



## Ewa Gwozdecka-Wolniaszek

Akademia Górnośląska,  
im. Wojciecha Korfantego w Katowicach  
Katowice, Polska  
e-mail: ewa.gwozdecka-wolniaszek@akademiagornoslaska.pl

# SUBIEKTYWNE KONCEPCJE ZDROWIA W BADANIACH EMPIRYCZNYCH

## SUBJECTIVE HEALTH CONCEPTS IN EMPIRICAL REASERCH

**Słowa kluczowe:** subiektywne koncepcje zdrowia, kryteria oceny zdrowia

**Keywords:** *subjective health concepts, health evaluation criteria*

### Streszczenie

Artykuł koncentruje się na problematyce subiektywnych koncepcji i kryteriów oceny zdrowia przez jednostkę. Obejmuje przegląd badań empirycznych, które pokazują, że potoczne koncepcje zdrowia i choroby odzwierciedlają naukowe modele zdrowia. Przedstawiana analiza wskazuje na wielokryterialność oceny zdrowia, które jest szacowane przez podmiot na wymiarze fizycznym, psychologicznym i społecznym oraz jego zmienność i relatywny charakter. Ponadto, badania ujawniły tendencję do ujmowania zdrowia w kategoriach pozytywnych oraz dostrzegania roli własnej aktywności w utrzymywaniu zdrowia. Zebrany materiał może stanowić wkład w dyskusję nad psychologicznymi mechanizmami leżącymi u podłoża zachowań związanych ze zdrowiem.

### Abstract

*The article concerns the problem of subjective health concepts and the criteria of health evaluation. The study is an overview of empirical research and can contribute to discussion of the psychological mechanisms underlying health behaviour. Various surveys have proved that common concepts of health and disease reflect theoretical models. This analysis shows a multi-criteria assessment of one's own health, including the biological, psychological and social dimensions, and the variability and relative nature of these facets. In addition, the study reveals the tendency to think about health in positive terms, treating health as a resource, and the consideration one's own role in its active maintenance.*

### WPROWADZENIE

W czasach kryzysów zdrowotnych, w sytuacji przedłużającej się pandemii, zdrowie jest przedmiotem szczególnego zainteresowania badaczy z różnych dziedzin. W dyskursie społecznym pojęcie zdrowia jest wieloznacznie rozumiane i wykorzystywane. W nauce badane jest w różnych kontekstach, osadzone w różnych modelach teoretycznych, co może stanowić problem z integracją wiedzy i tworzeniem jednoznacznego przekazu informacji w języku zrozumiałym dla laików. Dla przeciętnego człowieka pozornie sprzeczne wyniki badań, fragmentaryczność publikowanych treści czy niejednoznaczność wypowiedzi ekspertów w przekazie medialnym może zniechęcać do poszukiwań wiarygodnych informacji, a nawet podważać autorytet nauki. Toteż ważne jest poznanie czym jest zdrowie z widzenia jednostki.

Prezentowany artykuł koncentruje się wokół problemu subiektywnego rozumienia pojęcia zdrowia, jego doświadczania przez jednostkę oraz kryteriów, stosowanych przez podmiot do jego indywidualnej oceny. Praca stanowi przegląd badań empirycznych na temat subiektywnych koncepcji oraz różnic w subiektywnym i obiektywnym spostrzeganiu wskaźników zdrowia. Zawiera też rozważania na temat ewolucji tego pojęcia oraz relacji pomiędzy wiedzą potoczną a naukowymi modelami zdrowia. Jej celem jest zwrócenie uwagi na rolę subiektywnej reprezentacji zdrowia i choroby jako regulatora zachowania człowieka. Cytowane badania mogą stanowić materiał do dyskusji na temat mechanizmów podejmowania przez człowieka zachowań związanych ze zdrowiem.

Dlaczego zainteresowanie problematyką subiektywnych koncepcji zdrowia jako przedmiotu dociekań naukowych jest istotne? Celem psychologii jako nauki zawsze było rozumienie mechanizmów leżących u podłoża określonych zachowań. Nowe kryzysy we współczesnym świecie pokazały skalę zachowań związanych ze zdrowiem niezrozumiałych z racjonalnego punktu widzenia, takich jak nie stosowanie się do zaleceń ekspertów w zakresie walki z pandemią, niedostateczny stopień wyszczerzenia społeczeństwa czy obecność ruchów antyszczepionkowych. Pojawia się tutaj pytanie, dlaczego ludzie w sprawach swojego zdrowia nie zawsze kierują się racjonalizmem czy współczesny człowiek nie rozumie „nauki” czy też może współczesna „nauka” nie rozumie przeciętnego człowieka. Dlatego badanie potocznych koncepcji zdrowia, zrozumienie czym jest zdrowie dla laika, jaką wartość stanowi i na ile reguluje jego zachowania może stanowić ważny wkład w rozwój edukacji zdrowotnej, konstruowanie programów ochrony i promocji zdrowia.

## NAUKOWA A POTOCZNA WIEDZA O ZDROWIU

Koncentrując się na subiektywnych koncepcjach zdrowia nie można pominąć teoretycznych podstaw badań naukowych, czyli modeli zdrowia, które są szeroko opisywane w literaturze psychologicznej [Bishop, 2002; Heszen, Sęk, 2007; Heszen-Celińska, Sęk, 2020;], dlatego zostaną tu przytoczone jedynie w ogólnym zarysie.

W naukach społecznych, do których zalicza się psychologię, dominuje holistyczne i funkcjonalne podejście do zdrowia. Zdrowie jest traktowane jako proces równoważenia potrzeb człowieka i wymagań otoczenia, a jego poziom zależy zarówno od stresorów, jak i zasobów odpornościowych [Heszen, Sęk, 2007; Heszen-Celińska, Sęk, 2020]. W badaniach najczęściej wykorzystywany jest model biopsychospołeczny, w którym zdrowie i choroba stanowią pewne kontinuum. Podejście to akcentuje rolę zasobów człowieka w utrzymywaniu zdrowia, w szczególności świadomie podejmowanych działań zmierzających do ochrony i promocji zdrowia.

Hierarchię systemów pozostających we wzajemnych relacjach opisuje model socjoekologiczny, w którym zachowania związane ze zdrowiem, czynniki biologiczne, środowisko fizyczne i społeczno-kulturowe stanowią czynniki warunkujące zdrowie jednostki [Słońska, 1994]. W tym ujęciu, człowiek jest jednym z systemów a jego dążenie do realizacji własnego potencjału jest ważnym elementem zdrowia [Heszen, Sęk, 2007].

Psychologiczne modele zdrowia mają charakter kompleksowy, są bardzo rozbudowane i starają się objąć całość czynników wpływających na zdrowie. W modelu biomedycznym zdrowie jest traktowane jako obiektywna kategoria. Brak dysfunkcji organizmu stanowi o dobrym zdrowiu. Nie oznacza to jednak, że biomedyczny model zdrowia przestał mieć rację bytu, gdyż koncepcja zdrowia w tym podejściu również zmienia się wraz z rozwojem medycyny i postępem cywilizacyjnym, z uwzględnieniem wpływów bioetyki [Conti, 2018]. Co prawda, tradycyjnie w tym modelu, zdrowie i choroba traktowane są rozłącznie, a wśród uwarunkowań zdrowia wymienia się przede wszystkim czynniki przyrodnicze, biologiczne, genetyczne czy funkcje ciała [Heszen, Sęk, 2007], to jednak twierdzenie, że koncentruje się on jedynie na patologii i zapobieganiu chorobom, byłoby niedocenieniem wkładu nauk medycznych w rozumienie człowieka i jego postępowania.

Analizując badania empiryczne, widać pewne dążenie do dualistycznego spostrzegania zdrowia, toteż w praktyce podejście biomedyczne i holistyczno-funkcjonalne najczęściej stanowią podłoże teoretyczne badań w tym zakresie [Bishop, 2002; Czarnecka i in. 2007].

Potoczną wiedzę uznaje się dzisiaj za narzędzie percepcji i interpretacji rzeczywistości [Lachowicz-Tabaczek, 2004]. Ocena własnego zdrowia i działania podejmowane w celu jego ochrony są uzależnione od przyjętej przez jednostkę potocznej koncepcji zdrowia.

Rozwój edukacji zdrowotnej opierał się na trzech rewolucjach zdrowotnych [Wrona-Polańska, 2003]. W pierwszej, koncentrującej się na poprawie zdrowia publicznego poprzez zmianę warunków życia społeczeństwa, jednostka była przedmiotem zaplanowanych oddziaływań, mających na celu zapobieganie chorobom. W drugiej, będącej odpowiedzią na nieskuteczność medycyny naprawczej i niekorzystne zmiany w środowisku związane z działalnością człowieka, które doprowadziły do rozwoju chorób cywilizacyjnych, dostrzeżono znaczenie stylu życia i zachowań zdrowotnych ludzi funkcjonujących w rozwiniętych społeczeństwach. Efektem takiego podejścia był wzrost podmiotowości człowieka, całościowe traktowanie jednostki i uznanie sfer: biologicznej, psychicznej i społecznej za równorzędne i wzajemnie na siebie oddziaływające [Heszen-Niejodek, 2002]. Trzecia rewolucja miała zapewnić większą skuteczność oddziaływań mających na celu ochronę zdrowia. Aby było to możliwe konieczna jest integracja wiedzy specjalistycznej, a nie tylko jej przyrost oraz wzrost świadomości jednostki w zakresie zdrowia. Dokona się ona wtedy, gdy wiedza fachowa (medyczna, psychologiczna, ekologiczna) przeniknie do potocznych definicji zdrowia [Lachowicz-Tabaczek, 2004].

## SUBIEKTYWNE KONCEPCJE I KRYTERIA OCENY ZDROWIA

Koncepcje zdrowia są przedmiotem wielu opracowań naukowych. Badacze w zależności od zakładanego celu obierają różne podejścia i najlepiej pasujący do celu swoich dociekań model zdrowia, poszerzając wiedzę teoretyczną w danym zakresie. Jednak z praktycznego punktu widzenia ważne jest, co zrobić, aby zwiększyć siłę oddziaływań na różne grupy społeczne w zakresie ochrony zdrowia. Być może pewnym rozwiązaniem jest skupienie się potocznych koncepcjach zdrowia, przy założeniu, że one również się zmieniają i podlegają wpływom kulturowym. Próba wyjaśnienia, jak człowiek doświadcza swojego zdrowia, jak je opisuje, jakie kryteria bierze pod uwagę w jego ocenie stanowi może stanowić pomost pomiędzy teorią a praktyką.

W literaturze psychologicznej funkcjonuje termin potoczna świadomość zdrowia. Obejmuje on zróżnicowaną pod względem struktury wiedzę na temat zdrowia i może mieć charakter obrazowy, skryptowy i procesualny, jak również pojęciowy możliwy do zwerbalizowania [Puchalski, 1994]. Subiektywne koncepcje zdrowia stanowią zatem świadomą reprezentację zdrowia w strukturach poznawczych podmiotu [Puchalski, 2005; Sęk, 2000].

Prezentowane poniżej badania potocznych koncepcji zdrowia odnoszą się do treściowego aspektu tego pojęcia [Sęk i in., 1992; Sęk, i in., 1993]. Autorzy badań uzyskali następujące kategorie rozumienia zdrowia przez laików (N=297): zdrowie opisywane było jako cenna rzecz lub posiadane dobro (>19% udział każdej z tych kategorii w całości badania), zmysłowa przyjemność (>15%), dobro wymagające pielęgnacji (>14%), wartość niezbędna do życia (>8%), cenny przedmiot, źródło energii i witalności, a także obiekt, który charakteryzuje się zmiennością i jest nieprzewidywalny; resztę stanowiły trudne do sklasyfikowania pojęcia, takie jak np. czas, dusza czy nieskończoność. Wykorzystanie metafory („Zdrowie jest jak...”) pozwoliło na ujawnienie nieświadomych schematów poznawczych, stąd indywidualne koncepcje zdrowia odwoływały się raczej do sił i zasobów natury, natomiast koncepcja zdrowego stylu życia była słabo reprezentowana.

W innych badaniach (studentów pedagogiki N =80, którzy uzupełniali zdanie „Zdrowie dla mnie to...”) wykazano, że zdrowie kojarzone jest przede wszystkim z prawidłowym funkcjonowaniem (również społecznym), ogólnym dobrym stanem, sprawnością fizyczną, kondycją, dobrym samopoczuciem fizycznym i psychicznym, brakiem choroby, bólu czy ułomności [Nitecka (2005)]. Implikuje to normatywny charakter kategorii zdrowia. Ponadto w wypowiedziach badanych reprezentowana była kategoria witalności oraz rozumienia zdrowia jako cennej rzeczy lub daru.

Ciekawą konceptualizację pojęcia zdrowia w ujęciu psycholingwistycznym, proponuje Rodziewicz [2019]. W ujęciu autorki, zdrowie jako antyteza choroby jest kategorią fizjologiczną i biomedyczną, jako wartość kulturowa; aksjologiczną i jako konstrukt mentalny – społeczno-kulturową. Jej badania wykazały, że charakterystyki semantyczne zdrowia (proponowane przez respondentów) wykraczają

poza ramy definicyjne tego pojęcia, co wg. autorki potwierdza zmienność i poszerzanie się zakresu pojęcia zdrowia.

To, jak zdrowie jest rozumiane przez podmiot determinuje wybór kryteriów, według których jednostka ocenia swój aktualny stan. Zdrowie ewaluowane jest za pomocą różnych wskaźników. Oprócz kryterium medycznego, badacze wyodrębniają, m.in. kryterium funkcjonalne, vitalne czy kryterium równowagi [Puchalski, 1990]. Jak wykazały badania Puchalskiego [2007] przeprowadzone z wykorzystaniem techniki wywiadów kwestionariuszowych, najczęściej wybieranymi kryteriami oceny własnego zdrowia okazały się: ogólnie pojęty nastrój i samopoczucie oraz występowanie lub brak uciążliwych dolegliwości. Oba kryteria przywoływane były równie często – blisko 30% ogółu badanych traktowała każde z nich jako najważniejsze. Kolejnym było spostrzeganie zdrowia jako energii, siły i sprawności fizycznej (jednak jako najważniejsze pojawiało się ono dwukrotnie rzadziej niż poprzednie) oraz wyniki badań i opinia lekarza. To ostatnie kryterium traci na znaczeniu w porównaniu z innymi, z szerszym pojęciem zdrowia. Mniej niż połowa respondentów uwzględniała opinię medyczną wśród trzech najważniejszych aspektów własnego stanu zdrowia a tylko kilkanaście procent wskazało sprawne wykonywanie obowiązków oraz dobry wygląd. Ponadto, według ustaleń tego samego autora, badani częściej spostrzegają zdrowie w kategoriach zasobów energii niż braku choroby, uznając je bardziej za proces zachodzący w ciągu całego życia niż stan. Ponadto, podkreślają, że zdrowie może być doskonałe i jest efektem starań człowieka w przeciwieństwie do traktowania go jako daru od losu, który ulega nieuchronnemu zużyciu [Puchalski 2005].

Podobne kryteria oceny zdrowia, chociaż z innym rozłożeniem akcentów uzyskano w badaniach, których celem było wyodrębnienie kategorii, którymi posługują się ludzie opisując swoje zdrowie [Gwozdecka-Wolniaszek, Mateusiak i Januszek 2011]<sup>1</sup>. Dane empiryczne uzyskano za pomocą ankiety skonstruowanej w oparciu o model biopsychospołeczny, która obejmowała różne aspekty zdrowia pozytywnego. Narzędzie zawierało pytania i zdania niedokończone dotyczące zarówno rozumienia, czym jest zdrowie per se, jak kryteriów oceny własnego zdrowia (np. „Dobre zdrowie to stan...”, „Dobre zdrowie pozwala mi...”, „Gdy angażują się/czuje/myszę... to wiem, że zdrowie mi dopisuje”). Badaną grupę stanowiły osoby w różnym wieku, o różnicowanym wykształceniu i statusie zawodowym (N=93; 64% kobiet i 36% mężczyzn); rozpiętość wieku 18 – 73 lat; średnia wieku 40,5 lat). Ogółem sklasyfikowano 5285 wypowiedzi, z których w wyniku analizy jakościowej treści wypowiedzi badanych wyodrębniono 21 kategorii rozumienia zdrowia. Najliczniej reprezentowaną kategorią był optymizm (14,3% wypowiedzi w całości badania), następnie poczucie szczęścia (12,4%), wrażliwość na innych (10,9%), aktywność i energia (8,5%), towarzyskość (6,6%) oraz praca i wypełnianie obowiązków (zarówno zawodowych jak i rodzinnych 6,1%). Pozostałe kategorie (od 5,2 do 2% wypowiedzi) zostały opisane jako: równowaga psychiczna, ogólne dobre samopoczucie, poczucie skuteczności działania, sprawność fizyczna, chęć życia, podejmowanie wyzwań, wygląd i stan fizyczny, samorealizacja, nastawienie na przyszłość. Najmniej licznie reprezentowane były: działania dla przyjemności, odporność na choroby, ciekawość poznawcza, doświadczanie pomocy czy sprawność intelektualna (poniżej 2% w całości wypowiedzi badanych). Tradycyjne kryteria związane ze zdrowiem w aspekcie biologicznym, takie jak stan i sprawność fizyczna, znalazły się w środkowej strefie tego rankingu lub bardzo nisko np. odporność na choroby.

Spostrzeganie zdrowia jako szczęścia czy „psychologicznego dobrostanu” można porównać do klasycznych już badań na temat potocznych koncepcji zdrowia [Herzlich, 1973]. Zdrowie rozpatrywane tu było w kategoriach równowagi i obejmowało obok odczucia szczęścia i zadowolenia, poczucie doskonałości, zasób energii i dobre samopoczucie.

Odwolywanie się badanych w wyodrębnianiu kryteriów zdrowia do emocji i samopoczucia jest zgodne z innymi badaniami, ale słaba reprezentacja kryterium medycznego rozumianego jako brak choroby lub uciążliwych objawów już nie [por. Puchalski, 2007]. Oznacza to, że dla laików prawdopodobnie ważniejsze są funkcjonalne kryteria zdrowia. Co ciekawe, sprawność poznawcza (mądrość, dobra pamięć, uwaga) znalazła się na samym końcu listy, co wydaje się być zaskakujące, biorąc pod uwagę wzrost zagrożeń związanych z choroby neurodegeneracyjnymi mózgu w coraz dłużej żyjącym spo-

<sup>1</sup> Przedstawiony w niniejszym artykule materiał empiryczny został poszerzony o dane, które nie znalazły się w cytowanym artykule „Kręte ścieżki pomiaru zdrowia” i pochodzi z materiałów własnych autorów projektu: M. Januszek, J. Mateusiak i E. Gwozdecka-Wolniaszek

łączeństwie i powszechną świadomość tego faktu. Analizując prezentowany materiał należy jednak pamiętać, że po pierwsze sama metoda nastawiona była na badanie pozytywnych aspektów zdrowia, a po drugie badania miały miejsce przed jednym z największych kryzysów zdrowotnych naszych czasów czyli pandemią.

Przykładem potwierdzającym pewną zbieżność naukowych teorii na temat zdrowia z wiedzą potoczną są badania, których celem było sprawdzenie, na ile naukowe modele są obecne w subiektywnych koncepcjach zdrowia [Czarnecka, Cierpiałkowska, 2007]. Badania przeprowadzono w grupie studentów i ich rodziców. Ich wyniki wykazały, że aż 90% studentów i 76% rodziców preferowało model holistyczny w swoich przekonaniach o zdrowiu. Co ciekawe, nie wykazano związku pomiędzy preferencjami rodziców i ich dzieci, odkryto natomiast wprost proporcjonalną zależność między preferencjami ojca i matki, co może wskazywać na różnice pokoleniowe w tej kwestii. Ponadto, potwierdzono znaczenie edukacji zdrowotnej dla wyboru preferowanego modelu, co stawia nowe pytania o czynniki warunkujące kształtowanie się subiektywnych koncepcji zdrowia się a także, idąc dalej, przekonań zdrowotnych.

Ogółem przytoczone badania potwierdzają, że naukowe modele mają swoje odzwierciedlenie w potocznym myśleniu o zdrowiu, co jest zgodne z doniesieniami innych autorów [Herzlich 1973; Jon-Borys 2002; Sęk, 1997; za Heszen, Sęk 2007]. W wypowiedziach laików opisujących zdrowie reprezentowane są bardzo różne podejścia, od biologicznego po funkcjonalno-holistyczne. Co więcej, nowoczesne koncepcje zgodne z modelem biopsychospołecznym zyskują na znaczeniu nie tylko w naukowym, ale i potocznym myśleniu o zdrowiu.

## **SUBIEKTYWNE VS OBIEKTYWNE WSKAŹNIKI ZDROWIA**

Badanie subiektywnych koncepcji zdrowia jest ważne z jeszcze jednego powodu. Okazuje się bowiem, że obiektywne wskaźniki zdrowia i choroby nie zawsze są spójne z subiektywnym jego spostrzeganiem. Subiektywne koncepcje zdrowia determinują wybór kryteriów, wg którego jednostka ocenia swoje zdrowie. Te kryteria mogą być różne w zależności od doświadczeń jednostki i jej wiedzy o zdrowiu. Należy jednak podkreślić, że te „obiektywne” dla podmiotu wskaźniki zdrowia czy choroby (np. ból), również są przetwarzane przez system percepcyjny człowieka, modyfikowane przez „programy” spostrzegania i oceny rzeczywistości.

Skomplikowane relacje pomiędzy tym co obiektywne i subiektywne w spostrzeganiu zdrowia ilustrują badania M. Wojnarowskiej-Sołdy i I. Tabak, [2013]. Autorki analizowały wskaźniki zdrowia subiektywnego w różnych grupach. W badaniach nauczycieli i innych pracowników szkoły okazało się, że ponad 75% nauczycieli i 64% pracowników oceniło swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, mimo, że odpowiednio 40% i 45% badanych w tych grupach miało długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe; a w okresie około miesiąca przed pomiarem, analogicznie 40% i 51% odczuwało nasilony ból lub dyskomfort fizyczny. Wielu też skarżyło się na długotrwałe zmęczenie a nawet wyczerpanie. Tylko około połowa badanych odczuwała pełnię życia. Dolegliwości somatyczne miały mniejszy wpływ na subiektywne poczucie zdrowia niż status nauczyciela, wykształcenie, wiek i płeć. Oznacza to, że poczucie/doświadczenie zdrowie bardziej zależy od zmiennych socjoekonomicznych czy społecznych niż oceny w kategoriach choroby lub jej braku, nawet jeśli ta ocena ma charakter subiektywny a nie medyczny.

Ciekawych danych do rozważań na temat czynników warunkujących subiektywną ocenę własnego zdrowia dostarczają badania, w których analizowano zależność pomiędzy religijnością a oceną zdrowia [Woźniak, Zawisza i Brzyska, 2015]. W badaniach tych udowodniono, że osoby osiągające wyższe wyniki w zakresie globalnego zaangażowania religijnego lepiej spostrzegają własny stan zdrowia, mają wyższą ocenę swojego i mniej dolegliwości bólowych. Nie przekładało to się jednak na zachowanie, religijność nie odrywała roli w podejmowaniu aktywności zdrowotnej.

Kolejnym przykładem na brak spójności między subiektywną i obiektywną oceną zdrowia są badania pacjentek nowotworowych, w których nie wykazano zależności pomiędzy zmiennymi medycznymi, takimi jak stopień zaawansowania choroby i sposób leczenia a poczuciem ciężkości objawów i świadomością powagi choroby [Basińska, 2009].

Według innych autorów [Seligman, 2005], obiektywnie dobre zdrowie słabo koreluje z poczuciem szczęścia, a osoby ciężko chore tylko nieznacznie różnią się ogólnym zadowoleniem z życia od osób zdrowych, co oznacza, że w ocenie jakości życia liczy się subiektywne poczucie zdrowia.

Na rozbieżność między oceną zdrowia w kategoriach obiektywnych i subiektywnych wskazuje też opracowanie K. Puchalskiego [2015] będące analizą wielu badań sondażowych. Z przytoczonych przez autora danych wynika, że 2/3 ankietowanych uważa się za zdrowych, gdy nie odczuwają dolegliwości, ale około 1/3 nie uważa się za chorych pomimo dolegliwości lub diagnozy poważnej choroby, a tylko bardzo niewielki odsetek ludzi odwołuje się do wyników badań medycznych w ocenie swojego stanu. Systematycznie wzrasta też liczba osób zadowolonych ze swojego zdrowia [Czapiński, 2013], co prawdopodobnie jest wynikiem poprawy jakości życia a nie stanu zdrowotności społeczeństwa.

## PODSUMOWANIE

Jednoznaczne zdefiniowanie zdrowia jako konstruktu psychologicznego jest trudnym zadaniem ze względu na jego wieloaspektowość. Podobnie badania nad potocznymi koncepcjami zdrowia i kryteriami jego oceny przez jednostkę pokazują złożoność tego pojęcia.

Analiza badań nad subiektywnymi koncepcjami zdrowia wskazała na wielokryterialność oceny własnego zdrowia, jego zmienność i relatywny charakter, przewagę pozytywnych aspektów w myśleniu o zdrowiu i traktowanie go jako zasobu oraz dostrzeganie roli własnej aktywności w jego utrzymaniu.

Analiza wielu danych pokazała, że jest to pojęcie pojemne treściowo i ujawniła szeroki wachlarz kryteriów, według których zdrowie jest szacowane. Zdrowie w subiektywnym ujęciu okazało się kategorią wielowymiarową, a jego ocena obejmowała kryteria odnoszące się zarówno do funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego, a nawet duchowego, co jest zgodne z teorią naukową [Ewans Kazarian, 2001; Heszen 2005; Heszen, Sęk, 2007].

Własne zdrowie oceniane jest przez pryzmat kilku kryteriów jednocześnie. Co prawda dolegliwości i samopoczucie nadal jest istotne w spostrzeganiu swojego stanu zdrowia, a kryterium witalistyczne wg niektórych doniesień dominuje nad funkcjonalnym [Puchalski 2005], to jednak to ostatnie również zaznacza się w analizowanych badaniach [Czarnecka, Cierpiątkowska, 2007]. Ponadto, okazuje się, że ludzie ogólnie zdrowi nie przywiązują wielkiej wagi do tradycyjnej biomedycznej, negatywnej definicji zdrowia [Puchalski 1994; Sęk, 2000; Puchalski, 2016], a trendy w postaci odwoływania się do pozytywnych aspektów zdrowia są bardzo wyraźne.

W prezentowanym materiale empirycznym przeważały pozytywne kategorie opisu zdrowia. Wskazuje to na ogólne tendencje w konceptualizacji zdrowia, zgodne z założeniami psychologii pozytywnej, a także poszerzanie znaczeniowego opisu zdrowia o takie pojęcia, jak szczęście i dobrostan, które są traktowane jak analogiczne do zdrowia [Czapiński, 2000, 2013]. Zdrowie nawet utożsamianie jest ze szczęściem, przeżywaniem pozytywnych emocji i budowaniem wartościowych relacji z innymi ludźmi [Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek i Mateusiak, 2011].

Pozytywne ujmowanie zdrowia wpisuje się w obecny w psychologii trend w kierunku traktowania go jako zasobu człowieka. W prezentowanym opracowaniu powszechne było powiązanie zdrowia z zasobami człowieka jako jednostki oraz ogólnie zasobami otoczenia czy natury. Implikuje to fakt, że o poczuciu zdrowia w dużej mierze decydują zasoby człowieka i jego świadomość możliwości poradzenia sobie z wymaganiami otoczenia [Heszen, 2003; Ziarko, Sęk, 2015]. Konsekwencją takiego podejścia jest dostrzeżenie roli własnej aktywności podmiotu w utrzymywaniu zdrowia i jego ochronie.

W literaturze przedmiotu zdrowiu przypisuje się też taką cechę, jak zmienność. Problem zmienności w rozumieniu zdrowia dotychczas miał charakter indywidualny i odnosił się do oceny przez jednostkę sprawnego funkcjonowania na różnych płaszczyznach adekwatnie do wymagań otoczenia. Prezentowane badania wykazują różnice w szacowaniu zdrowia i przypisywaniu mu określonej wartości związane z różnymi czynnikami. Jednostka może swój „stan zdrowia” odnosić do różnych kryteriów, co uwarunkowane jest przez płeć, wiek, pozycję społeczną, ale przede wszystkim wyznawaną hierarchię wartości, która leży u podstaw wyznaczanych sobie celów życiowych [Jedliński 2000]. Na zmien-

ność statusu zdrowia jako wartości instrumentalnej wskazują też inni autorzy [Wojtyna, Stawiarska, 2013].

Jak podkreśla A. Juczyński [2003] kryteria zdrowia są wynikiem pojedynczych ocen, ale to przekłada się na powszechną wiedzę społeczeństwa dotyczącą pojmowania zdrowia, która przybiera różne formy, od braku choroby, przez poczucie zadowolenia, aż po spostrzeganie zdrowia jako wartości. Kryteria zdrowia są bowiem historyczne, zmieniają się wraz z warunkami środowiska, sytuacją społeczną, normami i zwyczajami zbiorowości i są zależne od dążeń i wartości, którymi kieruje się człowiek [Sokołowska za: Rodziewicz, 2019].

Podsumowując, teoretyczne modele zdrowia dobrze odzwierciedlają potoczne koncepcje zdrowia i choroby. Indywidualne koncepcje zdrowia zawierają treści, które odwołują się zarówno do modelu biomedycznego, jak i holistyczno-funkcjonalnego. Trzeba jednak pamiętać, że różnorodność metod, statystyk a nawet celów badawczych w prezentowanych studiach oraz sama materia, którą należy zgłębiać, nie pozwala na skonstruowanie jednej spójnej koncepcji zdrowia czy wyciąganie jednoznacznych wniosków. Cytowane badania mogą służyć jako materiał do dyskusji i zachęta do dalszych dociekań.

## UWAGI NA KONIEC

Środowiska naukowe mają przekonanie, że w zachodnim społeczeństwie dominuje naukowy system przekonań i postaw wobec problemów związanych ze zdrowiem [Heszen, Sęk, 2007]. Jednak obserwowany w dobie pandemii wzrost popularności alternatywnych teorii na temat zdrowia i niezgodnych z wiedzą medyczną prób wyjaśniania przyczyn chorób oraz kwestionowanie zaleceń ekspertów w kwestiach zdrowia publicznego wydaje się nieco podważać te przekonania.

Na odmiennosc zdroworozsądkowego podejścia do zdrowia „zwykłego człowieka” od profesjonalnych sposobów myślenia zwraca uwagę Ostrowska [2011; za Puchalski, 2015]. Autorka utrzymuje, że myślenie potoczne, zarówno uogólnione, jak też właściwe dla wyodrębnionych środowisk społecznych, cechuje się własną logiką, często irracjonalną z medycznego punktu widzenia. Fatalistyczne poglądy na temat zdrowia i przyczyn chorób, prezentuje ponad połowa badanych w sondażach, podkreślając rolę przeznaczenia i woli boga [Moskal 2010; Popadiak-Kuligowska 2013; Puchalski, 2015].

Szczególny niepokój może budzić obecność paranaukowych czy wręcz nienaukowych teorii w mediach oraz tworzenie się grup a nawet ruchów społecznych je promujących. W dobie zagrożeń zdrowotnych zjawisko przenikania pierwotnych, opartych na nieracjonalnych przesłankach systemów postaw wobec problemów związanych ze zdrowiem się nasila, a zagrożenie to zapewne będzie stanowić przedmiot badań w najbliższej przyszłości.

Na sposób rozumienia a nawet doświadczania zdrowia niewątpliwie mają wpływ czynniki środowiskowe – w literaturze najczęściej wymienia się społeczno-kulturowe. Dotychczasowa wiedza w kwestii zgeneralizowanych poglądów i postaw, charakterystycznych dla określonej zbiorowości, nie obejmuje jednak nowych zjawisk o zasięgu globalnym wpływających na całe populacje, takich jak doświadczanie pośrednio lub bezpośrednio wydarzeń związanych z kryzysem ekonomicznym, wojną czy epidemią. Zwłaszcza, że ta ostatnia – wydaje się na dłużej pozostać w naszym przeżywaniu świata, być może tworząc nowe jakości w naszym odzwierciedleniu rzeczywistości, szczególnie w kwestii myślenia o zdrowiu. Zatem obecne kryzysy można uznać za czynniki wpływające na kształtowanie się mentalności jako normatywne związane z historią, czyli wydarzenia, których doświadcza większość populacji [Brzezińska, 2005]. To właśnie mentalność jako efekt oddziaływań społeczno-kulturowych może być uznana za zmienną pośredniczącą między rzeczywistością kulturową a psychologiczną, także w zakresie zdrowia [Górnik-Durose, 2013].

Ewolucja pojęcia zdrowia zachodzi nie tylko w nauce, ale ujawnia się również w potocznym myśleniu o zdrowiu. Dotychczasowe badania potwierdzają tendencję do szerokiego traktowania pojęcia zdrowia i podkreślania pozytywnych aspektów w jego konceptualizacji. Nasuwa się tu jednak pytanie czy współczesne kryzysy nie cofną nas do rozpatrywania zdrowia przede wszystkim według kryteriów medycznych, a zasoby biologiczne i uwarunkowania genetyczne zyskają na znaczeniu w rozumieniu tego czym jest zdrowie. W zachowaniu konsekwencją może być koncentracja na osiągnięciu

sprawności fizycznej i budowaniu odporności, aby jak najdłużej zachować zdrowie, a nie na osiągnięciu szczęścia, dobrostanu czy spełnienia, wyznaczając inne cele działań podejmowanych na rzecz zdrowia. Konsekwencją mogą być też zmiany w ocenie skuteczności własnych działań.

Postęp w promowaniu zdrowia jest możliwy z uwzględnieniem w działaniach świadomość jednostki, jej aktywność i autonomię jako kluczowy atrybut programów na rzecz ochrony zdrowia [Słońska, 1994, Puchalski, 1994; Sęk, 2000]. Zatem badanie potocznych koncepcji zdrowia i związanych z nimi przekonań zdrowotnych oraz świadomość, że mogą zmieniać się szybciej niż się wydaje jest istotne dla zrozumienia psychologicznych mechanizmów leżących u podłoża zachowań związanych ze zdrowiem.

Ponadto trzeba się zastanowić nad przeniesieniem akcentu ze zdrowia jako atrybutu jednostki na społeczne spostrzeganie zdrowia jako celu realizowanego dla dobra ogółu. Jak pisze H. Sęk [2020] zdrowie jest bowiem nie tylko przywilejem czy prawem człowieka, ale i obowiązkiem oraz osobistym zadaniem, gdyż stanowi wartość dla całego społeczeństwa. Biorąc pod uwagę, że w kulturze zachodniej indywidualizm dominuje nad kolektywizmem, uwzględnienie takiego przekazu w edukacji zdrowotnej wydaje się mieć swoją wartość i znaczenie, a podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie wydaje się ważnym elementem w budowaniu kompetencji zdrowotnych.

Współczesne zagrożenia i wzrost znaczenia środowiskowych determinant zdrowia stawiają przed psychologią zdrowia nowe wyzwania. Przytoczone w artykule badania mogą stanowić zachętę do poznawania, czym jest zdrowie dla przeciętnego człowieka. Mogą też być wstępem do dyskusji czy i jak subiektywne koncepcje zdrowia się zmieniają i na ile regulują zachowania człowieka w realizowaniu pankulturowej wartości jaką jest zdrowie.

## BIBLIOGRAFIA

Basińska B., 2009: *Obiektywne i subiektywne wymiary straty zdrowia a poczucie koherencji i poznawcze radzenie sobie wśród kobiet z nowotworami narządów rodnych* [w:] S.Steuden, K. Janowski, red., *Psychospołeczne Konteksty doświadczania straty*. Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 71–82.

Bishop G.D., 2000: *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Brzezińska A., red., 2005: *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP.

Conti A. A., 2018: *Historical evolution of the concept of health in Western medicine*. Oct 8, 89(3), pp. 352–354.

Czarnecka M., Cierpiałkowska L., 2007: *Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty*. Nowiny Lekarskie 2007, 76, 2, s. 161–165.

Czapiński J., 2013: *Indywidualna jakość i styl życia*. Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków – raport. Contemporary Economics, nr 7

Gwozdecka-Wolniaszek E., Januszek M., Mateusiak J., 2011: *Kręte ścieżki pomiaru zdrowia – prace nad konstrukcją kwestionariusza do oceny zdrowia* [w:] M. Górnik-Durose, J. Mateusiak, red., *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 125–148.

Jedliński R., 2000: *Językowy obraz świata wartości w wypowiedziach uczniów kończących szkołę podstawową*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N., red., 2003: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Praca zbiorowa*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 9–10.

Herzlich C., 1973: *Health and illness. A social psychological analysis*. London, Academic Press.

Heszen I., Sęk H., red., 2007: *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.

Heszen-Celińska I., Sęk, H., 2020: *Psychologia zdrowia. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Horbowska J., 2017: *Wartość „zdrowie” i jej miejsce w hierarchiach wartości młodzieży i osób dorosłych*. Roczniki Pedagogiczne, Tom 9 (45), 2, s. 147–158.

Nitecka A., 2005: *Subiektywne koncepcje zdrowia studentów pedagogiki wczesnoszkolnej*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia, vol. LX, suppl. XVI, 335, sectio D.

Puchalski K., 1994: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. Promocja. Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna, 1–2, s. 53–69.

Puchalski K., 2015: *Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie*. Zeszyty prasoznawcze, 58, 2 (222), s. 555–275.



- Rodziewicz B., 2019: *Konceptualizacja pojęć Zdrowie i Здооровье jako wartości w świetle danych empirycznych (ujęcie psycholingwistyczne)*. Roczniki Humanistyczne, Tom LXVII, Zeszyt 7, s. 63–77.
- Seligman M. E. P., 2005: *Prawdziwe szczęście. Poznań*, Wyd. Media Rodzina.
- Sęk H., Ścigała L, Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1992: *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*. Przegląd Psychologiczny, R. XXXV, 3, s. 351–363.
- Sęk H., Ścigała L, Pasikowski T., Beisert M., Bleja A., 1993: *Subjective health concepts, personal and societal determinants*. [In:] H. Schröder, K. Reschke, M. Johnston, S. Maes, ed., *Health psychology. Potential in diversity*. Regensburg, Roderer, pp. 108–124.
- Sęk H., 2000: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. Sbornik prac filozoficzne, Fakultaty Brnenske Univerzity, Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis, 4, s.17–34.
- Sikora T., Górnik-Durose M., 2013: *O mentalności współczesnego człowieka, jej źródłach i przejawach*, [w:] M. Górnik-Durose, red., *Kultura współczesna a zdrowie. Aspekty psychologiczne*. Sopot: GWP, s. 15–50.
- Wojtyna E., Stawiarska P., 2013: *O współczesnym rozumieniu zdrowia* [w:] M. Górnik-Durose, red., *Kultura współczesna a zdrowie. Aspekty psychologiczne*. Sopot: GWP s. 77–103.
- Wrona-Polańska H., 2003: *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Puchalski K., 2005: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia; Vol. LX, Suppl. XVI, 430, Sectio D*.
- Woynarowska-Sołda M, Tabak I., 2013: *Zdrowie subiektywne i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół podstawowych i gimnazjów*. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 11, 4, s. 349–357.
- Woźniak B., Zawisza K., Brzyska M., 2015: *Religia a zdrowie – o zależności między zaangażowaniem religijnym a funkcjonowaniem ciała w starszym wieku*. Studia Socjologiczne, 2 (217), s. 215–230.
- Ziarko, M., Sęk, H., 2015: *Znaczenie zasobów osobistych w zmaganiu się z przewlekłą chorobą i jej konsekwencjami – Implikacje dla pomocy psychologicznej*. Przegląd Psychologiczny, 58(3), s. 277–290.