

KREOWANIE ZASOBÓW OSOBOWYCH WYZWANIEM DLA PROMOCJI ZDROWIA. PERSPEKTYWA PSYCHOLOGICZNA

1. Wprowadzenie do problematyki

Problematyka promocji zdrowia została po raz pierwszy podjęta i szczegółowo określona na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, która odbyła się w 1986 roku w Ottawie. Jej rezultatem był sporządzony dokument zwany Kartą Ottawską, w której została zawarta definicja promocji zdrowia:

„Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymywania” (Karta Ottawska 1994).

Pojawienie się w drugiej połowie XX wieku działań na rzecz zdrowia było uwarunkowane wzrastającymi wciąż wskaźnikami umieralności w krajach wysoko uprzemysłowionych z powodu chorób cywilizacyjnych – nowotworów i zawałów, które wskazywały na konieczność szukania przyczyn tych chorób w czynnikach pozamedycznych, w środowisku pracy i stylu życia, gdyż zwiększenie funduszu na służbę zdrowia przyniosło wzrost poziomu zdrowia jedynie o około 10%, czyli w granicach błędu statystycznego (Włodarczyk 1994).

Przemiany te określane jako „II rewolucja zdrowotna” przyczyniły się do rozszerzenia modelu zdrowia na biopsychospołeczny, zwany także ekologicznym, i powstania medycyny behawioralnej, upatrującej przyczyn różnych chorób w środowisku i stylu życia (Wrześniewski 2002). Wymagało to innego podejścia do przyczyn tych chorób i ich leczenia. Zdrowie stało się pojęciem interdyscyplinarnym i zmuszało do współpracy wielu specjalistów różnych dziedzin, zarówno w sferze badań, jak i praktyki klinicznej.

Jednakże brak było świadomości zdrowia, które rozumiano jedynie jako brak objawów chorobowych. Stąd też pojawiła się konieczność zwiększenia świadomości zdrowia jako najwyższej wartości, o którą warto dbać i zabiegać. Prekursorem takiego podejścia i wielkim inspiratorem badań nad zdrowiem i jego promowaniem był nestor polskiej psychosomatyki Profesor Julian Aleksandrowicz, wieloletni kierownik Kliniki Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie (obecnie CM UJ), przewodniczący Komisji Ochrony Zdrowia Społecznego PAN w Krakowie i prezes Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej.

W 1972 roku zorganizował konferencję naukowo-humanistyczną w Krakowie, skupiającą uczonych z całego świata, która zyskała miano „III rewolucji zdrowotnej” (Aleksandrowicz, Matuszewski 1974). Przemiany te przyczyniły się do całościowego, systemowego, holistyczno-funkcjonalnego podejścia do zdrowia, zwiększenia świadomości w zakresie zdrowia i rozwoju ruchu promocji zdrowia, którego kontynuatorami byli przede wszystkim socjologowie medycyny (Słońska 1994) i psycholodzy, twórcy psychologii zdrowia (Matarazzo 1980, Taylor 1990).

Promocja zdrowia definiowana jest jako: „Proces nabywania przez ludzi umiejętności kontrolowania i wpływania na własne zdrowie” (Czabała 1994). Jest to czynność celowa, którą należy rozwijać poprzez zwiększanie świadomości, zarówno jednostkowej jak i społecznej w zakresie problematyki dotyczącej zdrowia (Aleksandrowicz 1979, Sęk 1997). Pomocne może być w tym rozumienie zdrowia jako wartości, a szczególnie traktowanie zdrowia jako najwyższej wartości, o którą warto dbać i zabiegać, gdyż umożliwia ona osiągnięcie innych wartości (Aleksandrowicz 1974).

Celem promocji zdrowia jest:

- podnoszenie świadomości jednostkowej i społecznej dotyczącej zdrowia i czynników warunkujących zdrowie;
- umożliwienie człowiekowi kontroli nad procesami zdrowia i udziału w realizacji celów zdrowotnych;
- rozwój i umacnianie zasobów zdrowotnych, tkwiących w jednostce i środowisku.

W literaturze przedmiotu spotykamy różne podejścia do problematyki promocji zdrowia.

Anderson (1993) proponuje najszersze ujęcie promocji zdrowia, które obejmuje zarówno działania ukierunkowane na rozwój i utrzymanie zdrowia, jak też działania prewencyjne – prewencję pierwotną, wtórną i trzeciego stopnia.

Takie rozumienie promocji zdrowia skupia działania skierowane nie tylko na ludzi zdrowych, ale także chorych. Najczęściej w piśmiennictwie spotyka się rozszerzenie rozumienia promocji zdrowia o prewencję pierwotną, czyli profilaktykę obejmującą grupy ryzyka (Heszen-Niejodek 1995, Sęk 1997). Jednakże Słońska (1994) podkreśla wyraźną odmienność podejścia promocyjnego w stosunku do prewencyjnego. Punktem wyjścia dla prewencji jest choroba, a jej celem przeciwdziałanie, w promocji zaś punktem wyjścia jest zdrowie, a jej celem pomnażanie potencjałów zdrowia poprzez podnoszenie jakości życia. Wydaje się, że wspólną cechą zarówno promocji zdrowia, jak i prewencji jest stosowanie strategii pozytywnej polegającej na pomnażaniu zasobów, czyli potencjałów zdrowia (Czabała, Sęk 2002).

Zdaniem Sęk (1997) modele prewencji i promocji różnią się w zakresie podejmowanych działań i korzystają z odmiennych modeli edukacji zdrowotnej. Davies (1990) wyróżnia dwa modele edukacji:

1. Model prewencyjny – przekonanie o konieczności takich zmian w zachowaniu, które – zdaniem profesjonalistów (lekarzy) – zmniejszają ryzyko zachorowalności na daną chorobę.
2. Model autokreacyjny – dostarcza przesłanek pozwalających samodzielnie podejmować decyzje dotyczące zdrowego stylu życia i radzenia sobie z codziennymi problemami, zmierza do uaktywnienia grup społecznych i jednostek.

Drugi model jest bliski ideom promocji zdrowia, jest to dążenie do kształtowania w świadomości społecznej pojmowania zdrowia w kategoriach „rezerw”, czyli zasobów.

W promocji zdrowia znaczącą rolę odgrywa edukacja zdrowotna, która powinna być „edukacją dla zmiany” (Sęk 1997), zmierzającą do wspomagania motywacji do uczenia się i zdobywania kompetencji potrzebnych dla zdrowia, odwołując się do aktywności własnej ludzi, ich potrzeb, oczekiwań (wychodzić od ludzi do problemu, np. „Szkoła Promująca Zdrowie”). Powinna obejmować rozwój samoopieki zdrowotnej, m.in. podejmowanie działań o charakterze profilaktycznym (zażywanie witamin, szczepienia przeciw grypie).

Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła pięć obszarów działania promocyjnego zwanych obszarami, czyli głównymi zadaniami promocji zdrowia. Są to:

- budowanie polityki prozdrowotnej;
- tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu;
- wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia;
- rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu;
- reorientacja służby zdrowia, przesunięcie punktu zainteresowań z choroby i jej leczenia na zdrowie i jego promocję (Karta Ottawska 1994).

Psychologia może służyć swoją wiedzą i praktyką w każdym z tych obszarów, jednakże w różny sposób. Główny udział psychologii w promocji zdrowia polega na rozwijaniu indywidualnych umiejętności służących zdrowiu. Teoria psychologiczna jest podstawą programów ewaluacyjnych oraz ma wpływ na ukształtowanie etosu ruchu promocji zdrowia, przypisując jednostce odpowiedzialność za decyzje dotyczące zachowań ważnych dla zdrowia i w konsekwencji – za własne zdrowie.

W promocji zdrowia wykorzystywane są czynniki psychologiczne, takie jak: czynniki poznawcze, emocjonalno-motywacyjne, behawioralne oraz mechanizmy odwołujące się do podmiotowości człowieka (np. samooceny) i mechanizmy wpływów społecznych (np. naśladowania) (Heszen-Niejodek 1995).

2. Promocja zdrowia w ujęciu psychologicznym

Zgodnie z teorią salutogenezy i definicją zdrowia rozumianego jako proces równoważenia wymagań stawianych przez otoczenie z możliwościami człowieka (Antonovsky 1995, Sęk 1997) oraz holistyczno-funkcjonalnym ujęciem zdrowia jako funkcji twórczego radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska 2003) promocję zdrowia można określić jako proces kreowania zasobów osobowych (podmiotowych) sprzyjających skutecznemu radzeniu sobie ze stresem, a w konsekwencji zdrowiu człowieka. To właśnie dzięki zasobom i ich pomnażaniu można zachować zdrowie, równoważąc wciąż wzrastające wymagania społeczne.

Współczesne myślenie o zdrowiu wymaga systemowego podejścia do człowieka, którego przykładem jest Mandala Zdrowia – Model Ekosystemu Człowieka (Słońska 1994).

W tym ujęciu człowiek jest z jednej strony – częścią większego systemu, np. biosfery, społeczeństwa, kultury, z drugiej zaś – samodzielną całością złożoną z wielu podszy-

stemów – układów, które wzajemnie z sobą współdziałają na zasadzie autoregulacji, tworząc funkcjonalną całość odpowiedzialną za utrzymanie równowagi wewnątrzustrojowej, a także równowagi z otoczeniem społecznym. Standardami regulacji na poziomie fizjologicznym są: stała ciepłota ciała, poziom cukru we krwi itp., na poziomie psychologicznym potrzeby (bezpieczeństwa, miłości, akceptacji i uznania, kontaktów społecznych), na poziomie społecznym zaś wartości (zdrowia, piękna, dobra, sprawiedliwości). O ile na poziomie fizjologicznym to przywracanie równowagi wewnątrz organizmu odbywa się niejako automatycznie, to na poziomie psychologicznym i społecznym wymaga aktywności człowieka, a niekiedy pomocy innych ludzi.

Z psychologicznego punktu widzenia promocja zdrowia polega nie tylko na rozwijaniu indywidualnych umiejętności służących zdrowiu, ale jest to proces kreowania od najmłodszych lat zasobów podmiotowych (biologicznych, poznawczych i behawioralnych), które – jak wynika z literatury (Antonovsky 1995, Sęk, Pasikowski 2001) i badań własnych (Wrona-Polańska 2003) – są podstawowym źródłem zdrowia.

3. Zasoby osobowe

Zasoby są bardzo modnym i często używanym określeniem, mówi się o zasobach materialnych, mieszkaniowych, środowiskowych, podmiotowych, duchowych, behawioralnych itd. Choć różnie definiuje się te pojęcia, to jednak autorzy są zgodni, że są to właściwości, które korzystnie wpływają na procesy radzenia sobie z wymaganiami (stresorami) życia.

Zasoby określa się jako podmiotowe oraz środowiskowe cechy i możliwości, które w interakcji stresowej i zdrowotnej pełnią pozytywną funkcję obronną (Hobfoll 1989, Sęk, Ścigała 1996).

Zasoby określane są także jako potencjały zdrowia, które odgrywają istotną rolę w procesach zdrowia i choroby (Wrona-Polańska 2003, Heszen, Sęk 2007).

W ujęciu teorii salutogenezy (Antonovsky 1995) zasoby pełnią kluczową rolę w kreowaniu i utrzymaniu zdrowia, deficyty w zasobach pełnią zaś rolę stresora i mogą prowadzić do choroby. Według Antonovsky'ego zdrowie zależy od szeroko rozumianych zasobów (*resources*), tzw. zgeneralizowanych zasobów odpornościowych: biologicznych (genetycznych), psychologicznych i społecznych, dzięki którym człowiek może efektywnie radzić sobie ze stresem. Porównuje zasoby do tzw. behawioralnej immunologii jako „bufory” równoważące życiowe wymagania (Wrona-Polańska 2003), dzięki którym działanie człowieka staje się bardziej skuteczne i nie ponosi on kosztów psychologicznych w postaci utraty zdrowia.

Powstaje pytanie: jakie zasoby w sposób istotny wpływają na zdrowie człowieka?

Z psychologicznego punktu widzenia można wyróżnić zasoby podmiotowe, inaczej określane jako osobowe o charakterze poznawczym i behawioralnym, oraz społeczne, wynikające z kontekstu sytuacyjnego, z relacji z otoczeniem społecznym, które stanowią główne źródło zasobów osobowych. Z dotychczasowych badań własnych prowadzonych wśród nauczycieli, a także pracowników socjalnych i administracyjnych wynika, że kluczowymi zasobami sprzyjającymi zdrowiu i jego utrzymaniu są zasoby osobowe poznawcze określane jako osobowość prozdrowotna, na którą składają się po-

czucie koherencji, poczucie kontroli i samoocena. Zasoby te wpływają na zdrowie w sposób bezpośredni i pośredni poprzez wzmacnianie skutecznego radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałanie w ten sposób narastaniu napięcia prowadzącego do stresu oraz sprzyjanie pozytywnym emocjom, zadowoleniu z życia i pracy, prowadzącym do utrzymania i zwiększania poziomu zdrowia. Podobnie zasoby podmiotowe behawioralne sprzyjają zdrowiu poprzez ścieżkę kompetencyjną, a więc skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska 2003).

3.1. *Poczucie koherencji*

W ujęciu teorii salutogenezy kluczową rolę dla zdrowia pełni poczucie koherencji (Antonovsky 1995), określane jako złożona dyspozycja osobowościowa, która w sytuacji stresowej przejmuje sterowanie zasobami w taki sposób, aby nie doszło do ich wyczerpania, a w konsekwencji utraty zdrowia. Składa się z trzech komponentów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności. Zdaniem Antonovsky'ego najważniejsze jest poczucie sensowności, czyli przekonanie, że życie ma sens, wobec tego warto żyć, podejmować zadania i je rozwiązywać, co sprzyja także rozwojowi własnej osobowości. Jest to komponent emocjonalno-motywacyjny, który stymuluje do aktywności w sytuacjach stresowych. Poczucie zrozumiałości zawiera się w przeświadczeniu, że świat jest zrozumiały, przewidywalny, co sprzyja korzystaniu z własnych doświadczeń. Poczucie zaradności to przekonanie o własnych możliwościach i posiadaniu wsparcia.

Wszystkie trzy wymiary poczucia koherencji są z sobą nierozzerwalnie powiązane, a skuteczne radzenie sobie ze stresem zależy od poczucia koherencji jako całości.

Najogólniej, poczucie koherencji decyduje w sytuacjach stresowych o poziomie zdrowia, tj. utrzymaniu równowagi, gdyż kieruje posiadanymi zasobami, uruchamia je i decyduje o ich wykorzystaniu.

Niezwykle ważnym problemem dla utrzymania silnego poczucia koherencji, podkreślanym przez Antonovsky'ego (1995), jest wytyczanie granic, a więc określenie obszarów życia, na których opieramy swoje poczucie koherencji. Są to obszary, które dla danego człowieka są subiektywnie ważne, a cztery stanowią podstawę silnego poczucia koherencji. Są to własne uczucia, bliskie kontakty z ludźmi, główna aktywność życiowa i problemy egzystencjalne.

Siła poczucia koherencji, zdaniem Antonovsky'ego, decyduje o wyborze stosownej i adekwatnej strategii w ramach określonych wzorców kulturowych. Ludzie o silnym poczuciu koherencji są nastawieni bardziej instrumentalnie, a więc będą zmierzać do rozwiązania problemu, podczas gdy ludzie o słabym poczuciu koherencji częściej nastawieni są na regulację emocji w obliczu stresu. Podobnie siła poczucia koherencji decyduje o rodzaju zachowań w sytuacji stresowej – prozdrowotnych bądź antyzdrowotnych.

3.2. *Poczucie kontroli i samokontroli*

Jednym z przejawów podmiotowej relacji w systemie człowiek – świat jest sprawowanie kontroli nad otoczeniem oraz samym sobą, a ostatecznie ukształtowanie się poczucia kontroli jako pewnej dyspozycji osobowościowej, w istotny sposób wpływającej na procesy oceny poznawczej i radzenia sobie ze stresem. Najwcześniej rozwijają się różne

formy kontroli behawioralnej mającej swoje odniesienie do konkretnego działania, a w miarę tworzenia się schematów poznawczych, oczekiwań, pośredniczących między sytuacją bodźcową a działaniem, rozwija się kontrola poznawcza, która polega na stopniowym zastępowaniu procesów pierwotnych przez wtórne procesy myślowe (Kofta 1977). Ostatecznie w trakcie swoich doświadczeń ze światem człowiek nie tylko oddziałuje na otoczenie i przewiduje jego stany, lecz także tworzy w systemie poznawczym obraz relacji między sobą a otoczeniem, zwany poczuciem kontroli, czyli kontrolą postrzeganą. Kofta wyróżnia dwie składowe poczucia kontroli: poczucie bezpieczeństwa jako reprezentacji kontroli poznawczej nad otoczeniem oraz poczucie mocy jako reprezentacji kontroli behawioralnej nad otoczeniem.

Poczucie kontroli może ulegać zmianie w zależności od konkretnej sytuacji. Ogólnie w literaturze przedmiotu wyodrębnia się dwa podstawowe rodzaje kontroli nad otoczeniem. Kontrola behawioralna daje przekonanie o możliwości kontrolowania negatywnych skutków sytuacji bez podejmowania konkretnych działań. Kontrola poznawcza to świadomość dysponowania strategią poznawczą zdolną ograniczyć skutek sytuacji stresowej. Oba typy kontroli i ich wzajemne proporcje tworzą indywidualną dyspozycję dotyczącą przekonania o stopniu kontroli nad otoczeniem. Pojawiają się różne modele kontroli: jednodymensyjne Rottera (1966), dwumodalny Snydera (1982) i Czteroczynnikowy Model Spostrzeganej Kontroli Bryanta (1989). Mechanizmy spostrzeganej kontroli zostały wyróżnione na podstawie dwóch kryteriów: kontroli pierwotnej i wtórnej oraz kontroli zdarzeń doznawanych emocjonalnie pozytywnie i negatywnie. Są to mechanizmy unikania, zmagania się, utrzymywania i doznawania, które stanowią swoiste go rodzaju strategię radzenia sobie ze stresem.

Szczególnie interesujące z perspektywy budowania zdrowia i skutecznego radzenia sobie ze stresem okazały się mechanizmy spostrzeganej kontroli związane z pozytywnym wartościowaniem zdarzeń, wykorzystujące kontrolę wtórną, a więc mechanizmy utrzymywania i doznawania (Wrona-Polańska 2003).

3.3. *Samoocena*

Jest to wartościujący aspekt obrazu JA, który w ujęciu Rogersa (1959) stanowi sumę lub syntezę sądów wartościujących odnoszących się do własnej osoby.

W Polsce rozwinęli i rozszerzyli problematykę pojęcia JA Reykowski (1970, 1976), Łukaszewski (1974), Wojciszke (1983), Koziński (1986) i Lewicka (1977), kładąc szczególny nacisk na jego znaczenie w regulacji ludzkich zachowań.

Samoocena kreuje się w trakcie realizacji zadań życiowych i zaspokajania potrzeb, jest wypadkową własnych możliwości i wymagań otoczenia lub własnych standardów. Dobre funkcjonowanie, a więc pozytywne radzenie sobie z sytuacjami życiowymi sprzyja pozytywnej samoocenie i zdrowiu, trudności w radzeniu zaś mogą prowadzić do obniżenia samooceny i tworzenia się napięć zagrażających zdrowiu.

Samoocena posiada kilka wymiarów: wysoka–niska, adekwatna–nieadekwatna, stała–niestała, pozytywna–negatywna, określanych na kontinuum. Z klasycznych już badań Tyszkowej (1972) wynika, że wysoka, pozytywna i względnie stała, ale elastyczna samoocena sprzyja równowadze osobowości oraz w dużej mierze determinuje prawidłowe, tj. zdrowe i twórcze funkcjonowanie człowieka.

O poziomie samooceny decyduje stopień rozbieżności między ocenianymi właściwościami a wzorcem, z którym jednostka się porównuje (Tyszkowa 1972, Brzezińska 1973). Jeśli rozbieżność jest duża, poziom samooceny jest niski. Samoocena obejmuje ocenę swoich możliwości i pozycji wśród innych. Dlatego też jest ważnym czynnikiem w procesie radzenia sobie ze stresem, w którym dochodzi do równoważenia wymogów otoczenia z posiadanymi zasobami, potencjałami. Im wyższa samoocena, tym większe możliwości, a więc zasoby w radzeniu sobie ze stresem i odwrotnie.

Radzenie sobie ze stresem wymaga samooceny pozytywnej i wysokiej, elastycznie dostosowującej się do wciąż zmieniających się warunków życia, ale na tyle stabilnej, aby nie była źródłem niepotrzebnego napięcia i braku psychicznego bezpieczeństwa, ani nie prowadziła do utraty poczucia własnej tożsamości (Wrona-Polańska 2003). Pewna chwiejność samooceny występuje w okresie dojrzewania, kiedy budzi się własna tożsamość, a wiedza o sobie samym nie jest jeszcze dostatecznie pełna i utrwalona. W wieku dojrzałym samoocena powinna mieć charakter względnie stały, a zarazem elastyczny, mogący ulegać pewnym modyfikacjom pod wpływem nowych doświadczeń (Gałdowa 1990, Bricklin 1991). Wydaje się, że dopuszczalną granicą zmiany JA jest zachowanie poczucia własnej tożsamości (Jarymowicz 1979, 1983, Logan i in. 1991) oraz jego względna realność i odpowiedniość do sytuacji. Wysoka i stabilna samoocena pełni ważną funkcję regulacyjną (Maslow 1964), gdyż stanowi o wysokich możliwościach (zasobach) jednostki, pozwalających na równoważenie z powodzeniem wymagań stawianych przez otoczenie i samego siebie. Wysoki poziom samooceny jest przejawem funkcjonowania ego (Maruszyński 1977), a więc decyduje o tym, jak jednostka jawi się w działaniu, na ile jest skuteczna i efektywna.

Zdrowie rozumiane funkcjonalnie wymaga odpowiedniego poziomu akceptacji siebie, adekwatności samooceny oraz spostrzegania siebie jako osoby wartościowej. Tylko wysoka samoocena i poczucie własnej wartości oraz tożsamości (spójności i odrębności) JA stwarza przekonanie o wysokich możliwościach (zasobach), które są niezbędne w radzeniu sobie ze stresem, nawet w sytuacji, gdy taka samoocena nie jest całkowicie obiektywna (Taylor 1984, Wrona-Polańska 1983, 1997, 2003, 2007a).

Samoocena jako funkcjonalny aspekt struktury JA odgrywa szczególną rolę w radzeniu sobie ze stresem. Jej wysoki poziom, elastyczność i tendencja do podwyższania w trudnych chwilach życia (Persaud 1998, Wrona-Polańska 2003) decydują w znacznym stopniu o pozytywnym przebiegu transakcji stresowej, a w konsekwencji sprzyjają zdrowiu. Badania podłużne prowadzone z udziałem nauczycielek ujawniły podwyższanie samooceny w sytuacji obniżania się zasobów społecznych, tj. źródeł satysfakcji w pracy, relacji małżeńskich, co może mieć charakter kompensacyjny, służy zachowaniu równowagi w zasobach, a w konsekwencji utrzymaniu zdrowia. Wyniki te świadczą o roli zasobów podmiotowych w procesie budowania i utrzymania zdrowia (Wrona-Polańska, 2003).

3.4. Zasoby behawioralne – zachowania promujące zdrowie

Wśród zasobów podmiotowych ważną rolę zajmują zasoby behawioralne, czyli indywidualne zachowania, które sprzyjają utrzymaniu i pomnażaniu potencjałów zdrowia. Zachowania związane ze zdrowiem, zwane inaczej zdrowotnymi, mogą mieć charakter nawykowy – reaktywny i intencjonalny – celowy (Tomaszewski 1976).

Zachowanie zdrowotne można określić jako czynność intencjonalną, która ma wyraźny związek ze zdrowiem. Heszen-Klemens (1979) wyróżnia zachowania zdrowotne, prozdrowotne i antyzdrowotne.

Matarazzo (1980) rozróżnia tzw. behawioralne patogeny i behawioralne immunogeny, do tych ostatnich zalicza takie pozytywne nawyki, jak: zdrowe odżywianie, regularny sen (7–8 godzin na dobę), regularne ćwiczenia fizyczne.

Zachowania związane ze zdrowiem mogą mieć charakter nawyków nabytych w ciągu życia w procesie socjalizacji pierwotnej (w rodzinie i w przedszkolu) oraz socjalizacji wtórnej (edukacja zdrowotna w szkołach i organizacjach, stowarzyszeniach). Zachowania te zależą od danej kultury, środowiska, domu rodzinnego, z którego pochodzi dziecko. Można tu wyróżnić nawyki higieniczne, żywieniowe, estetyczne, kształtowane u dzieci od najmłodszych lat.

Zachowania zdrowotne mogą mieć także charakter czynności celowych, intencjonalnych (Sęk 2002), które w dużym stopniu zależą od traktowania zdrowia jako wartości, a także od preferowanego modelu zdrowia, biomedycznego lub holistyczno-funkcjonalnego.

Do czynności intencjonalnych można zaliczyć zachowania promujące zdrowie, zmierzające do rozwijania potencjałów zdrowia czyli zasobów sprzyjających radzeniu sobie ze stresem. W kształtowaniu tych zachowań ważną rolę odgrywają różne modele przekonań zdrowotnych (Schwarzer 1997) oraz potoczne definicje zdrowia (Sęk i in. 1992). W promowaniu zachowań zdrowotnych konieczna jest edukacja zdrowotna uwzględniająca psychologiczne mechanizmy przekazywania wiedzy w taki sposób, aby „przenikała” ona do świadomości człowieka i stymulowała do działań na rzecz zdrowia behawioralnego.

Od najmłodszych lat życia ważne jest wdrażanie zdrowego stylu życia, w którym nadrzędną wartością powinno być zdrowie tzw. instrumentalne, wyznaczające kierunek i sposób zachowania ludzi.

4. Kształtowanie zasobów osobowych

4.1. Rodzina jako środowisko promujące zdrowie

W kreowaniu zasobów osobowych – poznawczych i behawioralnych – od najmłodszych lat życia dziecka bardzo ważną rolę odgrywają rodzice, będący pierwszymi animatorami jego zdrowia. Wynika to z systemowego ujęcia zdrowia (Mandala Zdrowia), w którym w centrum wszechświata znajduje się człowiek, a najbliższym podsystemem oddziałującym na niego jest rodzina, stanowiąca jednocześnie główny zasób zdrowia. Jednakże gwarantem prozdrowotnego oddziaływania rodziny na pojawiające się w niej dziecko jest rodzina pełna, w której panuje dobra atmosfera, wzajemnego zaufania i miłości, sprzyjająca zaspokajaniu podstawowych potrzeb dziecka: potrzeby bezpieczeństwa, miłości, akceptacji i uznania oraz afiliacji. Tu kształtuje się kluczowy zasób dla zdrowia – poczucie koherencji poprzez doświadczenia zdobywane w rodzinie (Antonovsky 1995). Jeśli te doświadczenia są pozytywne i cechują się spójnością, czyli pewną „sta-

łością w zmienności”, dziecko nabywa pozytywnego przekonania do innych ludzi i do samego siebie (Wrona-Polańska 2007b).

W procesie wychowania konieczne jest także, zdaniem Antonovsky’ego, zachowanie równowagi pomiędzy przeciążeniem a niedociążeniem. Nadmierne wymagania wobec dziecka rodzą przekonanie prowadzące do niedoceniań swoich możliwości i mogą być przyczyną późniejszego braku wiary we własne siły oraz poczucia swojej mniejszej wartości, niskiej samooceny, niedociążenie zaś prowadzi do przekonania o swoich dużych możliwościach. Jednakże nieoparte żadnymi pozytywnymi doświadczeniami z czasem mogą prowadzić do rozczarowania. Dlatego też zachowanie tej równowagi jest niezbędne do rozwoju pozytywnej samooceny, tak niezwykle ważnej w skutecznym radzeniu sobie z trudnościami (Wrona-Polańska 1997, 2003, 2007b).

Trzecim czynnikiem kształtowania silnego poczucia koherencji jest dopuszczenie dziecka do udziału w podejmowaniu decyzji, które uczy rozwiązywania problemów i poczucia odpowiedzialności. Oczywiście żyjemy w czasach liberalnego wychowania sprzyjającego dominacji dzieci nad rodzicami, gdzie o wszystkim decydują dzieci, np. o sposobie spędzania wolnego czasu, o jakości spożywanych posiłków. Jednakże takie podejście nadmiernie liberalne nie służy kształtowaniu silnego poczucia koherencji, prowadzi raczej do swoistej samowoli w rodzinie niż mądrego wpływania na kreowanie osobowości dziecka. Natomiast niedopuszczenie dziecka do udziału w decyzjach przez autorytarnych i despotycznych rodziców budzi przekonanie, że „nic ode mnie nie zależy” i prowadzi do ukształtowania poczucia bezradności, określonego przez Seligmmana (1975) jako syndrom wyuczony bezradności, manifestującej się często zachowaniami o typie autoagresji, tj. czynów samobójczych, których liczba u nastolatków z roku na rok rośnie, jak podają statystyki. Jest to obecnie najbardziej niepokojące zjawisko wymagające interwencji psychologów, a także innych specjalistów.

W relacji z otoczeniem, rodzicami, nauczycielami i rówieśnikami kształtuje się także kontrola nad własnym zachowaniem, tzn. kontrola behawioralna, a w miarę wzrastania rozwija się kontrola poznawcza, która jest bardzo ważnym zasobem sprzyjającym zdrowiu.

Zasoby osobowe kształtują się tylko u dziecka wzrastającego w prawidłowej rodzinie. Stąd dobrze funkcjonująca, pełna rodzina, w której panuje atmosfera życzliwości, wzajemnego szacunku i zaufania oraz miłości promuje zdrowie jej członków. Tu bardzo ważną rolę odgrywa osobowość rodziców i ich dojrzałość emocjonalna, dająca poczucie bezpieczeństwa oraz właściwe wzorce zachowania, gdyż zachowań emocjonalnych dziecko uczy się od osób znaczących – rodziców i wychowawców, którzy kształtują także zachowania promujące zdrowie, a więc zasoby osobowe o charakterze behawioralnym (Wrona-Polańska 2003, 2007b). Źródłem zdrowia behawioralnego (Sęk 2002), rozumianego jako zachowania związane ze zdrowiem, czyli zachowania prozdrowotne, jest rodzina, której zadaniem jest promowanie zdrowego stylu życia. Rodzice powinni uczyć prawidłowych nawyków w zakresie odżywiania, racjonalnego trybu życia, snu, prawidłowej postawy ciała, odpoczynku i rekreacji. Niezwykle ważne jest oddziaływanie na świadomość dziecka, czyli tworzenie prozdrowotnych przekonań i pozytywnych nastawień psychicznych oraz stymulowanie rozwoju myślenia, twórczej wyobraźni i wytrwałości w procesie rozwiązywania zadań dostosowanych do wieku dziecka. W celu prawidłowego kształtowania rozwoju dziecka i jego zasobów prozdrowotnych

konieczna jest dobra współpraca szkoły z domem. Niezbędne jest także kształtowanie świadomości dotyczącej zdrowia, a także rozwijanie aktywności na rzecz zdrowia i zdrowego stylu życia.

4.2. Szkoła jako środowisko promujące zdrowie

Podstawową rolę w promowaniu zdrowia odgrywa przedszkole i szkoła, czyli instytucje mające na celu nie tylko edukację, tj. wyposażenie dziecka w podstawowy zasób wiadomości, umiejętności i nawyków przewidzianych programem nauczania, ale mieści się też w tej formule wychowanie, także wychowanie ku zdrowiu. Tu dziecko uczy się nawiązywania właściwych relacji z rówieśnikami i rozwiązywania w sposób prawidłowy różnych pojawiających się problemów. Tu także kształtują się i rozwijają relacje, często określane jako mistrz i uczeń, nauczyciel – uczeń. Relacje te powinny służyć kształtowaniu i rozwijaniu osobowości, a nie tłumieniu indywidualności, czy też giętkości myślenia (Nęcka 1994).

Nauczyciel powinien rozwijać wyobraźnię i typową dla tego okresu giętkość myślenia, uczyć rozwiązywania problemów, współpracy w grupie, pomagania innym, wrażliwości na innych, odpowiednich zasad współżycia w grupie, empatii, radzenia sobie z trudnościami, a więc kształtować te zasoby społeczne, które będą przydatne i niezbędne w późniejszym życiu. Ta umiejętność prawidłowego komunikowania się z innymi, radzenia sobie w różnych sytuacjach trudnych kształtuje się właśnie od wczesnych lat życia dziecka. Ważne są także zasady współżycia, wartości, które kształtują postawę moralną młodego człowieka.

W procesie edukacji nauczyciel powinien kształtować przekonania zdrowotne i zachowania promujące zdrowie, aby uczniowie czuli się odpowiedzialni za swoje zdrowie i jego kreowanie. Promowanie zdrowia jest ważne na każdym etapie kształcenia, od przedszkola aż po szkołę wyższą, jednakże najważniejsze jest wpajanie od najmłodszych lat zdrowego stylu życia obejmującego zachowania promujące zdrowie, które poprawiają jakość życia.

Niełatwe jest pełnienie roli nauczyciela z uwzględnieniem perspektywy promocji zdrowia, gdyż wymaga wielu umiejętności wykraczających poza zakres tradycyjnego modelu pracy nauczyciela. Dokonujące się przemiany społeczne i reforma edukacji wymagają od nauczyciela nowych kompetencji, otwartości na informacje z zewnątrz, twórczego myślenia w realizacji programów nauczania i indywidualnego podejścia do ucznia z uwzględnieniem jego podmiotowości, co stwarza konieczność ciągłego doksztalcania się. Nauczyciel modeluje nie tylko zachowania uczniów, lecz także kieruje rozwojem ich osobowości. Taka postawa pełna zaangażowania i twórczej wyobraźni, nie tylko sprzyja prawidłowemu rozwojowi uczniów poprzez wzmocnienie posiadanych już potencjałów zdrowia, lecz także broni nauczyciela przed zniechęceniem, brakiem osiągnięć i zadowolenia z pracy, a ostatecznie dostarcza pozytywnych emocji sprzyjających zdrowiu nauczyciela i jego wychowanków.

Z punktu widzenia promocji zdrowia bardzo ważne jest tworzenie warunków do prawidłowego rozwoju psychospołecznego dzieci i młodzieży poprzez dostarczenie rodzicom wiedzy i umiejętności potrzebnych do kształtowania odpowiednich postaw ich dzieci i do prawidłowego funkcjonowania rodziny oraz edukacja dla zdrowia prowadzona w różnych placówkach oświatowych (Czabała 1994).

Promowanie zdrowia w szkole oznacza dynamiczny proces kreowania „zdrowej szkoły”, której celem jest umacnianie i potęgowanie potencjałów zdrowia uczniów poprzez:

- tworzenie odpowiednich warunków materialnych i lokalowych szkoły oraz wyposażenia w pomoce dydaktyczne;
- dostosowanie do możliwości rozwojowych uczniów programów nauczania oraz ich realizacji z uwzględnieniem indywidualności i podmiotowości ucznia;
- tworzenie właściwego „klimatu psychicznego” sprzyjającego rozwojowi zainteresowań i kompetencji poznawczych, emocjonalnych i społecznych, a więc podmiotowych zasobów zdrowia uczniów (Wrona-Polańska 2006a).

Liderami promocji zdrowia w szkole powinni być nauczyciele i wychowawcy:

- modelujący swoją postawą zdrowy styl życia i zachowania promujący zdrowie;
- wykraczający swoją wiedzą, kompetencjami i otwartością na zmiany poza zakres tradycyjnego modelu pracy nauczyciela;
- inicjujący tworzenie grup wsparcia o charakterze profesjonalnym i nieprofesjonalnym.

Ważną rolę w procesie kształtowania potencjałów zdrowotnych odgrywają indywidualne sposoby wspomagania zdrowia, do których można zaliczyć:

- dbałość o dobrą kondycję psychofizyczną z uwzględnieniem także sportu i rekreacji;
- aktywny wypoczynek;
- pozytywne nastawienie psychiczne sprzyjające radzeniu sobie z problemami życia codziennego;
- rozwijanie własnych kompetencji w zakresie zdobywania wiedzy, umiejętności językowych, radzenia sobie ze stresem;
- dbanie o dobre relacje z najbliższymi, otoczeniem i posiadanie wsparcia;
- podwyższanie własnej samooceny i samoakceptacji poprzez dbałość o wygląd zewnętrzny, aż po rozwój sprzyjających zdrowiu zachowań i właściwości osobowości;
- umiejętne relaksowanie się poprzez wykorzystanie, zgodnie z zainteresowaniami, muzyki, sztuki, tańca, teatru czy dobrze dobranej lektury (Wrona-Polańska 2006b).

Promocja zdrowia z perspektywy psychologicznej to promowanie zdrowej rodziny i zdrowej szkoły, której owocem będzie człowiek o prawidłowo ukształtowanej osobowości i właściwej hierarchii wartości. Nasze czasy pełne napięć, wielu zagrożeń dla prawidłowego rozwoju dziecka poprzez rozpad rodziny, narastające trudności, toksyczna szkoła (Mastalski 2005, 2006, 2007) mogą świadczyć o tym, że patologia stała się normą i punktem odniesienia dla współczesnego życia. Stąd tyle samobójstw, agresji, uzależnień od narkotyków, alkoholu, niebezpiecznego seksu, które świadczą o postępującej neurotyzacji społeczeństwa i kształtowaniu patologicznych osobowości.

Promowanie zdrowia w sensie psychologicznym to nie tylko proces wpływania na własne zdrowie, ale także zdrowie społeczne. Bardzo ważną rolę w tym zakresie odegrała „III rewolucja zdrowotna”, zapoczątkowana przez Profesora Juliana Aleksandrowicza w 1972 roku, który po raz pierwszy zwrócił uwagę na to, że zdrowie jest najwyższą wartością, o którą trzeba dbać i zabiegać, a wszystkie czynności zmierzające do jego

osiągnięcia należy traktować jako czynności sprzyjające promocji zdrowia, zapoczątkowując w ten sposób ruch na rzecz zdrowia.

Promocja zdrowia obejmuje także proces kształtowania nawyków zdrowotnych żywieniowych, dotyczących snu, spędzania wolnego czasu, rekreacji, czyli prozdrowotnego stylu życia oraz kształtowania prozdrowotnych przekonań prowadzących do czynności intencjonalnych nastawionych na zdrowie.

Wszystko to zmierza do rozwijania zasobów podmiotowych o charakterze behawioralnym oraz kształtowania świadomości zdrowotnej zawartej w przekonaniach zdrowotnych (Sęk i in. 1992), w których istotną rolę odgrywają zarówno rodzina, jak i szkoła.

Podsumowanie i wnioski

Idea promocji zdrowia istnieje już ponad pół wieku, jednakże z oporami upowszechnia się w życiu. Świadczy to o wielkiej złożoności tego problemu, uwarunkowaniach społecznych, ale także ogromnej roli jednostki w działaniach na rzecz zdrowia.

Promocja zdrowia ma charakter interdyscyplinarny, obejmuje różne dziedziny życia, ale najlepiej upowszechnia się w edukacji, co ma duże znaczenie dla wychowania ku zdrowiu. Odnosi się do całej populacji, a jej oddziaływania zmierzają do rozwoju potencjałów zdrowia oraz sprzyjają samorealizacji. W tym ujęciu człowiek jest kreatorem własnego zdrowia poprzez rozwój własnych zasobów osobowych i wykorzystanie właściwości środowiska, sprzyjających utrzymaniu i zachowaniu zdrowia.

Bardzo różne podejścia do promocji zdrowia wynikają z różnych sposobów definiowania zdrowia. Jeśli zdrowie traktowane było jako pełnia fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, to istotą promocji zdrowia była dbałość o jakość życia i jego potęgowanie, gdyż owa jakość była właśnie osią tak rozumianego zdrowia.

W podejściu do zdrowia jako zasobu istotą promocji zdrowia jest rozwój zasobów. Zatem promocja zdrowia będzie procesem rozwoju i kreowania zasobów sprzyjających zdrowiu, spośród nich najważniejsze to zasoby podmiotowe. Promocja zdrowia to działania nastawione na kreowanie zasobów w taki sposób, aby sprzyjały utrzymaniu i zachowaniu zdrowia poprzez dążenie do zaspokojenia potrzeb i realizację zadań życiowych.

W ujęciu salutogenetycznym zdrowie jest procesem utrzymywania równowagi między wymaganiami otoczenia a możliwościami człowieka. Stąd też promocja zdrowia to proces zmierzający do takiego funkcjonowania, które sprzyja utrzymaniu równowagi wewnętrznej, a także w różnych wymiarach i płaszczyznach działalności człowieka.

W salutogenetycznym i holistycznym podejściu do zdrowia zasoby odgrywają podstawową rolę w budowaniu i umacnianiu zdrowia. Te zgeneralizowane zasoby odpornościowe o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym kształtują się od najwcześniejszych lat życia dziecka, główną rolę odgrywają w tym procesie rodzice oraz nauczyciele i wychowawcy jako pierwsi animatorzy zdrowia dziecka.

Wśród zasobów osobowych bardzo ważną rolę odgrywają zasoby poznawcze i behawioralne, a także społeczne uwarunkowane sytuacyjnie. Kluczowym zasobem prozdrowotnym jest poczucie koherencji. W kształtowaniu tego zasobu bardzo ważną rolę odgrywają doświadczenia z dzieciństwa, dotyczące spójności, równowagi między

przeciążeniem a niedociążeniem oraz udziału dziecka w podejmowaniu decyzji, prowadzące do silnego poczucia koherencji.

Równocześnie rozwijają się inne zasoby, takie jak poczucie kontroli, od behawioralnej do poznawczej, oraz samoocena. Jak wynika z obserwacji życia codziennego i badań, samoocena odgrywa regulacyjną rolę w utrzymaniu i budowaniu zdrowia.

Z psychologicznego punktu widzenia niezwykle ważne w promocji zdrowia jest kształtowanie zasobów podmiotowych poznawczych i behawioralnych, a także środowiskowych – dobrze funkcjonującej rodziny i szkoły. Szczególnie należy dbać i zabiegać o te zasoby środowiskowe, które są pierwotne w stosunku do zasobów osobowych.

Aktualnie dokonujące się przemiany i reforma szkolnictwa prowadzą do poczucia destabilizacji w życiu i mogą prowadzić do deficytów w zasobach społecznych – rodzinnych i edukacyjnych, zawodowych, utrudniających prawidłowe kształtowanie tych środowisk, a w konsekwencji kreowanie zdrowej osobowości, skupiającej te wszystkie zasoby podmiotowe sprzyjające zdrowiu i skutecznemu radzeniu sobie ze stresem życia codziennego.

Powyższe rozważania prowadzą do następujących wniosków poznawczych i aplikacyjnych:

1. Promocja zdrowia ma charakter interdyscyplinarny, a w ujęciu psychologicznym jest procesem kreowania zasobów osobowych od najmłodszych lat życia dziecka.
2. Kluczowym zasobem podmiotowym jest poczucie koherencji, które kształtuje się u dziecka na podstawie doświadczeń spójności, równowagi między przeciążeniem a niedociążeniem oraz udziału w podejmowaniu decyzji i stanowi o sposobie radzenia sobie ze stresem.
3. W promowaniu zdrowia ważną rolę odgrywa kształtowanie kontroli poznawczej wiążącej się z pozytywnym waloryzowaniem zdarzeń i kontrolą wtórną, czyli o typie utrzymywania i doznawania.
4. Bardzo ważnym zasobem pełniącym funkcję regulacyjną w skutecznym radzeniu sobie ze stresem jest pozytywna samoocena.
5. Zasoby behawioralne, czyli nawyki prozdrowotne i zachowania promujące zdrowie odgrywają istotną rolę w procesie budowania zdrowia.
6. W kształtowaniu tych prozdrowotnych zasobów ważną rolę odgrywa rodzina pełna, sprzyjająca zaspokajaniu potrzeb i realizacji celów życiowych oraz szkoła i nauczyciele XXI wieku – o dużych kompetencjach i otwartości na zmiany.
7. Zasoby osobowe trzeba wciąż rozwijać i pomnażać, aby mogły równoważyć ciągle rosnące wymagania społeczne, czyli sprzyjać utrzymaniu zdrowia.
8. Konieczne jest takie oddziaływanie rodziców i wychowawców, aby kształtowali i potęgowali potencjały zdrowia, czyli zasoby u swoich dzieci i wychowanków.
9. Ważne jest rozwijanie indywidualnych sposobów promowania zdrowia.
10. W celu promowania i utrzymania zdrowia konieczna jest profilaktyka i wczesna interwencja w sytuacji występujących zagrożeń.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J., Matuszewski H. (1974), Synteza poglądów na definicję zdrowia w aspekcie rewolucji naukowo-humanistycznej, w: J. Aleksandrowicz (red.), *Rewolucja naukowo-humanistyczna*, 27–35, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Aleksandrowicz J. (1979), *Sumienie ekologiczne*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Anderson D.R. (1993), Toward a health promotion research agenda: Compilation of Data Base reports and introduction to „state of the science” reviews, „Health Promotion”, 8, 134.
- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa: Wydawnictwo IPN.
- Bricklin P.M. (1991), *The concept self learner. Its critical role in the diagnosis and treatment of children reading disabilities*, „Journal of Reading Writing, Learning Disabilities International”, 7, 201–217.
- Bryant F.B. (1989), *A four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining and savoring*, „Journal of Personality”, 57, 4, 773–797.
- Brzezińska A. (1973), *Struktura obrazu własnej osoby i jego wpływ na zachowanie*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, 3, 87–89.
- Czabała J.C. (1994), *Promocja zdrowia psychicznego*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1, 3–4, 46–61.
- Czabała J.C., Sęk H. (2002), *Pomoc psychologiczna*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. III, 605–621, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Davies K. (1990), *Health education: its strengths and limitations*. International Conference on Healthy Lifestyles (referat), Leningrad.
- Gałdowa A. (1990), *Rozwój i kryteria dojrzałości osobowej*, „Przegląd Psychologiczny”, 33, 13–27.
- Heszen-Klemens I. (1979), *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Ossolineum.
- Heszen-Niejodek I. (1995), *Promocja zdrowia – próba systematyzacji z perspektywy psychologa*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 2, 7–21.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll S.E. (1989), *Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress*, „American Psychologist”, 3, 513–524.
- Jarymowicz M. (1979), *Modyfikowanie wyobrażeń dotyczących „ja” dla zwiększenia gotowości do zachowań prospołecznych*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Ossolineum.
- Jarymowicz M. (1983), *Różnicowanie „ja – inni” i funkcjonowanie w świecie społecznym*, w: M. Jarymowicz, Z. Smoleńska (red.), *Poznawcze regulatory funkcjonowania społecznego*, Wrocław–Warszawa: Ossolineum.
- Karta Ottawska (1994) w: J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa: Sanmedia, 423–429.
- Kofta M. (1977), *Kontrola psychologiczna nad otoczeniem: Ramy pojęciowe teorii*, „Psychologia Wychowawcza”, 2, 150–166.
- Kozielecki J. (1986), *Psychologiczna teoria samowiedzy*, Warszawa: PWN.
- Lewicka M. (1977), *Evaluative and descriptive aspects of organization of cognitive structures*, „Polish Psychological Bulletin”, 1, 3–12.
- Logan H., Baron R., Keeley K., Law A., Stein S. (1991), *Desired control and felt control as mediators of stress in a dental setting*, „Health Psychology”, 10(5), 352–359.
- Łukaszewski W. (1974), *Osobowość – struktura i funkcje regulacyjne*, Warszawa: PWN.
- Maruszyński S. (1977), *Samoocena a efektywność funkcjonowania*, „Studia Psychologiczne”, 16, 1, 37–52.
- Maslow A.R. (1964), *Teoria hierarchii potrzeb*, w: J. Reykowski (red.), *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*, 135–164, Warszawa: PWN.
- Mastalski J. (2005), *Szkolne interakcje zaburzające skuteczne wychowanie*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej.

- Mastalski J. (2006), *Chrześcijanin wobec agresji w rodzinie*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej.
- Mastalski J. (2007), *Samotność globalnego nastolatka*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej.
- Matarazzo J.D. (1980), *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*, „American Psychologist”, 35, 807–817.
- Nęcka E. (1994), *TroP... Twórcze rozwiązywanie problemów*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Persaud R. (1998), *Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia?* Warszawa: Jacek Santorski and Co.
- Reykowski J. (1970), *Obraz własnej osoby jak mechanizm regulujący postępowanie*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, 3, 45–58.
- Reykowski J. (1976), *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności*, w: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, 762–825, Warszawa: PWN.
- Rogers C.R. (1959), *Theory of therapy personality and interpersonal relations, as developed in the client centered framework*, w: S. Koch (red.), *Psychology. A study of a Science*, 3, New York: Mc-Graw-Hill.
- Rotter J. (1966), *Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement*, „Psychological Monographs”, 80, 1(609).
- Schwarzer R. (1997), *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, w: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, 175–205, Warszawa: PWN.
- Seligman E.P. (1975), *Helplessness. On depression, development, and death*, San Francisco: Freeman.
- Sęk H., Ściagała I., Pasikowski T., Beisert M., Bleja A. (1992), *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny”, 3, 351–363.
- Sęk H., Ściagała I. (1996), *Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym*, w: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*, 133–150, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sęk H. (1997), *Psychologia wobec promocji zdrowia*, w: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, 40–61, Warszawa: PWN.
- Sęk H., Pasikowski T. (2001), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk H. (2002), *Zdrowie behawioralne*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, 533–553, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Słońska Z. (1994), *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1–2, 37–52.
- Snyder M. (1982), *Self-Monitoring Processes*, w: W.L. Berkowitz (red.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 85–100, New York: Academic Press.
- Taylor S.E. (1984), *Przystosowanie do zagrażających wydarzeń*, „Nowiny Psychologiczne”, 67, 15–38.
- Taylor S.E. (1990), *Health Psychology. The Science and the Field*, „American Psychologist”, 45, 40–50.
- Tomaszewski T. (1976), *Człowiek i otoczenie*, w: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, 13–36, Warszawa: PWN.
- Tyszkowa M. (1972), *Problemy psychologiczne odporności dzieci i młodzieży*, Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Włodarczyk C. (1994), *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, w: J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa: Sanmedia.
- Wojciszke B. (1983), *Mechanizmy wpływu struktury ja na zachowanie*, w: J. Jarymowicz, Z. Smoleńska (red.), *Poznawcze regulatory funkcjonowania społecznego*, 49–85, Wrocław: Ossolineum.

- Wrona-Polańska H. (1983), *Zmiana obrazu samego siebie i adaptacja do choroby u pacjentów z leukemią*. Praca doktorska, Kraków: Biblioteka Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wrona-Polańska H. (1997), *Zaburzenia emocjonalne a obraz samego siebie dzieci i młodzieży*, Rocznik WSP, Kraków, 180, 203–210.
- Wrona-Polańska H. (2003), *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Wrona-Polańska H. (2006a), *Szkoła jako instytucja promująca zdrowie – konteksty psychologiczne i społeczne*, w: B. Muchacka (red.), *Szkoła w nauce i praktyce edukacyjnej*, 87–102, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wrona-Polańska H. (2006b), *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania*, „Sztuka Leczenia”, t. XIII, nr 1–2, 19–31.
- Wrona-Polańska H. (2007a), *Coping Process with Disease and Changes of Self-Concept in Leukemia Patients*, „Polish Journal of Environmental Studies”, Vol. 16, No 5A, 541–545.
- Wrona-Polańska H. (2007b), *Rodzina jako zasób sprzyjający zdrowiu*, w: M. Duda (red.), *Rodzina wobec zagrożeń*, 11–24, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej.
- Wrześniewski K. (2002), *Medycyna psychosomatyczna i behawioralna*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, 450–456, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Naukowe.