

MIROŚLAW KOWALSKI
ANNA GAWEŁ



Zdrowie
Wartość
Edukacja

Zdrowie – wartość – edukacja

Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze

Mirosław Kowalski Anna Gawęł

Zdrowie – wartość – edukacja



Oficyna Wydawnicza „Impuls”
Kraków 2006

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006

Recenzenci:

prof. zw. dr hab. Andrzej Malinowski
dr hab. Franciszek Wojciechowski, prof. UJ

Redakcja wydawnicza:

Magdalena Polek

Korekta:

Beata Bednarz

Projekt okładki:

Ewa Beniak-Haremska

Publikacja została dofinansowana
przez Instytut Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Zielonogórskiego

ISBN 83-7308-799-0
ISBN 978-83-7308-799-6

Oficyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel. (012) 422-41-80, fax (012) 422-59-47
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2006

Spis treści

Wstęp	9
-------------	---

Część I

Zdrowie i kultura zdrowotna
– różne perspektywy poznawcze
(Mirosław Kowalski)

Rozdział I

Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu	15
Tradycyjne i współczesne modele zdrowia	15
Biomedyczny model zdrowia	16
Holistyczny model zdrowia. Systemowy obraz świata	21
Pojęcie zdrowia w medycynie i naukach społecznych	27
Socjologiczne modele zdrowia	30
Model socjomedyczny	30
Model socjoekologiczny	33
Zdrowie – wybrane aspekty perspektywy psychologicznej	38

Rozdział II

Aksjologiczne konteksty zdrowia	45
Znaczenie wartości w problematyce edukacyjnej	46
Zdrowie jako kategoria aksjologiczna	50
Wokół pojęć „wartość zdrowie” i „wartość zdrowia”	51
Płaszczyzny zdrowia w ujęciu aksjologicznym	55

Zdrowie jako wartość socjalizowana	63
Wartość zdrowia – przedmiot pragnień i cel dążeń człowieka?	68
Zdrowie jako wartość – perspektywa medialno-edukacyjna (opis medialny)	71

Rozdział III

Kultura zdrowotna jako obszar refleksji pedagogicznej	89
Od kultury ogólnej do ujęcia wartości w kulturze	89
Kulturowe ujęcie wartości	91
Miejsce i funkcjonowanie wartości zdrowie i wartości zdrowia w kulturze	92
Kształtowanie kultury zdrowotnej – zadanie i wyzwanie współczesnej edukacji. Kultura dla zdrowia – zdrowie dla kultury	98

Część II

Zdrowie w perspektywie pedagogicznej.

Indywidualne wybory

i społeczne interesy

(Anna Gawęł)

Rozdział I

Zdrowie jako przedmiot edukacji	109
Pedagogiczne implikacje holistycznego modelu zdrowia	110
Styl życia – współczesną kategorią wychowawczą	116
Podmiotowe uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka	125
Wiedza na temat zdrowia	125
Przekonania zdrowotne i ich korelaty osobowościowe	128
Umiejętności życiowe	141
Zachowania problemowe dzieci i młodzieży jako wyzwanie dla edukacji	150

Rozdział II

Edukacja zdrowotna w perspektywie nauk pedagogicznych

i promocji zdrowia	157
Wokół pojęcia „edukacja zdrowotna”	157
Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia	161
Pojęcie i zakres promocji zdrowia	163
Modele edukacji zdrowotnej.	
Wnioski dla praktyki pedagogicznej	168
Teleologiczne aspekty edukacji zdrowotnej	176

Rozdział III

Zdrowie i jego promocja w edukacji dzieci i młodzieży.

Zdrowotny wymiar edukacji wyzwaniem XXI wieku	183
Szkoła jako środowisko edukacji zdrowotnej	183
Założenia i strategia szkolnej edukacji zdrowotnej	183
Środowisko psychospołeczne szkoły a zdrowie uczniów	192
Rodzina wobec wyzwań współczesnej edukacji zdrowotnej	201
Rodzinne konteksty zdrowia	201
Udział rodziny w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży	206

Zakończenie	215
-------------------	-----

Bibliografia	219
--------------------	-----

Wstęp

Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szanse na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w których żyją.

Hiroshi Nakajima, Dyrektor Generalny Światowej Organizacji Zdrowia¹

Inspiracją do napisania tej książki było przeświadczenie autorów, że kwestie dotyczące edukacyjnych aspektów zdrowia stanowią nazbyt mało, jak dotąd, dostrzegany obszar refleksji pedagogicznej.

Podjęcie działań ukierunkowanych na kształtowanie u współczesnego człowieka kompetencji do promowania własnego zdrowia wydaje się zadaniem niezwykle ważnym. Okazuje się bowiem, że z jednej strony staje on w obliczu konieczności przystosowywania się do zmian społecznych generowanych postępowaniem cywilizacyjnym, z drugiej zaś pragnie doświadczać wysokiej jakości życia, a fundamentem umożliwiającym sprostanie obu tym zadaniom jest jego fizyczny i psychospołeczny dobrostan. Jeżeli przy tym dodać, że zdrowie jest płaszczyzną prawidłowego rozwoju i podmiotowego bycia człowieka, to wychowanie do zdrowia należy uznać za pilne wyzwanie dla współczesnej edukacji.

Istotnym argumentem za ukierunkowaniem dyskursu pedagogicznego na problematykę zdrowia jest usytuowanie tego ostatniego w przestrzeni aksjologicznej człowieka i uznanie go za przedmiot odkrywania, poznawania i realizowania. W dyskusji na ten temat należy postawić pytanie o to, co

¹ Za: B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*, PZWL, Warszawa 2000, s. 15.

stanowi o wartości zdrowia dla człowieka i czy rzeczywiście jest ono wartością dla współczesnego człowieka (a jeżeli tak, to dlaczego niejednokrotnie przegrywa z innymi, konkurencyjnymi dla niego wartościami?). Wydaje się, że namysł nad tak stawianymi pytaniami powinien być podstawą formułowania celów edukacji.

Zdrowie człowieka traktowane w sposób całościowy, wielowymiarowy, jest warunkowane przez szereg czynników, spośród których największe znaczenie przypisuje się stylowi życia rozumianego jako aktywność behawioralna związana ze zdrowiem. Fundamentem jego kształtowania są czynniki podmiotowe człowieka – wiedza, przekonania, system wartości – oraz charakterystyki kontekstu społeczno-kulturowego towarzyszącego jednostce w jej egzystencji.

Niewątpliwy udział w formowaniu stylu życia dzieci i młodzieży mają oddziaływania wychowawcze oraz cechy środowiska psychospołecznego rodziny i instytucji wychowawczych. Szczególną rolę w jego kształtowaniu odgrywają grupy rówieśnicze generujące określone przekonania normatywne i wzory zachowań związanych ze zdrowiem, niejednokrotnie dla niego ryzykowne. Znaczący wpływ na to mają także media, propagujące wzory zachowań zdrowotnych swoistych dla kreowanej przez nie kultury konsumpcji, a pozostających często w opozycji do powszechnie uznanych zasad pielęgnowania i pomnażania zdrowia.

Systemowe ujmowanie zdrowia oznacza traktowanie go jako dynamicznego procesu równoważenia potrzeb człowieka z wymaganiami otoczenia. Proces ten jest determinowany poziomem dostępnych zasobów – tkwiących w jednostce oraz w systemowo z nią powiązanim środowisku – składających się na potencjał zdrowotny człowieka, a jego przebieg decyduje o doświadczeniu przez niego fizycznego, psychospołecznego i duchowego dobrostanu. Należy zatem poddać wychowawczemu kształtowaniu te sfery ludzkiej psychiki, które uczestniczą w kreowaniu indywidualnego potencjału zdrowotnego człowieka oraz mają swój udział w tworzeniu i przekształcaniu środowiska, w którym żyje.

Niniejsza książka składa się z dwóch części, których kolejność jest podyktowana dążeniem do możliwie pełnego, a zarazem merytorycznie uza-

sadnionego przedstawienia problematyki zdrowia w kontekście wartości i oddziaływań edukacyjnych.

Część I, zatytułowana „Zdrowie i kultura zdrowotna – różne perspektywy poznawcze”, wprowadza czytelnika w problematykę koncentrującą się wokół diady: zdrowie – wartość. Podjęto tu rozważania na temat historycznie, cywilizacyjnie i dyscyplinarnie uwarunkowanych sposobów konceptualizacji zdrowia. Poruszono także problematykę kultury zdrowotnej, która przenika wszystkie obszary funkcjonowania człowieka. Niezmiernie ważny wydaje się przy tym fakt, że pozycja edukacji zdrowotnej w społecznym systemie kultury jest pochodną sposobu rozumienia kultury zdrowotnej. Ponieważ rozumienie kultury zdrowotnej zależy od poznania wartości zdrowie i wartości zdrowia, sposobów ich odkrywania, poznawania, realizowania i propagowania, dlatego drugim, szeroko i wieloaspektowo analizowanym wątkiem w problematyce zdrowia jest jego aksjologiczny wymiar.

Część II, pt. „Zdrowie w perspektywie pedagogicznej. Indywidualne wybory i społeczne interesy”², została pomyślana jako uzupełnienie wcześniejszych rozważań o kontekst edukacyjny. Zawarto w niej uzasadnienia dla uznania zdrowia za niezbywalny przedmiot współczesnej edukacji w rodzinie i szkole oraz nakreślono kierunki i metody edukacji w tym zakresie. Podjęto tu także analizę wybranych teoretycznych kontekstów edukacji zdrowotnej – jej aparatury pojęciowej i odniesień teleologicznych – oraz wykazano, że stanowi ona komplementarny element promocji zdrowia.

Działania edukacyjne wokół ludzkiego zdrowia powinny zmierzać do pomnażania potencjału zdrowotnego człowieka oraz sprzyjać temu, by człowiek stawał się świadomym kreatorem własnego zdrowia, czuł się za nie odpowiedzialny i był przygotowany do podejmowania działań na rzecz zdrowia innych ludzi. Powodzenie podejmowanych w tym zakresie praktycznych przedsięwzięć wymaga tworzenia ich teoretycznej podbudowy w obrębie pedagogiki zdrowia. Jej konstruowanie wymaga teoretycznie

² Druga część tytułu *Indywidualne wybory i społeczne interesy* pochodzi z książki K. Ferenc *Konteksty edukacji kulturalnej. Społeczne interesy i indywidualne wybory* (Wyd. UZ, Zielona Góra 2003). Powyższy tytuł został wykorzystany za zgodą prof. zw. dr hab. K. Ferenc.

uprawnionego i zarazem metodologicznie poprawnego formułowania problemów badawczych oraz poszukiwania ich możliwych rozwiązań. Mamy nadzieję, że odpowiednie inspiracje będzie można odnaleźć w tej książce.

Jednocześnie wyrażamy przekonanie, że niniejsze opracowanie zainteresuje nie tylko specjalistów zajmujących się problematyką zdrowia, wartości i edukacji, ale także trafi do szerszego grona odbiorców, w tym do obecnych i przyszłych pedagogów. Zainteresowanych bardziej szczegółowymi informacjami na temat zdrowia odsyłamy do materiałów źródłowych, do których sami wielokrotnie się odwołujemy.

Mamy nadzieję, że książka *Zdrowie – wartość – edukacja* może stanowić punkt wyjścia do dalszego analizowania problemu, jak również do własnych refleksji na temat triady zawartej w powyższym tytule.

To, że książka mogła zaistnieć w obecnej postaci, zawdzięczamy wielu osobom. Za wsparcie intelektualne, uwagi recenzenckie i życzliwe propozycje, co znalazło wyraz w ostatecznym kształcie pracy, szczególną wdzięczność pragniemy wyrazić prof. zw. dr. hab. Andrzejowi Malinowskiemu oraz prof. dr. hab. Franciszkowi Wojciechowskiemu. Wdzięczność za to wszystko ledwie daje się wyrazić w słowach. Wyrazy podziękowania składamy również prof. dr. hab. Krystynie Ferenz, która nie tylko wsparła nasze zamierzenia wydawnicze, ale również bezinteresownie pomagała nam w chwilach słabości i zwątpienia.

Chcielibyśmy – wskazując na wieloaspektowość problematyki zdrowia – zaprosić Czytelnika do wspólnych rozważań na temat zarówno edukacyjnych aspektów zdrowia, jak i roli zdrowia jako wartości we współczesnej edukacji.

Autorzy

Zielona Góra – Kraków, grudzień 2005 – czerwiec 2006

Część I

Zdrowie i kultura zdrowotna
– różne perspektywy poznawcze

(Miroslaw Kowalski)

Rozdział I

Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu

Tradycyjne i współczesne modele zdrowia

Tytuł wskazuje na triadę: zdrowie – wartość – edukacja, w związku z czym termin „zdrowie” staje się jednym z elementów całościowego ujęcia powyższej problematyki.

W języku staroangielskim wyraz zdrowie (dzisiejsze *health*) miał inną niż współcześnie pisownię – *haelth* – i objaśniano go jako: ‘bezpieczny’, ‘krzepki’ lub ‘zdrowy’. W wiekach średnich *haelthing* rozumiano jako ‘wspólne biesiadowanie’¹. Natomiast *Słownik etymologiczny języka polskiego* informuje, że wyraz zdrowie wywodzi się od drzewa, dębu i znaczy tyle co siła².

Pojęcie zdrowia, podobnie jak dobra czy piękna, jest niezwykle trudne do zdefiniowania. Z jednej strony jest ono bowiem w powszechnym użyciu i w świadomości potocznej bywa różnorodnie konceptualizowane, z drugiej zaś ma zabarwienie kulturowe i względnie sprecyzowany przez naukę zakres treściowy.

Zdrowie człowieka i jego choroba były rozważane na przestrzeni wieków w rozmaity sposób. Tworzone i uzupełniane przez wiele lat koncepcje zdrowia są wynikiem obowiązującej w danym okresie myśli filozoficznej, wiedzy o celu i sensie życia, istocie człowieczeństwa, a także o jego związkach z otaczającą rzeczywistością. W XVII wieku przedstawiciele nauki, chcąc poznać

¹ A. Pederson, M. O'Neill, I. Rootman, *Health Promotion in Canada: Provincial, National International Perspectives*, W. B. Saunders, Toronto 1994, s. 56, za: J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, „Branta”, Bydgoszcz – Kraków 2004, s. 13.

² A. Brückner, *Słownik etymologiczny języka polskiego*, „Wiedza Powszechna”, Warszawa 2000, s. 650.

i opisać metodami naukowymi właściwości ludzkiego organizmu, przyjęli podejście redukcjonistyczne. Uważano, że aby zrozumieć zachowania człowieka, wystarczy badać zjawiska biochemiczne czy też neurologiczne. Funkcjonująca wówczas dualistyczna koncepcja Kartezjusza zakładała odzielenie dwóch funkcji człowieka: mechanistycznego ciała i spirytualistycznej duszy. Jak wiadomo, współcześnie niemal nikt już nie ma wątpliwości, że człowiek stanowi jedność psychofizyczną.

Obowiązujące w danym okresie definicje zdrowia to efekt dociekań teoretycznych i badawczych prowadzonych przez filozofów, lekarzy, reformatorów, przedstawicieli nauk humanistycznych i przyrodniczych. W związku z powyższym można zauważyć znaczne zróżnicowanie poglądów na temat zdrowia i choroby.

Ze względu na duży obszar rozważań przedstawionych w niniejszej pracy pojęcie „zdrowia” będzie omawiane szeroko, ale zapewne w sposób niewystarczający dla czytelników, którzy swoją uwagę pragną tylko temu zagadnieniu poświęcić.

Biomedyczny model zdrowia

Rozważania nad modelami zdrowia należałoby rozpocząć od wyjaśnienia terminu „model”. Pochodzi on z języka łacińskiego i oznacza wzór, według którego coś jest lub ma być wykonane (*modulus* – ‘miara, wzór’)³. W. Szewczuk pisze, że pojęcie „model” jest wieloznaczne i może oznaczać konstrukcję o charakterze hipotetycznym, przedstawiającym w sposób schematyczny i uproszczony jakiś przedmiot, stan rzeczy lub proces⁴. Model może być również pojmowany jako struktura teoretyczna opracowana w jednej dziedzinie wiedzy, lecz zastosowana w innej w celu przedstawienia danego zjawiska czy procesu w sposób jaśniejszy i bardziej zrozumiały. Z powyższego wynika, że model to uproszczony sposób myślenia o podstawowych cechach zjawiska (oraz związkach pomiędzy cechami) w danej dziedzinie

³ J. Tokarski (red.), *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1980, s. 484.

⁴ W. Szewczuk (red.), *Słownik psychologiczny*, „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1985, s. 158.

wiedzy⁵. Model może zatem ułatwić zrozumienie rzeczywistości, ale nie jest sam w sobie wyjaśnieniem.

Model biomedyczny, stanowiący jedno z podstawowych pojęć współczesnej medycyny naukowej, zrodził się pod wpływem filozofii kartezjańskiej. Kartezjusz utrzymywał, że rzeczywistość najlepiej będzie rozumiana przez rozbicie jej na jak najmniejsze części:

Należy podzielić każde z rozpatrywanych zagadnień na tyle części, na ile się da i na ile będzie tego wymagać lepsze rozwiązanie⁶.

Podkreślając dualizm ciała i umysłu, Kartezjusz stwierdzał, że ciało jest maszyną,

którą można całkowicie zrozumieć w kategoriach układu i działania jego części. Człowieka zdrowego przyrównał on do dobrego zegara w doskonałym – pod względem mechanicznym – stanie; chorego natomiast – do zegara, którego części pracują nieprawidłowo⁷.

Wyobrażenie to jest podstawą modelu biomedycznego. Należy jednak podkreślić, że sam Kartezjusz – co może się wydać zaskakujące – uznawał wzajemne oddziaływanie ciała i umysłu za bardzo istotny aspekt natury ludzkiej. Taki właśnie pogląd wspomniany uczony wyrażał w listach do księżniczki czeskiej Elżbiety. Przyczyn opisywanych przez nią dolegliwości poszukiwał głównie wśród niedomagań w sferze emocjonalnej. Zalecał odpoczynek i medytację⁸.

W biomedycznym modelu zdrowia podstawowym sposobem interpretacji zdrowia jest orientacja patogenetyczna, która zakłada, że należy je rozumieć jako brak choroby. Z powyższego wynika, że zdefiniowanie jednego z nich (zdrowia albo choroby) w zupełności wystarczy do określenia drugiego (pod warunkiem że pojęć tych nie stosuje się do opisu różnych sfer

⁵ P. G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, tłum. E. Czerniawska i in., PWN, Warszawa 1999, s. 24.

⁶ A. Toffler, *Trzecia fala*, tłum. E. Woydyłło, PIW, Warszawa 1986, s. 132–133.

⁷ F. Capra, *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*, tłum. E. Woydyłło, PIW, Warszawa 1987, s. 192.

⁸ Tamże, s. 175.

rzeczywistości). Tak to ujmuje J. Aleksandrowicz⁹, wskazując, że choroba grupuje obiektywne stany organizmu, a zdrowie subiektywne.

Zdrowie jest zatem:

- po pierwsze kategorią zobiektywowaną, opisaną za pomocą kryteriów medycznych i bardzo często rozumianą jako stan braku zakłóceń w funkcjach biologicznych organizmu;
- po drugie jest zdeterminowane wyposażeniem genetycznym i wrodzoną strukturą organizmu (a organizm cechuje się normalnością podstawowych funkcji) oraz skutecznością zabiegów leczniczych podejmowanych przez służbę zdrowia.

Dla zwolenników modelu biomedycznego bardzo trudne do zaakceptowania jest to, że zdrowie i chorobę można analizować jako stany (występujące na wielu płaszczyznach), które są wynikiem złożonych zależności między fizycznymi, psychicznymi oraz społecznymi cechami ludzkiej natury i otoczeniem zewnętrznym. Mimo że dopuszczają oni istnienie czynników będących przyczynami chorób, to jednak najczęściej obstają przy teorii ściśle określonej przyczynowości. Zakładają, że choroba ma jedną przyczynę, związaną z przebiegiem procesów biologicznych w organizmie człowieka. Jednocześnie wskaźnikiem zdrowia nie jest nawet najlepsze samopoczucie, jeżeli stwierdzono zmiany biochemiczne czy też strukturalne w organizmie, tzn. wtedy, kiedy

wartość liczbowa któregoś z parametrów nie spełnia warunków przyjętych w normie zdrowotnej¹⁰.

Następstwem myślenia o zdrowiu przez pryzmat założeń modelu biomedycznego jest przede wszystkim choroba, a nie zdrowie (uwaga skupia się na leczeniu chorób, a nie na zapobieganiu im). Choroba

jest zjawiskiem obiektywnym, charakteryzującym się zmienionym funkcjonowaniem ciała jako organizmu biologicznego. Bez względu na dolegliwość objawów, choroby są procesami ukrytymi, które można zrozumieć tylko wtedy, kiedy ich

⁹ J. Aleksandrowicz, *W poszukiwaniu definicji zdrowia*, „Studia Filozoficzne” 1972, nr 9.

¹⁰ C. Włodarczyk, *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna. Perspektywa uniwersalna i perspektywa lokalna* [w:] J. B. Karski i in. (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, „Sanmedia”, Warszawa 1994, s. 27.

widzialne odznaki odnoszą się do wiedzy na temat funkcjonowania organizmu ludzkiego¹¹.

Główną tezę powyższego wywodu jest przekonanie, że każda choroba charakteryzuje się ściśle określoną przyczyną i że najlepiej można ją zwalczyć, atakując czynnik przyczynowy¹².

Przestrzeganie założeń redukcjonistycznych przyczyniło się do tego, że specjaliści interesowali się głównie objawami (symptomami) funkcji biologicznych organizmu, a nie samym człowiekiem.

Ludzie są zdrowi, dopóki nie poczują się źle. Złe samopoczucie jest spowodowane przez chorobę, która powstaje w rezultacie zatrucia, infekcji lub wypadku. Chorzy ludzie idą do lekarzy, którzy badają objawy choroby i stawiają diagnozę. Następnie podejmują leczenie w postaci leków, zabiegów chirurgicznych lub swoistych zaleceń, które likwidują chorobę. [...] Jednym z fundamentalnych błędów modelu medycznego jest nieuwzględnienie ludzkich uczuć¹³.

Podsumowując rozważania na temat modelu biomedycznego, należy stwierdzić że:

- subiektywne odczucie choroby nie musi stanowić podstawy do interwencji medycznej, gdy nie potwierdzają jej obiektywne wskaźniki;
- indywidualne, subiektywne kryteria zdrowia nie mają większego znaczenia w ocenie jego stanu;
- błędne – odbiegające od normy – wyniki analiz laboratoryjnych czy też pomiarów parametrów zdrowotnych są na ogół ważniejsze dla diagnozy niż na przykład próba oceny stanu emocjonalnego pacjenta, jego sytuacji społecznej itd.;
- tylko lekarz wie, co jest ważne dla zdrowia człowieka, i tylko on może udzielać wskazówek w tej sprawie, ponieważ wiedza o zdrowiu i chorobie jest racjonalna i naukowa, wynika z obiektywnej obserwacji danych klinicznych oraz odkryć nauk przyrodniczych;

¹¹ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa 1986, s. 15.

¹² R. Dubos, *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*, tłum. T. Kielanowski, PZWL, Warszawa 1962, s. 136.

¹³ D. H. Clark, *Terapia społeczna w psychiatrii*, tłum. A. Jakubik, PZWL, Warszawa 1978, s. 33, 35.

- udział pacjenta w leczeniu polega przede wszystkim na przestrzeganiu zaleceń lekarza;
- wiedza o człowieku (i jego zdrowiu) ulega fragmentaryzacji (na co wpłynął analityczny, racjonalny sposób badania rzeczywistości);
- obowiązująca wiedza medyczna traktowana jest zasadniczo jako nieomylna, uniwersalna i niepodlegająca innym niż w obrębie jej samej analizom;
- zdrowie pozostaje poza kontrolą człowieka-podmiotu, a wszelki wpływ okoliczności niebiologicznych na procesy biologiczne (np. patologicznych zachowań społecznych czy też czynników środowiskowych) jest często pomijany.

Przyjmuje się, że biomedyczny model zdrowia dominował przede wszystkim w XIX wieku i przez znaczną część następnego stulecia, a więc wtedy, kiedy wielkie osiągnięcia w obszarze zdrowia uzyskiwano przy wydatnym udziale metod „inżynierskich”¹⁴.

Mimo niewątpliwej przydatności biomedyczne rozumienie zdrowia i choroby, związane z systemem przekonań kulturowych i współczesną medycyną naukową, jest obecnie przez wielu przedstawicieli nauki krytykowane. Wskazują oni, że rozpatrywanie ciała jako maszyny ogranicza podstawy pojęciowe pełnego zrozumienia ludzkich problemów, blokuje analizowanie zagadnień zdrowia i choroby w szerszej niż biologiczna perspektywie¹⁵. W związku z powyższym w drugiej połowie XX wieku upowszechnia się inne spojrzenie na prawidłowości rządzące światem przyrody, życiem społeczno-kulturowym, a co z tego wynika – i na człowieka. Cechą nowego modelu jest spojrzenie na zdrowie w sposób holistyczny, tj. uzupełnienie dotychczasowego, racjonalnego myślenia o myślenie syntetyzujące, całościowe.

¹⁴ A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne – strategiczny problem ochrony zdrowia* [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera, Łódź 1990, s. 15. Orientację inżynierską szeroko opisuje M. Sokołowska w: *Granice medycyny*, „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1980, s. 147–160.

¹⁵ F. Capra, *Punkt zwrotny. Nauka...*, dz. cyt., s. 170–223.