

HELENA SĘK

SUBIEKTYWNE KONCEPCJE ZDROWIA, ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA A ZACHOWANIA ZDROWOTNE I PROMOCJA ZDROWIA

Wprowadzenie

Metaforę rozwojową o promocji zdrowia mówiącą o tym, że promocja zdrowia poczęła się w latach siedemdziesiątych, narodziła w osiemdziesiątych i stopniowo dojrzeła w latach dziewięćdziesiątych, można odnieść także do analiz psychologicznych tej nowej, interdyscyplinarnej dziedziny badań i zastosowań. Trzeba przy tym już na wstępie zaznaczyć, że w najwcześniejszych swoich „latach życia“ promocja zdrowia podobnie, jak inne nowe dziedziny, które zajmują się problematyką zdrowotną z perspektywy globalnej, była silnie nacechowana elementami ruchu społecznego. Główne prace koncentrują się na aspekcie medycznym zdrowia i różnych aspektach społecznych. Czynnikiem stymulującym rozwój tej dziedziny były niewątpliwie problemy ekonomiczne, polityczne i ekologiczne — społeczne, dotyczące życia i działania ludzi na całym świecie. Stąd główny nurt prac koncepcyjnych, dyskusyjnych i programowych odbywa się na światowych konferencjach organizowanych pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia. Rezolucje podejmowane na tych zgromadzeniach, a zwłaszcza ta, którą uchwalono w Alma-Acie w 1977r pod hasłem „Zdrowie dla Wszystkich w 2000 roku“ są delegowane do różnych regionów świata, i do różnych krajów. Konkretyzacje i uszczegółowienia tych ogólnych postulatywnych dokumentów wpływają w sposób istotny zwłaszcza na politykę zdrowotną różnych krajów. W literaturze na temat promocji zdrowia mamy więc wiele informacji o programach i zadaniach oraz zobowiązaniach powziętych przez rządy różnych krajów i przez bardzo różnorodne gremia współdziałające na rzecz zdrowia. Ten proces społeczny trwający już wiele lat stwarza społeczeństwom, ich reprezentantom i instytucjom sytuację, która ma zwrócić szczególną uwagę na wartość zdrowia dla ludzkości, na zagrożenia dla tego zdrowia płynące z rozwoju współczesnej cywilizacji i różnych lokalnych kryzysów i transformacji oraz na fakt, że zdrowie jest nie tylko przywilejem i prawem każdego człowieka, ale także jego osobistym zadaniem.

W pracach na temat promocji zdrowia (por. Karski, Słońska Wasilewski, 1994) coraz częściej sygnalizuje się, że oprócz wiedzy postulatycznej o polityce społecznej, priorytetach i zadaniach rządów oraz o programach promocji zdrowia potrzebna jest refleksja nad podstawowymi zjawiskami pojawiającymi się w promocji zdrowia.

Artykuł ten ma na celu włączenie się do tego nurtu refleksji nad promocją zdrowia z pozycji psychologa zajmującego się tworzeniem i zastosowaniem wiedzy psychologicznej do rozwiązywania problemów zdrowotnych człowieka. Wybrano do tego celu trzy powiązane ze sobą zagadnienia:

- subiektywne koncepcje zdrowia
- świadomość jednostkową zdrowia
- zachowania zdrowotne

Powyższe zjawiska psychologiczne są nie tylko przedmiotem rozważań teoretycznych w ramach psychologii zdrowia, ale także istnieje w tym zakresie już dość bogaty dorobek empiryczny. Podstawowe założenie, które znalazło wyraz we wcześniejszych naszych publikacjach na podobny temat (Sęk i inni 1992) sprowadza się do tego, że uważamy iż przemiany problematyki zdrowia zachodzące także w naszym regionie geograficznym mają zarówno wymiar globalny (ogólnoludzki), lokalny (społeczno-kulturowy) i jednostkowy (biograficzny). Co więcej jako reprezentanci psychologii sądzimy, że istotny postęp w promocji zdrowia jest zależny w znacznym stopniu od świadomości człowieka, a nie tylko od zmiany społecznej i nacisku na krzewienie zdrowych stylów życia. Odwołanie się do świadomości podmiotu jednostkowego jak i podmiotu zbiorowego może spełnić nadrzędną funkcję wobec działań na rzecz zdrowia w środowisku naturalnym, społeczno-kulturowym i na rzecz zdrowia jednostki (op. cit. 352).

Podobny pogląd wyrażają także (Puchalski 1994), Słońska (1994) i Włodarczyk (1994), gdy podkreślają rolę indywidualnej odpowiedzialności człowieka za zdrowie i stwierdzają, że dla „promocji zdrowia kluczowym atrybutem jest aktywność i autonomia podmiotów działających“ i ten fakt powinien być istotnym elementem świadomości wszystkich jednostek i grup zaangażowanych na rzecz zdrowia: polityków, profesjonalistów różnych dziedzin, w tym lekarzy, socjologów, pedagogów i psychologów.

Istnieje więc aktualnie korzystna sytuacja — przyzwolenia i potrzeby — aby pragmatyczne ruchy i społeczne oraz rządowe akcje i programy na rzecz promocji zdrowia uzupełnić także o analizy teoretyczno-empiryczne z kręgu psychologii.

Wiedza potoczna o zdrowiu — subiektywne koncepcje zdrowia

W związku z tym, że doświadczenia zdrowia i choroby są powszechnym udziałem wszystkich ludzi, można zakładać iż powstaje u każdego człowieka indywidualna reprezentacja poznawcza na temat zdrowia. Wiedza ta może mieć bardzo różną strukturę; może być zapisem obrazowym, skryptowym, może mieć

charakter proceduralny, jako zapis nawykowy powstały w toku socjalizacji, może wreszcie mieć charakter wiedzy pojęciowej związanej ze słowem i możliwością zwerbalizowania własnej, świadomej koncepcji zdrowia. Wszystkie te bardzo różne zjawiska określa się w literaturze przedmiotu najczęściej zbiorczym terminem potoczna wiedza o zdrowiu lub świadomość potoczna zdrowia (por. Faltermaier 1990, Puchalski 1994).

Gdy ową wiedzę potoczną o zdrowiu wiąże się z nastawieniem do problemów zdrowia, i stylem życia najczęściej przeprowadza się analizy z wykorzystaniem teorii postaw i wówczas mówi się częściej o przekonaniach zdrowotnych sygnalizując, że wiedza jest tylko jednym z elementów bardziej złożonej struktury zawierającej emocjonalne i behawioralne aspekty.

W tym opracowaniu „zawiesimy“ problemy formalnych rozważań natury terminologicznej i pojęciowej, a bardziej skupimy się na treściach potocznej wiedzy o zdrowiu i jej strukturze oraz uwarunkowaniach, wyeksponujemy też wyniki badań empirycznych.

Reprezentatywną próbę 297 osób (156 kobiet, 141 mężczyzn) o odpowiedniej proporcji poziomów wykształcenia, pochodzących ze wsi, małych miast i dużych miast i w różnym wieku (od 16 do 78 lat, średnia 28, 9) zbadano metodą metafor. Badanych proszono dokończenie zadania „Zdrowie jest jak. . .“

Pozytywną metaforą lub kilkoma skojarzeniami odpowiedziało 83, 5% badanych. Większość osób generowała kilka porównań. W wyniku analizy treściowej (kategorialnej) stwierdzono sześć różnych kategorii treściowych wyobrażeń o zdrowiu. W badaniach stwierdzono, że w ujęciu potocznym i metaforycznym zdrowie jest jak. . .

- I. „Wartość niezbędna do życia — jak woda, powietrze, światło, słońce, przestrzeń. . .“
- II. „Dobro wymagające pielęgnacji — jak dorodny owoc, o który trzeba dbać, dar od Boga, który można zaprzepaścić, dziecko, które rozwija się i rośnie pod opieką, piękny kwiat, który wymaga podlewania. . .“
- III. „Przyjemność — jak muśnięcie ciepłego wiatru, cichy letni wieczór, rześki, radosny, wiosenny poranek, miłość, uśmiech dziecka, soczysty owoc. . .“
- IV. „Cenna rzecz — jak złoto, diament, srebro, szlachetny kamień dobry samochód, największy skarb. . .“
- V. „Obiekt zmienny i ulotny, nieprzewidywalny — jak bańka mydlana, bąbel na wodzie, dmuchawiec, dryfujący okręt, zmienna pogoda, kruche szkło. . .“
- VI. „Źródło energii — źródło tryskające, siła życia, żywa woda, witalność, młodość pełna energii. . .“
- VII „Czas, dusza, nieskończoność

W tabeli 1 zestawiono wyniki. Udział procentowy poszczególnych kategorii w całym badaniu informuje, że najczęściej kojarzono zdrowie z cenną rzeczą (19, 76%), i źródłem energii (19, 35%), następne w kolejności były skojarzenia związane z odczuciem zdrowia jako przyjemność (15, 32%) i skojarzenia z dobrem wymagającym pielęgnacji (14, 11%). Spotykano jednak także metafory

pojedyncze bardzo oryginalne często abstrakcyjne (12, 71%). Trzeba jednak zauważyć, że pojawiają się także skojarzenia sygnalizujące, że w doświadczeniu ludzi i ich umysłach zdrowie może się pojawiać jako coś ulotnego, zmiennego nad czym człowiek nie ma kontroli. Stosunkowo najrzadziej, bo tylko w 8, 27% wystąpiła kategoria pierwsza, świadcząca o tym, że badani pojmują zdrowie jako wartość nieodzowną do życia, a więc konieczną, ważną na co dzień.

Rodzaj kategorii	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem	
			n	%
I. Wartość niezbędna do życia	25	16	41	8,27
II. Dobro wymagające pielęgnacji	39	31	70	14,11
III przyjemność	45	31	76	15,32
IV. Cenna rzecz	43	55	98	19,76
V. Obiekt zmienny ułożony	31	21	52	10,48
VI. Źródło energii	54	42	96	19,35
VII. Inne abstrakcje	23	40	63	12,71
Razem	260	236	496	100,00

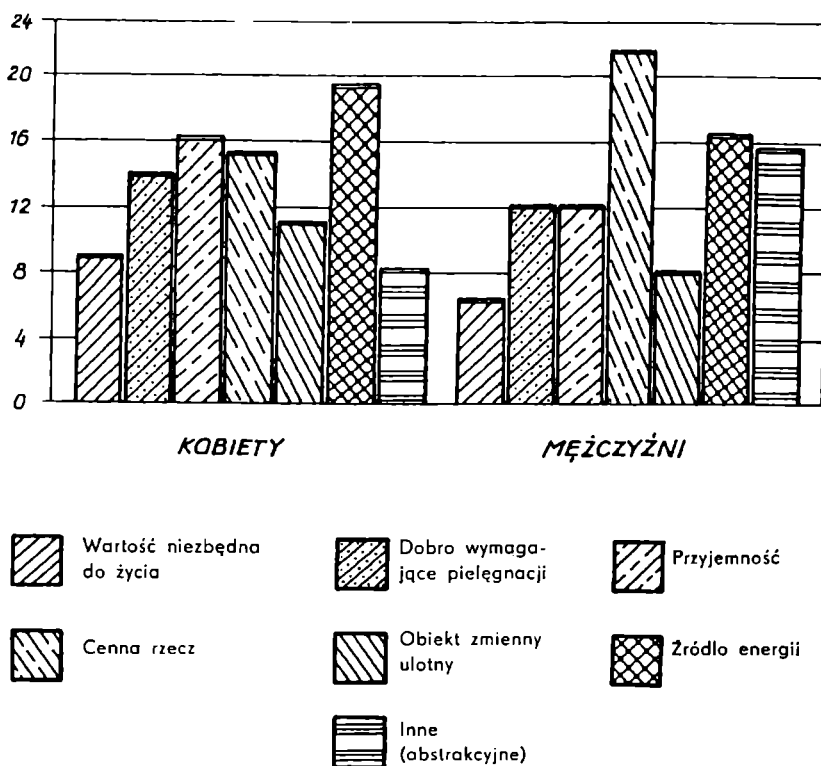
Kategorie metafor zdrowia w odpowiedzi na zdanie „ Zdrowie jest jak...“

Z badań powyższych wynika, że gdy odwołamy się do wyobraźniowych po-
 kładów potocznej wiedzy o zdrowiu to otrzymujemy bogaty wachlarz skojarzeń
 świadczących o tym, że słowo zdrowie ma w umyśle każdego człowieka in-
 dywidualne i często pozytywne odniesienia. Tylko 16% nie potrafiło znaleźć
 w warunkach badania (być może zaskoczenia) pozytywnych treściowo treści, co
 oznacza pośrednio, iż są to prawdopodobnie te osoby, dla których kategoria
 zdrowie jest pusta, bo oznacza przede wszystkim brak choroby. Potwierdzałyby
 to też badania Puchalskiego (1994), że ludzie ogólnie zdrowi nie przywiązują
 wagi do tradycyjnej biomedycznej, negatywnej definicji zdrowia. Jest to wynik
 ważny gdyż, w sytuacji, gdy zachęcamy ludzi do samodzielnego zajmowania
 się problemami zdrowia można liczyć na pozytywny rezonans.

Większość skojarzeń wskazuje, połączenie zdrowia z wartościami i różnymi
 dobrami, cennymi obiektami i zasobami, naturalnymi, energetycznymi, które są
 atrybutem człowieka i natury, lub jego otoczenia. Wśród tych kategorii zwraca-
 ją szczególną uwagę te, które łączą zdrowie z dobrem wymagającym pielęgn-
 acji. Oznacza to iż ludzie, u których pojawiają się takie skojarzenia, są bardziej
 od innych w sposób naturalny poprzez swoje doświadczenie, socjalizację i bio-
 grafie uwarżliwieni na atrybut własnej aktywności względem zdrowia. Mają oni
 też poczucie, że to zdrowie znajduje się pod ich wpływem, pozostaje pod ich
 kontrolą. Byłoby bardzo interesujące sprawdzić w przyszłych badaniach, skąd
 pochodzą te naturalne pojęcia zdrowia, czy są one cechą np. liderów promocji
 zdrowia, ludzi bardziej wykształconych lub mających wyrobione poczucie od-

powiedzialności własnej za zdrowie. W odróżnieniu od nich można także spotkać osoby, które kojarzą zdrowie z czymś niekontrolowalnym, ulotnym, zmiennym.

Ponadto okazało się też, że mogą być osoby, które pojmują zdrowie przede wszystkim przez pryzmat samopoczucia i odczuć zmysłowych zabarwionych pozytywnie przyjemnością sensualną. Kwintesencją tego prototypu zdrowia jest „radosna rzeškość”. Warto o tej kategorii pamiętać, gdyż stosunkowo mało pisano o niej w literaturze na temat subiektywnych koncepcji zdrowia, może ona mieć istotne znaczenie w kształtowaniu zachowań zdrowotnych.



Wykres 1. Kategorie metafor zdrowotnych u kobiet i mężczyzn

W naszych badaniach stwierdzono także istotne różnice w metaforach dotyczących zdrowia w podgrupie kobiet i mężczyzn. Przedstawiono to na rysunku 1. Mężczyźni częściej kojarzą zdrowie z cenną rzeczą i abstrakcyjnym pojęciem, podczas gdy kobiety częściej posługują metaforami o cechach poczucia przyjemności, witalności, ale mają też częściej przekonanie o ulotności zdrowia.

Stosunkowo najmniejsza różnica dotyczy skojarzenia zdrowia z wartością wymagającą troski. Zdawałoby się, że kobiety powinny tu uzyskiwać znaczną

przewagę nad mężczyznami, gdyż jak wykazały badania, to kobietom przypisuje się cechy osób odpowiedzialnych za zdrowie, zwłaszcza w rodzinie (por. Faltermaier, 1990).

Badania nasze pozostają w pewnej korespondencji z klasycznymi już badaniami psychologa społecznego C. Herzlich (1973) nad wiedzą potoczną zdrowia u Francuzów, gdyż były to także badania jakościowe, z tą różnicą, że dotyczyły zarówno pojęcia zdrowia jak i choroby oraz poczucia zdrowia i choroby. i były prowadzone metodą rozmowy z zastosowaniem pytań otwartych. Autorka ta wyodrębniła trzy duże kategorie subiektywnych koncepcji zdrowia: zdrowie jako próżnia (health in-a vacuum), rezerwy zdrowia (reserve of health) i zdrowia jako równowaga (equilibrium). W interpretacji Herzlich u osób którzy spostrzegają zdrowie w próżni możemy mieć do czynienia z brakiem jakiegos bezpośredniego odnośnika do zdrowia, pojęcie zdrowia jest tylko opozycja do choroby, w związku z tym jest brakiem choroby. Taki stan umysłu może jednak także sygnalizować rzecz inną, mianowicie, że osoby te nie odczuwają, nie doświadczają zdrowia i swojego ciała, nie są wrażliwe na atrybuty zdrowia i nie kojarzą go z dobrym samopoczuciem, ale raczej z zakłóceniem pewnych poziomów normalności i równowagi w ciele. Takie pojęcie (negatywne) zdrowia nie ma żadnego aspektu podmiotowego, jest raczej przedmiotowym faktem i występuje tylko gdy jest powiązany z chorobą, przy czym choroba zdrowia niszczy.

Dotychczasowa polityka zdrowotna, badania epidemiologiczne i koncentracja, także w ruchu profilaktyki chorób i promocji zdrowia na wskaźnikach negatywnych (poziom śmiertelności, zachorowalność, poziom ryzyka) mogło i może wydatnie te potoczne przekonania utrwalać.

Pojmowanie zdrowia jako rezerw oznacza, że zdrowie się posiada, bo posiada się potencjały zdrowia, współcześnie mówi się zasoby zdrowia (siłę, energię, witalność). Te rezerwy często jeszcze utożsamiane tylko z wyposażeniem biologicznym, wręcz konstytucjonalnym, które służy człowiekowi w walce z zagrożeniami zewnętrznymi. Są to prawdopodobnie te liczne wartości i dobra, o których wcześniej pisaliśmy. Z nowszych ujęć na temat zdrowia i zasobów zdrowia wiadomo jednak, że zasoby te to także cechy psychiczne człowieka, cechy jego środowiska i jego relacji ze środowiskiem naturalnym i społeczno — kulturowym. Ważne jest że te potencjały zdrowia mogą być rozpoznane obiektywnie i uświadamiane przez człowieka, mogą być mierzone i można na nie wpływać, rozwijać, ochraniać, troszczyć się o nie, pielęgnować, konserwować itp. Sądzę, że to podejście umożliwia najlepsze porozumienie pomiędzy badaczami, profesjonalistami od promocji zdrowia i laikami zawiadującymi sprawami swojego zdrowia. Koncepcja zasobów zdrowotnych jest najbardziej heurystyczną i użyteczną społecznie w dziedzinie promocji zdrowia. Zdrowie pojmowane jako potencjał (reservoir) jest też podstawą do dla funkcjonalnoholistycznych koncepcji zdrowia, które uważane są przez różnych autorów z najlepsze przybliżenie do istoty zdrowia (Antonovsky, 1995, Herzlich 1973, Sęk, 1992). pojmowania zdrowia.

W naszych, analizowanych tu badaniach nad spontanicznie generowanymi wyobrażeniami zdrowia nie znaleźliśmy odpowiedników definicji zdrowia jako

równowagi. Herzlich znalazła u swoich badanych także potoczne pojęcia, które wiązały się bardziej z całościowym, podmiotowym doświadczeniem dobrego przystosowywania się, równowagi, harmonii sił i wpływów. Ciekawe jest to, że badani właśnie to nazywali „prawdziwym zdrowiem“, „zdrowiem w najwyższym stopniu“. W tych potocznych koncepcjach zdrowia wyrażały się zarówno doświadczenia indywidualne, związane z biografią badanych jak i ślady wpływów społeczno — kulturowych, tradycji i zwyczajów. Ludzie posiadający takie pojęcie zdrowia jednocześnie mówili, że o zdrowiu świadczy: dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne, jest to uczucie siły, energii aktywności, skutecznego działania i zaangażowania życiowego w tym także więzi z innymi ludźmi. Być może jednak subiektywne mierniki samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego są trafnym odzwierciedleniem zdrowia?

Taka potoczna koncepcja zdrowia jest zdaniem Herzlich (1973) bezpośrednio uświadamiana, bazuje na zasobach zdrowia i powoduje aktywne nastawienie względem problemów zdrowia, o czym świadczy też to, że zakłócenia są w tej sytuacji asymilowane w całościowym podejściu do zdrowia i choroby.

Z cytowanych tu badań wynikałoby, że ludzie (być może pewna grupa osób) są zdolni do odzwierciedlania w swojej potocznej wiedzy i świadomości zdrowotnej najbardziej współczesne modele zdrowia i co więcej, jeżeli poznamy uwarunkowania do kształtowania się takich koncepcji będziemy mogli w istotny i podmiotowy sposób ujawniać prozdrowotne przekonania i zachowania.

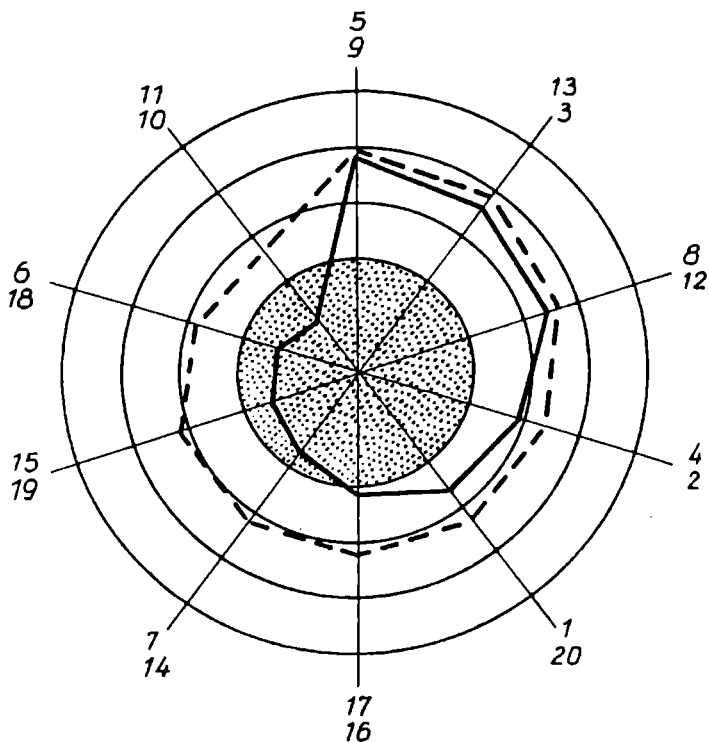
O tym, że taka możliwość istnieje przekonały nas nasze badania nad preferencją modeli zdrowia (por Sęk i inni 1992) Sęk, i inni 1993). Ponieważ badania te były publikowane i kilkakrotnie już z komentowane przytoczę tu jedynie najważniejsze rezultaty. Przypomnę, że badaliśmy Skalą Przekonań Zdrowotnych (20 pozycji; odpowiedzi na 10 twierdzeń są wskaźnikiem preferencji modelu biomedycznego, odpowiedzi na 10 twierdzeń wskazuje na preferencję modelu holistyczno-funkcjonalnego zdrowia, 10 twierdzeń wiązało się z poczuciem kontroli zdrowia i własnych aktywności zdrowotnej.

Przyjęto, że w modelu biomedycznym zdrowie jest traktowane jako kategoria zobiektywizowana, rozumiana jako stan braku objawów choroby, organizm cechuje się w stanie zdrowia normalnością funkcji biologicznych; tak rozumiane zdrowie zależy od odporności biologicznej i jest zdeterminowane wyposażeniem genetycznym organizmu, Zdrowie i choroba pozostają w tym ujęciu poza kontrolą podmiotu.

Twierdzenia modelu holistyczno-funkcjonalnego, operacjonalizowane do Skali Przekonań Zdrowotnych akcentowały to, że: zdrowie jest procesem równoważenia wpływów i wzajemnych wymagań w relacji człowiek — otoczenie; o poziomie zdrowia decydują uogólnione zasoby odpornościowe (bardzo szeroko rozumiane), a człowiek podmiot zdrowia dzięki poczuciu sensowności życia, zrozumiałości i zaradności może uruchamiać i rozwijać te potencjały. Może więc wpływać na stan swojego zdrowia. W tym modelu, zainspirowanym przez koncepcję salutogenezy Antonovsky'ego (1995) wyróżnione miejsce przypada świadomej aktywności podmiotu, który ma poczucie odpowiedzialności za

własne zdrowie i zdrowie innych, aktywnie i według własnych zasad ochrania to zdrowie, a jako pacjent współpracuje w procesie leczenia

Badania tą skalą stanowiły drugą część wyżej cytowanych Sęk i inni 1992) i miały na celu sprawdzić, czy badani pozytywnie ustosunkują się do modelu holistycznego i jakie twierdzenia obu modeli uznają za własne i typowe dla własnego myślenia o zdrowiu.



Stwierdzono, że świadomości jednostkowej zawarte są zarówno przekonania z modelu biomedycznego jak i holistyczno — funkcjonalnego. Podmiotowy system wiedzy o zdrowiu stanowi jednak, co już wykazano w badaniu metafor zdrowia, bardzo zindywidualizowaną strukturę treściową. Cała badana próba, której wyniki przedstawiono na rys 2. uznaje za własne wszystkie twierdzenia z modelu holistycznego (HF) stawiając na pierwszym miejscu przekonania o własnym wpływie na poziom zdrowia i zasadę załamania zdrowia wskutek wyczerpania zasobów odpornościowych. Z tej prawidłowości przewagi przekonań o tym że zdrowie jest holistyczne i funkcjonalne i zależy od własnej aktywności wyłamuje się podgrupa kobiet z podstawowym wykształceniem (u nich wskaźnik BM: HF wynosi 1,07). Kobiety te, które przecież pełnią istotną rolę w pierwotnej socjalizacji zdrowotnej preferują model biomedyczny, tolerują

brak sprawstwa i kontroli własnego zdrowia. W cytowanych badaniach stwierdzono też, że interakcja czynników wyższe wykształcenie x młody wiek determinuje jednocześnie preferencję nowoczesnego myślenia o zdrowiu. Powstaje więc problem, kto w procesie promocji zdrowia powinien być przede wszystkim adresatem edukacji zdrowotnej.

Zadziwiająca są jednak te wyniki także i z tego względu, że stwierdzono iż naukowe modele zdrowia są odzwierciedlane w wiedzy potocznej, co oznacza, że warto tę pożądaną wiedzę popularyzować. W umysłach „laików“ przekonania podobne do modelu holistyczno-funkcjonalnego współistnieją z przekonaniem modelu biomedycznego. Wiedza potoczna nie odzwierciedla więc owej, naukowej opozycji tych modeli lecz kieruje się własnymi regułami organizacji. Prawdopodobnie istotną rolę odgrywają tu zarówno procesy irracjonalne i struktury bazalne osobowości oraz biografia jednostki, którą w dotychczasowych badaniach się całkowicie pomija. Wynika z tego, że wiedzą potoczną o zdrowiu nie da się sterować, gdyż kieruje się ona własną potoczną logiką i zasadami rozwoju. Puchalski (1994) nazwał to cytując Ossowskiego polimorfizmem świadomości potocznej. Sądzę, że znacznie korzystniej jest, zamiast tylko tworzyć ujednoczone programy krzewienia zdrowych stylów życia dla wszystkich obywateli, myśleć nad przekładaniem teorii zdrowia i promocji zdrowia na takie podejścia, które podtrzymywałyby indywidualne prozdrowotne myślenie o zdrowiu i dążenie do rozwoju zasobów zdrowotnych.

Warunki kształtowania zachowań zdrowotnych

Sama wiedza sprzyjająca aktywności prozdrowotnej jednak nie wystarcza, aby realizować pilne zadania edukacji zdrowotnej, krzewienia zdrowych stylów życia. Można wiedzieć, że o zdrowie należy się troszczyć, że współcześnie oczekuje się nie tyle bierności w stosunku do opieki zdrowotnej, ile współdziałania, a mimo to wiedzę nie zawsze wprowadza się w czyn. Apele o wzięcie odpowiedzialności za zdrowie w stylu „Twoje zdrowie w Twoich rękach“ tak naprawdę powinny odwoływać się do wartości, potrzeb, wyznawanych norm prozdrowotnych, nastawień względem zdrowia, czyli do wszystkich tych procesów, które współtworzą decyzje zdrowotne jednostki. Promowanie zdrowia poprzez krzewienie zachowań zdrowotnych stanie się skuteczniejsze jeżeli dokładniej zrozumiemy istotę tej klasy zachowań i poznamy czynniki warunkujące ich kształtowanie.

W literaturze psychologicznej zwraca uwagę takie podejście, które zachowania zdrowotne określa jako pewną podgrupę zachowań rozwijających się w toku socjalizacji dziecka. Cele zdrowotne są coraz częściej przedmiotem kształcenia rodziców i wychowawców, aby ci mogli modelować zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży, czynić je przedmiotem zabaw, naśladowania i kształcenia. W sieci Szkół Promujących Zdrowie zakłada się działanie całościowe nastawione na kontekst środowiskowy, materialny przygotowanie dorosłych do promocji

zdrowia i kreowanie własnego rozwoju ku zdrowiu. W nowszych programach zwraca uwagę fakt, że są one budowane na myśli holistycznej, materiały popularyzatorskie dla promocji zdrowia nie odwołują się jeszcze do pogłębionych studiów na temat zachowań zdrowotnych. Te są natomiast na tyle zaawansowane, że warto je w tym artykule przedstawić, aby stworzyć nieco ogólniejsze ramy dla projektowania społecznego w tym zakresie.

Zachowania zdrowotne a czynności zdrowotne

Aktywność człowieka ukierunkowaną na zdrowie można podzielić na zachowania zdrowotne o cechach nawykowych i celowe czynności zdrowotne. Nawyki zdrowotne powstają w toku socjalizacji, są to najczęściej te, które są związane z higieną życia codziennego, (higieną, ciała, otoczenia i umysłu), nawykami odżywiania, i nawykami do aktywności fizycznej (część jej braku). Mogą to być nawyki pro— i antyzdrowotne. O zachowaniach zdrowotnych i zdrowym stylu życia informują nas przede wszystkim prace pochodzące z nurtu medycyny behawioralnej, ale i w tej orientacji z końcem lat osiemdziesiątych powstają prace, które ujmują zachowania zdrowotne jako aktywność celową, niekiedy także intencjonalną.

W polskiej literaturze wcześniej mówiło się o zachowaniach zdrowotnych jako o pewnej klasie czynności (por. Heszen-Klemens 1979) a dopiero wraz z rozwojem psychologii zdrowia wprowadza się termin nawyki zdrowotne.

Zachowania zdrowotne, pojmowane zarówno jako reakcje na sytuację, i jako nawyki oraz celowe czynności, są to zachowania, które pozostają na gruncie pewnej wiedzy obiektywnej lub subiektywnego przekonania w istotnym związku ze zdrowiem. Zachowania te mogą sprzyjać równoważeniu obciążeń, i działania czynników patogennych przez aktualizowanie zgeneralizowanych zasobów odpornościowych, mogą one jednak także przeciwnie ten proces zakłócać i powodować naruszenie zasobów odpornościowych.

Co do takiego ujęcia zachowań zdrowotnych zgodnie są niemal wszyscy autorzy (Heszen-Klemens 1979, Puchalski 1990, Schwarzer 1990). Przy takim definiowaniu zachowań zdrowotnych można do nich zaliczyć zarówno zachowania prozdrowotne jak i antyzdrowotne, zachowania w zdrowiu i w chorobie. Niektórzy autorzy wyrażają jednak pogląd, iż określenie zachowań zdrowotnych należy zarezerwować tylko dla zachowań prozdrowotnych, tj. dla takich zachowań, które na mocy ustaleń ekspertów posiadających wiedzę zobiektywizowaną o zdrowiu służą ochronie, promocji i przywracaniu zdrowia (Becker 1992). Uważam, że warto do zachowań zdrowotnych zaliczać zarówno pro— jak i antyzdrowotne, gdyż w edukacji zdrowotnej często mamy do czynienia z porzucaniem (oduczaniem się) antyzdrowotnych nawyków na rzecz prozdrowotnych.

Dla naszych rozważań o wiedzy i zachowaniach zdrowotnych bardzo przydatna jest propozycja Puchalskiego (1990), który przyjmuje dwa kryteria podziału zachowań zdrowotnych a) wiedzę i b) kierunek analizy zmiennych zachowanie <-----> zdrowie. Wiedza może mieć charakter subiektywny, podmiotowy (prze-

konania) i obiektywny (usystematyzowana wiedza medyczna i społeczno/filozoficzna o zdrowiu i chorobach). Zachowanie zdrowotne może więc wynikać z wiedzy podmiotu, że określone zachowanie wpływa na poziom zdrowia (przekonania, że relaks i wypoczynek odnawiają zasoby zdrowotne), ale także wiedza o zdrowiu jako kategorii wartościowanej może motywować do podjęcia zachowań zdrowotnych

Gdy za podstawę promocji przyjmiemy tylko wiedzę zobiektywizowaną, i pominiemy subiektywne koncepcje zdrowia będziemy skłonni do tworzenia ujednoczonych programów promocji zdrowia, w których nie bierze się pod uwagę indywidualne przekonania, doświadczenia, kontekst społeczno-kulturowy (tradycje, mentalność grupy np. wiejskiej). Może to grozić brakiem trafności ekologicznej takiego programu. Zaletą takiego podejścia jest możliwość obiektywnej oceny efektywności różnych programów.

Istnieją też różne sposoby uporządkowania zachowań zdrowotnych. Najważniejsze to te które dzielą zachowania na anty— i prozdrowotne, oraz nawykowe i celowe (intencjonalne). O nawykach zdrowotnych już wspomnieliśmy, odwołując się do procesów pierwotnej i wtórnej socjalizacji, natomiast wiele nowych badań zajmuje się przede wszystkim czynnościami zdrowotnymi, które pojawiają się częściej u osób dorosłych w sytuacjach zmiany życiowej i zmiany rozwojowej. Także w skutek choroby lub w sytuacji poważnego zagrożenia chorobą podejmujemy decyzje zmiany zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne.

Innym kryterium podziału zachowań zdrowotnych może być poziom zdrowia vs. choroby. Wówczas możemy odróżnić:

- a) zachowania w sytuacji zdrowia (promocyjne, prewencyjne)
- b) zachowania w sytuacji choroby (poszukiwania diagnozy,) zachowania samoleczenia, zachowania w roli chorego i pacjenta

Można także wyodrębnić bardzo ważną kategorię zachowań zdrowotnych, mianowicie zachowania zdrowotne rodzicielskie (prozdrowotną i antyzdrowotną opiekę rodzicielską w okresie ciąży, porodu, pielęgnowania dziecka itp.) Bardzo szczególną kategorię stanowią medyczne zachowania zdrowotne, są to mianowicie prozdrowotne zachowania przedstawicieli instytucji opieki zdrowotnej, które mają między innymi na celu reorientację służby zdrowia w punktu widzenia idei promocji zdrowia. Te kilka kategorii wyróżnionych zachowań akcentują różne ważne perspektywy badań nad zachowaniami zdrowotnymi i skutecznością wdrażania programów promocji zdrowia (np. edukacyjna funkcja zdrowotna zespołów podstawowej, rodzinnej opieki zdrowotnej).

Znaczenie teorii psychologicznych dla wyjaśniania problematyki zachowań zdrowotnych i doskonalenia programów promocji zdrowia

Problematyka zachowań zdrowotnych wyrosła z interdyscyplinarnego nurtu medycyny behawioralnej, do którego bardzo wiele wniosły prace socjologów medycyny (Antonovsky, 1979, 1987, 1995, Gniazdowski 1990, 1994, Puchalski

1990, 1994, Sokołowska 1986). Jest to problematyka bardzo rozległa i dostarcza ona przede wszystkim wiedzy empirycznej i wiedzy o narzędziach badaniach zachowań zdrowotnych oraz wiedzy pragmatycznej o tym, jak wdrażać programy promocji zdrowia w różnych środowiskach.

Dopiero w ostatnich latach przywiązuje się większe znaczenie do tworzenia lub wykorzystywania w nowy sposób koncepcji teoretycznych, które wyjaśniają procesy kształtowania się zachowań zdrowotnych i procesy podejmowania decyzji zdrowotnych.

W ramach społecznej psychologii poznawczej powstało kilka ważnych modeli wyjaśniających skuteczność uczenia się zachowań zdrowotnych. Koncepcja A. Bandury (1977, 1990) akcentuje rolę własnej skuteczności w uczeniu się nowych zachowań społecznych. Samoskuteczność jako wynik uczenia się społecznego pełni funkcję wpływającą w istotny sposób na efektywność działań społecznych i trwałość zmiany zachowania. Na poziomie subiektywnego opisu jest to przekonanie i poczucie, możliwości efektywnego działania w określonej sytuacji, która powstaje w konsekwencji doświadczania skutków własnych zachowań. Jeżeli więc istnieje potrzeba zmiany zachowania antyzdrowotnego na prozdrowotne i oczekuje się w wyniku zmiany zachowania korzystnych dla podmioty rezultatów, to zachowanie takie staje się dobrze zorganizowane i skuteczne, jeżeli podmiot ma poczucie własnej skuteczności w usprawnianiu fizycznym, obniżeniu wagi, poprawie parametrów fizjologicznych, i psychicznej odporności.

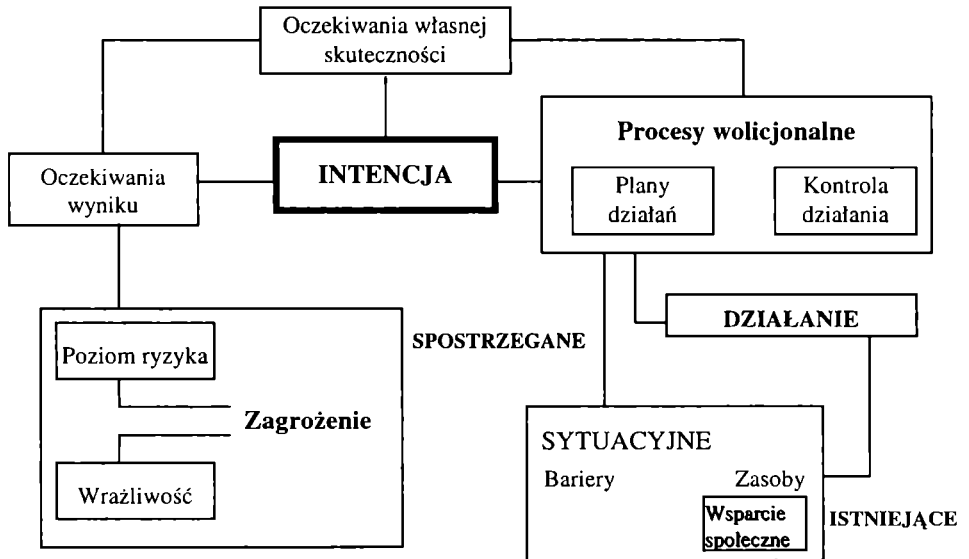
W koncepcji Ajzena (1988) o spostrzeganej kontroli zachowania stwierdzono, że za dla zachowań zdrowotnych kluczową rolę odgrywa intencja, rozumiana jako proces wolicjonalny poparty racjonalnym programem. Intencja do działania zależy od nastawienia do obszaru działania (np. pozytywne nastawienie do prozdrowotnej diety) i subiektywnej normy, która jest uwewnętrznionym oczekiwaniem społecznym (np. paląc papierosy w ciąży szkodzisz nie tylko sobie, ale i dziecku). Stwierdzono jednak, że pozytywne nastawienie do zachowań prozdrowotnych i uznanie niepalenia za ważną normę nie wystarcza do ukształtowania intencji. Istotną zmienną wzmacniającą intencje zdrowotne i realizację postanowień prozdrowotnych jest poczucie, autorstwa tych zmian i posiadania kompetencji oraz poczucie kontroli na sytuacją zmiany. Poczucie kontroli wpływa na zachowanie zarówno wprost, jak i pośrednio wzmacniając intencję. Przekonanie, że mamy wpływ na zmniejszenie wagi ciała może wyzwać zachowania dietetyczne nawet bez specjalnie rozbudowanej intencji.

Rogers (Rippetoe, Rogers 1987) połączył w swojej teorii wspomagania motywacji (Protection Motivation Theory) wątki koncepcji przekonań zdrowotnych i samoskuteczności uznając, że motywację (intencję) do zachowań zdrowotnych warunkują niezależnie od siebie: spostrzegany poziom zagrożenia zdrowotnego, spostrzegany poziom własnej wrażliwości (vulnerability), spostrzegane korzyści nowego zachowania i poczucie własnej skuteczności. Model ten sprawdzono w programach prozdrowotnych (antynikotynowych).

Słabością wszystkich powyższych teorii jest to, że nie analizują dokładnie procesów dzięki, którym zamiary są realizowane i pomijają czynniki kontekstu

zmiany. Z tego względu przedstawimy jeszcze nieco dokładnej procesualny model czynności zdrowotnych Schwarzer (1992). Zdaniem tego autora w procesie kształtowania czynności zdrowotnych i ich utrwalania można wyodrębnić dwie fazy: a) motywacyjną i b) fazę wprowadzania intencji w czyn oraz utrwalania nowych zachowań. W fazie motywacji (lewa strona schematu, na rysunku 3) istotnymi predyktorami intencji są: oczekiwanie wyniku, czyli przewidywanie pozytywnych zmian w wyniku zachowania zdrowotnego.

Procesualny model intencjonalnych czynności zdrowotnych



Motyw zdrowotny powinien więc być wkomponowany w sferę wartości człowieka i zapowiadać konkretne korzyści bez naruszania indywidualnego systemu wartości. Ta zmienna oczekiwania wyniku powinna więc być także powiązana z systemem uwewnętrznionych norm. Intencje zdrowotne są także istotnie wzmacniane przez oczekiwanie własnej skuteczności, dzięki posiadaniu odpowiednich kompetencji do wprowadzania zmian i zgeneralizowanego poczucia kontroli. Intencje zdrowotne są także modyfikowane spostrzeganiem poziomu własnego ryzyka. Ten aspekt ma szczególne znaczenie np. w promowaniu zachowań zabezpieczających przed zakażeniem wirusem HIV, jak dowiedli tego Conner i Graham (1993). Wykrystalizowanie się i dojrzałość intencji do zachowań zdrowotnych, jest możliwe tylko wówczas, gdy odwołamy się do właściwości podmiotu, zarówno jego mocnych stron jak i słabości.

Strona prawa omawianego schematu przedstawia procesy realizacji intencji zdrowotnych. Schwarzer wykorzystał tu koncepcję siły woli Kuhla (1985). Siła woli do wprowadzania zamiaru prozdrowotnego w czyn zależy przede wszystkim od orientacji na działanie, a nie na stan. Ważnym predyktorem kontroli działania jest dojrzały zamiar, tj. taki przy którym podmiot czuje się sprawcą zmiany i ma poczucie osobistego zobowiązania, potrafi dokładnie określić cechy kontekstu, w którym zamiar ten będzie wprowadzony w czyn, a w umyśle autora zmiany istnieje też dokładny plan działania zdrowotnego. Dla efektywnej kontroli działania znów istotna jest ocena własnej skuteczności. Ludzie z wątpliwościami co do zamiaru, układają scenariusz zachowań zdrowotnych z błędami, nie dostosowują zachowań do własnych możliwości, nie biorą pod uwagę konkretnej sytuacji. Tym nie mniej dojrzały zamiar i duża siła woli może napotkać, jak słusznie zauważa Schwarzer na sytuacyjne bariery (np. utrwalone społeczne stereotypy dotyczące diety) i brak wsparcia społecznego dla powziętych postanowień i pierwszych prób ich realizacji.

O tym, że wszystkie, omówione w wielkim skrócie elementy tego modelu sprawdzają się w praktyce, świadczą badania nad skutecznością programów promocji zdrowia.

Grupa badaczy reprezentujących w psychologii zdrowia podejście bardzo pragmatyczne doszła do podobnych rezultatów. Jak wynika z przeglądowych prac tego nurtu (por. Maes 1992), kształtowanie się zachowań zdrowotnych może przebiegać stadialnie przez: a) fazę decyzji na zmianę, b) fazę wprowadzania zmian w zachowaniu i c) fazę utrwalania zachowań prozdrowotnych. W każdej fazie wskazane są inne oddziaływania profesjonalne z zakresu promocji zdrowia. Na początku najistotniejsze są makrooddziaływania (kampanie reklamowe) kształtujące motywację prozdrowotną, utrwalające przekonania zdrowotne i sprzyjające rozwojowi decyzji do zmian. W drugiej fazie podejmowania decyzji i wprowadzania ich w czyn potrzebne są najczęściej mikrooddziaływania polegające na kształceniu kompetencji zdrowotnych (fachowy instruktaż) co jak już wiemy rozwija poczucie samoskuteczności, nacisk na ten aspekt jest natomiast najważniejszy w fazie utrwalania zmian, w której to fazie dochodzi jeszcze jeden kluczowy aspekt, mianowicie stwarzanie osobom budującym, własny zdrowy styl życia sieć społecznego wsparcia dla ich inicjatyw. W badaniach wielokrotnie stwierdzano, że wsparcie ze strony rodziny, lub ważnej grupy odniesienia w znacznym stopniu podwyższa odroczone w czasie efekty zmiany zachowań.

Podsumowanie

Celem tego artykułu było przedstawienie wybranych problemów z zakresu psychologii zdrowia, które w sposób istotny uzupełniają interdyscyplinarną wiedzę o podstawach dla promocji zdrowia. Na zakończenie warto syntetyzując powyższe rozważania odnieść je do promocji zdrowia wprost. Aktualnie panuje pewien consensus wstępny co do tego, że promocja zdrowia jest to proces

społeczny, który został rozpoczęty przez animatorów ruchu promocji zdrowia. W tym procesie społecznym istotną rolę odgrywa kształtowanie się nowoczesnej koncepcji pozytywnego zdrowia, potwierdzanie tego, że zdrowie jest wartością ogólnoludzką, jest prawem człowieka i jego powinnością. W tym złożonym i bardzo dynamicznym procesie ludzie, grupy, organizacje, instytucje, społeczności rządy i kraje podejmują różne działania, których głównym celem jest „umożliwienie ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę“ (Słońska 1994, 43)). Adresatem promocji zdrowia są więc wszyscy ludzie, cała populacja osób zdrowych. Obiektem jej oddziaływania są czynniki wpływające na umocnienie zdrowia rozumianego jako potencjał fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Promocja zdrowia jest przede wszystkim przedsięwzięciem społecznym i politycznym.

Czynniki zdrowia tkwią w biosferze, kulturze, polityce ekonomii, w złożonych środowiskach życia i działania człowieka: w rodzinie, szkole, pracy, ale także w samym człowieku, w jego ciele, psychice i cechach duchowych (por. Manadała Zdrowia). Aby z ujęcia ekologiczno-socjologicznego problematyki zdrowia i promocji zdrowia przejść do ujęcia właściwego naukom psychologicznym można definicję promocji zdrowia nieco zmodyfikować i powiedzieć, że jest to zespół działań ukierunkowanych na całą populację (osoby, grupy, społeczności) środowisko naturalne i społeczno-kulturowe w kontekście życia codziennego celem rozwoju i utrzymania zdrowia, co oznacza pomnażanie i rozwój zasobów odpornościowych, stanowiących potencjały zdrowia. Biorąc pod uwagę obszary promocji zdrowia nakreślone przez Kartę Ottawską jak: budowanie prozdrowotnej polityki państwa, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych kompetencji sprzyjających zdrowiu, i reorientację służby zdrowia można w każdym z nich znaleźć zadania dla psychologów zarówno naukowe, edukacyjne jak i praktyczne.

To co przedstawiono w niniejszym artykule akcentuje wkład psychologii do wiedzy o zdrowiu i czynnikach wyznaczających zachowania zdrowotne. Wiedza ta może być wykorzystywana we wszystkich powyższych obszarach, gdyż uzupełnia lukę jaka powstała przy nadmiernej koncentracji na aspekcie ekologiczno-socjologicznym. W obecnym opracowaniu skoncentrowano się programowo na intencjonalnym działaniu człowieka, człowieka świadomego problemów zdrowotnych swojego otoczenia, grupy, ludzi których kształci, wychowuje, organizuje środowisko pracy i opiekę zdrowotną. Skoncentrowano się też dlatego na celowej działalności prozdrowotnej, gdyż ten aspekt promocji zdrowia jest szczególnie podkreślany przez gremia animujące ten ruch społeczny; tymczasem hasło podmiotowości promocji zdrowia pozostaje nadal hasłem rzadko sprowadzanym do poziomu praktycznej realizacji. My sądzimy natomiast, że istotny postęp w promocji zdrowia — zmierzającej przecież ostatecznie do tego, aby ludzie mogli sprawować kontrolę nad własnym zdrowiem — zależy od tego, czy ludzie świadomi wartości zdrowia w życiu, będą spontanicznie działali na rzecz tej wartości.

Przedstawiciele różnych dziedzin nauki i praktyki zainteresowani promocją zdrowia powinni natomiast posiadać nie tylko świadomość własną, codzienną i potoczną zdrowia (zakorzenioną w ich biografii i doświadczeniach zawodowych oraz tradycji), ale także dogłębną wiedzę naukową. Zaprezentowane fragmenty wiedzy psychologicznej miały zwrócić uwagę na to, że w wielostronnym działaniu na rzecz promocji zdrowia, a zwłaszcza w krzewieniu zdrowych stylów życia, warto uwzględnić dane teoretyczne i empiryczne z badań psychologicznych nad subiektywnymi koncepcjami zdrowia i psychologicznymi uwarunkowaniami kształtowania celowych czynności zdrowotnych.

Z badań tych można już teraz wywieść pewne ogólne zasady:

- Kształtowanie i zmiana zachowań osób dorosłych w odniesieniu do zdrowia powinna być rezultatem swobodnego wyboru, gdyż tylko to zagwarantuje powiązanie tej czynności z mechanizmami kontroli i stworzy warunki dla trwałości tych zmian;
- Zachowania zdrowotne powinny być powiązane z systemem wartości człowieka, przy czym zdrowie nie jest z reguły traktowane jako wartość autoteliczna, ale służebna;
- W realizowaniu swobodnych decyzji zdrowotnych (dojrzałych zamiarów), powinna obowiązywać zasada stawiania sobie i innym ludziom realistycznych celów, gwarantujących powstanie poczucia samoskuteczności;
- Propozycje prozdrowotne i popularyzacja wiedzy o zdrowiu powinny być dostosowane do odbiorców (osób, grup), do kontekstu naturalnego, materialnego i społeczno-kulturowego
- W kształtowaniu zachowań zdrowotnych bardzo istotną rolę odgrywa wspomagające działanie grup odniesienia (rodziny, grupy rówieśniczej, społeczności lokalnej) i wsparcie fachowe ze strony profesjonalistów.

Psycholodzy mogą się włączyć przede wszystkim do zadań polegających na rozwijaniu prozdrowotnych kompetencji. Te zadania wspomagania rozwoju potencjałów zdrowotnych można by realizować wykorzystując także wiedzę z zakresu psychologii rozwoju człowieka. Wówczas można by mówić o promocji zdrowia w okresie prenatalnym, wspomagając kompetencje macierzyńskie i rodzicielskie przyszłych rodziców (nowoczesny program szkół naturalnego porodu), w okresie przedszkolnym i szkolnym (budując wspólnie z osobami odpowiedzialnymi za edukację programy szkół promujących zdrowie) itd. przez różne środowiska życia młodzieży i dorosłych aż po seniorów. Dla tej działalności można wykorzystać już istniejące i dobrze funkcjonujące organizacje społeczne. Wówczas aktualne stanie się zadanie reorientacji tych instytucji i służb społecznych — także służby zdrowia — na wartość zdrowia jako jeszcze jednej ważnej wartości dla powodzenia życiowego.

Poza zakresem niniejszego opracowania pozostaje bogaty obszar psychologii społecznej, który zajmuje się mechanizmami wpływu społecznego. Ten obszar omawia częściowo Heszen-Niejedek (1995) systematyzując problematykę promocji zdrowia z perspektywy psychologa, jak i ci którzy zajmują się zachowaniami zdrowotnymi rozwijanymi w toku pierwotnej socjalizacji.

Streszczenie

W ruchu zwanym promocją zdrowia podkreśla się, że skuteczność prozdrowotnej polityki i działań zależy od tego, czy uda się zaktywizować obywateli i społeczności lokalne do podmiotowej aktywności w tym kierunku. Tymczasem wiele programów promocji zdrowia pomija kluczowe zjawiska takie jak: świadomość jednostki, jej motywacja i mechanizmy psychologicznej kontroli oraz uwarunkowania zachowań zdrowotnych.

Artykuł jest więc poświęcony tym, wybranym problemom psychologicznym zdrowia. Omawia wiedzę potoczną zdrowia analizując badania empiryczne. Pokazuje, że w przekonaniach o zdrowiu odzwierciedlają się zarówno kategorie zdrowia rozumianego jako „rezerwy“, procesy równoważenia i w rzadkich wprawdzie wypadkach ujmowanie „zdrowia w próżni“. Stwierdzono, w oparciu o badania metafor zdrowia, że wiedza potoczna o zdrowiu może być podstawą do wzbudzania motywacji zdrowotnej, podobnie jak dominujące u ludzi przekonania o potrzebie kontroli własnego zdrowia. Podmiotowy podsystem wiedzy o zdrowiu ma wymiar zarówno biograficzny, jak i społeczno-kulturowy.

W drugiej części artykułu omówiono różne możliwości porządkowania teoretycznego zachowań zdrowotnych (nawyki v. s. czynności intencjonalne, zachowania w sytuacji zdrowia i choroby, rodzicielskie zachowania zdrowotne itp.) Następnie przedstawiono modele wyjaśniające wewnętrzne mechanizmy intencjonalnych czynności zdrowotnych. Z tych danych wyprowadzono implikacje dla promocji zdrowia. Podsumowując omówiono w skrócie możliwości wykorzystania osiągnięć psychologii dla promocji zdrowia.

Bibliografia:

- AJZEN I., 1988: Attitudes, personality, and behavior. Milton Keynes, Open University Press.
- ANTONOVSKY A., 1979: Health, stress and coping. San Francisco, Jossey Bass. Antonovsky A., 1987: Unrevealing the mystery of health. San Francisco, Jossey Bass.
- ANTONOVSKY A., 1995: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo IPN.
- BANDURA A., 1977: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. „Psychological Review“, Vol. 84, s. 191–215.
- BANDURA A., 1990: Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. „Medicynopsychologie“, Vol. 2, s. 23–43.
- BECKER P., 1992: Diagnostik und Bedingungsanalyse der Gesundheitsverhaltens. In: H. Schröder, K. Reschke, eds.: Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung. Regensburg, Roderer Verlag, s. 105–124.
- CONNER M., GRAHAM S., 1993: Situational and attitudinal influences upon student's intention to use condoms. In: H. Schröder, K. Reschke, M. Johnston. S. Maes, eds.: Health psychology, potential in diversity. Regensburg, Roderer, s. 91–100.
- F'ALTERMAIER T., 1990: Subjektive Theorien von Gesundheit, Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. Augsburg, Augsburger Berichte.
- GNIAZDOWSKI A., 1994: Promocja zdrowia w miejscu pracy. Łódź, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- GNIAZDOWSKI A., red., 1990: Zachowania zdrowotne. Łódź, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.

- HERZLICH C., 1973: *Health and illness: A social psychological analysis*. London, Academic Press.
- HESZEN-KLEMENS L., 1979: *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław, Ossolineum.
- HESZEN— NIEJODEK L., 1995: *Promocja zdrowia — próba systematyzacji z perspektywy psychologicznej*. „Promocja Zdrowia Nauki Społecznej i Medycyna”, T. 1-2.
- KARSKI J. B., SŁO SKA Z., Wasilewski B. W., red., 1994: *Promocja zdrowia*. Warszawa, Sanmedia.
- KUHL J., 1985: *Volitional mediators of cognition— behavior consistency: Self-regulatory processes and action versus state orientation*. In: J. Kuhl, J. Beckmann, eds.: *action control: From cognition to behavior*. New York, s. 404-434.
- MAES S., 1992: *Gesundheitspsychologie, Gesundheitsfürsorge und Krankheits prevention*. In: H. Schröder, K. Reschke, eds.: *Psychosoziale Prevention und Gesundheitsförderung*. Regensburg, Roderer, s. 13-40.
- PUCHAŁSKI K., 1990: *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych*. Uwagi wokół pojęcia, W: W. A. Gniazdowski, red.: *Zachowania zdrowotne*, Łódź, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- PUCHAŁSKI K., 1994: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja. Zdrowia Nauki Społecznej i Medycyna”, T. 1-2, s. 53-69.
- RIPPETOE P. A., ROGERS R. W., 1987: *Effects on components of protection motivation theory on adaptive and maladaptive coping with health threat*. „Journal of Personality & Social Psychology”, Vol. 52, s. 596-605.
- SCHWARZER R., 1990: *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen, Hogrefe.
- SCHWARZER R., 1992: *Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model*. In: R. Schwarzer, ed.: *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, Hemisphere, s. 217-243.
- S K H., 1992: *Ecological thinking in health psychology*. In: H. S k, ed.: *Readings in health psychology*. Poznań, Wydawnictwo Domk, s. 21-29.
- S K H., cigala L., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1992: *Subiektywne koncepcje zdrowia*. Wybrane uwarunkowania. „Przebieg Psychologiczny”, R. XXXV, nr 3, s. 351-363.
- S K H., cigala L., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1993: *Subjective health concepts, personal and societal determinants*. In: H. Schröder, K. Reschke, M. Johnston, S. Maes, eds.: *Health psychology. Potential in diversity*. Regensburg, Roderer, s. 108-124.
- SŁO SKA Z., 1994: *Promocja zdrowia — zakres problematyki*. „Promocja Zdrowia Nauki Społecznej i Medycyna”, T. 1-2, s. 3 i-52.
- SOKOŁOWSKA M., 1986: *Socjologia medycyny*. Warszawa, PZWL.
- WŁODARCZYK C., 1994: *Promocja zdrowia o politykę zdrowotną*. W: J. B. Kariski, Z. Słowska, B. W. Wasilewski, red.: *Promocja zdrowia*. Warszawa, Sanmedia, s. 25-42.