

# Alicja Kaiser

---

## Rodzinna socjalizacja w zakresie zdrowia : poglądy, perspektywy

---

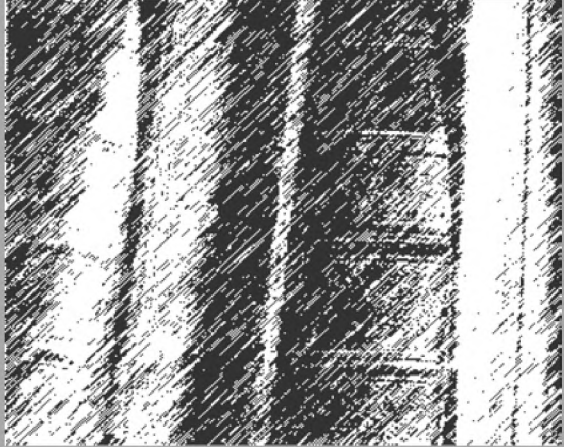
Chowanna 2, 33-48

---

2008

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



ALICJA KAISER

## Rodzinna socjalizacja w zakresie zdrowia – poglądy, perspektywy

### **A family socialization within the scope of health – opinions, perspectives**

**Abstract:** A family constitutes the basic educational environment in which the basic cultural values are transmitted. The author presents the conception of the family health, analyses the family as a settlement, discusses the analyses of family as a place of an intergeneration transmission within the scope of health.

**Key words:** health, family health, determinants of family health, family, social settlement, intergeneration transmission, healthy home.

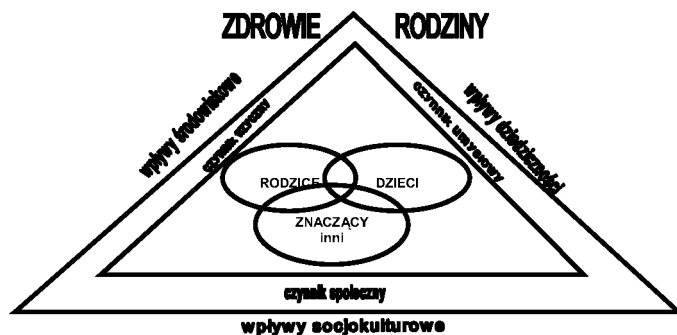
W artykule podjęto próbę wykorzystania wiedzy z zakresu socjalizacji rodzinnej w odniesieniu do procesu kształtowania się stosunku człowieka do zdrowia. W związku z tym poglądy różnych autorów na temat zdrowia rodziny przedstawiono w kontekście podstawowych aspektów procesu socjalizacji. W podjętych rozważaniach uwzględniono kwestie: koncepcji „zdrowie rodziny”, rodziny jako podstawowego siedliska prozdrowotnego, procesu przekazu i kształtowania wzorów zachowań zdrowotnych poprzez transmisję międzypokoleniową. Koncepcje teoretyczne zilustrowano wynikami badań własnych oraz innych autorów. Pod uwagę wzięto także zmieniające się warunki społeczno-ekonomiczne, w których funkcjonuje współczesna rodzina. Podkreśla się bowiem konieczność dostrzegania związków pomiędzy socjalizacją a zmianą społeczną, która modyfikuje przebieg procesu uspołecznienia.

## Koncepcja „Zdrowie rodziny”

„Zdrowie rodziny” jest pojęciem stosunkowo nowym (S i t o, B o ż k o w a, G ó r n i c k i, 1983; W o ź n i a k, 2001), choć relacje zachodzące między rodziną a zdrowiem jednostki były przedmiotem wielu badań naukowych (S o k o ł o w s k a, 1970; K o s i ń s k i, 1976; K a w c z y ń s k a - B u t r y m, 1981; R a d o c h o ń s k i, 1996). Dotąd w tradycyjnej opiece zdrowotnej, poradnictwie i leczeniu koncentrowano się przede wszystkim na indywidualnych potrzebach zdrowotnych członków rodziny, jak np. rozbudowywanie opieki medycznej nad dzieckiem, kobietą ciężarną, ludźmi starymi. Niemniej jednak w badaniach naukowych z czasem zmieniał się zakres uwzględnianych czynników i kierunek dostrzeganych uzależnień. Początkowo ograniczano się wyłącznie do analizy związków genetycznych, następnie zaczęto zwracać uwagę na znaczenie szeroko pojętego środowiska (warunki socjalno-bytowe i higieniczne rodziny, parametry społeczne: wykształcenie, zawód, charakter pracy, charakter środowiska terytorialnego). Bez względu na różnice teoretyczne i metodologiczne występujące pomiędzy badaczami zajmującymi się tą problematyką wszyscy autorzy przyjmują jako fakt oczywisty, że rodzina w określony sposób wyznacza stan zdrowia swoich członków.

Obecnie zainteresowanie związkami między rodziną a zdrowiem sprawdza się także do analizy mikrospołecznej, nie pomijając oczywiście genetycznych i makrospołecznych uwarunkowań zdrowia jednostki (K a w c z y ń s k a - B u t r y m, 1981, s. 160). W analizie mikrospołecznej

dotyczącej zdrowia rodziny zwraca się uwagę na podstawowe, wewnętrzne strukturalne elementy małych grup społecznych, takie jak: wewnątrzrodzinną strukturę ról, pozycji, więzi społecznych, interakcje wewnątrzrodzinnych ról, pełnienie funkcji rodzinnych, obowiązujące w rodzinie normy, wzory i wartości, wzajemne wpływy członków rodziny na strukturę preferowanych zachowań. Rola tych wewnątrz- i zewnątrzrodzinnych czynników zostaje szczególnie podkreślona w koncepcji określanej jako „zdrowie rodziny”, obrazowo przedstawionej na rys. 1.



Rys. 1. Uwarunkowania zdrowia rodziny

Źródło: Woźniak, 2001, s. 406.

Zdaniem Z. Woźniaka, zdrowie rodziny nie jest prostą sumą zdrowia osobniczego jej członków, lecz stanem osiąganym w wyniku procesu, w ramach którego zachowania i stan zdrowotny któregoś z członków rodziny nie pozostają bez wpływu na zdrowie i działania pozostałych oraz funkcjonowanie systemu rodziny jako całości (2001, s. 391–392). Zdrowa rodzina to zatem taka grupa, która zachowuje zdolność do trwania i funkcjonowania mimo zmian zachodzących w jej obrębie i poza nią – to jednakże nie tylko możliwość wypełniania funkcji terażniejszych, lecz także przygotowania do przyszłości (zasoby, kultura zdrowotna, relacje wzajemne między członkami, zdolność i możliwość prokreacji, pielęgnacji i opieki oraz wychowania nowych pokoleń) (Woźniak, 2001, s. 392). Także A. Sito, K. Bożkowska i B. Górnicki, mówiąc o zdrowiu rodziny, podkreślają szczególne znaczenie wewnątrzrodzinnych, wzajemnych powiązań między członkami tzw. rodziny nuklearnej (1983, s. 39–40).

Dostrzeganie tego typu dynamicznych połączeń wewnątrz rodziny jest szczególnie ważne z punktu widzenia zarówno pierwotnej, jak i wtórnej socjalizacji w zakresie zdrowia. Podkreśla się, że interakcje w grupach pierwotnych, opartych na więziach osobowych, są znacznie ważniejsze w procesie socjalizacji niż kontakty w grupach wtórnych (Turner, 1994, s. 81). Podstawowe treści i wartości prozdrowotne wpajane są zatem przede wszystkim w środowisku rodzinnym. Rodzina jako pierwotna

grupa społeczna, czyli środowisko o bardzo dużej sile oddziaływania, w istotny sposób wpływa na osobowość człowieka i wyznacza jego zachowania, również zachowania zdrowotne. Badania porównawcze wykazały, że adresowane do młodzieży programy promocji zdrowia prowadzone w rodzinie są bardziej skuteczne niż działania o podobnych celach realizowane w szkołach (patrz: Anderson, 1993). W inicjatywach edukacyjnych należy jednak uwzględnić to, że oddziaływania rodziców na dzieci mogą być zakłócone lub wzmacniane przez wzajemne relacje między małżonkami czy rodzeństwem, a także przez czynniki zewnętrzne wobec rodziny. Każdy członek rodziny „wnosi” do środowiska rodzinnego różne, współcześnie szybko zmieniające się zwyczaje, mody, które w wyniku interakcji rodzinnych w istotny sposób wpływają na kształtowany przez rodzinę stosunek do zdrowia.

Omawiając wewnętrzne i zewnętrzne uwarunkowania zdrowia rodziny, warto odwołać się do oczekiwań formułowanych pod adresem rodziny w kontekście założeń promocji zdrowia, skoro promocję zdrowia określa się jako społeczne i polityczne przedsięwzięcie, a nie tylko zadanie służb medycznych (Słóńska, Misina, 1993, s. 35). Oznacza to, że interakcje zachodzące pomiędzy czynnikami zewnątrz- i wewnątrzrodzinnymi muszą być stymulowane polityką legislacyjną, podatkową itd. A Kra-wańsk i (2003, s. 126), wykorzystując monografię R. Grossmanna i K. Scali (1997), ujmuje ten problem w następującej postaci:

### **Zdrowie a system społeczny**

SYSTEM SPOŁECZNY  
poprzez  
WARUNKI PRACY, WYTWARZANE PRODUKTY  
dostarcza wzorów myślenia  
tworzy: wartości → postawy i zachowania  
staje się  
**„edukatorem zdrowia”**

Umiejętnie wykorzystywany system społeczny powinien stać się silnym „edukatorem” zdrowia rodziny. Dopiero wtedy odniesienia formułowane przez pedagogów, psychologów i socjologów nabiorą realnego kształtu. W takim też znaczeniu należy rozumieć określone przez K. Komosińską (1995, s. 47) zadania rodziny wobec zdrowia: stwarzanie optymalnych warunków bytowo-materiałnych zapewniających zaspokojenie zdrowotnych potrzeb wszystkich członków rodziny, wytworzenie właściwej atmosfery sprzyjającej zdrowiu psychicznemu i fizycznemu, zapewnienie właściwej organizacji życia, zapewnienie współpracy ze szkołą, placówkami służby zdrowia.

Wewnątrzrodzinne determinanty zdrowia rodziny dobrze charakteryzuje Z. Kawczyńska-Butrym (1995b, s. 105), przyjmując, że rodzina:

- przekazuje, kształtuje wzory, motywuje do przestrzegania właściwych zachowań zdrowotnych;
- stwarza warunki realizacji zadań;
- zabezpiecza w trudnych sytuacjach życiowych;
- wspomaga emocjonalnie i opiekuńczo w sytuacji choroby;
- pozwala na odreagowanie silnych napięć emocjonalnych niekorzystnych dla zdrowia;
- realizuje opiekę i pomoc w samoobsłudze i innych czynnościach dnia codziennego w stosunku do osób wymagających takich działań (małe dzieci, osoby starsze).

Uzupełniając tę listę, K. Gutkowska (1995, s. 254) pisze, że rodzina ma za zadanie także dać człowiekowi poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji oraz stanowić grupę odniesienia, będąc tym samym probierzem wskazań normatywnych kreujących nasze codzienne zachowania. Z. Kawczyńska-Butrym (1995a, s. 36) wyróżnia sytuacje, które ze względu na warunki panujące w Polsce w pierwszych latach transformacji systemowej są szczególnie korzystne dla wzmacniania i potęgowania zdrowia członków rodziny: wyższy niż podstawowy poziom wykształcenia rodziców, zatrudnienie wszystkich osób dorosłych, prawidłowa struktura rodziny, wysoki poziom higieny i właściwe nawyki higieniczne, znaczący udział zdrowia w systemie zdrowia rodziny, silne więzi emocjonalne i silne motywacje do odpowiedzialnego kształtowania warunków i stylu życia sprzyjających zdrowiu, oparcie w środowisku.

W świetle badań własnych (Kaiser, 2003a,b, 2004a) przeprowadzonych w latach 2000–2002 wśród rodzin z różnych środowisk społecznych (rodziny inteligentne, rodziny robotnicze i rodziny prywatnych przedsiębiorców) stwierdzono, że rodziny o lepszej sytuacji ekonomicznej wyróżniają się w zakresie poglądów i zachowań zdrowotnych od osób mających gorsze warunki ekonomiczne. Respondenci bardziej zamożni zdecydowanie częściej zwracają uwagę na subiektywne kryteria zdrowia, wykazują więcej umiejętności sportowych, szczególnie tych, które wymagają wyższych nakładów finansowych, rzadziej palą papierosy, częściej przeprowadzają kontrolę stomatologiczną. Wyższy poziom wykształcenia rodziców sprzyja realizacji przez rodzinę prozdrowotnego stylu życia, głównie w sposobie żywienia. Dostrzega się jednak, że socjalizacyjna funkcja rodziny w zakresie kształtowania stosunku do zdrowia często nie jest wykonywana na dostatecznym poziomie. Dotyczy to szczególnie rodzin robotniczych, w których dzieci informacje o zachowaniach sprzyjających zdrowiu uzyskują najczęściej spoza środowiska rodzinnego. Ze zbioru

potencjalnych źródeł wiedzy o zdrowiu respondenci wymieniają głównie: czasopisma, książki, radio i telewizję oraz szkołę.

W obecnych realiach społeczno-gospodarczych powstały specyficzne warunki do realizacji przez rodzinę zadań w ramach promowania zdrowia. Pojawiło się bowiem wiele nowych zjawisk zarówno sprzyjających, jak i utrudniających budowanie zdrowia w środowisku rodzinnym. Z jednej strony coraz bogatsza oferta rynku, np. w zakresie żywności, sprzętu sportowego, dostępu do obiektów sportowych, czy pojawiające się inicjatywy rodzinnej rekreacji mogą ułatwiać współczesnej rodzinie wypełnianie funkcji socjalizacyjnej w zakresie zdrowia. Z drugiej jednak strony dostrzega się wiele nowych czynników, które dezorganizują lub utrudniają funkcjonowanie rodziny i przez to także proces kontrolowania zdrowia przez rodzinę i jej członków. Do czynników tych należą: bezrobocie, trudne warunki materialne wielu rodzin, niepełność rodziny, słabe więzi emocjonalne, zmiany w realizacji funkcji przypisywanych dotąd rodzinie (np. funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca, funkcja socjalizacyjna czy funkcja rekreacyjno-towarzyska w coraz większym stopniu wypełniane są przez sformalizowane instytucje publiczne, oświatowe).

Wydaje się zatem, że obecnie w sposób szczególny należy uwzględnić mikro- i makrospołeczne uwarunkowania zdrowia rodziny. Nie możemy bowiem ograniczać się tylko do wskazywania roli czynników wewnątrzrodzinnych z jednej strony i wpływów zewnętrznych warunków, w jakich żyje współczesna rodzina, z drugiej. Należy przede wszystkim dostrzegać interakcje, wzajemne sprzężenia między czynnikami tkwiącymi w środowisku rodzinnym a otaczającą rodzinę rzeczywistością społeczno-gospodarczą.

## Rodzina jako siedlisko prozdrowotne

Istotą nowego sposobu myślenia o zdrowiu określanego jako promocja zdrowia jest zwrócenie człowiekowi uwagi na jego osobistą odpowiedzialność za utrzymanie zdrowia. Środowisko rodzinne – od zawsze odpowiedzialne za zdrowie swoich członków – stoi dziś przed „starym wyzwaniem” w nowej postaci. Wdrażane obecnie idee promocji zdrowia, zgodnie z hasłami „moje zdrowie w moich rękach, jestem odpowiedzialny za swoje zdrowie”, mają na celu kształtowanie odpowiedzialności człowieka za zdrowie własne, rodziny i społeczności. Taką aktywną postawę należy kształtować w różnych sytuacjach życia i pracy człowieka. Jako szczególnie ważne miejsce do realizacji tego zadania wskazuje się środowisko

rodzinne. Dlatego też w działaniach związanych z promocją zdrowia rodzinę traktuje się podmiotowo i mówi się o promocji zdrowia „z rodziną”, a nie tylko „wobec rodziny” (Trawińska, 1992, s. 19). Aktywizacja wszystkich członków rodziny i kształtowanie osobistej odpowiedzialności za zdrowie powinna zatem przeciwdziałać obserwowanej często postawie roszczeniowej, u której podłoża leży przekonanie, że za stan zdrowia odpowiada służba zdrowia. Podobne stanowisko zajmuje M. Trawińska (1992, s. 19) pisząc, że „zdrowie wymaga współdziałania rodziny z instytucjami państwa, które nie mogą działać tylko »wobec« rodziny, traktując ją przedmiotowo, ale wciągać do współpracy, uczyć, doradzać i działać z rodziną [...]. Ważna jest edukacja i porada – jak żyć, aby być zdrowym i kształtować odpowiedzialność za zdrowie swoje i najbliższych”.

Proces zmiany świadomości wobec zdrowia wymaga zatem nie tylko rozlicznych centralnych działań społecznych, politycznych i edukacyjnych ale także efektywnego odwołania się do środowiska życia i pracy człowieka (tzw. siedliska<sup>1</sup>). Działając zgodnie z koncepcją siedliskowego podejścia do zagadnień zdrowia, nie ograniczamy się wyłącznie do występującego problemu zdrowotnego (lub kilku problemów zdrowotnych), ale uwzględniamy również wpływ społeczny siedliska na ludzkie szanse, ryzyka, zwyczaje, postawy (Grossmann, Scala, 1997, s. 43). Obowiązujący lokalny system wartości, przyjęte zwyczaje, obyczaje, preferowane zachowania w środowisku bytowania człowieka to podstawowe czynniki decydujące o zachowaniach zdrowotnych. W związku z tym podkreśla się potrzebę budowania tzw. siedlisk prozdrowotnych. Mówiąc o potrzebie budowania siedlisk prozdrowotnych, należy uwzględnić fakt, że wprowadzenie zmian w kulturze danego siedliska jest jednym z najtrudniejszych zadań (Karski, 1994, s. 35). Dlatego też konieczne jest zaangażowanie, współpraca i współdziałanie wszystkich podmiotów występujących w określonej społeczności lokalnej (patrz: Syrek, 2000).

Zgodnie z podejściem siedliskowym szczególną rolę odgrywa w tym zakresie rodzina, ze względu na przebiegający na jej gruncie proces socjalizacji pierwotnej i wtórnej. W wypadku siedliska prozdrowotnego rodziny należy zwrócić szczególną uwagę na lokalny system wartości, gdyż obyczajowość, preferowane zachowania w środowisku bytowania są podstawowymi czynnikami decydującymi o zachowaniach zdrowotnych rodziny. Modyfikujący wpływ mogą mieć także pozostałe podmioty: szkoła,

---

<sup>1</sup> Pojęcie „siedlisko” (*setting*) zostało zdefiniowane przez WHO jako miejsce, gdzie ludzie żyją, pracują i korzystają z różnych świadczeń. Siedliskami określa się też obszary, na które składają się różne rodzaje środowisk odnoszących się do określonej grupy lub grup społecznych (Karski, 1994, s. 254).



sąsiedzi, kościół, mass media. Jak dotąd jest to jednak wpływ eklektyczny, często przypadkowy, nie podlegający z góry założonej strategii działania (Krawański, 1996, s. 206).

R. Grossmann i K. Scala (1997, s. 39–41) postrzegają siedlisko jako całość – autonomiczny system społeczny. Oznacza to, że obiektem interwencji są całe systemy społeczne, w naszym wypadku środowisko rodzinne, a nie wybrane jednostki, poszczególni członkowie rodziny. Jednakże zgodnie z tą koncepcją siedlisko prozdrowotne to środowisko, które samo się zmienia, aby promować zdrowie, a nie miejsce, gdzie podejmowane są działania związane z promocją zdrowia (Grossmann, Scala, 1997, s. 39–41). Jeszcze wyraźniej tę aktywną rolę siedliska we wzmacnianiu zdrowia swych członków podkreśla I. Kickbusch (1995, za: Woynarowska, 1999, s. 368), stwierdzając, że siedlisko jest dynamicznym systemem i zgodnie ze współczesną teorią zarządzania można je nazwać „uczącą się organizacją”. Należy zatem rozbudzać aktywność w siedlisku na rzecz zdrowia, wykorzystując istniejące już struktury i funkcje danego systemu organizacyjnego w kierunku podejmowania inicjatyw prozdrowotnych. W ten sposób tworzą się przyjazne dla promocji zdrowia środowiska (rodzina, szkoła, osiedle, szpital, zakład pracy, miasto). Światowa Organizacja Zdrowia opracowała i upowszechniła wiele projektów działań prozdrowotnych opartych na omawianym podejściu siedliskowym. Należą do nich programy: „Zdrowe Miasto”, „Szkoła Promująca Zdrowie”, „Szpital Promujący Zdrowie”, „Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy” (patrz: Karski, 1997).

Rodzinę należy zatem postrzegać jako „uczącą się organizację” i w działaniach edukacyjnych – zgodnie z podejściem siedliskowym – znajdować „punkty wejścia” (*entry points*) do tego systemu, wykorzystując czynniki wpływające na ten system organizacyjny (pojęcia „punkty wejścia” użyto za: Grossmann, Scala, 1997, s. 20, 30–31), a nie tylko ograniczając się do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pedagoga. Główne czynniki („punkty wejścia”) w aspekcie promocji zdrowia w rodzinie to poziom ekonomiczny, poziom wykształcenia, warunki mieszkaniowe, wykonywana praca, obciążenia genetyczne, rodzinna transmisja zachowań. Podejmując zadania w zakresie edukacji zdrowotnej, należy naruszać równowagę tak określonego systemu czynników wpływających na rodzinę w ten sposób, by nie powodować jednak dezintegracji w jej obrębie. Z tego względu realizacja oraz efekt podejmowanych inicjatyw edukacyjnych będą zależały od tych pozornie „nieedukacyjnych” świadomie kierowanych w stronę rodziny zewnętrznych procesów i czynników mających na celu promocję zdrowia.

Dotąd jednak próby prowadzenia promocji zdrowia w rodzinie są dość nieliczne. W Polsce na potrzeby współczesnych rodzin polskich stworzo-

no oryginalny projekt wykorzystujący ujęcie siedliskowe – koncepcję „Zdrowy Dom” opracowaną przez Zakład Promocji Zdrowia Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie (K a r s k i, 1997). Celem tego projektu jest przeniesienie idei promocji zdrowia do środowiska domowego. J.B. K a r s k i (1997, s. 160) proponuje następującą definicję zdrowego domu: „Przyjmując, że dom to miejsce chroniące ludzi przed niekorzystnymi warunkami środowiska zewnętrznego, miejsce realizacji potrzeb życia rodzinnego, miejsce wyodrębniania się ze społeczeństwa z chęci uchronienia się przed jego niekorzystnymi wpływami, niekiedy miejsce pracy zawodowej lub związanej z prowadzeniem gospodarstwa domowego, miejsce wypoczynku i regeneracji sił itp. – to optymalne spełnienie wymienionych warunków, z wyeliminowaniem możliwości powstania wtórnych zagrożeń z tytułu sposobu realizacji potrzeb, stanowić może definicję zdrowego domu”. W projekcie brano pod uwagę sytuację większości gospodarstw domowych w kraju, wraz z ich problemami ekonomicznymi, społecznymi oraz psychologicznymi i wychowawczymi. Taka koncepcja „zdrowego domu” zmierza w kierunku określonym przez T. Ferguson, którego zdaniem „odchodzimy od starego systemu opieki, tworzonego wokół lekarza, szpitala, przychodni – do systemu, którego podstawą jest jednostka, rodzina, dom” (cyt. za: G r ę b o w s k i, 1993, s. 172).

Współczesna rodzina – w zależności od swojej sytuacji społecznej, ekonomicznej, środowiskowej – w różnym stopniu wypełnia zadania przypisywane siedlisku prozdrowotnemu. W związku z tym w działaniach edukacyjnych należy w większym niż dotychczas stopniu brać pod uwagę indywidualną sytuację danej rodziny oraz charakterystyczne dla niej wzajemne oddziaływanie socjalizacyjne, które kształtuje korzystne lub niekorzystne poglądy, nawyki czy zachowania w zakresie zdrowia. W działaniach tych powinno się uwzględniać jeden z istotnych warunków skuteczności dydaktyki zdrowia – dodatnie sprzężenia zwrotne między podmiotem edukacji a otoczeniem rodzinnym i społecznym (szerzej zob. K r a w a ń s k i, 2003, s. 153). Negatywna postawa człowieka wobec zdrowia często wynika nie tyle z braku wiedzy czy umiejętności, ile z oddziaływania lokalnego systemu wartości, utrwalonej tradycji, nakazów i zakazów obowiązujących w siedlisku życia jednostki. Oznacza to, że prowadząc edukację zdrowotną w placówce oświatowej lub medycznej, należy objąć działaniem nie tylko uczącego się, ale także jego rodzinę. Dzięki temu oddziaływania wychowawcze będą uwzględniały rodzinną socjalizację w zakresie zdrowia. Taki jest udział socjologii zdrowia w procesie wychowawczym (omówienie tej kwestii zawarto w pracy K r a w a ń s k i, K a i s e r, 2007). Bezpośrednie działania pedagogiczne należy podejmować, dostrzegając główny paradygmat pedagogiki zdrowia, czyli dążenie do rekonstrukcji osobowości w kierunku kształtowa-

nia postawy człowieka jako kreatora siebie w zakresie stosunku do zdrowia. Obszerne omówienie niezbędnej płaszczyzny pedagogicznej i stosowanych procedur dydaktycznych można znaleźć w monografii A. Krawańskiego (2006).

Podsumowując założenia siedliskowego podejścia promocji zdrowia i odwołując się do wyłaniających się niezbędnych odniesień pedagogicznych wywodzących się z niedyrektywnych koncepcji uczenia się i nauczania, możemy stwierdzić, że każdy członek rodziny staje się w ten sposób aktywnym odbiorcą procesu socjalizacji i edukacji, a nie tylko biernym przedmiotem tych oddziaływań, przystosowującym istniejące w rodzinie czy środowisku lokalnym poglądy, normy czy wzory zachowań do własnych potrzeb. Dzięki tak przebiegającej socjalizacji wspartej nowoczesnym procesem edukacji, która jest oparta na aktywnych metodach uczenia się i nauczania, jednostka podejmuje świadome decyzje dotyczące jej zdrowia, a także zdrowia innych osób żyjących w jej siedlisku prozdrowotnym.

## Rodzinna transmisja międzypokoleniowa w zakresie zdrowia

Tradycja rodzinna ma doniosłe znaczenie w procesie kształtowania własnego stylu życia. Przyjmuje się, że największe prawdopodobieństwo przetrwania z pokolenia na pokolenie mają te poglądy i zachowania, które zostały utrwalone w rodzinie macierzystej (Berkowska, 1983). Można zatem powiedzieć, że człowiek jest spadkobiercą wielu form zachowań, które obserwował w rodzinie pochodzenia, a zachowania jednostki są związane głównie z czynnikami tkwiącymi w rodzinnych prototypach. M. Bowen (1966, s. 348–349) podkreśla, że zachowania wyniesione z domu rodzinnego są internalizowane i rzadko stanowią przedmiot autorefleksji. Dlatego też, zdaniem części autorów, w międzypokoleniowym przekazie poglądów, wartości czy zachowań rodzinna socjalizacja odgrywa wręcz podstawową rolę (Rostowska, 1995a, s. 253), wobec czego uwzględnianie tego czynnika w kontekście działań na rzecz zdrowia rodziny wydaje się niezbędne.

T. Rostowska (1995b, s. 21) podkreśla, że transmisja międzypokoleniowa – rozumiana jako przekaz różnorodnych form zachowań behawioralnych, a także zainteresowań, aspiracji, systemu wartości, uzdolnień intelektualnych i twórczych – jest procesem złożonym, wielorako

uwarunkowanym, mającym miejsce zarówno w środowisku rodzinnym, jak i pozarodzinnym. Jednak z uwagi na zakres i siłę oddziaływań wewnątrzrodzinnych większą rolę w przebiegu transmisji międzypokoleniowej przypisuje środowisku rodzinnemu.

W związku z tym T. R o s t o w s k a (1995b, s. 7–8) proponuje następującą definicję transmisji międzypokoleniowej w rodzinie: „Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie jest to przekaz, jaki dokonuje się między rodzicami a dziećmi w zakresie różnorodnych form zachowania, w tym także wymiarów osobowości, przy współdziałaniu zarówno środowiska biologicznego (dziedziczności), jak również środowiska społecznego”. W kontekście tak ujętego procesu transmisji międzypokoleniowej można mówić o podobieństwie, zgodności, a nawet ciągłości zachowań. Przedmiotem badań transmisji międzypokoleniowej na terenie rodziny jest zatem całokształt różnorodnych form zachowań trzech, a co najmniej dwu pokoleń, tj. rodziców oraz ich dzieci. Zachowania rozpatrywane są ze względu na ewentualność wystąpienia odpowiednich obustronnych stosunków i oddziaływań, określonych zgodności czy podobieństw między pokoleniami, jak również różnic, a także w większym czy mniejszym stopniu ciągłości międzypokoleniowej w zakresie pewnych form zachowania (R o s t o w s k a, 1991, s. 252).

Trzy podstawowe mechanizmy transmisji międzypokoleniowej: naśladownictwo, identyfikacja i modelowanie, występują w różnych okresach rozwoju jednostki. Szczególnie ważne są jednak w dzieciństwie i wczesnej młodości. Styl życia rodziców w wyniku przekazu międzypokoleniowego – z uwagi na pozycję i znaczenie każdego z rodziców – może zostać przejęty przez dzieci. Oczywiście, w zależności od poglądów i zachowań „modela” skutki naśladownictwa, identyfikacji i modelowania mogą być pozytywne bądź negatywne. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do kształtowania poglądów i zachowań związanych ze zdrowiem. Wpływ zachowań zdrowotnych rodziców na zachowania ich dzieci stwierdzono m.in. w następujących badaniach: A. Ś l ę c z k o w s k i (1974, 1981), J.F. Sallis et al. (1988), S.N. Blair et al. (1989), P.S. Freedson, E. Evenson (1991), L.L. Moore et al. (1991), P. Supranowicz, E. Polus-Szeniawska (1993), J. Drabik (1995). Zaobserwowano, że prawdopodobieństwo prowadzenia aktywnego fizycznie trybu życia jest 2–6 razy większe wśród dzieci aktywnych fizycznie rodziców niż wśród dzieci rodziców nieaktywnych fizycznie. Podobnie uzależnienie rodziców od tytoniu jest jednym z ważniejszych czynników wczesnego rozpoczęcia palenia papierosów przez dzieci.

Wzorce zachowań przekazywane przez rodzinę nie zawsze zatem służą kształtowaniu pozytywnego stosunku do zdrowia. Dlatego też analizując transmisję międzypokoleniową w rodzinie w zakresie zdrowia, warto

uwzględniać zaproponowany przez A. Dolińskiego (2004, s. 73) model przebiegu i skutków tego procesu, zgodnie z którym wyróżnia się:

a) transmisję ciągłą: pożądaną (dobre rodzinne wzory zachowań są przyjęte i realizowane w dorosłym życiu) oraz niepożądaną (złe rodzinne wzory zachowań są przyjęte i realizowane w dorosłym życiu);

b) transmisję nieciągłą: pożądaną (złe rodzinne wzory zachowań nie zostają przyjęte, a we własnym dorosłym życiu realizowane są zachowania pożądane) oraz niepożądaną (dobre rodzinne wzory zachowań nie zostają przyjęte, a w dorosłym życiu realizowane są niepożądane zachowania).

W świetle badań własnych okazuje się, że ponad połowa respondentów kontynuuje rodzinne zwyczaje i modele dotyczące żywienia (Kaiser, 2004b). Z szerszych wypowiedzi respondentów wynika, że rodzinna tradycja w zakresie żywienia przenoszona z pokolenia na pokolenie często odbiega od aktualnych zaleceń dietetyków. Podobnie badania K. Borzuckiej-Sitkiewicz (2003) wykazały, że w diecie młodzieży szkół ponadpodstawowych brakuje zwykle składników niezbędnych do prawidłowego rozwoju, a na taki sposób żywienia decydujący wpływ mają wzorce prezentowane w rodzinie. W przypadku wielu rodzin można zatem mówić o transmisji ciągłej niepożądananej.

To przywiązanie do rodzinnej tradycji wiąże się w dużej mierze z procesem identyfikacji. W toku rozwoju jednostka przechodzi szereg identyfikacji zarówno z innymi osobami, jak i z całymi grupami oraz rolami społecznymi. Podstawę identyfikacji stanowią silne więzi uczuciowe łączące osobę utożsamiającą się z kimś innym. Najwcześniejsze i jednocześnie najważniejsze są identyfikacje z rodzicami, najpierw z matką, potem z rodzicem własnej płci, a w dalszych etapach życia jednostka może identyfikować się także z osobami spoza rodziny, np. z rówieśnikami, wychowawcami, rzeczywistymi lub fikcyjnymi bohaterami, a także z grupami i różnymi rolami (Wolicki, 1983, s. 21). W wyniku tego procesu jednostka kształtuje swoje zachowania na wzór osoby, z którą się identyfikuje. W badaniach własnych zapytano respondentów wprost, czy dostrzegają wpływ zachowań zdrowotnych swoich rodziców na własne zachowania w tym zakresie, w myśl powiedzenia „niedaleko pada jabłko od jabłoni” (Kaiser, 2003b). Ponad połowa badanych rodziców i dzieci odpowiedziała twierdząco. Dość charakterystyczne jest to, że wśród wszystkich badanych członków rodzin synowie stanowią największy odsetek osób, które twierdzą, że w znacznym stopniu powielają styl życia swych rodziców. Córkami wykazują bardziej elastyczne postawy, łącząc elementy rodzinnej tradycji z nowymi trendami, propozycjami nauki, a także zmieniającą się ofertą rynku. W świetle uzyskanych wyników można sformułować optymistyczne stwierdzenie – jest szansa, że w przyszłości, kiedy

obecne córki staną się matkami, swoją postawą będą kształtować w następnym pokoleniu poglądy i zachowania bardziej korzystne dla zdrowia. Warto też podkreślić, że efekty transmisji międzypokoleniowej w zakresie stosunku do zdrowia są najbardziej widoczne w środowisku rodzin inteligentnych. W ramach międzypokoleniowej transmisji w rodzinie dostrzega się dwukierunkowe oddziaływania: rodzice→dzieci i dzieci→rodzice. Optymistyczny jest fakt, że rodzice pod wpływem córki lub syna skłonni są zmieniać utrwalone od lat przyzwyczajenia i nawyki w zakresie zdrowia na bardziej korzystne dla budowy własnego potencjału zdrowotnego. Prawie 1/4 badanych rodziców informacje dotyczące zdrowia uzyskuje od syna czy córki. Natomiast w badaniach przeprowadzonych wśród rodziców studentów IV roku AWF w Poznaniu ponad połowa badanych dostrzega wpływ córki lub syna na modyfikacje dotychczasowego trybu życia w rodzinie (Kaiser i in., 2001).

Rodzina to środowisko, w którym obecnie z coraz większą intensywnością przebiega proces wtórnej socjalizacji w zakresie zdrowia. Kiedy dzieci dorastają, zaczynają oddziaływać na zachowania rodziców również w zakresie stosunku do zdrowia. Następuje więc „odwrócenie ról” rodziców i dzieci. Można tu zatem odwołać się do klasyfikacji kultur M. Mead (1978, s. 28), która wyróżnia trzy typy kultur nadających specyfikę procesowi socjalizacji:

a) kultura postfiguratywna: starsze pokolenie socjalizuje młodsze pokolenie;

b) kultura kofiguratywna: interakcyjna socjalizacja starszego i młodszego pokolenia;

c) kultura prefiguratywna: pokolenie młodsze warunkuje przyjęcie przez dorosłych nowych wzorów zachowań.

Obecnie mamy do czynienia ze wszystkimi trzema rodzajami socjalizacji międzypokoleniowej.

Dokonujące się zmiany społeczno-gospodarcze, a także kampanie na rzecz zdrowego stylu życia mają jeszcze jeden aspekt. W wyniku tych procesów coraz częściej obserwujemy zjawisko „zderzenia się” tradycji rodzinnej, środowiskowej z nowoczesną ofertą rynku. Międzypokoleniowy przekaz dotyczący stosunku do zdrowia jest więc w coraz większym stopniu odtwarzaniem selektywnym i adaptacyjnym pod wpływem teraźniejszości, a nie tylko wiernym powtarzaniem. Dlatego też podejmując działania edukacyjne w zakresie zdrowia, należy uwzględnić te modyfikacje w obrębie procesu transmisji międzypokoleniowej.

## Podsumowanie

Rodzinna socjalizacja stanowi dużą szansę, ale jednocześnie istotne zagrożenie dla kształtowania stosunku człowieka do własnego zdrowia. Trafnie wyrażają to słowa Z. Woźniaka, który podkreśla, że „rodzina to swoisty zespół zdrowotny, zarówno w pozytywnym (profilaktyka, krzewienie zdrowia, socjalizacja do roli pacjenta i chorego, przekaz kultury zdrowotnej itp.), jak i negatywnym znaczeniu (rezerwuwar chorób, czynnik ryzyka w chorobach, nieodpowiedni poziom higieny, kultury medycznej, zwłaszcza wiedzy o zdrowiu)” (2001, s. 403). Niezbędna jest zatem kontynuacja badań w zakresie socjologicznych determinant zdrowia w rodzinie, uwzględniających – zgodnie z koncepcją „Zdrowy Dom” – zarówno czynniki wewnątrz-, jak i zewnątrzrodzinne. W świetle przedstawionych kwestii wydaje się, że tematyka związana z rodzinną socjalizacją w zakresie zdrowia – ze względu na swój charakter i specyfikę – w sposób szczególny wymaga eksploracji za pomocą technik zarówno „twardych” (ilościowo przedstawiających badane zjawiska), jak i „miękkich” (holistycznie, kontekstowo opisujących proces socjalizacji w rodzinie). Przegląd dotychczasowych badań w tym zakresie wskazuje, że przede wszystkim należy zintensyfikować ten drugi kierunek badań. Ogólne statystyczne zależności pomiędzy czynnikami społecznymi a zachowaniami zdrowotnymi często trudno bezpośrednio wykorzystać w procesie edukacyjnym z uwagi na wielokierunkowy, a często wzajemnie niespójny wpływ poszczególnych zmiennych społecznych. Dlatego roli czynników społecznych nie można ograniczać tylko do funkcji modyfikatora czy tła programu wychowawczego, ale należy je wykorzystać aktywnie w procesie wychowawczym, uwzględniając środowisko życia i indywidualne doświadczenia człowieka (Krawański, Kaiser, 2007). Połączenie diagnozy ilościowej z jakościową na podstawie badań socjologicznych w większym stopniu pozwoli na uwzględnianie przez pedagoga indywidualnej sytuacji rodziny podczas realizacji bardziej skutecznej edukacji zdrowotnej, zgodnie z podejściem siedliskowym. Działania podejmowane w ten sposób wpiszą się w proces określany jako społeczna edukacja zdrowotna, w którym łącznie wykorzystujemy wiedzę socjologiczną i pedagogiczną (Krawański, 2003, s. 158–160). Tak podejmowane wielokierunkowe inicjatywy na rzecz zdrowia rodziny stwarzają szansę, by rodzinna socjalizacja w większym niż dotychczas stopniu kształtowała pozytywny stosunek do zdrowia całej rodziny. Trawestując znane hasło promocji zdrowia, można powiedzieć, że dążymy do tego, aby wdrożyć w życie myśl: „Zdrowie rodziny w rękach rodziny”.

## Bibliografia

- 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", no 8.
- Berkowska M., 1983: *Rola wychowania zdrowotnego w kształtowaniu zdrowia rodziny*. W: *Zdrowie rodziny*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.
- Blair S.N. et al., 1989: *Exercise and fitness: childhood's implications for a lifetime and of health*. In: *Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine*. Eds. C.V. Gisolfi, O.R. Lamb. Indianapolis.
- Borzucka-Sitkiewicz K., 2003: *Socjalizacyjne determinanty stylu życia młodzieży szkół ponadpodstawowych*. „Annales UMCS Sectio D Medicina”, Vol. LVIII, suppl. XIII, 2.
- Bowen M., 1966: *The use of Family Theory in Clinical Practice*. "Comprehensive Psychiatri", Vol. 7.
- Doliński A., 2004: *Zachowania młodzieży w sytuacjach społecznych jako transmisja wzorów rodzinnych*. Kraków.
- Drabik J., 1995: *Aktywność fizyczna dzieci, młodzieży i dorosłych*. Gdańsk.
- Freedson P.S., Evenson E., 1991: *Familial aggregation and physical activity*. Res. Quart. Exer. Sport, no 62;
- Grębowski R., 1993: *Mikrosocjalne aspekty zdrowego stylu życia*. W: *Krajowa Konferencja „Zdrowy Dom”*. Materiały. Red. J.B. Karski. Warszawa.
- Grossmann R., Scala K., 1997: *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*. JFF/Health and Organizational Development.
- Gutkowska K., 1995: *Dom i rodzina w życiu społecznym*. W: *Zdrowy Dom*. Red. J.B. Karski, S. Gzell. Warszawa.
- Kaiser A. in., 2001: *Prozdrowotne elementy w stylu życia rodziców studentów AWF*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 5.
- Kaiser A., 2003a: *Rodzice i dzieci o zdrowiu – pokoleniowa zgodność czy rozbieżność?* W: *Wkład nauk humanistycznych do wiedzy o kulturze fizycznej*. T. 2: *Szkice z pedagogiki kultury fizycznej*. Red. J. Nowocien. Warszawa.
- Kaiser A., 2003b: *Międzypokoleniowa transmisja aktywności fizycznej w rodzinie na tle innych poglądów i zachowań zdrowotnych*. [Praca doktorska].
- Kaiser A., 2004a: *The Approach Towards Physical Activity – Leveling Or Deepening Of Social Differences?* Conference Proceedings, "Physical education and sport 2004 – EuroRegion NISA".
- Kaiser A., 2004b: *Zachowania żywieniowe w rodzinach robotniczych na tle aktualnych zaleceń dietetyków*. „Annales UMCS Sectio D Medicina”, Vol. LIX, suppl. XIV, 2.
- Karski J.B., 1994: *Organizacja ośrodka promocji zdrowia*. Poradnik. Warszawa.
- Karski J.B., 1997: *Praktyczne metody działania w zakresie promocji zdrowia*. „Zdrowie Publiczne”, nr 7.
- Kawczyńska-Butrym Z., 1981: *Rodzina a zdrowie*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.
- Kawczyńska-Butrym Z., 1995a: *Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego*. Warszawa.
- Kawczyńska-Butrym Z., 1995b: *Rodzinny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa.
- Komosińska K., 1995: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Olsztyn.
- Kosiński S., 1976: *Standard zdrowotny narzędziem badań socjologicznych*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.



- Krawański A., 1996: *Rodzina, szkoła i samorządność lokalna w systemie wychowania prozdrowotnego*. W: *Prozdrowotne wychowanie fizyczne i sport dzieci i młodzieży*. Warszawa.
- Krawański A., 2003: *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*. Poznań.
- Krawański A., 2006: *Interaktywny sposób uczenia się i nauczania w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii*. Poznań.
- Krawański A., Kaiser A., 2007: *Priorytety edukacyjne wobec zdrowia jako wynik analizy socjologicznej*. W: *Socjologia medycyny w działaniu*. Rzeszów.
- Mead M., 1978: *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*. Warszawa.
- Moore L.L. et al., 1991: *Influences of parents physical activity on activity levels of young children*. "Pediatrics", Vol. 118.
- Radochoński M., 1996: *Kierunki badań nad wpływem rodziny na zdrowie jednostki w świetle literatury światowej: przegląd i uwagi krytyczne*. „Roczniki Socjologii Rodziny”, T. 8.
- Rostowska T., 1991: *Rozwojowe aspekty transmisji międzypokoleniowej w rodzinie*. W: Z. Tyszka, red.: *Stan i przeobrażenia współczesnych rodzin polskich*. Poznań.
- Rostowska T., 1995a: *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie wybranych wymiarów osobowości*. Łódź.
- Rostowska T., 1995b: *Samoocena a transmisja międzypokoleniowa*. „Problemy Rodziny”, nr 3.
- Sallis J.F. et al., 1988: *Family variables and physical activity in preschool children*. "Pediatrics", Vol. 9.
- Sito A., Bożkowska K., Górnicki B., 1983: *Definicja zdrowia rodziny*. W: *Zdrowie rodziny*. Red. K. Bożkowska, A. Sito. Warszawa.
- Słońska Z., Misiuna M., 1993: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa.
- Sokołowska M., 1970: *Zdrowie, środowisko i rodzina we współczesnych badaniach społecznych*. „Problemy Rodziny”, nr 1.
- Supranowicz P., Polus-Szeniawska E., 1993: *Dom rodzinny a palenie papierosów przez młodzież*. W: *Krajowa Konferencja „Zdrowy dom”*. Materiały. Red. J.B. Karński. Warszawa.
- Syrek E., 2000: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice.
- Ślęczkowski A., 1974: *Wspólna rekreacja fizyczna rodziców i dzieci*. „Kultura Fizyczna”, nr 5.
- Ślęczkowski A., 1981: *Wychowanie fizyczne i sport w rodzinie*. W: *I Kongres Naukowy Kultury Fizycznej i Sportu. Poznań 21–24 XI 1979*. Warszawa.
- Trawińska M., 1992: *Promocja zdrowia a rodzina*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 1.
- Turner J.H., 1994: *Socjologia. Podstawowe pojęcia i ich zastosowanie*. Poznań.
- Wolicki M., 1983: *Naśladownictwo, identyfikacja i modelowanie jako mechanizmy rozwoju społecznego u dzieci w środowisku rodzinnym*. „Problemy Rodziny”, nr 5.
- Wojnarowska B., 1999: *Siedliskowe podejście do zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. Karński. Warszawa.
- Woźniak Z., 2001: *Globalizacja problemów zdrowotnych i starzenia się a rodzina*. W: *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*. Red. Z. Tyszka. Poznań.