

# Rola profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego

Patrycja Curyło-Sikora<sup>1</sup>, Anna Kaczmarska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, Kraków

Curyło-Sikora P, Kaczmarska A. Rola profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego. Med Og Nauk Zdr. 2016; 22(4): 253–259. doi: 10.5604/20834543.1227605

## Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy.** W artykule podjęto problematykę profilaktyki oraz zdrowia, zaprezentowano zmianę podejścia do obu zjawisk oraz podkreślono współczesne rozumienie zdrowia w perspektywie holistycznej. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na rolę profilaktyki pozytywnej jako oddziaływania ukierunkowanego na pomnażanie zasobów tkwiących w jednostce oraz jej otoczeniu celem wzmocnienia zdrowia w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej.

**Skrócony opis stanu wiedzy.** Przez dziesięciolecia zdrowie definiowano przy użyciu kategorii obiektywnych. Zgodnie z modelem biomedycznym akcent kładziono na chorobę oraz czynniki ją warunkujące. Stopniowo zaczęto uznawać rolę czynników psychospołecznych w zaburzeniach somatycznych oraz aktywności własnej człowieka w kreowaniu zdrowia, rozumianego także w kategoriach rozwoju jednostki i społeczeństwa. Zmiana ta wiązała się z przyjęciem modelu biopsychospołecznego oraz holistycznej wizji człowieka. Konsekwentnie, dalszy postęp w tej problematyce związany był z rozwojem zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia. Przeniesiono akcent z koncentracji na czynnikach zagrażających zdrowiu na mechanizmy go warunkujące.

**Podsumowanie.** W artykule została przedstawiona zmiana w podejściu do zdrowia i choroby oraz działań o charakterze promocyjno-profilaktycznym. Zaprezentowano przejście od paradygmatu patogenetycznego (biomedycznego), koncentrującego się na chorobie do psychospołecznego i salutogenetycznego, kładącego nacisk na mechanizmy zdrowia. Ukazano także zmiany w obszarze profilaktyki, w której zaczęto dostrzegać rolę jednostki jako aktywnego kreatora zdrowia holistycznego.

## Słowa kluczowe

zdrowie, profilaktyka, zasoby

## WPROWADZENIE I CEL PRACY

Współcześnie profilaktyka zajmuje ważne miejsce w oddziaływaniach o charakterze wychowawczym i edukacyjnym, których celem jest wzmocnienie zdrowia holistycznego. Skierowana jest do szerokiej grupy odbiorców – dzieci, młodzieży, dorosłych oraz osób starszych<sup>1</sup>. Swoim zasięgiem obejmuje ludzi chorych, a także zdrowych, odnosząc się do wymiaru fizycznego, psychicznego oraz społecznego ich funkcjonowania.

Do niedawna działania zapobiegawcze koncentrowały się na eliminowaniu lub redukowaniu istniejących czynników ryzyka. Zakładano, że w konsekwencji doprowadzą one do zmniejszenia występowania różnego typu zachowań problemowych, psychopatologii jednostkowych i społecznych oraz zminimalizują zachorowalność na tzw. choroby cywilizacyjne. Takie stanowisko wynikało z przyjmowania założeń typowych dla negatywnego rozumienia zdrowia, w którym charakteryzowane ono było poprzez brak choroby. Obecne w psychologii zdrowia podkreśla się znaczenie istnienia, obok czynników ryzyka, także czynników chroniących. Wydaje

1. W artykule padają odwołania głównie do grupy dzieci i młodzieży, należy jednak mieć świadomość, że odbiorcami oddziaływań z obszaru profilaktyki, a zwłaszcza profilaktyki pozytywnej, mogą być osoby z każdej grupy wiekowej, bowiem człowiek może się rozwijać przez całe życie, także w aspekcie pomnażania zasobów oraz kształtowania tzw. umiejętności życiowych.

Adres do korespondencji: Patrycja Curyło-Sikora Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, Instytut Nauk o Wychowaniu, Katedra Psychologii Zdrowia ul. Ingardena 4 30-060 Kraków  
E-mail: curylo.patrycja@gmail.com

Nadesłano: 9 sierpnia 2016; zaakceptowano do druku: 18 października 2016

się jednocześnie, że to właśnie im współczesna psychologia nadaje status nadrzędnych.

W artykule przedstawiono dokonującą się na przestrzeni dziesięcioleci ewolucję w rozumieniu zdrowia oraz profilaktyki, w konsekwencji ukazując profilaktykę pozytywną jako oddziaływanie ukierunkowane na pomnażanie zasobów tkwiących w jednostce oraz jej otoczeniu celem wzmocnienia zdrowia biopsychospołecznego. Chcąc usystematyzować powyższe kwestie, omówiono:

- zmiany prowadzące do przejścia od modelu biomedycznego do paradygmatu biopsychospołecznego oraz holistycznej wizji zdrowia,
- społeczno-ekologiczny model zdrowia, koncepcję salutogenetyczną A. Antonovsky'ego, Funkcjonalny Model Zdrowia H. Wrony-Polańskiej, stanowiący syntezę założeń powyższych modeli, oraz koncepcję *resilience*.

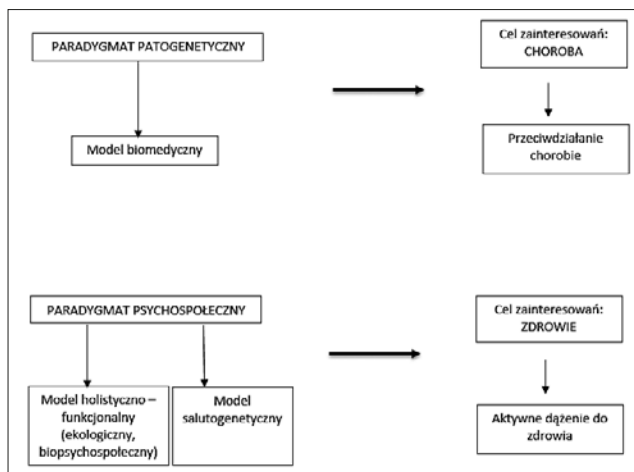
W tym kontekście poruszono problematykę profilaktyki oraz zmiany kierunku oddziaływań – z koncentracji na działaniach z obszaru profilaktyki negatywnej na aktywności oparte na założeniach profilaktyki pozytywnej, a także podjęto próbę ukazania jej roli w kształtowaniu zdrowia holistycznego.

## OPIS STANU WIEDZY

### Od paradygmatu biomedycznego do biopsychospołecznego

W potocznym, ale także naukowym rozumieniu przez lata zdrowie traktowano jako brak choroby. Tendencja do definiowania go w sposób negatywny jako antytezy choroby ma

swoje źródło w dualizmie Kartezjańskim, mechanistycznej wizji człowieka oraz ówczesnej percepcji społecznej, wedle której negatywa koncepcja zdrowia była „kulturowym imperatywem” [1]. Ujęcia te prowadzą do przyjęcia przynajmniej dwóch założeń. Pierwsze z nich jest wysoce redukcjonistyczne. Zgodnie z nim, zjawiska z obszaru zdrowia i choroby mogą być najlepiej poznane wyłącznie na poziomie takich nauk, jak: fizyka, chemia, biologia. Kolejne założenie wskazuje na wyłącznie zewnętrzną etiologię chorób oraz nadaje oddziaływaniom medycznym status jedynie właściwych w celu przywrócenia zdrowia (np. model mechanistyczny McClellanda). Do niedawna zatem, zdrowie utożsamiano przede wszystkim ze stanem fizjologicznym czy somatyczną sferą człowieka, w konsekwencji nadając mu wymiar wyłącznie biomedyczny i obiektywny [2] (por. rycina 1).



**Rycina 1.** Paradygmaty i modele zdrowia oraz ich konsekwencje  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie Wrona-Polańska H. *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. Sztuka Leczenia* 2006; 13 (1–2): 19–31

W literaturze można znaleźć ok. 120 definicji zdrowia [3]. Odnoszą się one do różnych obszarów funkcjonowania człowieka (biologicznego, psychicznego i/lub społecznego); tym samym ukazują różnorodność w jego rozumieniu. Sposób percepcji i definiowania zdrowia zmienia się wraz z sytuacją społeczną, polityczną i ekonomiczną kraju, osiągnięciami nauki, warunkami środowiskowymi, a także normami i zwyczajami danej zbiorowości<sup>2</sup>. W zależności od obszaru terytorialnego, kręgu kulturowego i grupy społecznej w tym samym czasie mogą więc występować różne koncepcje zdrowia [4].

Wydaje się, że współcześnie zarówno definicje profesjonalne, jak i potoczne zgodne są z założeniami modelu biopsychosocjalnego (por. rycina 1), podkreślającego, że traktowanie zdrowia w sposób negatywny jako stanu braku choroby w rzeczywistości, która wymaga od człowieka wszechstronnego rozwoju, jest niewystarczające. Potrzeba bowiem podejścia dynamicznego i pozytywnego, ukazującego możliwości wszechstronnego rozwoju jednostki, przede wszystkim w odniesieniu do kreowania zdrowia indywidualnego i społecznego. Zdaniem Wrony-Polańskiej „współczesne myślenie o zdrowiu wymaga systemowego podejścia

do człowieka jako jednostki psychofizycznej, nierozzerwalnie związanej z otoczeniem społecznym” [5]. Woynarowska [6] podaje, że pojęcie zdrowia jest rozpatrywane w odniesieniu do trzech wymiarów:

- a) zdolności do wykonywania wszystkich czynności życia codziennego,
- b) dobrego samopoczucia w sferze psychicznej,
- c) przestrzegania zachowań prozdrowotnych.

Za wskaźniki zdrowia uznaje się obok braku choroby także: aktywność człowieka, jego poczucie samospełnienia, pozytywne relacje z otoczeniem, zdolność do wykonywania ról i zadań społecznych oraz adaptacji do zmieniających się warunków [7]. W tym sensie podkreślony zostaje biopsychosocjalny wymiar zdrowia i niewystarczalność oddziaływań medycznych, zwłaszcza tych opartych na czynnikach ryzyka (profilaktyka negatywna). Pojawia się potrzeba działań odnoszących się do wszystkich sfer funkcjonowania człowieka, skoncentrowanych nie tylko na poprawie zdrowia w sytuacji jego pogorszenia, ale przede wszystkim na rozwijaniu czynników chroniących (profilaktyka pozytywna), które zredukowałyby ryzyko wystąpienia choroby i/lub pojawienia się trudności natury psychosocjalnej mimo istnienia niekorzystnych okoliczności, a także działań, które ukierunkowane byłyby na rozwój i wzmocnienie zdrowia holistycznego.

Początki rozumienia zdrowia w duchu holistycznej wizji człowieka datuje się na drugą połowę XX wieku, chociaż już w 1948 roku została sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia pierwsza definicja zdrowia w nurcie holistycznym. Zgodnie z nią, zdrowie utożsamiane jest z dobrym stanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby czy niedomaganiem [8]. Traktowanie zdrowia w kategoriach holistyczno-funkcjonalnych wiązało się ze zmianami na gruncie psychologii, medycyny oraz przemianami kontekstu społeczno-ekonomicznego [9], które rozpoczęły się na przełomie XIX/XX wieku i trwały niemal przez cały XX wiek, przybierając postać tzw. rewolucji zdrowotnych. Efektem tychże rewolucji był wzrost świadomości zdrowia i czynników warunkujących oraz ujmowanie go w sposób całościowy [10].

W latach 80. XX wieku Departament Zdrowia Publicznego w Toronto stworzył społeczno-ekologiczny model zdrowia (Mandala Zdrowia) [11]. Model ten ukazuje wielorakie zależności pomiędzy środowiskiem fizycznym, społecznym oraz kulturowym a zdrowiem. Człowiek traktowany jest jako jednostka biopsychosocjalna. Oddziałuje on, ale także ulega wpływom, nad- i podsystemów. W tym sensie jednostka tworzy otaczającą rzeczywistość oraz kreuje własne zdrowie [12]. Zgodnie z omawianym modelem istnieją cztery grupy czynników warunkujących zdrowie [11]: czynniki biologiczne (np. geny), zachowania indywidualne, środowisko fizyczne (np. warunki mieszkaniowe) oraz środowisko psycho-socjo-ekonomiczne (np. status społeczno-ekonomiczny). Wymienione czynniki są ze sobą powiązane takimi elementami, jak: styl życia, system opieki zdrowotnej, praca lub jej brak, środowisko przekształcone przez człowieka. Mandala zdrowia to model holistyczny, dynamiczny oraz interaktywny. Holistyczny ze względu na to, że podkreśla nie tylko fizyczne, ale także psychosocjalne determinanty zdrowia; dynamiczny, ponieważ poszczególne czynniki traktowane jako przyczyny określonego stanu zdrowia mogą być modyfikowane przez człowieka; interakcyjny, gdyż różne komponenty modelu, oddziałując na człowieka, wchodzą jednocześnie w interakcje

2. Dokonując przeglądu literatury, można odnaleźć następujące definicje zdrowia i choroby: biologiczne, biologiczno-funkcjonalne i funkcjonalne; obiektywizujące i subiektywizujące, realistyczne i nominalistyczne, naturalistyczne i normatywne, pozytywne i negatywne oraz atrybutywne i relacyjne [1].

między sobą, wzmacniając lub znosząc swoje działanie [13]. Społeczno-ekologiczny model zdrowia znakomicie ilustruje bogactwo uwarunkowań zdrowia i jest bardzo użyteczny dla celów edukacyjnych. W sposób jednoznaczny zwraca on bowiem uwagę na ograniczone możliwości służby zdrowia, wskazując, iż system opieki zdrowotnej jest tylko jednym z wielu determinantów zdrowia, jednocześnie ukazując istotę indywidualnej odpowiedzialności oraz aktywności własnej jednostki w kreowaniu zdrowia holistycznego.

Konsekwencją przyjęcia założenia o istnieniu obok czynników somatycznych, tych psychicznych i społecznych oraz ich roli w kształtowaniu zdrowia jest przyjęcie także założeń paradygmatu salutogenetycznego [14]. Zgodnie z nim, to właśnie zdrowie i mechanizmy je warunkujące powinny być w centrum zainteresowania człowieka. Każda jednostka znajduje się gdzieś na kontinuum zdrowie–choroba. O miejscu tym decydują jednak nie tyle czynniki obiektywne, co subiektywne, zwane w psychologii zdrowia psychologicznymi mechanizmami zdrowia. Mechanizmy te, to przede wszystkim zasoby i sposoby radzenia sobie ze stresem [8, 10, 12, 15, 16, 17, 18], które na skutek właściwych oddziaływań edukacyjno-wychowawczych rodziców, nauczycieli i innych osób z najbliższego otoczenia dziecka powinny być rozwijane od najmłodszych lat, tak by zgodnie z założeniami Funkcjonalnego Modelu Zdrowia [18] prowadziły do zdrowia. Zgodnie z tym modelem zdrowie jest funkcją zasobów (np. samooceny, poczucia koherencji, poczucia kontroli, wsparcia) oraz skutecznego, a zatem dostosowanego do sytuacji i możliwości jednostki, radzenia sobie ze stresem. Zasoby warunkują zdrowie bezpośrednio, ale również pośrednio poprzez ich wpływ na ocenę poznawczą i w konsekwencji, radzenie sobie sprzyjające lub niesprzyjające zdrowiu [12, 18].

W kontekście odpowiedzialności podmiotowej za zdrowie, rozumianej jako dysponowanie zasobami umożliwiającymi efektywne radzenie sobie ze stresem można odnieść się także do pojęcia *resilience* [19]. Termin ten (zapożyczony z nauk ścisłych) w perspektywie psychologicznej uznawany jest za metaforę procesów, które składają się na fenomen prawidłowego funkcjonowania i rozwoju człowieka mimo obiektywnie niekorzystnych warunków. Chodzi o procesy adaptacyjne, w których człowiek uruchamia wewnętrzne i zewnętrzne zasoby (czynniki chroniące) w celu poradzenia sobie z daną sytuacją [20, 21, 22].

Podsumowując, należy stwierdzić, że pojęcie zdrowia jest wielowymiarowe [12, 23], dotyczy funkcjonowania jednostki w sferze somatycznej, społecznej oraz psychicznej. Warunkowane jest wieloczynnikowo, w jego kształtowaniu istotne znaczenie odgrywa jednostka oraz systemy, z którymi wchodzi w interakcje. Zdaniem Wróny-Polańskiej:

„Wielowymiarowe podejście do problematyki zdrowia wskazuje jednoznacznie, że o poziomie zdrowia współdecydują zarówno czynniki biologiczne, społeczne, jak i psychologiczne, ale pojmowane całościowo, we wzajemnych interakcjach i nie można ich rozpatrywać jednostronnie, (...). Konsekwencją takiego podejścia jest świadomy i aktywny udział każdego człowieka, zmierzający do umacniania zdrowia, a także pomnażania jego potencjałów (...)” [10]. Aby jednostka mogła w sposób świadomy i aktywny kreować własne zdrowie, potrzeba oddziaływań wdrażanych od najmłodszych lat życia, prowadzących do jej rozwoju w wymiarze holistycznym [8, 10, 12, 15, 16, 17, 18]. Chodzi o oddziaływania (1) ukierunkowane na wzmacnianie i rozwój zdrowia oraz harmonijny rozwój osobowości młodego

człowieka, tak aby mógł poradzić sobie z różnymi zagrożeniami nawet w sytuacjach niesprzyjających (2), skierowane do rodziców i nauczycieli celem zwiększania ich świadomości oraz kompetencji opiekuńczo-wychowawczych w omawianym zakresie, tak by ich oddziaływania wobec młodego człowieka miały charakter prozdrowotny (koncentrowały się przede wszystkim na rozwoju mechanizmów zdrowia, traktowanych jako czynniki chroniące).

Naturalną konsekwencją przedstawionych wyżej zmian dotyczących konceptualizacji zdrowia i czynników warunkujących je było przeniesienie w oddziaływaniach profilaktycznych akcentu z koncentracji na czynnikach ryzyka na mechanizmy warunkujące zdrowie.

### Od profilaktyki negatywnej do profilaktyki pozytywnej

Współczesna profilaktyka zdecydowanie różni się od profilaktyki rozumianej jako prewencja w tradycyjnym, biomedycznym ujęciu [24, 25, 26, 28]. Zarówno w potocznym, jak i naukowym rozumieniu przez lata termin „profilaktyka” odnosił się do identyfikacji i redukcji czynników zagrażających rozwojowi i zdrowiu człowieka.

W związku z przejściem od patogenetycznego i biomedycznego modelu do koncepcji salutogenetycznej i psychospołecznego ujęcia zdrowia, podjęto badania nad mechanizmami zdrowia – tym samym przenosząc akcent z koncentracji na chorobie i czynnikach ją warunkujących na zdrowie i możliwości jego pomnażania. Odpowiedzią na to były działania określone jako promocja zdrowia, definiowana jako: „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania” [27]. Pojęcie prewencji bywa stosowane zamiennie z określeniem „profilaktyka”. Wyróżnia się trzy rodzaje profilaktyki:

- a) profilaktykę pierwszorzędową – adresowaną do ogółu populacji, przede wszystkim ludzi zdrowych; jej celem jest wspomaganie prawidłowych procesów rozwoju fizycznego i psychicznego, a w konsekwencji, szeroko rozumiana promocja zdrowia;
- b) profilaktykę drugorzędową – adresowaną do grupy zwiększonego ryzyka, która ma na celu stworzenie warunków, które umożliwiają wycofanie się z zachowań ryzykownych;
- c) profilaktykę trzeciorzędową – adresowaną do grupy wysokiego ryzyka, osób, u których rozwinięte są symptomy choroby; jej celem jest zablokowanie rozwoju procesu chorobowego i degradacji społecznej.

Współcześnie profilaktyka specyficzna, odnosząca się do konkretnego zachowania problemowego ustąpiła miejsca profilaktyce wielu zachowań problemowych, zwanej profilaktyką integralną. Znaczący temat podkreślają istotę planowania oddziaływań zapobiegawczych, które uwzględniałyby szerszy zakres problemów, zaznaczając przy tym, że działania oparte na programach specyficznych są obiecujące pod warunkiem, że towarzyszą im długofalowe działania o charakterze niespecyficznym [24, 29]. Stanowisko takie wynika z faktu, iż obecnie upatruje się przyczyn trudności o charakterze indywidualnym czy społecznym w różnorodnych czynnikach – badacze zgodni są, że działanie jednego czynnika ryzyka nie jest wystarczające dla wystąpienia choroby lub jakiegoś zakłócenia w funkcjonowaniu jednostki [10, 30, 31, 50]. Wśród najważniejszych wymienia się: czynniki osobowościowe, środowiskowe oraz biologiczne, chociaż tym ostatnim przypisuje się często najmniejsze znaczenie [32, 33,

34]. Uważa się, że te same czynniki, które mogą przyczynić się do pojawienia trudności, mogą również stanowić czynniki chroniące [19].

Oznacza to, że celem współczesnego modelu profilaktyki jest nie tyle redukcja czynników zagrażających, co promocja zdrowia ukierunkowana na rozwijanie mocnych stron i zasobów, dzięki którym jednostka stanie się bardziej odporna na czynniki ryzyka mogące prowadzić do różnych trudności oraz chorób somatycznych, psychicznych i psychopatologii społecznych. Takie działanie nazywane jest profilaktyką pozytywną, istniejącą obok tradycyjnego modelu profilaktyki negatywnej [35]. Profilaktyka pozytywna zdaniem Ostaszewskiego „polega na wzmacnianiu tego, co czyni młodych ludzi bardziej odpornymi na zagrożenia” [28]. Jej idee w dużej mierze oparte są na myśleniu w kategoriach procesów *resilience* oraz wpisują się w założenia Funkcjonalnego Modelu Zdrowia. Obie koncepcje wyjaśniają fenomen pozytywnej adaptacji czy zachowania zdrowia mimo zaistnienia czynników ryzyka (np. sytuacji stresogennych, traumatycznych). Akcentują one znaczenie czynników chroniących w wieku rozwojowym. Z tego powodu mogą być użyteczne dla tworzenia programów profilaktyki i promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży [19]. Chodzi bowiem o uruchomieniu procesu, dzięki któremu nabędą oni umiejętności korzystania z wewnętrznych i zewnętrznych zasobów po to, by:

- a) osiągnąć funkcjonowanie znacznie lepsze, niż można by się było tego spodziewać na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka,
- b) utrzymać dobre funkcjonowanie mimo zaistnienia sytuacji stresowych,
- c) odzyskać zdrowie w sytuacji jego utraty [30, 36].

W tym sensie koncepcje te odnoszą się do trzech poziomów profilaktyki związanej z holistycznym rozumieniem zdrowia oraz stanowią wskazówkę dla oddziaływań z obszaru profilaktyki pozytywnej.

Profilaktyka pozytywna ma charakter ofensywny, w przeciwieństwie do opartej na nakazach i zakazach profilaktyki negatywnej, której działania mają charakter defensywny [28]. Jak już wspomniano, celem profilaktyki pozytywnej jest kształtowanie w jednostce potencjałów zdrowia (np. samooceny, poczucia kontroli, zachowań zdrowotnych, poczucia sprawstwa itd.) oraz rozwijanie umiejętności potrzebnych zarówno w codziennym funkcjonowaniu, jak i w sytuacjach trudnych (np. komunikacja interpersonalna, radzenie sobie ze stresem lub asertywność). Ukierunkowana jest ona na równoważenie wpływu czynników ryzyka i czynników

chroniących poprzez działania systemowe. Tabela 1 ilustruje różnice pomiędzy współczesnym pozytywnym ujęciem profilaktyki opartej na promocji zdrowia a modelem tradycyjnym czyli, profilaktyką negatywną (tu w odniesieniu do środków psychoaktywnych).

Jak wynika z tabeli, profilaktyka pozytywna w swych założeniach i opartych na nich działaniach doskonale wpisuje się w założenia modelu psychospołecznego i salutogennego, tym samym stanowiąc oddziaływanie istotne dla rozwijania zdrowia holistycznego. Po pierwsze, opiera się przede wszystkim na pozytywnej definicji zdrowia i dotyczy zapobiegania problemom zanim się one pojawią, w mniejszym stopniu odnosi się do definicji negatywnej i zwalczania już istniejącej patologii. Po drugie, koncentruje się na człowieku w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, nie tyle odnosząc się do skutków jakichś działań lub ich braku, co zwraca uwagę na mechanizmy powstania, czy inaczej, czynniki etiologiczne danego zachowania – w tym sensie przyjmując słuszność oddziaływań systemowych. Po trzecie, kształtuje w człowieku nowe umiejętności i rozwija potencjały pomagające mu poradzić sobie w obliczu różnych sytuacji trudnych – sama strategia informacyjna, a więc przekazywanie wiedzy o skutkach danego zachowania lub jego braku nie jest skuteczną metodą w uzyskiwaniu pożądaných zmian, to strategie edukacyjne skupiające się na rozwijaniu umiejętności psychologicznych i społecznych uważane są za najbardziej skuteczne [28, 37]. Po czwarte, opiera się na aktywności własnej jednostki oraz dialogu. Po piąte, ma charakter systematycznych działań, a nie sporadycznych akcji, dzięki czemu może prowadzić do zmian o charakterze długotrwałym. Po szóste, zaangażowane są w nią także osoby bliskie jednostce, np. nauczyciele i rodzice, a nie tylko „obcy specjaliści”. Jest to ważne, ponieważ są to osoby znające konkretną grupę dzieci czy młodzieży, ich problemy i potrzeby, a ich oddziaływanie pozwala na wzajemne wzmacnianie działań profilaktycznych i wychowawczych. W oddziaływaniach opartych na założeniach profilaktyki pozytywnej ważna jest praca systemowa, zwłaszcza współpraca między nauczycielami a rodzicami [38, 39, 40]. Po siódme, odnosi się do danego problemu/zachowania całościowo, a nie w sposób wybiórczy. Należy bowiem pamiętać, że żadne zachowanie nie ma charakteru wyizolowanego, nie istnieje „per se”. Zawsze powinno być rozpatrywane w szerokim kontekście społeczno-ekonomiczno-kulturowym i w odniesieniu do każdej ze sfer funkcjonowania jednostki; ma bowiem znaczenie nie tylko dla niej samej w wymiarze psychofizycznym, ale może także znajdować odniesienie w wymiarze społecznym (np.

**Tabela 1.** Tradycyjny a współczesny model oddziaływań profilaktycznych

Model tradycyjny		Model współczesny
Zwalczanie patologii	CEL	Wzmacnianie zdrowia
Uświadomienie skutków używania środków odurzających	ZAŁOŻENIA	Sięganie do przyczyn używania środków odurzających
Wiedza o skutkach = negatywna postawa	SPODZIEWANE EFEKTY	Poczucie wartości, umiejętności społeczne, wiedza o uzależnieniach, osobiste zaangażowanie
Jednostronny przekaz i bierny odbiór	FORMA ODDZIAŁYWANIA	Dialog i aktywne uczestnictwo
Sporadyczne akcje	CZAS I ZAKRES DZIAŁAŃ	Systematyczne działania
Prelegenci i specjaliści	REALIZATORZY	Nauczyciele i liderzy młodzieżowi
Alkohol lub papierosy, lub narkotyki	RODZAJ SUBSTANCJI	Wszystkie środki uzależniające
Niewymagana	KONTROLA EFEKTÓW	Wymagana

Źródło: Szymańska J, Zamecka J. Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki. W: Świątkiewicz G (red.), Profilaktyka w środowisku lokalnym. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2002. s. 19–32

w relacjach z rodzicami, nauczycielami czy rówieśnikami). Po ósme, istotna jest ewaluacja programu profilaktycznego, gdyż pozwala ona na ocenę, czy dany program realizowany jest zgodnie z zamierzeniami i czy osiągnięto za jego pośrednictwem oczekiwane efekty [41].

Podsumowując, idea jednostki jako kreatora zdrowia w wymiarze biopsychospołecznym, zapoczątkowana dzieściolecia temu obecnie znajduje swój wyraz w działaniach promocyjno-profilaktycznych, ukierunkowanych na pomnażanie indywidualnych potencjałów zdrowia, rozwijanie kompetencji i umiejętności społecznych jednostki oraz tzw. umiejętności życiowych, w tym m.in. skutecznego radzenia sobie ze stresem. Oddziaływania te powinny mieć charakter systemowy i długoterminowy oraz winny odbywać się przede wszystkim za pośrednictwem najbliższego otoczenia jednostki – jego rodziny, grona przyjaciół, znajomych, rówieśników, nauczycieli, trenerów itd. (profilaktyka w rodzinie, profilaktyka w szkole, profilaktyka rówieśnicza, profilaktyka w społeczności lokalnej) [28].

### Rola profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego

Transformacja, która dokonała się na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci w rozumieniu zdrowia oraz zmiana w postrzeganiu jednostki, zgodnie z którą nie widzi się go już jako biernego odbiorcę oddziaływań, lecz akcentuje się jego aktywną rolę w kreowaniu zdrowia holistycznego, doprowadziły do zmiany sposobów oddziaływań na jednostkę w kontekście jej zdrowia. Współcześnie uważa się, że: „(...) absolutnie nieodzownym warunkiem opracowania programu profilaktycznego nowej generacji jest podejście holistyczne, a jednocześnie podejście zmiernające do promowania pozytywnych kompetencji u dzieci i młodzieży. Oznacza to, że głównym celem działań profilaktycznych powinno być odtąd coś znacznie więcej niż tylko zapobieganie zagrożeniom i uzależnieniom, albo eliminowanie tych zachowań u wychowanków, które niepokoją rodziców czy nauczycieli” [24]. Można sądzić, że tym, czym dla zmiany myślenia o zdrowiu był ruch promocji zdrowia, tym dla działań profilaktycznych mogą stać się programy pozytywnego rozwoju dzieci i młodzieży [25]. Idea tychże programów wydaje się być bliska holistycznej wizji człowieka oraz biopsychospołecznemu rozumieniu zdrowia i w sposób naturalny wpisuje się w istotę oddziaływań systemowych, których celem winno być kształtowanie zdrowia biopsychospołecznego. Można wyodrębnić trzy znaczące nurty pozytywnego rozwoju [25]:

#### 1. Rozwijanie i/lub wzmacnianie indywidualnych potencjałów i zasobów.

W literaturze zamiennie bywają stosowane pojęcia zasobów i potencjałów zdrowia. Obydwa jednak odnoszą się do pewnych właściwości jednostki, jej organizmu, psychiki, otoczenia społecznego oraz sfery duchowej, które są dane człowiekowi, lub mogą się znaleźć w jego dyspozycji celem ochrony i rozwijania zdrowia [42]. Jednocześnie z pomnażaniem potencjałów rośnie motywacja jednostki do pozytywnych zmian, zwiększając tym samym poziom przystosowania człowieka, bowiem „to właśnie dzięki systemowi podmiotowego zarządzania następuje zarówno efektywne dopasowanie jednostki do wymogów środowiska, jak również spójne kierowanie własnym życiem” [43].

W literaturze można znaleźć wiele doniesień wskazujących na ważność kształtowania zasobów oraz umiejętności

życiowych celem utrzymania oraz rozwoju zdrowia [8, 10, 12, 14, 18, 44, 45, 46, 47, 48]. Podkreśla się przede wszystkim znaczenie poczucia koherencji, samooceny, poczucia kontroli, poczucia wsparcia, optymizmu itd. Stres w dzisiejszych czasach bywa doświadczany powszechnie. Właśnie ze względu na swoją wszechobecność w psychologii zdrowia uznawany jest także za czynnik pozytywny, mobilizujący. Podkreśla się jednocześnie, że to, jaką jednostka przyjmie postawę wobec sytuacji stresowej i jakie będzie ona miała dla jej zdrowia holistycznego konsekwencje, zależy od oceny poznawczej owej sytuacji. Percepcja danego wydarzenia w kategoriach zagrożenia lub wyzwania zależna jest od posiadanych zasobów oraz radzenia sobie ze stresem [8, 10, 12, 18, 34, 49]. Zgodnie z Funkcyjnym Modelem Zdrowia, to właśnie zasoby są psychologicznymi mechanizmami zdrowia, wpływającymi na nie bezpośrednio oraz pośrednio poprzez skuteczne radzenie sobie ze stresem [18]. Zdaniem Hiroshi Nakajimy, Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia: „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 szansę na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w których żyją” [11].

#### 2. Praca nad relacjami z rodzicami i innymi znaczącymi osobami.

Pierwszymi edukatorami zdrowia są rodzice. Znaczenie rodziny w kontekście zdrowia podkreśliła Światowa Organizacja Zdrowia za pośrednictwem hasła „Zdrowie zaczyna się w domu”. W rodzinie człowiek przychodzi na świat i podlega socjalizacji. Za pośrednictwem środowiska rodzinnego kształtują się wzorce zachowań, w rodzinie powinien zachodzić także proces opieki i ochrony przed patologicznymi zjawiskami. Na dalszych etapach rozwoju środowisko edukatorów zdrowia powinno poszerzyć się o nauczycieli i inne osoby z otoczenia dziecka, np. trenera karate, instruktora tańca czy instruktora pływania. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na rolę oddziaływań systemowych w kształtowaniu zdrowia od najmłodszych lat życia jednostki – przede wszystkim uznając właśnie rodziców i nauczycieli za pierwszych edukatorów zdrowia. To oni najlepiej znają konkretną grupę dzieci czy młodzieży. Dlatego też to oni powinni stanowić grupę odbiorców wszelakich programów i inicjatyw mających na celu zwiększenie kompetencji własnych w omawianym zakresie, tak aby mogli w sposób świadomy i w pełni odpowiedzialny wpływać na rozwój i zdrowie młodego człowieka. Należy przy tym zaznaczyć, że systemowe podejście do zdrowia to myślenie o nim w kategoriach procesu, który ma charakter dynamiczny i jest ukierunkowany na stałe przywracanie równowagi organizmu, zakłócaną przez wymagania zewnętrzne i wewnętrzne, za pośrednictwem zasobów [23, 34], stąd też istotna rola współpracy środowisk, w których rozwija się jednostka. Współpraca ta, mająca również charakter wychowawczy, powinna prowadzić do ukształtowania jednostki o harmonijnej osobowości, umiejącej sprostać wyzwaniom w zmieniającej się rzeczywistości [38, 47].

#### 3. Tworzenie przyjaznego środowiska społecznego

Tworzenie przyjaznego środowiska społecznego jest z pewnością czynnikiem prozdrowotnym obejmującym zarówno klimat (atmosferę), jak również warunki fizyczne sprzyjające

zdrowiu, bezpieczeństwu i dobremu samopoczuciu dzieci/uczniów i pracowników różnych instytucji związanych zwłaszcza z edukacją i wychowaniem młodego człowieka [39, 40]. Środowisko społeczne powinno tworzyć atmosferę sprzyjającą zdrowiu i rozwojowi uczniów oraz pracowników poprzez m.in. tworzenie warunków umożliwiających osiągnięcie sukcesów, czerpanie satysfakcji z nauki i pracy, kształtowanie i/lub wzmacnianie potencjałów zdrowia oraz tworzenie atmosfery sprzyjającej partnerstwu i współdziałaniu członków społeczności szkolnej, rodziców oraz osób ze społeczności lokalnej.

Profilaktyka pozytywna jest procesem złożonym i długotrwałym, mającym na celu poprawę i/lub wzmocnienie zdrowia. Oddziaływania ukierunkowane powinny być na samą jednostkę (rozwijanie i umacnianie indywidualnych zasobów), jej rodzinę, nauczycieli itd. (praca nad relacjami z rodzicami i innymi osobami znaczącymi), jak i zmianę warunków środowiskowych, tak by sprzyjały zdrowiu jednostki i członków danej społeczności. W obliczu powyższego, należy stwierdzić, że przedstawione nurty pozytywne rozwoju ukazują w sposób syntetyczny naczelną założenia profilaktyki pozytywnej wynikające z przyjęcia omówionych w niniejszym artykule modeli (biopsychospołeczne, społeczno-ekologiczne, salutogenetyczne, Funkcjonalnego Modelu Zdrowia oraz koncepcji *resilience*). Ukazują tym samym rolę profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego.

## PODSUMOWANIE

Na przestrzeni prawie stu lat dokonały się olbrzymie zmiany w percepcji, rozumieniu i definiowaniu zdrowia. Bez wątpienia wiek XX można uznać za wiek zdrowia.

Zdrowie od lat jest przedmiotem zainteresowania badaczy i teoretyków różnych specjalności. Zarówno w nomenklaturze naukowej, jak i potocznej przez długi czas definiowane było jako brak choroby. Współcześnie dominuje rozumienie go w perspektywie holistycznej, w odniesieniu do sfery somatycznej, psychicznej i społecznej oraz traktowanie jako dobra indywidualnego i społecznego.

Człowiek, niegdyś uznawany za biernego odbiorcę oddziaływań, zaczął być pojmowany w kategoriach jednostki autonomicznej, mającej świadomość zdrowotną oraz możliwość samostanowienia o sobie i swoim zdrowiu. Zmiany te stały się źródłem pytań o mechanizmy warunkujące zdrowie, tym samym prowadząc do ukierunkowania oddziaływań właśnie na rozwijanie czynników prozdrowotnych (chroniących) – przede wszystkim zasobów oraz tzw. umiejętności społecznych i życiowych, w tym skutecznego radzenia sobie ze stresem.

Doniesienia dotyczące tychże oddziaływań mogą stanowić podstawę dla rozwijania obiecującego nurtu interwencji profilaktycznych oraz programów promocji zdrowia opartych na lepszym wykorzystaniu zasobów, rozumianych jako czynniki chroniące znajdujące odzwierciedlenie w radzeniu sobie zarówno z codziennymi sytuacjami, jak i wydarzeniami trudnymi.

Ważne jest wdrażanie wspomnianych oddziaływań od najwcześniejszych lat życia człowieka, bowiem współczesna profilaktyka to działanie „ku zdrowiu”, mające charakter długoterminowy i systemowy. Jej celem jest taki rozwój jednostki, by stała się ona kreatorem własnego zdrowia

holistycznego. Dlatego też podkreśla się przede wszystkim znaczenie działań i programów nastawionych na wzmacnianie: umiejętności życiowych dzieci i młodzieży (w tym zasobów i sposobów radzenia sobie ze stresem), relacji z rodzicami i innymi znaczącymi osobami oraz pozytywnych cech środowiska szkolnego (19, 25, 50). W działaniach tych wiodącą rolę powinni odgrywać rodzice, nauczyciele oraz pedagodzy jako osoby kształtujące osobowość człowieka, zapewniając dzieciom i młodzieży optymalne warunki rozwoju.

## PIŚMIENNICTWO

1. Domaradzki J. O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziana*, 2013; 40 (1): 5–29.
2. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Phil.* 2002; 27(6): 651–673. <http://www.ansatt.hig.no/bjoernh/Artikler/Disease%20Illness%20Sickness%20JMP.pdf> (dostęp: 4.09.2016).
3. Kowalski M, Gawel A. *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków: Impuls; 2007.
4. Firkowska-Mankiewicz A. Teorie przyczyny chorób. W: Ostrowska A (red.). *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: IFiS PAN; 2009. s. 41–63.
5. Wrona-Polańska H. *Zdrowie nauczyciela w zmieniającym się świecie XXI wieku. Ogólnopolska Konferencja Naukowa z udziałem gości zagranicznych. Teoria i praktyka pedagogiczna w zmieniającej się rzeczywistości*; 2016 maj 24; Kraków Polska. Kraków: 2016.
6. Woynarowska E. *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
7. Piątkowski W. Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych. W: Pitkowski W, Barański J (red.). *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Atut; 2002. s. 23–28.
8. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2003. s. 16–31.
9. Heszen-Niejodek I. Teorie stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP; 2005; 3. s. 456–492.
10. Wrona-Polańska H. *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania*. *Sztuka Leczenia*. 2006; 13 (1–2): 19–31.
11. Borzucka-Sitkiewicz K. *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Poradnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2006.
12. Wrona-Polańska H. *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
13. Bik B. *Koncepcja promocji zdrowia*. W: Czupryna A, Paździoch S, Ryś A, Włodarczyk WC (red.). *Zdrowie publiczne*. Kraków: Vesalius; 2001. s. 214.
14. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
15. Ogińska-Bulik N. *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin; 2013.
16. Ogińska-Bulik N. *Dwa oblicza traumy: negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Difin; 2015.
17. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość: stres a zdrowie*. Warszawa: Difin; 2010.
18. Wrona-Polańska H. *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej; 2003.
19. Borucka A, Ostaszewski K. *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. Medycyna Wieku Rozwojowego*. 2008; 12 (2 Pt 1): 587–597.
20. Ostaszewski K. *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2014.
21. Luthar SS. *Resilience in development: A synthesis of research across five decades*. In: Cicchetti D, Cohen DJ (red.). *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. 2nd ed. Vol. 3. New York: Wiley; 2006. p. 740–795.

22. Sameroff A, Rosenblum K. Psychosocial Constraints on the Development of Resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006; 1094: 116–124. *Resilience in Children*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17347345> (dostęp: 10.09.2016).
23. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN, 2007.
24. Dziewiecki M. Integralna profilaktyka uzależnień w szkole. Krótki poradnik psychologiczny. Kraków: Wydawnictwo Rubikon, 2003.
25. K. Ostaszewski. Pozytywna profilaktyka. *Świat Problemów*. 2006; 3 (158): 6–10.
26. Ostaszewski K. Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży, W: Deptuła M (red.). Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej. Bydgoszcz: Wyd. UKW; 2005. s. 111–138.
27. Kwok-Cho T, Beaglehole R, O'Byrne D. Policy and partnership for health promotion addressing the determinants of health. Editorials. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83 (12): 884. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/12/884.pdf> (dostęp: 3.09.2016).
28. Śliwa S. Profilaktyka pedagogiczna. Opole: Wydawnictwa Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji, 2015.
29. Soboń J. Współczesna profilaktyka – dylematy i wyzwania. *Forum Edukacyjne*. 2008; październik 3. Polska. Stalowa Wola: 2008.
30. Masten AS, Powell JL. A Resilience Framework for Research Policy and Practice. In: Luthar SS (red.). *Resilience and Vulnerability*. Cambridge University Press; 2003. p. 7–28.
31. Greenberg MT. Promoting resilience in children and youth. *Preventive intervention and their interface with neuroscience*. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006 (1094): 139–150. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17347349> (dostęp: 4.09.2016).
32. Baranowska M, Wiciak I. Wybrane patologie społeczne: uwarunkowania, przejawy, profilaktyka. *Szczytno: Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie*, 2012.
33. Geryń B. Czynniki środowiska rodzinnego warunkujące zdrowie dzieci i młodzieży. W: Boczkowska M, Tymoszek E, Zielińska P (red.). *Wychowanie, profilaktyka, terapia: szanse i zagrożenia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2012.
34. Heszen I. Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego, Warszawa: PWN, 2013.
35. Szymańska J, Zamecka J. Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki. W: Świątkiewicz G (red.). *Profilaktyka w środowisku lokalnym*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2002. s. 19–32.
36. Mudrecka I. Wykorzystanie koncepcji resilience w profilaktyce niedostosowania społecznego i resocjalizacji. *Resocjalizacja Polska*. 2013; 5: 49–61.
37. Aronson E, Akert RA, Wilson TD. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2005.
38. Curyło-Sikora P, Kaczmarska A. Porozumienie między poradnią psychologiczno-pedagogiczną a szkołą jako czynnik sprzyjający optymalizacji bio-psycho-społecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży. W: Kręcioch-Domagala A, Majerek B (red.). *Szkoła jako przestrzeń edukacyjnego (nie)porozumienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2014. s. 129–140.
39. Ostaszewski K. Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży. *Edukacja*. 2012; 4 (120): 22–38.
40. Ostaszewski K. Kultura szkoły a zachowania ryzykowne. *Edukacja*. 2014; 1 (126): 14–24.
41. Koczurowska J. Konstruowanie programów profilaktycznych. W: Świątkiewicz G (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2002. s. 87–106.
42. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2010; 4 (1): 44–52.
43. Niewiadomska I, Chwaszcz J. Jak skutecznie zapobiegać karierze przestępczej? Lublin: Drukarnia TEKST sp. j. Emilia Zonik i wsp., 2010.
44. Sęk H, Pasikowski T. Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. *Badania porównawcze i podłużne*. W: Sęk H, Pasikowski T (red.). *Zdrowie – stres – zasoby o znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Edukacji Humaniora; 2001. s. 23–43.
45. Hobfoll S. *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: GWP, 2006.
46. Potempa K. Optymizm a zdrowie. *MONZ*. 2013; 19 (2): 130–134.
47. Wrona-Polańska H, Curyło-Sikora P. Zasoby podmiotowe i radzenie sobie z treścią rytmiczną w aspekcie promocji zdrowia. *Perspektywa psychologiczna*. W: Wrona-Polańska H (red.). *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego; 2013. s. 255–278.
48. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N. Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne. Warszawa: Difin; 2011.
49. Heszen I. Zachowanie celowe i reaktywne jako komplementarne formy radzenia sobie w sytuacji stresowej. *Przegl. Psychol.* 2011; 54 (1): 47–66.
50. Deptuła M. Indywidualne ścieżki ryzyka i związana z nimi interwencja profilaktyczna. W: Deptuła M (red.). *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego; 2005. s. 158–184.

## The role of positive prevention in developing a holistic health

### Abstract

**Introduction and objective.** The article deals with the issues of prevention and health, presenting a change in the approach to both phenomena, and also emphasizes the contemporary understanding of health from a holistic perspective. The aim of the study is to draw attention to the role of prevention as a positive influence, targeted to multiply the resources stored in individuals and their environment so as to enhance health in the somatic, psychological and social spheres.

**Brief description the state of knowledge.** For decades, health was defined by using objective categories. According to the biomedical model, the emphasis was placed on the disease and the factors that condition it. Gradually, the role of psychosocial factors in somatic disorders and human activity in creating health, understood also in terms of individual development as well as the development of society, began to be recognized. This change was associated with the adoption of the biopsychosocial model and a holistic vision of the human being. Consequently, further progress concerning the issues was associated with the question of development of prevention and health promotion. The emphasis has shifted from the focus on factors threatening health to the mechanisms which condition it.

**Summary.** This article presents a change in the approach to health and disease, as well as promotional-prevention measures. It presents a shift from the pathogenic paradigm (biomedical) focusing on disease, to the psychosocial and salutogenic, with the emphasis on health mechanisms. The changes in the area of prevention, where the role of the individual as an active creator of holistic health, has been recognized.

### Key words

health, prevention, resources