

## **MATERIAŁY EDUKACYJNE**

**Konferencja szkoleniowa dla koordynatorów ds. promocji zdrowia w ramach programu „Szkoła w formie”**

**„PROMOCJA ZDROWIA DZIECI I MŁODZIEŻY”**

**Wrocław, 11.12.2019 r.**

**Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia**



**FUNDACJA  
KREATYWNIE  
DLA ZDROWIA**

[www.kreatywniedlzdrowia.pl](http://www.kreatywniedlzdrowia.pl)  
[www.facebook.com/kreatywniedlzdrowia](https://www.facebook.com/kreatywniedlzdrowia)  
[www.instagram.com/kreatywniedlzdrowia](https://www.instagram.com/kreatywniedlzdrowia)

# Aktywizacja i upodmiotowienie jako priorytety współczesnej promocji zdrowia

(Synowiec-Piłat & Pałęga, 2017a)

Zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), **promocja zdrowia** określona została jako „proces umożliwienia jednostkom i społeczeństwu zwiększenia kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie” (Kickbusch, 1991). Rozwinięcie tej części definicji jest zawarte w Karcie Ottawskiej, która głosi, iż promocja zdrowia jest to „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu (dobrego samopoczucia) fizycznego, psychicznego i społecznego, zarówno jednostka, jak i grupa społeczna, muszą umieć określać i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radząc sobie z wyzwaniami swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian” (WHO, 1986).

Ideą promocji zdrowia jest postulat brania pod uwagę bardzo szerokiego spektrum czynników mających wpływ na zdrowie. Znajduje to odzwierciedlenie w **modelu opierającym się na upodmiotowieniu** (Synowiec-Piłat, 2009), który zawiera również główne strategie działań promocji zdrowia wyróżnione w Karcie Ottawskiej.

W modelu tym **zdrowie rozumiane jest pozytywnie**, z uwzględnieniem jego zależności od czynników o charakterze społecznym, ekonomicznym i środowiskowym. Powszechnie uznaje się także związek zdrowia z prewencją chorób. Według K. Tones, większość osób zajmujących się promocją zdrowia zgadza się z popularną **definicją „zyskania zdrowia”** (*health gain*), która w następujący sposób określa główne cele usług zdrowotnych: a) zwiększenie liczby lat życia – redukcja zgonów, którym można zapobiec; b) zwiększenie zdrowia w życiu – redukcja chorób i niepełnosprawności; c) zwiększenie życia w latach – polepszenie jakości życia (Tones, 2004:832).

Podkreśla się **potrzebę zaktywizowania jednostek i społeczności** w trosce (walce) o swoje zdrowie, odrzucając strategię prowadzenia działań prozdrowotnych odgórnie, bez możliwości ingerencji w nie poszczególnych ludzi. Nastąpiło zdecydowane odejście od traktowania promocji zdrowia jako dziedziny, za którą odpowiada wyłącznie sektor zdrowia. Promocja zdrowia opiera się w swych działaniach przede wszystkim na **aktywności środowisk lokalnych oraz współpracy międzysektorowej**. W takim rozumieniu „promocja zdrowia jest przede wszystkim przedsięwzięciem politycznym i społecznym, wymagającym rozległej aktywności jednostek i grup” (Słońska, 1994:43).

Zgodnie z nową koncepcją promocji zdrowia, propagowaną przez WHO, pojęcie to rozumiane jest jako złożona **strategia inwestowania w zdrowie**: „strategia, która przynosi korzyści społeczne i zdrowotne, zarówno krótko-, jak i długoterminowe, jest integralnym elementem społecznego i gospodarczego rozwoju ukształtowanym zgodnie z ideą sprawiedliwości, stabilności i upodmiotowienia” (Levin & Ziglio, 1996:33). Takie podejście do promowania zdrowia implikuje konieczność intensyfikacji działań, mających na celu skuteczniejsze wpływanie na politykę publiczną, realizowaną w sektorze zdrowia, ale równocześnie w pozostałych sektorach życia społecznego. Warto również zwrócić uwagę, iż jednym z najważniejszych celów promocji zdrowia jest **wdrażanie idei zdrowia dla wszystkich** (*health for all*). Postulat podejmowania działań na rzecz sprawiedliwości społecznej w obszarze zdrowia został sformułowany przez WHO w wizjonerskiej strategii „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku” (WHO, 1998). W dokumencie tym apelowano o zlikwidowanie lub zminimalizowanie niesprawiedliwych różnic pomiędzy jednostkami i grupami.

Współczesne stanowisko ideologiczne WHO w odniesieniu do promocji zdrowia jest zawarte w następujących zasadach (2004, s. 831):

- 1) Zdrowie to stan pozytywny; jest ono istotnym dobrem, którego ludzie potrzebują, aby osiągnąć życie produktywnie pod względem społecznym i ekonomicznym.

- 2) Zdrowie nie jest dobrem, za które odpowiadają jedynie poszczególne jednostki ludzkie. Usiłowanie nakłonienia ludzi do wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie, przy jednoczesnym ignorowaniu czynników społecznych i środowiskowych, jest z gruntu nieetyczne.
- 3) Znaczący postęp w dziedzinie promocji zdrowia zależy od osiągnięcia sprawiedliwości i wyrównania nierówności pod względem zdrowia zarówno w poszczególnych państwach, jak i pomiędzy nimi.
- 4) Sukces promocji zdrowia zależy od upodmiotowienia indywidualnego i całych społeczności.

We współczesnej promocji zdrowia, opartej na paradygmacie socjo-ekologicznym (Synowiec-Piłat, 2009), ogromną uwagę zwraca się na fakt istnienia różnorodnych **determinant zdrowia** (determinants of health), ze szczególnym uwzględnieniem czynników o charakterze społecznym. Zgodnie z **koncepcją pól zdrowia** M. Lalonde'a, za czynniki najsilniej wpływające na stan zdrowia jednostki uznano indywidualne zachowania i styl życia (50%), w drugiej kolejności – czynniki środowiskowe (25–35%), następnie biologiczne (10–15%) i na końcu – opiekę medyczną (10–20%). Z koncepcji tej wynika zatem, że odpowiedzialność za zdrowie spoczywa w dużej mierze na nas samych, choć – o czym należy pamiętać – także ponosi ją państwo i prowadzona przez nie polityka społeczna oraz w pewnym zakresie instytucje medyczne. Następuje przesunięcie akcentu z profesjonalnej na indywidualną odpowiedzialność za swoje zdrowie (Lalonde, 1978).

To ludzie bowiem preferują dany styl życia, realizują określone zachowania zdrowotne, na które składają się „wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez poszczególnych ludzi i przez grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia, tzn. wskazujące na to, jakim jest człowiek pod względem zdrowotnym, jak pojmuje zdrowie, w jaki sposób nim dysponuje” (Tobiasz- Adamczyk, 1995). W związku z tym, za podstawową formę opieki zdrowotnej uznana została **samoopieka** (*self-care*), a nie profesjonalne systemy opieki zdrowotnej, które mogą jedynie wspierać jednostkę w jej działaniach.

Współcześnie, powszechnie uznaje się, że sukces promocji zdrowia zależy od upodmiotowienia indywidualnego i całych społeczności (Tones, 2004). **Upodmiotowienie** (*empowerment*) rozumiane jako „zdolność jednostek do przejęcia kontroli nad swoim życiem i zdrowiem” (Tones, 2004:832), traktowane jest współcześnie jako najważniejszy cel promocji zdrowia, jako swoisty jej imperatyw. Oprócz zdobywania kontroli na poziomie indywidualnym, ważne jest także motywowanie ludzi do aktywnego angażowania się we wzmacnianie zdrowia w ich społecznościach.

Należy podkreślić, że celem działań na rzecz kształtowania indywidualnych wyborów prozdrowotnych nie jest manipulowanie i nakłanianie do stosowania się do zaleceń profilaktycznych czy leczniczych, lecz właśnie upodmiotowienie, osiąganego poprzez rozwijanie wiedzy, pewności siebie oraz wyposażenie w konkretne umiejętności, a zatem uczynienie zdrowego wyboru łatwiejszym wyborem (Tones, 2004). Mówimy tutaj o upodmiotowieniu jednostki, którego znaczenie i istota pokrywa się z jedną ze strategii promocji zdrowia, jaką jest rozwijanie indywidualnej umiejętności dbania o zdrowie. Pozostałe, zawarte w Karcie Ottawskiej **główne strategie** (współzależne od siebie obszary działań) **promocji zdrowia** to: budowanie zdrowotnej polityki publicznej, wzmacnianie działań prozdrowotnych w społecznościach, tworzenie środowisk wspierających zdrowie oraz reorientacja służby zdrowia.

Rozwijanie indywidualnych umiejętności dbania o zdrowie jest jednym z priorytetów promocji zdrowia. Powszechnie znane jest hasło promocji zdrowia brzmiące: „**Twoje zdrowie w Twoich rękach**”. Warto zwrócić uwagę, że nie chodzi tu o przerzucenie całej odpowiedzialności za stan zdrowia na jednostkę, lecz o takie wspomaganie człowieka jako uczestnika kultury i życia społecznego, by był on w stanie pozytywnie oddziaływać na swoje zdrowie, dokonywać prozdrowotnych wyborów oraz eliminować zachowania szkodzące zdrowiu.

**Odbiorcami działań promocji zdrowia** są nie tylko poszczególne jednostki jako uczestnicy życia społecznego, ale także osoby pełniące określone role w instytucjach publicznych związanych bezpośrednio lub pośrednio ze zdrowiem. Z racji zajmowanych pozycji w strukturach instytucji (medycznych, samorządowych etc.), jednostki te mogą, wykorzystując swoje kompetencje i możliwości decyzyjne,

wpływać na kreowanie takich warunków społecznych, gospodarczych czy politycznych, które zmniejszałyby w społeczeństwie poziom nierówności w sferze zdrowia, jednocześnie zwiększając szansę na prowadzenie prozdrowotnego stylu życia. Mówimy tu o działaniach na rzecz **podnoszenia w społecznościach tzw. krytycznej świadomości** w zakresie kwestii społecznych (np. bezrobocie, ubóstwo, warunki mieszkaniowe), mających wpływ na zdrowie, w tym także przyciąganie uwagi opinii publicznej do kwestii zdrowotnych. Ten typ działalności określa się również jako **rozwijanie zasobów ludzkich**, a więc np. szkolenie liderów, osób wdrażających idee promocji zdrowia, personelu medycznego etc. w zakresie stanu zdrowia oraz potrzeb zdrowotnych danej społeczności lokalnej (Tones, 2004).

W działaniach wspólnotowych dotyczących zdrowia niezwykle istotnym elementem jest wzmocniona świadomość odnośnie problematyki społecznej. Nie jest to jednak czynnik wystarczający. Zdaniem K. Tones, świadomość ta „musi być uzupełniona mieszanką wierzeń, postaw i kompetencji, które wnoszą wkład w stworzenie aktywnej upodmiotowionej społeczności (Tones, 2004:834). W związku z tym, jedną z najważniejszych funkcji edukacji zdrowotnej jest tworzenie poczucia wspólnoty, wzmacnianie wsparcia społecznego i dostarczanie różnorodnych umiejętności potrzebnych, kiedy jednostki i społeczności mają wywierać wpływ na proces tworzenia polityki i wносить pozytywny wkład w zdrowie publiczne”. Mówimy tu o **upodmiotowieniu społeczności** (*community empowerment*), które obok upodmiotowienia jednostki, jest priorytetowym obszarem działań promocji zdrowia.

Aktywnością na rzecz zdrowia powinny odznaczać się nie tylko jednostki, ale także społeczności. **Wzmacnianie działań prozdrowotnych w społecznościach** to druga strategia promocji zdrowia wyróżniona w Karcie Ottawskiej. Zakłada ona, iż wszystkie grupy społeczne wchodzące w skład społeczeństwa powinny aktywnie uczestniczyć w: identyfikacji problemów zdrowotnych, tworzeniu priorytetów w ochronie zdrowia, procesie podejmowania decyzji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, ustalaniu kierunków i sposobów działania na rzecz zdrowia. Podkreśla się jednakże, że szerokie uczestnictwo społeczne zależy od różnorodnych warunków: kulturowych, politycznych, ekonomicznych, środowiskowych. Na proces aktywizacji społeczeństwa na rzecz zdrowia niewątpliwie wpływ mają zarówno instytucjonalne systemy wsparcia, jak i organizacje – w tym organizacje pozarządowe – składające się na ruch samopomocy.

W definiowaniu problemów zdrowotnych, identyfikowaniu czynników zagrażających zdrowiu oraz tworzeniu i realizacji działań mających na celu poprawę stanu zdrowia zbiorowości, konieczne jest aktywne współuczestnictwo jednostek pochodzących z różnych środowisk i grup społecznych. Podkreśla się również, że aby osiągnąć poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, a więc pozytywną zmianę zdrowia o charakterze masowym, nie należy koncentrować się wyłącznie na zmianie indywidualnych zachowań, lecz uwzględniać społeczny, polityczny i ekonomiczny kontekst, w którym zachodzi owo edukacyjne oddziaływanie na jednostkę. Bardzo istotne jest wspomaganie tworzenia warunków dla zmiany, czyli podejmowanie wysiłków na rzecz **wzrostu kompetencji jednostek i grup** (*capacity building, empowerment*) w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach organizacji życia społecznego (Słońska, 1999). Poziomy te to: polityka społeczna, a w tym zdrowotna, społeczności lokalne, środki masowego przekazu oraz zbiorowości umiejscowione w różnorodnych ramach instytucjonalnych, czyli tzw. siedliska dla zdrowia (*settings for health*).

Tak istotne dla zdrowia więzy łączące człowieka z jego środowiskiem, znalazły wyraz w kolejnej strategii działań promocji zdrowia, dotyczącej **tworzenia środowisk wspierających zdrowie**. Jednym z priorytetów promocji zdrowia jest bowiem również kształtowanie bezpiecznych, sprzyjających zdrowiu warunków we wszystkich miejscach funkcjonowania człowieka (rodzina, szkoła, grupa towarzyska, grupa zawodowa, społeczność lokalna), tak by uczynić życie ludzkie bardziej satysfakcjonującym.

Co warto podkreślić, celem działań ukierunkowanych na promowanie zdrowia są nie tylko jednostki i zbiorowości, ale także ośrodki decyzyjne na różnych szczeblach władzy i w różnych sektorach życia społecznego. Zwraca to uwagę na możliwości i formy działań na poziomie społecznym, środowiskowym i gospodarczym, zmierzające do pozytywnej modyfikacji zdrowia społeczeństwa. W działaniach promocji zdrowia wskazuje się także na ogromne znaczenie zdrowotnej polityki publicznej.

## Aktywizacja i upodmiotowienie na rzecz zdrowia. Aspekty etyczne

(Synowiec-Piłat & Pałęga, 2017b)

Wiele realizowanych w ramach promocji zdrowia projektów, zwłaszcza o charakterze długofalowym (np. *Minnesota Heart Health Program, Stanford Five City Project, North Karelia Project*), zakończyło się spektakularnym sukcesem, przyczyniając się do znaczącego zmniejszenia wskaźników zachorowalności i umieralności na choroby przewlekłe. Trzeba jednak mieć świadomość, że sukcesy promocji zdrowia różnie się rozkładają. Po pierwsze – w sensie geograficznym – na niekorzyść krajów biednych, o niższym poziomie rozwoju gospodarczego. Po drugie – w sensie stratyfikacyjnym – obserwuje się o wiele większy poziom zachorowalności na choroby przewlekłe oraz wyższe wskaźniki umieralności wśród ludzi z niższych klas i warstw społecznych (Ostrowska, 2000; Palska, 2002; Wilkinson & Pickett, 2008).

Promowany w modelu społeczno-ekologicznym, a kierowany do osób o różnym położeniu społecznym, postulat dostosowywania działań promujących zdrowie w zależności od czynników kulturowych, społecznych i ekonomicznych nie zawsze jest realizowany w praktyce. Coraz większą uwagę zwraca się współcześnie na to, że promocja zdrowia, która miała być swoistym antidotum na traktowanie zagadnień związanych ze zdrowiem i chorobą jedynie w kategoriach biologicznych, która miała być lekarstwem na nadmierną ingerencję medycyny w niemedyczne sfery życia oraz przyczyniać się do humanizacji instytucji medycznych, z czasem sama zaczęła podlegać medykalizacji (Puchalski, 2005; Słońska, 2017). W krytycznych analizach socjologicznych zwraca się uwagę, że wiele programów przeprowadzanych pod szyldem promocji zdrowia, ogranicza się tak naprawdę do profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Ponadto w wielu dziedzinach promocji zdrowia stosowane są medyczne kryteria racjonalności, które mogą znacznie się różnić od kryteriów racjonalności poszczególnych grup czy zbiorowości społecznych (Słońska, 2005; Taranowicz, 2012). To z kolei może mieć negatywny wpływ na jakość podejmowanych działań. Dodatkowo, nieuwzględnianie w działaniach na rzecz zdrowia czynników społeczno-kulturowych, a kierowanie się jedynie kryteriami medycznymi może prowadzić do zjawiska „**terrorizmu medycznego**” (Słońska, 2005). Kryteria medyczne oraz wypracowane przez medycynę schematy działania są bowiem przenoszone także na inne – pozostające poza domeną opieki zdrowotnej – sfery życia społecznego. Propagowany jest tutaj postulat podporządkowania wszystkich sfer życia jednostki zdrowiu. Zjawisko to określane jest w literaturze mianem **medykalizacji życia społecznego** (Cockerham, 2015; Nowakowski & Piątkowski, 2017). Jedną z jej odmian jest tzw. **healthism** (Crawford, 1980), czyli najogólniej rzecz ujmując – nadmierna koncentracja na zdrowiu.

Fakt, iż wzrost wskaźników zachorowalności i umieralności na choroby cywilizacyjne generowany jest w głównej mierze przez nieprzestrzeganie dyrektyw prozdrowotnego stylu życia, doprowadził do konstatacji, że są to tzw. „choroby z wyboru”. W efekcie występuje tendencja do zrzucania całej odpowiedzialności za stan zdrowia na jednostkę. Nie akceptuje się zatem, bądź nie dostrzega, złożoności społecznych uwarunkowań zdrowia i choroby. Powstaje problem określenia granic indywidualnej odpowiedzialności za stan zdrowia. Biorąc pod uwagę dobrze udokumentowane relacje między stylem życia a obciążeniem chorobowym i umieralnością w przypadku chorób przewlekłych oraz związanymi z tym kosztami opieki zdrowotnej – z ekonomicznej, społecznej i medycznej perspektywy jednostki powinny brać odpowiedzialność moralną za swoje decyzje związane ze zdrowiem. Chociaż pogląd ten wydaje się słuszny, co potwierdzają badania (Minkler, 2000), kwestia jest jednak bardziej złożona niż na pozór się wydaje. Po pierwsze, dążenie do tego, by jednostki były całkowicie odpowiedzialne za własny stan zdrowia, jest w aksjologicznym konflikcie z obowiązkiem medycyny w zakresie leczenia chorych, jak również z obowiązkiem społeczeństwa w zakresie opieki nad osobami zagrożonymi (Cappelen & Norheim, 2005). Po drugie, za niesprawiedliwe mogą być uznane działania na rzecz podnoszenia poziomu odpowiedzialności za własne zdrowie, jeśli jednostki i grupy nie mogą podejmować zdrowych wyborów związanych ze zdrowiem z powodu ignorancji, niekompetencji umysłowej, uzależnień lub nacisków kulturowych. Po trzecie, jest niezwykle trudno wdrożyć w praktyce system, podtrzymujący w jednostkach i grupach odpowiedzialność za

własne zdrowie, ponieważ choroby i niepełnosprawność wynikają nie tylko z indywidualnych wyborów, ale także ze złożonego oddziaływania czynników biologicznych, genetycznych i środowiskowych.

Przypisywanie jednostce, ze względu na dokonywane przez nią wybory i podejmowane zachowania zbyt dużej odpowiedzialności za efekty zdrowotne, może w skrajnej postaci prowadzić do tzw. „**syndromu „obwiniania ofiary”**” (Ryan, 1976) i przerzucania na jednostkę całej winy za występowanie chorób, przy jednoczesnym ignorowaniu czynników od niej niezależnych (Milio, 1986; Antonina Ostrowska, 1999; Słońska, 2017). „Ideologia obwiniania ofiary” (*the victim-blaming ideology*) uznawana jest za podejście bardzo niebezpieczne i etycznie naganne (Nettleton, 2003). Wbrew stanowisku zajmowanemu przez promocję zdrowia, zakłada się w niej a priori, że zdrowie jest dla wszystkich bez wyjątku nadrzędną wartością, wymagając tym samym od jednostki podejmowania prozdrowotnych działań oraz narzucając jej konieczność współpracy z przedstawicielami instytucji medycznych. Konsekwencją społecznego uprawomocnienia tychże działań jest/może być zjawisko naznaczania poszczególnych osób czy grup, które nie stosują się do powyższych zaleceń – niejednokrotnie nie ze swojej winy (np. ze względu na niski poziom wykształcenia, brak środków finansowych, miejsce zamieszkania etc.). W efekcie na skutek wypaczenia podstawowych założeń promocji zdrowia, jednostki i grupy, którym przede wszystkim idea promocji zdrowia miała służyć (priorytet wyrównywania szans w działaniach na rzecz zdrowia), m.in. osoby biedne, niżej wykształcone itp., mogą się stać jej ofiarami. Jak zauważa Słońska, następuje przerzucenie odpowiedzialności za „dysfunkcjonalność systemową” na osoby i grupy, którym te systemy miały służyć (Słońska, 2017). Analiza zachowań realizowanych w ramach prozdrowotnych stylów życia powinna zatem uwzględniać okoliczności i zewnętrzne, pozostające poza sferą wpływu jednostek, przyczyny komplikujące zależność pomiędzy stylem życia a zdrowiem, takie jak czynniki: biologiczne i genetyczne; środowiskowe (np. skażenie środowiska, ekspozycja na czynniki szkodzące zdrowiu w miejscu pracy czy zamieszkania) oraz kulturowe i makrostrukturalne (np. bieda i ubóstwo, bezrobocie, utrudniona dostępność i jakość usług medycznych; niski poziom edukacji, w tym – zdrowotnej).

W myśl zasady, że żadna skrajność nie jest dobra, pamiętać zatem należy o dążeniu do maksymalizowania poziomu odpowiedzialności jednostki za zdrowie, ale z uwzględnieniem psychologicznego i społeczno-kulturowego kontekstu indywidualnych wyborów zdrowotnych. Określone praktyki zdrowotne nie zawsze są wynikiem naszych racjonalnych, świadomych i celowych wyborów, a częściej są spójne ze sposobami na życie określonych grup, w których funkcjonujemy, które są dla nas ważne i które nas socjalizują (Mechanic, 1982). Interesującą nas w tejże publikacji kwestię możliwości wprowadzania w życie zasady upodmiotowienia jednostek i społeczności w ich działaniach na rzecz zdrowia, postulat aktywnego uczestnictwa ludzi w decydowaniu w sprawach zdrowia i choroby, można uznać za wysoce idealistyczną. Oczywiście wdrażanie idei *empowerment* wymaga czasu, przełamania bierności ludzi, zmian mentalnych zarówno członków społeczeństwa, jak i osób decydujących w sprawach zdrowia, a także sprzyjających regulacji prawnych. Konieczne jest również partnerstwo polityki społecznej z instytucjami życia społecznego i gospodarczego w tworzeniu warunków umożliwiających dokonywanie przez jednostki i grupy prozdrowotnych wyborów (Antonina Ostrowska, 1999; Słońska, 1994). Pomimo wielu zastrzeżeń pod adresem idei upodmiotowienia na rzecz zdrowia, jako jednego z priorytetów współczesnej promocji zdrowia, jak dotąd nie znaleziono lepszej drogi i bardziej skutecznego narzędzia na rzecz rozwiązywania problemów zdrowotnych.

## Razem dla zdrowia. Idea subsydiarności i działań międzysektorowych w promocji zdrowia

(Synowiec-Piłat, Pałęga, & Jędrzejek, 2017a)

Skuteczność działań promujących zdrowie zależy jest w dużej mierze od tego, jaki jest stopień i jakość działań aktywizujących i upodmiotawiających na rzecz zdrowia – nie tylko na poziomie jednostkowym, ale jednocześnie na poziomie wszystkich funkcjonujących w ramach społeczeństwa struktur społecznych. Za priorytetowe zagadnienie w nowoczesnej idei promocji zdrowia należy uznać **podejście siedliskowe** (Dooris, Dowding, Thompson, & Wynne, 1998). **Siedlisko prozdrowotne** (*setting for health*) określane jest jako miejsce lub układ społeczny, w którym ludzie żyją na co dzień, a czynniki środowiskowe, organizacyjne i personalne wzajemnie na siebie oddziałują, aby korzystnie wpływać na zdrowie i samopoczucie (Nutbeam, 1998). Siedliska są wzajemnie powiązane i zależne od siebie częściami ekosystemu. Rozpatruje się je przede wszystkim w kategoriach systemów społecznych (mających określoną strukturę, zasoby i funkcje), które podejmują działania mające na celu promowanie zdrowia, a nie jako miejsca, w których te działania przebiegają. Siedliskami, czyli zbiorowościami społecznymi, umiejscowionymi w różnych kontekstach instytucjonalnych są: rodzina, społeczność lokalna, szkoła, instytucje medyczne, zakłady pracy czy placówki usługowe.

L. Baric wyróżnia następujące **cechy siedliska oraz podejścia siedliskowego**: 1) organizacje mające specyficzną strukturę, zasoby, funkcje i różnorodny zasięg; 2) funkcjonuje w nich wielu partnerów, charakteryzujących się specyficznym językiem i kulturą (np. decydenci, pracownicy, klienci); 3) posiadają specyficzne agendy, których działania mogą być związane ze zdrowiem lub ukierunkowane na zdrowie; niektóre z tych ostatnich można określić jako „promowanie zdrowia w siedlisku”, inne jako „siedlisko promujące zdrowie” (Baric, 1993). W podejściu siedliskowym, zamiast podejścia paternalistycznego („Co my powinniśmy zrobić dla ich zdrowia?”) stosuje się podejście uczestniczące („Co oni mogą zrobić sami dla siebie i jak my możemy im w tym pomóc”). Jest to tzw. zmodyfikowane uczestnictwo społeczności. Zgodnie z tym podejściem, promocja zdrowia nie powinna przybierać formy gotowej recepty na zdrowie, skierowanej do określonych jednostek czy grup, lecz być realizowana razem z ludźmi i przez ludzi, przez poszczególne grupy czy zbiorowości społeczne. Podejmowane działania mają być odpowiedzią na konkretne potrzeby, zgłaszane przez daną społeczność. Stosowane jest tu więc podejście „od ludzi do problemu” (w przeciwieństwie do podejścia „od problemu do ludzi”), oznaczające, że sami ludzie określają swoje problemy czy potrzeby; ustalają, które z nich są priorytetami w danym czasie i sytuacji oraz podejmują działania mające na celu zrealizowanie określonych potrzeb. Przechodzimy tutaj do ważnej dla promocji zdrowia **zasady subsydiarności (pomocniczości)**, która nierozzerwalnie związana jest z ideą upodmiotowienia i aktywizacji. Koncepcja subsydiarności zakłada, że instytucje społeczne i władze wspólnot o szerszym zasięgu powinny pomagać osobom i społecznościom lokalnym czy poszczególnym jednostkom jedynie wtedy, gdy jest to bezwzględnie konieczne. U podłoża tej zasady leży przekonanie, że społeczności wyższe powinny „wyrastać” ze społeczności niższych, a nie dominować nad nimi. Zasada ta jest tym samym, środkiem ochrony autonomii człowieka (Guć, 1996). Praktycznym uzasadnieniem zasady subsydiarności jest większa skuteczność działań podejmowanych na niższych szczeblach, w najbliższych jednostkach społecznościach, a dopiero – w sytuacji niemożności ich rozwiązania – odwoływanie się do administracji wyższego szczebla. W rozwiązywaniu problemów zdrowotnych preferowana jest zatem strategia od dołu – od najniższych struktur, których dany problem dotyczy. Zasada ta ustanawia swego rodzaju łańcuch instytucji, które znajdują się pomiędzy obywatelem a państwem: organizacje pozarządowe – samorządy – rząd. W praktyce oznacza to, że gminy powinny dążyć do tego, by realizacja jak największej ilości zadań została przejęta przez podmioty mniejsze, wspólnoty lokalne, w tym organizacje pozarządowe. Chodzi tu nie tylko o przekazywanie zadań jednostkom znajdującym się o szczebel niżej, ale również o obowiązek wspierania przez państwo organizacji w taki sposób, aby były w stanie realizować swoje zadania. Zasada pomocniczości służy umacnianiu uprawnień obywateli oraz ich wspólnot, daje pierwszeństwo w zaspokajaniu potrzeb i rozwiązywaniu problemów społecznych podmiotom usytuowanym najbliżej potrzebujących. Za procesem tym przemawiają nie tylko względy ideowe, ale i praktyczne. Nie chodzi tylko

o to, że obywatele mają prawo sami definiować swoje problemy i liczyć na pomoc państwa w ich rozwiązywaniu, ale również o to, że w wielu dziedzinach organizacje te szybciej, taniej i co najistotniejsze – skuteczniej, potrafią rozwiązać problemy niż administracja rządowa czy samorządowa. Przykładem działań oddolnych, aktywizujących i upodmiotowiających jednostki i społeczności są inicjatywy podejmowane przez szereg organizacji pozarządowych – stowarzyszeń i fundacji.

**Spoleczne działania na rzecz zdrowia** (community action for health) są podejmowane w ramach poszczególnych siedlisk i mają na celu zwiększenie społecznej kontroli nad determinantami zdrowia, a tym samym jego poprawę (Nutbeam, 1998). W centrum uwagi promocji zdrowia są ludzie, którzy powinni uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji odnośnie ich zdrowia. Aktywny udział ludzi traktowany jest jako podstawa skuteczności i sukcesu w działaniach prozdrowotnych.

Siedliska dla zdrowia są swego rodzaju infrastrukturalną bazą niezbędną dla promocji zdrowia. Składają się na nie następujące elementy konieczne do prowadzenia systematycznych oraz długofalowych działań na rzecz zdrowia: zasoby ludzkie oraz finansowe, struktury organizacyjne i administracyjne, określone strategie oraz ustalenia prawne. Jeżeli jednak chcemy skutecznie walczyć ze współczesnymi problemami zdrowotnymi, konieczne jest wykształcenie się pomiędzy tymi siedliskami – sieci wzajemnej współpracy.

Jedną z kluczowych idei promocji zdrowia jest **współpraca wszystkich trzech sektorów życia społecznego** (*multisectoral action*): publicznego (pierwszego), prywatnego (drugiego) i niezależnego (trzeciego). Paradygmat ten jest traktowany jako warunek skuteczności czy powodzenia każdego programu poprawy i ochrony zdrowia („Deklaracja Dżakarcka”, 1997). Chodzi tu jednak nie tyle o uczestnictwo poszczególnych sektorów w działaniach na rzecz zdrowia, ile raczej o ich rzeczywistą współpracę, wyrażającą się w skoordynowanym podejmowaniu decyzji na wszystkich szczeblach zarządzania. Optymalną sytuacją byłoby włączenie działań prozdrowotnych do struktur, procedur, systemu wartości i norm oraz rutynowych działań wszystkich grup społecznych, składających się na daną społeczność. Na poziomie sektora publicznego podejmowane są działania o charakterze reglamentacyjno-organizatorskim oraz kontrolnym. Struktury te zajmują się głównie organizowaniem, przeprowadzaniem i finansowaniem redystrybucji dóbr w oparciu o ustalone, względnie trwałe i kolektywne kryteria. Sektor ten działa na podstawie przepisów prawnych, dbając o sprawne funkcjonowanie wszystkich struktur władzy publicznej. Szczególnie ważną rolę w inicjowaniu i stymulowaniu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia pełnią władze publiczne, zlokalizowane w określonych społecznościach lokalnych. Władze lokalne, samorządowe podejmują bowiem decyzje dotyczące podstawowych sfer życia jednostki: środowiska, miejsca pracy i zamieszkania, dostępu do wypoczynku, opieki społecznej i zdrowotnej, systemu kształcenia itp.

Realizacja idei upodmiotowienia i aktywizacji na tym poziomie organizacyjnym polega na **budowaniu koalicji** różnorodnych podmiotów, działających na terenie społeczności, na mobilizowaniu działań społecznych, mających na celu ochronę, wzmacnianie, ale i potęgowanie zdrowia (Tones, 2004). Wymaga to zaangażowania zarówno samorządu terytorialnego, przedstawicieli instytucji reprezentujących poszczególne sektory życia społecznego (m.in. sektor zdrowia, edukacji, spraw publicznych), jak i organizacji pozarządowych czy mediów.

Niebagatelne znaczenie dla skuteczności działań prozdrowotnych, ze względu na wysokie zazwyczaj koszty ich prowadzenia, zwłaszcza jeżeli chcemy dotrzeć do szerszej grupy docelowej, jest umiejętne nawiązanie relacji, także z sektorem prywatnym. Na wzór państw Europy Zachodniej i USA, również w Polsce, obserwujemy od wielu lat, rosnące społeczne zaangażowanie sfery prywatnej oraz budowanie tzw. społecznej odpowiedzialności firm. Objawia się to coraz większym zaangażowaniem biznesu w przedsięwzięcia o charakterze niekomercyjnym, także dotyczące zdrowia.

W zaproponowanym przez K. Tones modelu rozwoju społeczności dla zdrowia, podkreśla się zasadność stosowania tzw. **podejścia „od dołu do góry”** (*bottom-up*) (Tones, 2004). Polega to przede wszystkim na udzieleniu społeczności pomocy w zidentyfikowaniu „odczuwanych potrzeb”. Zajmują się tym osoby pracujące z ludźmi w stosunkowo małych społecznościach lokalnych, tzw. agenci zmian. Ma to prowadzić do zwiększenia świadomości jednostek w sprawach zdrowia oraz w konsekwencji zwiększyć



prawdopodobieństwo podjęcia działań, zmierzających do realizacji tychże potrzeb. Akcent położony jest więc na upodmiotowienie społeczności. Oprócz samorządu terytorialnego w działaniach na rzecz promowania zdrowia szczególną rolę odgrywać powinny również instytucje medyczne oraz edukacyjne. Obszarem aktywności, lokującym się pomiędzy sferą publiczną a rynkiem, jest tzw. sektor pozarządowy (zamiennie – sektor niezależny, sektor nonprofit). Stanowi on pole działania organizacji (stowarzyszeń, fundacji), świadczących usługi w zakresie szeroko rozumianej polityki społecznej i zaspokajania potrzeb zarówno obywateli, grup, jak i całych zbiorowości. Działalność organizacji pozarządowych (*non-governmental organizations, NGO's*) ma miejsce w tych obszarach życia społecznego, w których istnieje potrzeba szczególnej aktywności ludzi oraz konieczność mobilizowania się wokół ważnych problemów czy zadań, wymagających zorganizowanego działania, w szczególności tam, gdzie instytucje publiczne nie są w stanie skutecznie świadczyć swej pomocy lub programowo rezygnują z bezpośredniej interwencji, pozostawiając inicjatywę obywatelom. Obszary te to m.in.: pomoc społeczna, kultura, oświata, przeciwdziałanie patologiom społecznym oraz ochrona zdrowia (Synowiec-Piłat, 2009).

Warto pamiętać, że skuteczność działań prowadzonych w ramach promocji zdrowia zależy w dużej mierze od społecznego zaangażowania jednostek i grup społecznych oraz współpracy pomiędzy wszystkimi sektorami życia społecznego – publicznym, prywatnym oraz pozarządowym.

## Skoro działanie, to aktywność dla zdrowia na co dzień.

### Promocja zdrowego stylu życia

(Synowiec-Piłat, Pałęga, & Jędrzejek, 2017b)

Styl życia związany ze sferą zdrowia jest częścią ogólnego stylu życia jednostki. W rozważaniach teoretycznych specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, pojęcie stylu życia zostało znacznie zubożone i sprowadzone do poszczególnych czynników ryzyka chorób. Pojęcie to funkcjonuje również na gruncie psychologii, która definiuje styl życia jako „charakterystyczny dla jednostki system zachowań zdrowotnych, uwarunkowanych cechami temperamentu, wiedzą, uogólnionymi poglądami i przekonaniami na temat świata, życia i własnej osoby, kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi” (Sęk & Cieślak, 2011). Poszczególne zachowania, które tworzą indywidualny styl życia, mają ważne konsekwencje dla jakości życia danej osoby (badania nad wpływem osobowości na zdrowie i chorobę). To czy osoba pali papierosy, spożywa alkohol, w jaki sposób się odżywia, czy jest aktywna fizycznie, czy jest podatna na stres, regularnie się bada – wszystko to ma wpływ na zdrowie człowieka i jego przekonania na temat zdrowia.

**Pojęcie stylu życia** ma o wiele szersze znaczenie w socjologii. Max Weber w swojej teorii stratyfikacji społecznej posłużył się pojęciem stylów życia jako jednym z wyznaczników, służących do opisu warstw społecznych. Zwrócił on uwagę, że przejawiające się w różnych stylach życia określonych warstw, zróżnicowania społeczne są bardziej zależne od stosunku do konsumpcji, niż od produkcji. Zbiorowości, wyróżnione na podstawie statusu społecznego, różnią się między sobą zasadami i wzorami konsumpcji dóbr, składającymi się na określone style życia (Weber, 1978). Ważną rolę w koncepcji Webera odgrywają takie pojęcia, jak: sposób życia, który odnosi się do życiowych wyborów (*life choices*), dóbr i zachowań oraz szanse życiowe (*life chances*), odnoszące się do prawdopodobieństwa realizacji tychże wyborów, będące bezpośrednio związane z sytuacją życiową. Na sytuację życiową jednostki składają się nie tylko czynniki ekonomiczne, ale również systemy wartości i norm, wzory i układy sieci społecznych, które mają wpływ na prawdopodobieństwo dokonywania przez jednostkę określonych wyborów. Weber zwraca uwagę, że styl życia nie jest zjawiskiem indywidualnym, lecz zbiorowym, związanym z grupami, charakteryzującymi się podobnym statusem społecznym. Odnosi on ponadto style życia do sfery konsumpcji, określając je jako wypadkową z jednej strony – ludzkich preferencji i wyborów, z drugiej zaś – realnych szans na ich realizację. Z czasem, w oparciu o analizy empiryczne, rozważania nad problematyką stylów życia w kontekście zdrowia zostały poszerzone między innymi o zagadnienia wpływu na nasze wybory i szanse ich realizacji takich zmiennych, jak wiek, płeć czy rasa (Cockerham, Rütten, & Abel, 1997). Nasze zachowania i postawy zdrowotne zależne są bowiem od wielu zmiennych społeczno-demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, status ekonomiczny i miejsce zamieszkania). W związku z tym nasze zdrowotne wybory i decyzje powinny być analizowane także w kontekście dyskursu dotyczącego nierówności społecznych w obszarze zdrowia i choroby. Mówimy tu o nierównym dostępie do zdrowia w zależności od cech położenia społecznego, oznaczającym de facto nierówny dostęp do możliwości prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Zjawisko to określane jest także mianem społecznej dystrybucji chorób (Ostrowska, 1999). Poszczególne elementy stylu życia rozpatrywane są na płaszczyźnie teoretycznej w kontekście strukturalnym, ale również w wymiarze kulturowym. Zachowania i postawy zdrowotne jednostek zależne są nie tylko od specyfiki i dokuczliwości objawów oraz od cech psychicznych jednostki, ale także od środowiska społecznego, w którym żyją (Cornford & Cornford, 1999; Freidson, 1960, 1970). Funkcjonując w kulturze danej grupy społecznej, przyswajamy sobie także określone przekonania na temat zdrowia i choroby (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003). Wyznawane przekonania mają z kolei wpływ na nasze decyzje, postawy oraz konkretne zachowania, jakie podejmujemy w odpowiedzi na problemy zdrowotne (Hagger & Orbell, 2003; Yeom & Heidrich, 2013).

Współcześni teoretycy – Pierre Bourdieu oraz Antony Giddens, uznają style życia za najbardziej znaczącą, indywidualną oraz zbiorową ekspresję podobieństw między jednostkami oraz zróżnicowań społecznych (Bourdieu, 1984; Giddens, 1991). Bardzo ciekawe ujęcie stylu życia zaproponował Pierre Bourdieu w swojej

koncepcji habitusu, rozumianego jako nabyte w procesie socjalizacji umiejętności i kompetencje jednostki, które przyjmują postać pewnych trwałych dyspozycji, takich jak sposoby postrzegania świata czy reguły myślenia i działania. Nie jest on trwałym zbiorem reguł i praw, ulega modyfikacjom w trakcie życia jednostki, jest elastycznym narzędziem, wskazującym jednostce, jak sprawnie się poruszać w świecie społecznym. Habitus to rodzaj poznawczej mapy świata społecznego, otwarty system dyspozycji i procedur czy wzorów postępowania, które zapewniają poprawność ich stosowania w określonych sytuacjach. Habitus jest zatem odpowiedzialny za styl życia, także za praktyki dotyczące zdrowia i choroby, podyktowane różnymi upodobaniami (np. dotyczącymi preferencji dietetycznych, stosowania używek, sposobu spędzania czasu wolnego, korzystania z opieki medycznej etc.). Wszystkie te upodobania i zachowania są generalnie i „źródłowo” przypisane zbiorowości o określonym statusie społecznym, chociaż możliwe są odstępstwa czy przekraczanie owych linii stratyfikacyjnych podziałów.

Również Anthony Giddens zwraca uwagę, że dokonywane przez nas wybory stanowią o naszej przynależności do określonych grup społecznych oraz stopniu identyfikacji z nimi (Giddens, 1991). Zagadnienie współczesnych stylów życia rozpatruje on w kontekście ponowoczesności, zwracając uwagę na to, iż konsekwencją zmniejszającej się roli tradycji w naszym życiu jest wzrost pluralizmu w naszych wyborach, związanych ze stylem życia oraz większa ich różnorodność. Jesteśmy zmuszeni stale wybierać, także w sprawach związanych ze zdrowiem i chorobą, pomimo istnienia zewnętrznych presji (np. ekonomicznych, religijnych etc.). Te nieustanne wybory powodują, że styl życia staje się kwestią indywidualnej odpowiedzialności i wyboru. W postmodernistycznej rzeczywistości, w której przyszło nam współcześnie funkcjonować, coraz mniejszą rolę odgrywają tradycja i autorytety, wzrasta natomiast znaczenie indywidualnych decyzji i wyborów. To z kolei wpływa m.in. na przeobrażenia w relacjach pomiędzy jednostkami a instytucjami medycznymi na rzecz zwiększenia podmiotowości pacjentów oraz ich własnych wyborów zdrowotnych. Koncepcja ta jest konstruktem bardziej indywidualistycznym w porównaniu do poprzednich. Jej atutem jest zwrócenie uwagi na znaczenie jednostkowych wyborów, związanych z prozdrowotnym stylem życia. Jednakże poza zasięgiem uwagi autora pozostaje kwestia odpowiedzialności za działania w skali makrostrukturalnej, mające wpływ na stan zdrowia społeczeństw, a zwłaszcza zbiorowości osób społecznie zmarginalizowanych (np. ubogich) (Cockerham i in., 1997).

Połączeniem podejścia zbiorowego i indywidualistycznego jest koncepcja stylu życia Andrzeja Sicińskiego, który określał to pojęcie jako zakres i formy codziennych zachowań, charakterystycznych dla danej zbiorowości społecznej lub jednostki, czyli określony sposób bycia w społeczeństwie. Siciński wyróżnił również trzy funkcje stylu życia: 1) jest oznaką przynależności do danej grupy, stwarza poczucie więzi społecznej oraz umożliwia jednostkom samoidentyfikację społeczną, zapewniając im w ten sposób poczucie bezpieczeństwa (funkcja ważna z punktu widzenia integracji i afiliacji społecznej); 2) wyodrębnia daną grupę z szerszej zbiorowości, przyczynia się do trwałości i ciągłości tejże grupy (pozwala zauważyć, że zachowania i postawy zdrowotne w określony sposób charakteryzują daną grupę, do której przynależy jednostka, są przekazywane i utrwalane poprzez proces socjalizacji norm, wzorów, praktyk zdrowotnych, obowiązujących w tej grupie); 3) zakreśla ramy ekspresji osobowości jednostki w sposób społecznie akceptowany (funkcja istotna dla zdrowia psychicznego jednostki) (Siciński, 1980). To ujęcie stylów życia, analizowane w kategoriach procesu i rezultatu dokonywania wyborów w życiu codziennym (koncepcja „homo eligens”), stwarza możliwość analizowania wpływu psychospołecznego kontekstu sytuacyjnego na dokonywane wybory zdrowotne oraz ich konsekwencje (Ostrowska, 1999).

Wolność dokonywanych wyborów, dotyczących prozdrowotnego stylu życia, jest ograniczona ramami wyznaczonymi pozycją społeczną jednostki w określonej strukturze społecznej oraz jej sytuacją życiową. Idąc zaś tokiem analizy, zaproponowanej przez Bourdieu – wybory te w znacznej mierze są determinowane niezależną od świadomości strukturą kulturową (habitusem), na którą składają się określone reguły, symbole, normy, wartości i przekonania.

Habitus jest zatem naszym symbolicznym kapitałem, w który wyposaża nas społeczeństwo poprzez proces socjalizacji. Wiele zachowań zdrowotnych nie ma charakteru racjonalnego czy intencjonalnego, lecz przybiera formę automatyzmów, nieuświadomionych strategii działania w określonych sytuacjach.

Przyjmowane przez jednostki, a związane ze statusem społecznym, strategie i preferencje działania widoczne są we wszystkich, związanych ze zdrowiem elementach stylu życia – w gustach kulinarnych, koncepcjach dotyczących ciała, preferencjach dotyczących sposobów spędzania czasu wolnego, stosunku do używek etc.

Styl życia odgrywa ważną rolę w etiologii większości chorób w krajach uprzemysłowionych. Patrząc z bardziej pozytywnej strony – od naszego stylu życia zależy w dużej mierze czy będziemy zdrowi, czy utrzymamy nasze zdrowie w dobrej kondycji. Na styl życia składa się szereg, wykształconych w procesie socjalizacji, zachowań i postaw jednostek oraz grup społecznych, spośród których w odniesieniu do sfery zdrowia i choroby wyróżnia się: odżywianie, aktywność fizyczną, higienę osobistą i otoczenia, stosowanie używek, formy spędzania czasu wolnego, sen, profilaktykę, zachowania seksualne, wzory korzystania z usług medycznych, konsumpcję leków etc. WHO wymienia cztery główne czynniki behawioralne (palenie tytoniu, szkodliwe używanie alkoholu, nieprawidłowa dieta, niedostateczna aktywność fizyczna), które z kolei są bezpośrednio skorelowane z czynnikami metabolicznymi, takimi jak: podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi, cholesterolu oraz glukozy, a także nadwaga/otyłość i razem mają bezpośredni związek z występowaniem wiodących chorób cywilizacyjnych, określanych mianem chorób nieinfekcyjnych (*noncommunicable diseases, NCDs*) (WHO, 2011). Chorobami z grupy NCDs o globalnym znaczeniu są: choroba sercowo-naczyniowa, nowotwory, przewlekłe schorzenia układu oddechowego oraz cukrzyca (WHO, 2011). Powyższe schorzenia łącznie są wiodącą przyczyną zgonów w skali światowej, bowiem według najnowszego Raportu WHO z 2018 roku, choroby NCDs były odpowiedzialne za 71% zgonów na świecie w 2016 r. (WHO, 2018). Z kolei w Polsce, choroby z grupy NCDs, były odpowiedzialne łącznie za około 90% zgonów, w tym 46% – choroba sercowo-naczyniowa, 27% – nowotwory, 5% – przewlekłe schorzenia układu oddechowego, 2% – cukrzyca (10% – inne choroby NCDs, wypadki i urazy – 5%, inne przyczyny – 5%) (WHO, 2018).

W związku z powyższym, kluczowe znaczenie mają działania ukierunkowane na promocję zachowań prozdrowotnych, związanych ze stylem życia, a mianowicie: całkowita abstynencja od palenia papierosów, umiarkowane spożywanie alkoholu, regularna rekreacyjna aktywność fizyczna oraz prawidłowo zbilansowana dieta.

Badania nad zachowaniami pro- lub antyzdrowotnymi pokazują, że najczęściej nie są to wyizolowane działania, lecz powiązane i zależne od siebie elementy większych całości, jakimi są właśnie style życia jednostek. Zwraca to uwagę na konieczność przyjęcia szerszej perspektywy w rozważaniach nad działaniami, związanymi ze zdrowiem, uwzględnienia i zrozumienia szerokiej gamy uwarunkowań zdrowia i ludzkich wyborów zdrowotnych. To z kolei, pozwala głębiej zrozumieć, dlaczego ludzie – często także świadomie – działają na szkodę swojego zdrowia oraz uzyskać odpowiedź na pytanie, dlaczego niesprzyjające lub szkodzące zdrowiu style życia tak szeroko rozpowszechniły się na świecie. Przyjęcie szerokiego spektrum w teoretycznych rozważaniach nad prozdrowotnym stylem życia, z uwzględnieniem nie tylko jego uwarunkowań biologicznych i genetycznych, ale także – a nawet przede wszystkim – psychologicznych i społeczno-kulturowych, powinna być podstawą programów i strategii działań promujących zdrowie.

## CO WPŁYWA NA NASZE ZDROWIE?

Stan zdrowia aż w 50% zależy od naszego stylu życia. Mamy duży wpływ na nasze zdrowie! Mamy wybór!

Weź odpowiedzialność za swoje zdrowie i działaj aktywnie na jego rzecz! Zachęcaj innych do zdrowego stylu życia!



Choroby przewlekłe są uwarunkowane nie tylko biologicznie czy genetycznie, w dużej mierze są one skutkiem niewłaściwego, szkodzącego zdrowiu stylu życia. **Nasz stan zdrowia oraz jakość życia w dużej mierze zależy więc od nas samych!**

Rycina 1. Styl życia a zdrowie

Z psychologicznego punktu widzenia, zachowania składające się na styl życia mają wiele funkcji: odgrywają ważną rolę w rozwoju i utrzymywaniu relacji społecznych; w pewnym stopniu znajdują się pod wpływem kontroli woli, chociaż stopień kontroli osób dokonujących wyborów w stylu życia jest zagadnieniem kontrowersyjnym i prawdopodobnie różni się znacznie w zależności od kontekstu. Większość pozytywnych konsekwencji zachowania jest doświadczona w teraźniejszości, a większość negatywnych następstw w przyszłości. Dlatego też, każda interwencja zmiany stylu życia wymaga od jednostki zorientowania na przyszłość, co nie zawsze dzieje się w praktyce.

Do czynników psychologicznych, wpływających na zachowania i postawy zdrowotne, zalicza się: osobowość jednostki; temperament; poziom samooceny; poczucie kontroli nad własnym zdrowiem; poczucie własnej skuteczności; radzenie sobie ze stresem; optymizm i nadzieję. Formalne **cechy osobowości, związane z temperamentem**, odgrywają ważną rolę dla zdrowia. Niektóre cechy temperamentu zwiększają ryzyko wystąpienia choroby np.: nadmierne poszukiwanie wrażeń, tendencje impulsywne, podatność na nudę, przy czym ryzyko to zależy od relacji temperamentu do właściwej sytuacji.

Wiedza na temat wzorów zachowań zdrowotnych, ich dystrybucji w społeczeństwie, wzajemnych powiązań oraz zależności zachowań i postaw zdrowotnych od bardziej ogólnych stylów życia, a także warunków życia określonych zbiorowości jest niezbędną podstawą teoretyczną, jeśli chcemy tworzyć i skutecznie wdrażać programy prozdrowotne. Swoistym tłem dla tych rozważań są zagadnienia związane ze stylem życia, na który składają się doświadczenia jednostki funkcjonującej w grupach i zbiorowościach społecznych, otaczająca kultura, w której jednostka wzrasta i w której podlega socjalizacji, z której czerpie wartości, normy i przekonania na temat zdrowia, to także sieci społeczne, mody i wzory konsumpcji, którym podlega. Wzorce zachowań zdrowotnych współdziałają z kontekstem sytuacyjnym – opisują powód, dla którego coś się dzieje i zalecają odpowiednie zachowania i działania, związane z daną sytuacją. Wartości kulturowe, normy społeczne oraz przekonania kształtują zachowania, które są ograniczane lub wspierane przez określone warunki społeczno-ekonomiczne. Styl życia stanowi wykładnię położenia społecznego oraz podstawę identyfikacji społecznej jednostek oraz zbiorowości.

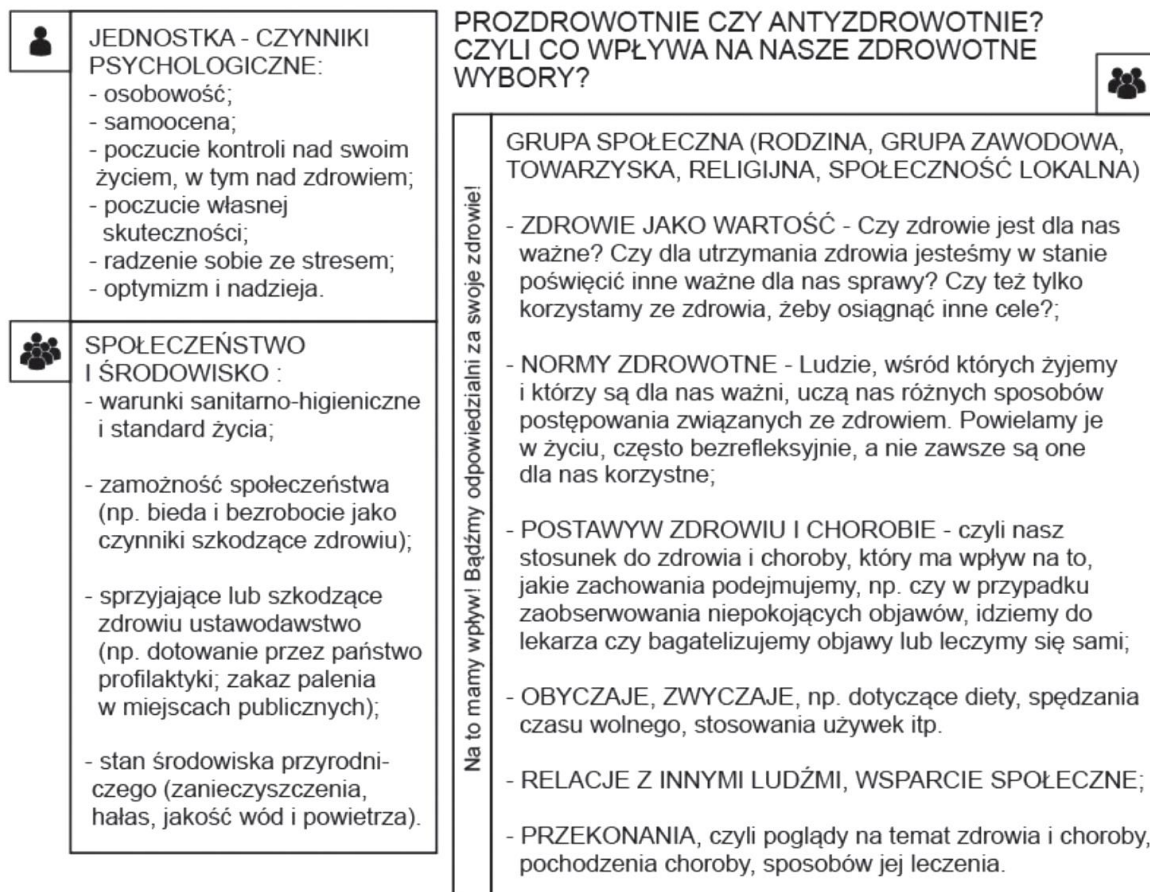
Wszelkie elementy stylu życia, w tym związane ze sferą zdrowia, posiadają wyraźną komponentę społeczną – są uwarunkowane społecznie i kulturowo (Ostrowska, 1999). W podejmowanych działaniach na rzecz wypracowania i wdrożenia strategii walki z rozprzestrzeniającymi się chorobami przewlekłymi, uwaga specjalistów koncentruje się przede wszystkim na ukazaniu czynników ryzyka, związanych ze stylem życia oraz sposobów ich przezwyciężania. Jak ukazano we wcześniejszych rozważaniach, w walce tej, ciężar gatunkowy został przeniesiony z instytucji medycznych na instytucje społeczne, a przede wszystkim na indywidualne zachowania jednostek. Jednostka ma przejmować odpowiedzialność za swoje zdrowie, zaś w realizacji zasad prozdrowotnego stylu życia wspierać ją powinny różnorodne instytucje społeczne. Tym

samym, szczególnie rola przypada w tych działaniach polityce społecznej – zarówno w wymiarze makrostrukturalnym, jak i lokalnym.

Powyżej ukazano wielowymiarowy charakter stylu życia, zarówno w perspektywie indywidualistycznej, jak i szerszej – społeczno-kulturowej. To, jakie zachowania i postawy zdrowotne przyjmuje jednostka czy szerzej – poszczególne grupy społeczne, jest więc zagadnieniem bardzo złożonym, wymagającym od osób, profesjonalnie zajmujących się promowaniem zdrowego stylu życia, szerokiej wiedzy interdyscyplinarnej, uwzględnienia nie tylko czynników biologicznych, ale również psychologicznych i społeczno-kulturowych.

Zbyt wąskie spojrzenie, niedostosowanie działań promujących zdrowie do możliwości i ograniczeń określonych grup społecznych, zazwyczaj skazuje nasze inicjatywy na porażkę, niepotrzebnie stracony czas, środki finansowe i włożoną energię, powoduje też rozczarowanie czy zniechęcenie. Niejednokrotnie owe niepowodzenia przypisywane są jednostkom, do których kierujemy działania. Obwiniamy je za bierność, niezainteresowanie swoim zdrowiem, niskie możliwości intelektualne itp. Natomiast niestety rzadziej szukamy przyczyn niepowodzeń działań promujących zdrowie, tkwiących w błędnych założeniach lub realizacji projektu. Po pierwsze, mogą one być nieadekwatne do możliwości odbiorcy – niedostosowanie formy i treści projektu do wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, zainteresowań, wartości, norm społecznych itp. grupy docelowej. Niekiedy błędne bywają także założenia odnośnie stylu życia odbiorców – brak wnikliwej analizy społecznych i kulturowych czynników, które mogą uniemożliwiać lub blokować zachowania prozdrowotne lub promować czy sprzyjać zachowaniom zdrowiu szkodzącym.

Warto zauważyć, że także na poziomie jednostkowym – w potocznych rozważaniach na temat zdrowia i choroby idziemy na skróty, posługujemy się wygodnymi schematami myślenia, analizując te kategorie jedynie w ramach biologii i genetyki lub zrzucając winę za niezadowolający stan swojego zdrowia na czynniki o charakterze zewnętrznym, np. jakość czy dostępność do usług medycznych, skażenie środowiska czy wysokie wskaźniki bezrobocia i biedy w społeczeństwie. Szukamy zatem niezależnych od nas czynników sprawczych naszego złego samopoczucia czy choroby, spychając na dalszy plan, bagatelizując lub marginalizując znaczenie tych wszystkich uwarunkowań zdrowia, na które w określonym zakresie wpływ mamy. W konsekwencji – skoro uważamy, że nie mamy wpływu na stan zdrowia lub mamy ten wpływ w niewielkim zakresie, przyjmujemy postawę bierną, nie podejmujemy inicjatywy na rzecz zmiany naszej sytuacji zdrowotnej, co istotne – nie czujemy się odpowiedzialni za stan swojego zdrowia oraz wystąpienie choroby. Ważne jest zatem uświadomienie jednostkom oraz poszczególnym grupom społecznym (oraz wyposażenie w stosowne umiejętności!), że oprócz uwarunkowań, na które jednostka nie ma wpływu (predyspozycje biologiczne, genetyczne) lub ma na nie mały wpływ (np. czynniki psychologiczne; uwarunkowania środowiskowe i makrostrukturalne), jest cała gama czynników społeczno-kulturowych, związanych ze stylem życia, które możemy modyfikować na rzecz zdrowia. Są to czynniki związane z naszym funkcjonowaniem w grupach społecznych, takie jak: kształtowanie zdrowia jako wartości wiodącej w naszym życiu; normy zdrowotne; postawy i zachowania w zdrowiu i chorobie; obyczaje, zwyczaje, dotyczące poszczególnych elementów stylu życia (diety, aktywności fizycznej, stosowania używek, sposobów spędzania czasu wolnego, praktyk seksualnych itp.); przekonania, czyli poglądy na temat zdrowia i choroby, etiologii choroby, sposobów leczenia, kontaktów z przedstawicielami służby zdrowia etc.; relacje z innymi ludźmi, wsparcie społeczne. Ważne jest, by jednostki – po pierwsze, zdawały sobie sprawę z istnienia zależności pomiędzy elementami stylu życia (odpoczynek, sen, dieta, aktywność fizyczna, stosowanie używek, zabezpieczenia w kontaktach seksualnych etc.) a prawdopodobieństwem wystąpienia chorób. Po drugie, niezbędne jest wykształcenie w jednostkach i grupach oraz stałe podnoszenie poziomu odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych ludzi w otoczeniu społecznym. Trzecim krokiem jest natomiast motywowanie jednostek i grup do zwiększenia ich aktywności na rzecz zdrowia oraz do przejmowania kontroli nad zdrowiem swoim i innych ludzi.



Rycina 2. Psychologiczne, środowiskowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania zdrowia i choroby

Wiedza na temat istoty i uwarunkowań stylu życia jest także niezbędna praktykom promocji zdrowia, specjalistom tworzącym i wdrażającym programy, projekty i kampanie promujące zdrowie. Dopiero na podstawie tejże wiedzy możliwe jest budowanie skutecznych narzędzi i strategii prozdrowotnych, skierowanych do konkretnych odbiorców, funkcjonujących w określonych realiach społeczno-kulturowych. Świadomość na temat obszarów związanych ze stylem życia, które można pozytywnie modyfikować na rzecz zdrowia, jest podstawą aktywizacji społecznej i upodmiotowienia jednostek i społeczności, przejęcia odpowiedzialności i kontroli nad zdrowiem swoim i osób, na których rzecz działamy.

Opracowanie na podstawie: Małgorzata Synowiec-Piłat, A. Pałęga, & M. Jędrzejek (Eds.), *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki* (pp. 19–27). Wrocław: Wyd. EUROSYSTEM.

## Współczesne scenariusze promocji zdrowia seksualnego. Seksualizacja a edukacja seksualna dzieci i młodzieży.

Słowo “seks” oraz “seksualność” bywają używane zamiennie, mimo że ich znaczenia nieco różnią się między sobą. **Seks** (od łacińskiego *sexus*, czyli płeć) to w znaczeniu biologicznym czynność, która prowadzi do reprodukcji genetycznej gatunku. Seks to ogół spraw związanych z życiem płciowym; atrakcyjność pod względem płciowym. Uprawianie seksu jest doświadczeniem zmysłowym, czynnością, której towarzyszy różny stopień zaangażowania emocjonalnego i na ogół wysoki stopień przyjemności. **Seks zaspokaja podstawowe potrzeby psychiczne człowieka** (więzi, poczucia własnej wartości, czułości, potwierdzenia i wyrażania swej płciowości, jest podstawą potrzeby rodzicielstwa). Udane życie seksualne sprzyja zdrowiu, harmonii psychicznej i równowadze hormonalnej. Współcześni badacze prześcigają się w opisie **różnorodności aspektów spełnienia seksualnego**. Wyróżnia się kategorie funkcjonalne, wśród których znajdują się seks prokreacyjny, seks kształtujący i podtrzymujący związek pary, seks fizjologiczny, wywołujący rozładowanie napięcia, seks poszukiwawczy, polegający na eksperymentowaniu z nowymi sposobami wzajemnego pobudzania się partnerów. Odmianą kategorią jest seks dla przyjemności, seks dla zabicia czasu, seks jako środek uspokajający. Pojawiają się również znane kategorie seksu na sprzedaż i seksu, będącego konsekwencją statusu partnerów, związanego z dominacją, a niekiedy przemocą. W teorii feministycznej istnieje rozróżnienie określenia *erotica*, oznaczającego takie stosunki seksualne (a w szczególności uczestnictwo w nich kobiet), które mają charakter niezależny, zintegrowany, radosny, od *tanatica*, seksu opresywnego, w którym kobieta jest istotą podległą, nienawistną lub nienawiść znoszącą.

We współczesnej kulturze mamy do czynienia ze społecznym negocjowaniem **seksualności jako jednej z wersji tożsamości jednostki**. Termin **seksualność obejmuje swoistą przestrzeń jednostki**, czyli jej erotyczne pragnienia, praktyki oraz jej tożsamość, która może być przypisana biologicznie lub wybrana indywidualnie. Seksualność jest, by posłużyć się językiem bardziej metaforycznym, zarazem fikcją i rzeczywistością, sztuczną kreacją i życiowym doświadczeniem - oznacza to, że ona dzieje się po części w wyobraźni człowieka, w jego pragnieniach (co jest sposobem wyrażania pożądania seksualnego), a jednocześnie w świecie rzeczywistym w sposób praktyczny. **Seksualność jest sposobem nawiązywania relacji z innymi, opartych na intymności**. Wyjątkowość i intensywność wiążących się z nią przeżyć sprzyja moralnemu zaangażowaniu i choćby przez to można ją określić mianem prototypu transcendencji. Doznanie, które towarzyszy wspólnocie seksualnej, to całkowite stopienie się w jedność oraz poczucie znikającej odrębności drugiej osoby. Seksualność jest bez wątpienia istotą człowieczeństwa. Erotyczne porozumienie może stworzyć chwilowe złudzenie tożsamości z drugim człowiekiem i stąd jest bezcenne.

Oddzielenie prokreacji od seksu, miłości i intymności postrzegane jest jako dehumanizacja relacji interpersonalnych. Możliwości zapłodnienia *in vitro*, banki spermy i komórek jajowych, matki zastępcze, dzieci z probówki otworzyły pole społecznych eksperymentów, podlegających kontroli i represji w kontekście moralnym i prawnym. Fakt, że kobieta może mieć dziecko nie znając ojca, albo że mężczyzna nawet po swojej śmierci może stać się ojcem, zrywa związek między biologicznym i społecznym aspektem reprodukcji gatunku ludzkiego, oddziela socjalizację od rodzicielstwa.

Popęd płciowy ulega autonomizacji i funkcjonuje w oddzieleniu od miłości seksualnej, może degradować się do prostego poszukiwania satysfakcji, do autoerotyzmu i niepokojącej infantylności zachowań. Banalizacja seksu związana jest z uznaniem, że jego aspekty techniczne, sprawnościowe i rekreacyjne są pierwszorzędne. Socjologowie zauważają, że od lat 70. konsekwentnie dąży się do “od-moralnienia” seksu i przesuwania granice tego, co dozwolone. Seks, pojmowany jako przedmiot konsumpcji czy kultu, jako działanie ludyczne lub jako miara ludzkiej godności, jako niewinne igraszki lub jako przemoc - stał się przedmiotem dwóch sprzecznych dyskursów.

We współczesnych koncepcjach dotyczących seksualności wyróżnia się **pięć warstw życia erotycznego człowieka**: tożsamość płciową, orientację seksualną, preferencje seksualne, rolę płciową oraz realizację



seksualną (Seligman, Walker, & Rosenhan, 2003:574). Dla socjologa seks i seksualność są osią, wokół której zorganizowany jest porządek społeczny. Wzory obyczajowych praktyk w dziedzinie życia seksualnego, odnosząc się do zbiorowości, obejmują powtarzalne, zrytualizowane zachowania lub wzory zachowań. Uprawianie seksu to forma odtwarzania oraz reprodukcji struktur społecznych i kulturowych. Według Anthony Giddensa rewolucja seksualna ostatnich trzydziestu czy czterdziestu lat to nie tylko, ani nawet przede wszystkim, neutralny płciowo rozkwit swobody seksualnej. Składają się na nią dwa podstawowe elementy: wyzwolenie seksualne kobiet oraz rozkwit homoseksualizmu, tak męskiego, jak kobiecego.

Liberalizacja seksualności, według Rollo Maya, jest w istocie nową formą purytyzmu, który wynika z procesów industrializacji i wyparcia moralności poza horyzont egzystencji, co skutkuje alienacją od własnej cielesności i traktowaniem ciała według mechanicznych parametrów skuteczności.

Następuje odspołecznienie seksualności na rzecz jej prywatności. Prywatyzacja seksu związana jest z poszukiwaniem przyjemności seksualnej, która staje się celem samym w sobie. Zygmunt Bauman opisuje współczesnego człowieka jako osieroconego *homo sexualis*. Niegdyś seksualność była narzędziem, którego jednostka używała do budowania i podtrzymywania relacji międzyludzkich. Dzisiaj samowrotny i samowystarczalny seks, oceniany jedynie na podstawie satysfakcji, jakiej może dostarczyć, mnoży frustracje i pogłębia uczucie obcości (Bauman, 2003).

**Seksualność dzieci** może być rozumiana jako konstrukt historyczny, rodzaj społeczno-kulturowej narracji wokół którego rozwinęto instrumenty instytucjonalnych działań oraz strategii dyskursywnych. Proces wychowawczy odbywa się w ramach pewnych granic, niepisanych czy zinstytucjonalizowanych barier dostępu, definiowanych poprzez określenie dopuszczalnych treści, dotyczących m.in. intymności, cielesności czy płciowości, a w ich ramach rozpatrywana jest odpowiednia terminologia (język) czy dosłowność i otwartość przekazu. Przyjmuje się, że wiedza na temat seksu jest potencjalnie niebezpieczna, więc dzieci powinny być przed nią chronione, bo może to zniszczyć ich niewinność i zachęcić do zakazanych praktyk. To sekrety czynią dzieciństwo możliwym. Istnieje wyraźny podział na tematy dozwolone i niedozwolone w obszarze narracji dziecięcej (sayable i unsayable) (Lemish 2010). Kwestia seksualności dziecka jest tematem tabu, „(...) narzuca się w tym względzie powszechne i przykładowe milczenie” (Foucault 2010: 13). Wszelkie działania, zachowania, zaniechania, komentarze czy przemilczanie wpływają i kształtują seksualność dziecka oraz jego postawy wobec własnej płciowości, seksualności.

**Seksualizacja** to w ostatnich latach w Polsce pojęcie często pojawiające się w debatach publicznych. Termin ten używany jest w rozważaniach dotyczących przemian obyczajowości seksualnej, ochrony praw i wolności jednostki oraz zagrożenia przemocą seksualną. Równolegle seksualizacja stanowi także obszar zainteresowania osób naukowo zajmujących się ludzką seksualnością, jej uwarunkowaniami i przemianami. Celem wystąpienia jest zarysowanie jakie konsekwencje niesie seksualizacja dla praktyki edukacyjnej.

Michel Foucault twierdził, że „nie należy dokonywać binarnego podziału na to, co się mówi, i to, czego się nie mówi; należałoby natomiast spróbować określić różne metody przemilczania, usytuowanie tych, którym wolno i którym nie wolno się wypowiadać, dopuszczalne typy dyskursu lub wymagane formy dyskrecji dla jednych i drugich” (Foucault 2010: 31). Interesujące w tym kontekście są wyniki badań opartych na analizie wywiadów fokusowych (Bieńko, Izdebski, Wąż 2016). **Wypowiedzi najmłodszych uczestników badań** – uczniów szkół podstawowych pozwoliły na scharakteryzowanie przesłanek, które determinują funkcjonowanie mechanizmów rządzących nazywaniem tego, czego mówić nam o seksualności dzieci „nie wolno” czy też „nie wypada”, jak również analizie stosowanych przez nauczycieli i rodziców metod przemycania informacji nie wprost.

Opracowanie: dr hab. Mariola Bieńko  
Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski

## BIBLIOGRAFIA:

- Aronson E., *Człowiek istota społeczna. Wybór tekstów*, Wyd. PWN, Warszawa 2005
- Baric, L. (1993). The settings approach-Implications for policy and strategy. *Journal of the Institute of Health Education*, 31, 17–24.
- Bauman, Z. (2003). *Intimations of postmodernity*. Routledge Taylor and Francis Group.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Boston: Harvard University Press.
- Cappelen, A., & Norheim, O. (2005). Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *Journal of Medical Ethics*, 31(8), 476–480.
- Cockerham, W. (2015). *Medical sociology. Mayo Clinic proceedings. Mayo Clinic*. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs548>
- Cockerham, W., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 38(2), 321–342.
- Cornford, C., & Cornford, H. (1999). 'I'm only here because of my family.' A study of lay referral networks. *British Journal of General Practice*, 49(445), 617–620.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(4), 365–388.
- Deklaracja Dżakarcka. (1997). Dżakarta, Indonezja: IV Międzynarodowa Konferencja na temat Promocji Zdrowia.
- Dooris, M., Dowding, G., Thompson, J., & Wynne, C. (1998). *The settings-based approach to health promotion. Health promoting universities: concept, experience and framework for action*.
- Freidson, E. (1960). Client Control and Medical Practice. *American Journal of Sociology*, 65(4), 374–382.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- Guć, M. (1996). *Razem o współpracy samorządu terytorialnego z organizacjami pozarządowymi*. Gdynia: Wyd. Urząd Miasta Gd.
- Hagger, M., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the commonsense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141–184.
- Kickbusch, I. (1991). *Action on health promotion: approaches to advocacy and implementation*. WHO Regional Office for Europe.
- Lalonde, M. (1978). *New Perspective on the Health of Canadians, A Working Document*. Ottawa: Canada.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. W L. Cameron & H. Leventhal (Red.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (ss. 42–65). London: Routledge.
- Levin, L., & Ziglio, E. (1996). Health promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice. *Health Promotion International*, 11(1), 33–40.
- Mechanic, D. (1982). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disorders*, 15, 189–194.
- Milio, N. (1986). *Health through public policy*. Ottawa: Canada: Canadian Public Health Association.
- Minkler, M. (2000). Personal responsibility for health: contexts and controversies. W D. Callahan (Red.), *Promoting healthy behavior* (ss. 1–22). Washington: Georgetown University Press.
- Nowakowski, M., & Piątkowski, W. (2017). *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27–44.
- Ostrowska, A. (2000). Styl życia a zdrowie – bilans dekady. W H. Domański, A. Ostrowska, & A. Rychard (Red.), *Jak żyją Polacy* (ss. 101–120). Warszawa: Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Ostrowska, Antonina. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: IFiS PAN.

- Palska, H. (2002). *Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych*. Warszawa: Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Puchalski, K. (2005). Medykalizacja promocji zdrowia. W K. W. Binkiewicz & A. Siewru (Red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie. Interdyscyplinarna Konferencja Warsztatów Analiz Socjologicznych*. Warszawa: Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego.
- Ryan, W. (1976). *Blaming the victim*. New York: Vintage.
- Sęk, H., & Cieślak, R. (2011). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Seligman, M., Walker, E., & Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Siciński, A. (1980). *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*. Warszawa: Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1(1–2).
- Słońska, Z. (1999). Rola promocji zdrowia w rozwoju edukacji zdrowotnej. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 6(17).
- Słońska, Z. (2005). Socjologiczna krytyka promocji zdrowia. Wybrane problemy. W W. Piątkowski & W. Brodniak (Red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna* (ss. 93–102). Tyczyn: Wyd. Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie.
- Słońska, Z. (2017). Medykalizacja a społeczeństwo: obszary i kierunki wzajemnego oddziaływania. W M. Nowakowski & W. Piątkowski (Red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie* (ss. 51–62). Lublin: Wyd. UMCS.
- Synowiec-Piłat, M. (2009). *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek & Akademia Medyczna we Wrocławiu.
- Synowiec-Piłat, M., & Pałęga, A. (2017a). Aktywizacja i upodmiotowienie jako priorytety współczesnej promocji zdrowia. W M. Synowiec-Piłat, A. Pałęga, & M. Jędrzejek (Red.), *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki* (ss. 19–27). Wrocław: Wyd. EUROSYSYSTEM.
- Synowiec-Piłat, M., & Pałęga, A. (2017b). Aktywizacja i upodmiotowienie na rzecz zdrowia. Aspekty etyczne. W M. Synowiec-Piłat, P. A. & M. Jędrzejek (Red.), *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki* (ss. 29–36). Wrocław: Wyd. EUROSYSYSTEM.
- Synowiec-Piłat, Małgorzata, Pałęga, A., & Jędrzejek, M. (2017a). *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki*. Wrocław: Wydawnictwo EUROSYSYSTEM.
- Synowiec-Piłat, Małgorzata, Pałęga, A., & Jędrzejek, M. (2017b). Skoro działanie, to aktywność dla zdrowia. Promocja zdrowego stylu życia. W Małgorzata Synowiec-Piłat, A. Pałęga, & M. Jędrzejek (Red.), *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki* (ss. 91–112). Wrocław: Wyd. EUROSYSYSTEM.
- Taranowicz, I. (2012). Racjonalność lekarza a racjonalność pacjenta. W Małgorzata Synowiec-Piłat & A. Olchowska-Kotala (Red.), *Socjologia i psychologia dla pacjenta. Wybrane zagadnienia*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek.
- Tones, K. (2004). Health Promotion, Health Education, and the Public Health. W R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, & H. Tanaka (Red.), *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Weber, M. (1978). *Economy and society*. Berkeley: University of California Press.
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion. In First International Health Promotion Conference*. Ottawa: Canada.
- WHO. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*.
- WHO. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2008). Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *American Journal of Public Health*, 98(4), 699–704.
- Yeom, H.-E., & Heidrich, S. M. (2013). Relationships Between Three Beliefs as Barriers to Symptom Management and Quality of Life in Older Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.E108-E118>