego silniejszym przeżyciem głębszego zastanowienia się nad czymś) jest podstawą przeżywania samego siebie przez dziecko jako istoty intencjonalnej (działającej w sposób celowy) oraz rozumienia własnych stanów psychicznych przeżywanych przez dziecko<sup>65</sup>. Rolą rodziców jest zatem ułatwianie dziecku w procesie ich rozwoju różnicowania emocji przyjemnych i nieprzyjemnych oraz przetwarzania poznawcze przeżyć emocjonalnych, zachęcanie do otwartego wyrażania emocji, rozwijanie tolerancji dziecka na różne przeżywane stany afektywne, regulowanie jego emocji po to, by z czasem nauczyło się samodzielnie modelować swój nastrój metodami niekolidującymi ze zdrowiem, sprzyjanie samoakceptacji dziecka, a w końcu przekazywanie dziecku obrazu jego osoby jako istoty intencjonalnej, traktowanej w sposób podmiotowy, nienaruszający jego godności osobistej<sup>66</sup>.

<sup>62</sup> M. Zadworna-Cieślak, M. Kaflik-Pieróg Martyna, *Psychospołeczne determinanty zachowań zdrowotnych młodzieży*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2010, t. 15, nr 2, s. 140–153, Instytut Badań Społecznych SWSPiZ, Łódź.

<sup>63</sup> Z. Juczyński, J. Chodkiewicz, A. Pisarski, *Od próbowania do zażywania środków psychoaktywnych. Badania dzieci i młodzieży ze środowiska wielkomięjskiego*, w: *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*, red. N. Ogińska-Bulik, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź 2006, s. 9–23.

<sup>64</sup> M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, w: *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

<sup>65</sup> B. R. Wilfred, *Uwaga i interpretacja*, Ingenium Oficyna, Warszawa 2010.

<sup>66</sup> M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela, Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

### 5.5. Wychowanie intencjonalne – znaczenie funkcji samoopiekuńczej

Wychowanie intencjonalne jest świadomym oddziaływaniem przez wychowawcę–rodzica na dziecko, w celu wytworzenia pewnej zmiany w jego osobowości. Zmiany te powinny obejmować zarówno stronę poznawczą, jak i instrumentalną (pozwalającą osiągnąć zamierzony cel, wywołującą wpływ na środowisko zewnętrzne). Proces ten umożliwia dzieciom:

- zmienianie się w zaplanowanym przez wychowawców (rodziców) kierunku;
- przekształcenie sposobów postrzegania przez nich świata;
- kształtowanie ich uczuć moralnych i estetycznych;
- kształtowanie dziecięcych postaw społecznych i przekonań;
- wszechstronne kształtowanie osobowości wychowanków, a także ich charakteru, woli oraz – co szalenie ważne dla ich zdrowia – kształtowanie funkcji samoopiekuńczej<sup>67</sup>.

Do rozwoju funkcji samoopiekuńczej niezbędna jest wiedza o tym, co indywidualnie jest korzystne dla zdrowia, wzbudzenie intencji dbania o siebie i utrzymanie wytrwałości w działaniach wspomagających i potencjalizujących zdrowie. Funkcja opiekuńcza to kompetencja pozwalająca na utrzymanie zdrowia, jego potencjalizację oraz możliwie najefektywniejsze przywrócenie go w razie choroby. Obejmuje troskę o zdrowie fizyczne i psychiczne i oznacza świadomość własnego zdrowia i osobistej odpowiedzialności za jego stan. W zakresie zdrowia fizycznego obejmuje takie działania jak dbałość o utrzymanie higieny, właściwe odżywianie się, stosowanie niezbędne-  
go ruchu fizycznego czy unikanie czynników szkodliwych dla zdrowia (użytki, substancje psychoaktywne). W zakresie zdrowia psychicznego kompetencja ta obejmuje między innymi unikanie obciążenia nadmiernym stresem, umiejętne dystansowanie się wobec problemów, umiejętność dostarczania sobie pozytywnych wzmocnień, pielęgnowania trwałych i satysfakcjonujących relacji z innymi, pozytywnego myślenia oraz niezaniżonej samooceny. Funkcja samoopiekuńcza stanowi warunek zdrowego stylu życia. Najłatwiej ją wykształcić i rozwinąć u dziecka, gdy rodzice sami rozwinęli ją w wysokim stopniu i przekazują za pośrednictwem własnego przykładu, czyli rodzinnego oddziaływania profilaktycznego.

Przedstawione powyżej koncepcje i teorie mechanizmów powstawania chorób i dysfunkcji somatycznych pokazują jak wielkie znaczenie mają postawy rodzicielskie w wieku dziecięcym i dorastania na późniejsze postawy prozdrowotne dzieci i ich styl życia warunkujący poziom zdrowia. Kształtowanie się psychiki dziecka najważniejsze jest w okresie pierwszych 3 lat i rzutuje na stosunek do otaczającego świata. Działania w późniejszym okresie nie są już tak skuteczne. Jest to szerokie pole do działania edukacji zdrowotnej jako części promocji zdrowia skierowanej do rodziców. Rolę edukatorów rodziców powinni pełnić przedstawiciele zawodów medycznych systemu opieki zdrowotnej w szczególności zespoły Podstawowej Opieki Zdrowotnej, czyli lekarz rodzinny jako koordynator wraz z innymi specjalistami: pielęgniarką, położną, psychologiem, pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania.

<sup>67</sup> Ibidem.

## 6. Wczesna interwencja w promocji zdrowia

Wiele badań wskazuje na skuteczność i zasadność podejmowania wczesnej interwencji w promocji zdrowia, w niektórych przypadkach jeszcze przed narodzinami dziecka. W badaniach podłużnych prowadzonych w Stanach Zjednoczonych „Elmira – Prenatal/Early Infancy Project (Olds, 1998)” wsparciem objęto 400 rodzin, a specjalnie wyszkolone pielęgniarki prowadziły w nich edukację dotyczącą opieki nad dzieckiem oraz udzielały rodzicom wsparcia. Program kontynuowano od okresu ciąży, przez pierwsze dwa lata życia dziecka. Po 15 latach od rozpoczęcia badań stwierdzono znaczące różnice w funkcjonowaniu dzieci i rodzin objętych programem: w stosunku do rodzin z grupy kontrolnej stwierdzono wyższą gotowość szkolną, lepszą sytuację społeczną i edukacyjną, niższy poziom zachowań społecznych i antyzdrowotnych oraz lepszy stan zdrowia<sup>68</sup>.

## 7. Zmiana przekonań i postaw w promocji zdrowia

### 7.1. Wpływ postaw na zachowania zdrowotne

Przedstawione zostały już teoretyczne modele wyjaśniające zachowania zdrowotne, znaczenie, uwarunkowania i deficyty funkcji samoopiekuńczej jako determinanta zachowań zdrowotnych i postaw w życiu dorosłym. Jak zatem zmieniać zachowania zdrowotne z korzyścią dla zdrowia? Jak wpływać na percepcję innych, by zmieniali swoje przyzwyczajenia i nawyki w ramach promocji zdrowia?

Opracowanie metod zachęcania do pozytywnych praktyk zdrowotnych i eliminowania złych nawyków jest wyzwaniem psychologów zdrowia i specjalistów od promocji zdrowia. Jedną z metod jest zmiana nastawienia i zapatrywań na podstawie Modelu TRA i HBM, poprzez przekonanie społeczeństwa o podatności na określoną chorobę, upowszechnienie wiedzy o efektywnych metodach jej zapobiegania oraz wytworzeniu przekonania, wsparcia, podziwu czy aprobaty społecznej po wdrożeniu pozytywnych zachowań jak np. zaprzestanie palenia czy regularne uprawianie sportu (TRA)<sup>69</sup>.

Kolejnym narzędziem jest mechanizm perswazji przez intensywne oddziaływanie informacyjne – promocja pozytywnych zachowań zdrowotnych wymaga uświadomienia związków między zachowaniem a zdrowiem oraz wiedzy o istocie (sensie, idei) zachowań zdrowotnych. By przekonać ludzi do uprawiania sportu czy wdrożenia diety należy przedstawić im rolę diety i sportu w utrzymaniu zdrowia i uświadomić im wagę tych czynników. Metoda jest bardziej złożona, sam bowiem przekaz informacji nie wystarczy. Zmiana zachowań zdrowotnych w tej sytuacji wymaga zaistnienia 5 procesów:

<sup>68</sup> M. Czub, A. I. Brzezińska, K. Applet, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem jako wyzwanie dla polityki społecznej i oświatowej*, „Polityka Społeczna” 2012, numer tematyczny pt.: *Polityka edukacyjna: wyzwania i szanse*, 1, s. 19–23.

<sup>69</sup> G. D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

- pozyskania uwagi – przy natłoku informacji jest to niezwykle trudne;
- zrozumienia przekazu – biorąc pod uwagę, iż przekaz werbalny (słowny) stanowi tylko 7% pozyskiwanych przez nas informacji;
- przyswojenia informacji (akceptacja nastawienia);
- przechowywania informacji, komunikatu – analiza, ocena;
- działania.

By zwiększyć prawdopodobieństwo dotarcia i siłę tego przekazu należy go dostosować do wieku, płci czy typu odbiorców, wykorzystując „osoby ważne” dla tych grup np. idoli, lekarzy, osoby znane. Przekaz oparty na strachu jest jednym z częściej stosowanych form perswazji. Wyższy poziom lęku daje większe prawdopodobieństwo zmiany zachowań<sup>70</sup>.

## 7.2. Techniki poznawczo-behawioralne

Za bardziej skuteczne od wyżej wymienionych metod zmiany postaw uważa się w promocji zdrowia wykorzystanie technik poznawczo-behawioralnych opartych na teorii uczenia się. Techniki te wykorzystują założenie, że zachowanie i poznanie (procesy percepcyjno-myślowe, rodzaj „odwzorowania” w umyśle całej lub części rzeczywistości zewnętrznej i własnego „ja” oparte na zdobytej wiedzy i doświadczeniu) muszą być rozpatrywane razem, jeśli mają być skuteczne w wywoływaniu zmian. Uczenie się znajduje się pod kontrolą procesów poznawczych. Nasze myśli, uczucia i zachowania często łączą się w ciągi przyczynowo-skutkowe. Zatem, aby zrozumieć przyczyny nałogów (zachowań autodestrukcyjnych) należy zwrócić uwagę nie tylko na samo zachowanie, ale także na związane z nim procesy poznawcze, pamiętając iż kształtują się one w okresie wczesnego dzieciństwa i dorastania. Jedną z technik wykorzystuje tak zwane warunkowania reaktywne, czyli skojarzenie niepożądanego zachowania zdrowotnego z negatywnym bodźcem, na przykład: połączenie leku disulfiramu dającego nudności i wymioty z alkoholem wywoła wysoce negatywne reakcje i następne skojarzenia z alkoholem. Kolejną techniką jest warunkowanie sprawcze skupiające się na skutkach zachowania, czyli karze i nagrodzie połączonej z danym zachowaniem. Do innych technik należą modelowanie, treningi umiejętności. Techniki te nawiązują do teoretycznych modeli wyjaśniających zachowania zdrowotne<sup>71</sup>.

## 8. Rola opieki zdrowotnej w kształtowaniu zachowań zdrowotnych

Wśród czynników warunkujących zdrowie, we wszystkich prezentowanych wyżej ich modelach, znajduje się również opieka zdrowotna (medyczna), choć jej udział w sto-

<sup>70</sup> G. D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000.

<sup>71</sup> A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008; G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

sunku do pozostałych grup czynników oceniany jest obecnie jako znacznie mniejszy. Szczególne znaczenie mają:

- dostępność do opieki zdrowotnej – szczególne znaczenie ma dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest m.in. udzielanie indywidualnych świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz do programów profilaktycznych;
- odpowiednia jakość świadczeń zdrowotnych.  
Do cech jakości tych świadczeń zalicza się:
- niezawodność i odpowiedzialność, która dotyczy wykonywania świadczeń zgodnie ze standardami, etyką;
- wrażliwość wobec cierpiących i potrzebujących, uprzejmość, gotowość i chęć pomocy;
- dostępność różnych świadczeń w danym miejscu i czasie w zależności od rzeczywistych potrzeb świadczeniobiorców;
- kompetencje personelu posiadającego fachową wiedzę i doświadczenie;
- komunikatywność i przejrzystość, czyli jasna i zrozumiała dla pacjenta komunikacja i aktywne słuchanie dające poczucie bezpieczeństwa.

Zapewnienie takiej opieki sprzyja zaufaniu osób korzystających ze świadczeń, przestrzeganiu zaleceń i przyjmowaniu aktywnej postawy wobec własnego zdrowia lub choroby<sup>72</sup>.

## Streszczenie

Psychologia zachowań zdrowotnych w promocji zdrowia jest tematyką złożoną i bardzo ciekawą. Stara się odpowiedzieć na pytania, dlaczego zachowujemy się w dany sposób, co wpływa na nasze postawy i decyzje związane z zachowaniem zdrowotnym i co najważniejsze, pokazuje jak ważne jest zdrowie i że niezbędne są wszelkie wysiłki i sposoby by je promować. Niniejsze ujęcie tego tematu jest zaledwie drobną analizą szerokiego zakresu badań i analiz problematyki zachowań zdrowotnych wartą zgłębiania i wykorzystywania w życiu codziennym.

**Słowa kluczowe:** psychologia zachowań zdrowotnych, promocja zdrowia

## Psychology of health behaviour and health promotion – selected issues

### Summary

Psychology of health behavioural patterns in health promotion is a complex and very interesting topic. It tries to answer the questions why human beings behave in a given way, affecting their attitudes and decisions associated with health behaviour and, most importantly, demonstrates how important health is and that all efforts and ways to promote them are necessary. This approach to the issue constitutes just a small analysis of a wide range of research and analyses of health behavioural patterns worth exploring and implementing in everyday life.

**Key words:** psychology of health behaviour, health promotion

<sup>72</sup> Z. J. Pjerozek, *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość ludzi o zdrowie*, 2012, <http://www.academia.edu>.

