

Mirosław Kowalski*

Kultura zdrowotna – wymiary edukacyjne (w kierunku odpowiedzialności za zdrowie)

Streszczenie

Zdrowie (rozumiane jako brak choroby) jest bezdyskusyjnie uznawane przez znaczną część każdego społeczeństwa za jedną z najważniejszych wartości. Wydaje się, że wartość ta – utożsamiana z dobrem, aktywnością, pomyślnością – ma charakter uniwersalny i odnosi się do większości systemów kulturowych tworzonych przez człowieka. Zdrowiu – jako wartości będącej głównym czynnikiem determinującym postawy i zachowania zdrowotne – człowiek powinien przypisywać odpowiednio wysokie miejsce w hierarchii pragnień i dążeń. Niemniej jednak należy zauważyć, że z jednej strony zdrowie jest wartością, która w świadomości społecznej jest powszechnie rozpoznawana, rozumiana i akceptowana, a z drugiej strony (czego niejednokrotnie doświadczamy), nie jest powszechnie szanowana. Czym można tłumaczyć tego typu zachowania i postawy? Jak zatem analizować kulturę zdrowotną z perspektywy odpowiedzialności?

Słowa kluczowe: zdrowie, wartość zdrowia, edukacja, odpowiedzialność.

Wstęp

Zdrowie jest kategorią szeroko ukonstytuowaną społecznie. Nie bez podstawy jest sądzić, iż warunkuje homeostazę życia zarówno pojedynczych jednostek, jak i całych zbiorowości ludzkich: „Od dawna zauważono, że człowiek i w ogóle organizmy żywe dążą do pewnej stabilności, która jest warunkiem egzystencji

* Dr hab., Kierownik Zakładu Teorii Wychowania i Pedeutologii Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego.

w otoczeniu ogromnych i często nieprzyjaznych sił przyrody. Jednocześnie każda grupa interesuje się cielesnymi właściwościami swoich członków. Zainteresowanie to ma swoje źródło w tym domniemanym wpływie, jaki cielesne właściwości osobnika w przekonaniu grupy wywierają na jego rolę społeczną, tj. na wykonywanie jego obowiązków względem grupy jako całości i względem innych członków” [19]. W prezentowanym ujęciu zdrowie jest warunkiem *sine qua non* pomyślności społecznej. Tę pomyślność definiuje się przez pryzmat realizacji powziętych przez społeczność celów działania grupy, zoperacjonalizowanych przepisanyymi do ról przydzielanych poszczególnym jej członkom. W analogiczny sposób (i w oparciu o wywołaną kategorię interesów grupowych) zbiorowość przydziela rolę dewianta osobie chorego [17].

Zatem edukacja **zdrowotna, która jest naszym kulturowym być albo nie być**, odgrywa w tym procesie rolę niepoślednią – ma za zadanie, tak kształtować młode pokolenie, by sprostało stawianym mu wymaganiom społeczno-kulturowym w obszarze zdrowia [4, 18].

Kultura zdrowotna – perspektywa edukacyjna

Jeżeli założymy, że funkcjonuje współzależność, dwukierunkowość w obszarze działań: kultura zdrowotna – człowiek, człowiek – kultura zdrowotna (zgodnie z tezą: „człowiek tworzy kulturę, jest jej nosicielem i odbiorcą, a także manipuluje kulturą jako pewnym narzędziem z życia zbiorowym”) [9], to wskazane jest sformułowanie niezmiernie szerokiej definicji kultury zdrowotnej. Jej zakres treściowy może mieć formę: Kultura zdrowotna jest bardzo szerokim repertuarem społecznie przekazywanych, jak również wewnątrz-pokoleniowo generowanych koncepcji dotyczących zdrowia, a więc np., jak żyć w sposób zdrowy oraz co sądzić o bliższym i dalszym otoczeniu (świecie) zarówno w kategoriach ogólnych zdrowia, jak i w odniesieniu do konkretnych aspektów życia w aspekcie zdrowia. Jednoznacznie z powyższego wynika, że, po pierwsze, kultura zdrowotna jest zjawiskiem społecznym i, oczywiście, nie można jej analizować w oderwaniu od społeczeństwa. Wprawdzie kształtuje ona indywidualny, związany ze zdrowiem styl życia, a jednostki mogą kształtować życie społeczno-zdrowotne, jednak na pewno istnieje ona tylko dzięki życiu zbiorowości. Po drugie, kultura zdrowotna jest rzeczywistością historyczną (oczywiście zmienną) o wymiarze techniczno-użytkowym, jak również symbolicznym (język, magia, sztuka). Fakt ten przyczynia się do możliwości jej opisywania, jak również szukania zasad jej działania. Po trzecie, kultura zdrowotna ma charakter instrumentalny i jest elementem całości w sensie funkcjonalnym oraz jest zbiorem zjawisk wyuczonych (oczywiście nie jest przekazywana na drodze biologicznej, ale

w procesie uczenia się: intencjonalnego i nieintencjonalnego, świadomego i nieświadomego naśladownictwa). I wreszcie, po czwarte, kultura zdrowotna jest specyficznym mechanizmem adaptacyjnym (jak i komunikacyjnym) człowieka. Fakt ten jest bezpośrednio potwierdzany przez pryzmat tworzenia sposobów adaptacji np. grup społecznych do określonego środowiska naturalnego.

Kultura zdrowotna jest szeroko rozumianym systemem informacyjnym o bardzo zróżnicowanym poziomie szczegółowości. W rzeczy samej zaliczyć do niego można nie tylko mikrosystemy kultury zdrowotnej (np. sposoby kiszenia kapusty przez polskich górali), ale również idee zdrowotne – makrosystemy odnoszące się do działań wspólnot społecznych, społeczeństw. Uważny Czytelnik w tym miejscu zada pytania: Czy na kulturę zdrowotną składają się tylko zachowania o charakterze normatywnym? Czy czasami nie jest tak, że kultura utrwała przekaz zachowań niesprzyjających zdrowiu (zachowań antyspołecznych [2], ryzykownych), a nie tylko treści powszechnie akceptowane – z perspektywy zdrowotnej – przez jakąś grupę społeczną [10]? Czy zatem, między innymi ze względów edukacyjnych – nie jest wskazane zawężenie pojęcia kultury zdrowotnej (stworzenie partykularnej teorii kultury zdrowotnej) poprzez zawarcie w niej mniejszej ilości „elementów”? Być może – z perspektywy ich ułożenia i wzajemnych związków oraz relacji z innymi zagadnieniami – zasadne staje się takie ujęcie owych elementów kultury zdrowotnej, które to z jednej strony będą utożsamiane z planami wobec życia, schematami myślenia, czy też schematami oceniania i wykonywania konkretnych zadań, a z drugiej zaś z wiedzą o zdrowiu i możliwością jej zastosowania.

Zasadne staje się również zwrócenie uwagi na dwa elementy – tworzące niejako koncepcje „zdrowotnego modelu kultury”¹ (modelu o charakterze teoretycznym i oczywiście perspektywie partykularnej). Pierwszy, o charakterze kognitywnym odnosi się do paradygmatów tworzenia świata wokół wartości „zdrowia” i „zdrowie” [6], drugi natomiast ma charakter publiczno-kulturowy i związany jest z wielowiekowym procesem tworzenia wytworów językowych

¹ Według E. Nowickiej (2000, s. 91) określenie „model kultury” bliskie jest pojęciu „wzór kultury” (które nie ma nic wspólnego z pojęciem „wzoru kulturowego”, czyli narzędzia służącego do podziału kultury na elementy analityczne). Zdrowotny model kulturowy jest formułą pozwalającą na zrozumienie zasady scalającej poszczególne wzory postępowania i myślenia w obszarze zdrowia, które umożliwiają teoretyczne ujęcie kultury zdrowotnej jako względnie samodzielnej całości. W literaturze spotkać można jeszcze inne określenia utożsamiane z pojęciem „wzór kultury”, takie jak: „styl”, „konfiguracja”, „geniusz kultury”, „główna zasada” czy „podstawowa orientacja”. Wzory kultury – jak zaznacza J. Niżnik (1985, s. 59) (o charakterze teoretycznym) mogą mieć następujące zastosowania: jako narzędzie opisu, charakterystyki oraz porównania kultury w makroskali; nazwa dla zbioru cech przesądzających o trwaniu danej kultury i jej odrębności; narzędzie opisu określonej kultury (w tym ujęciu analizowano model kultury zdrowotnej). Ujęcie funkcjonalne tego modelu może odnosić się do np. czynności wytwarzania pożywienia).

(słownych) oraz gromadzenia wiedzy z obszaru zdrowia. Ponieważ konfiguracje powyższe mają charakter nie tylko ogólnospołeczny, ale również jednostkowy, to należy stwierdzić, że oba wymiary powinny być ze sobą zgodne. Jest to jak najbardziej możliwe w przypadku niewielkich zbiorowości, w których bardzo rzadko dochodzi do działań alternatywnych, czy też konfliktów wokół wartości „zdrowia” i „zdrowie”. Trudno jednocześnie założyć, aby całe współczesne społeczeństwo, bez wyjątków, było podporządkowane jednej wartości (bez możliwości np. podporządkowania jej innym wartościom). Trzeba przy tym zaznaczyć, że:

- związki w obrębie modelu pomiędzy wartościami „zdrowie” i „zdrowia” i regularnością zachowań mają charakter nie tylko logiczny, ale również psychologiczny w sensie świadomościowym;
- wszelkie reguły odnoszące się do realizacji zdrowotnych planów są również zdrowotnymi modelami kulturowymi (bo mieszczą się w wyznaczonych wyżej obszarach).

Drugi – wspomniany element – o charakterze kognitywnym, odnosi się do wielowiekowego procesu tworzenia wytworów językowych w obszarze zdrowia. L. Dyczewski [3] pisze, że kultura społeczeństwa jest tworzona tylko poprzez takie elementy, jak również ich powiązania, które są podstawą międzyosobowej komunikacji w ramach tego społeczeństwa. Można zatem stwierdzić, że „[...] sensory symboliczne mogą być realizowane [...] tylko wówczas, gdy nadawca i odbiorca dzielą wspólne przekonanie lub rozpoznają reguły konwencji kulturowych” [5]. Zatem, aby zanalizować człowieka z perspektywy jego funkcjonowania w obszarze kultury zdrowotnej, należy odnieść się do „wnętrza” języka „[...] który dostarcza jedyne go dostępu, jaki jednostka ma do rzeczywistości” [15]. Zatem komunikaty językowe z obszaru zdrowia będą nie tylko nośnikami informacji, ale również przekazami, których interpretacja powinna być tożsama lub bardzo bliska nadawcy. Wszelkie trudności z odbiorem hamują komunikację, bo przecież niejasny, czy też niejednoznaczny przekaz, nie przyczyni się do wywołania oczekiwanych, pozytywnych emocji, czy działań o charakterze zdrowotnym (jest to zagadnienie, które w sposób bezpośredni odnosi się do odpowiedzialności). **Zatem w celowo zorganizowanym przekazie informacyjnym o charakterze zdrowotnym ważne staje się właściwe rozpoznanie aktualnych kompetencji z obszaru zdrowia**, tak, aby w odpowiedni sposób dobrać formę komunikatu zdrowotnego, w którym przecież niejednokrotnie zawarty jest komponent emocjonalny. Warto w tym miejscu – z powyższej perspektywy – zwrócić uwagę na przekazy medialno-zdrowotne, których forma informacyjna powinna prowadzić młodego człowieka nie tylko do sytuacji „wiem to i to”, ale przede wszystkim do odczucia „rozumiem to”. Nie chodzi bowiem tylko o to, aby młody człowiek odtwarzał określone wiadomości, zachowania, bądź też

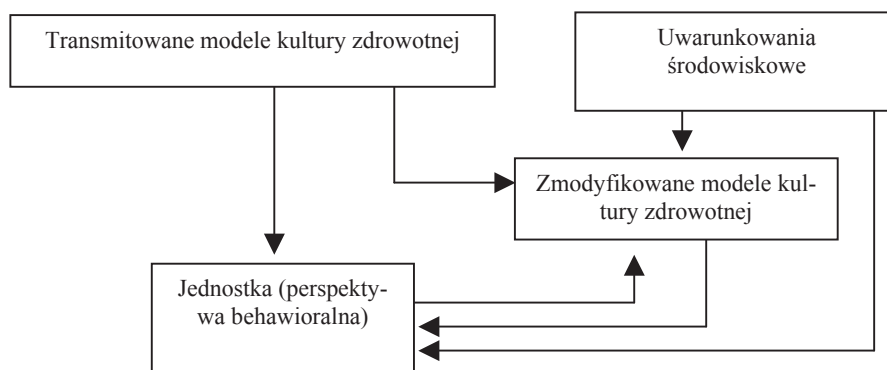
przyjmował wskazane wzory, lecz o nastawienie do ich istoty, o filiacje postaw sprzyjających zdrowiu, które pojawiają się tylko wtedy, kiedy nastąpi poznanie ich sensu i zaakceptowanie go.

W tym miejscu wydaje się zasadne pytanie: Czy potrzebny jest – z perspektywy edukacyjnej – kulturowy model zdrowotny? Odpowiedź na to pytanie w aspekcie tworzenia przez nie dwóch grup – odnoszących się do „kulturowych modeli zdrowotnych stworzonych dla czegoś” lub „kulturowych modeli zdrowotnych czegoś” – jest oczywista. Można założyć (bez względu na grupę), że mogą być one przydatne podczas wykonywania bardzo zróżnicowanych zadań poznawczych z obszaru zdrowia, wyznaczania celów działań zdrowotnych (zrozumieć działania i motywy innych) lub kierowania procesem aktualizacji celów dla zdrowia, a przede wszystkim mogą przyczyniać się z perspektywy wytworów werbalnych do realizacji wszystkich projektów zdrowotnych oraz interpretacji ich wyników. W powyższych aspektach ważne jest to, aby kulturowe modele zdrowotne ze swej istoty były nie tylko pełne i logiczne, ale również zaspokajały potrzeby ludzkie, co niewątpliwie przyczyni się do ich wewnętrznej równowagi. Jednocześnie zasadne jest również stwierdzenie, że realizacja kulturowych modeli zdrowotnych może charakteryzować się sprzecznościami z perspektywy niepełnego dopasowania do potrzeb osobowościowych jednostek (np. psychicznie nieprzystosowanych), co by znaczyło, że jednostki te nie mieszczą się w określonej konfiguracji kulturowego modelu zdrowotnego.

Dla dalszych rozważań ważna jest próba odpowiedzi na pytanie odnoszące się do sposobów przyswajania powyższych modeli. Wydaje się, że można je ująć z perspektywy co najmniej dwóch procesów: dziedziczenia przez pryzmat socjalizacji (przede wszystkim pierwotnej) oraz nabywania tzw. wewnątrz-generacyjnego w obrębie grup rówieśniczych, naśladownictwa od znaczących innych, nauczania i pośrednio w wyniku przekazów medialnych. Należy również odnotować, że zdrowotne modele kulturowe nie są tożsame z zachowaniami zdrowotnymi. Przecież dwoje ludzi o identycznych zestawach kulturowo nabytych dyspozycji zdrowotnych może preferować inne zachowania, w zależności od rodzaju środowiska w którym przebywają.

Innym problemem związanym z analizowaniem modelu kultury zdrowotnej jest ewentualna jego modyfikacja. W poniższym schemacie (ryc. 1) ujęto zmodyfikowane modele kultury zdrowotnej, które utożsamiane są z efektami zmian w dziedziczonych modelach kultury zdrowotnej przez pryzmat błędnych transmisji w trakcie nauczania, czy też naśladowania. Do omawianego obszaru włączyć również można efekty wynikające z procesów dostosowywania się do środowiska (radzenia sobie) z perspektywy wielości prób i popełnianych błędów. Jeżeli chodzi o uwarunkowania środowiskowe, to zaliczyć do nich można, m.in.,

bezrobocie, wpływy grup nieformalnych w miejscu zamieszkania czy programy różnych instytucji związane z kształtowaniem zachowań sprzyjających zdrowiu.



Ryc. 1. Modyfikacja modeli kultury zdrowotnej

Ku odpowiedzialności za kulturę zdrowotną

Totalna medykalizacja życia, rosnące uzależnienie od produktów farmaceutycznych, to elementy, które są coraz częściej dostrzegane przez człowieka z perspektywy wpływu szeroko rozumianego otoczenia społecznego². W wyniku czego można dostrzec u człowieka rosnące, „paniczne” wręcz przekonanie o niepoprawności swojego stylu życia, bo przecież niejednokrotnie niezgodnego z zasadami zdefiniowanymi przez tzw. „profesjonalistów” z zakresu nauk medycznych. Stwarzanie zachowań odnoszących się do zdrowia – poprzez kreowanie poczucia winy u człowieka – niejednokrotnie tworzy przekonanie o traktowaniu go jak „konsumenta”, a zdrowia jak „towaru”. Postawy te, związane z obowiązującą, rozpowszechnioną w społeczeństwie ideą „utrzymania zdrowia, tak jak i samochodu, w dobrym stanie” powodują, że człowiek jest pod ciągłym, nieustającym prężeniem określonego stylu, czy też rytmu życia. Obsesyjne, mechaniczne stosowanie – zmieniających się często – nakazów, zakazów, porad „ekspertów” oraz powielania wzorów propagowanych przez otoczenie społeczne, mogą bezpośrednio prowadzić do powstania np. bulimii lub anoreksji. Wydaje się zatem, że sfera zdrowia współczesnego – przede wszystkim młodego

² Dobrze to ujmuje L. Witkowski (2000, s. 184) pisząc, że kolonizacja „[...] umysłów przez spektakularny wpływ wyrafinowanych technik, wymieniających samodzielne myślenie na bierną konsumpcję wizualną, prowadzi do «nowego analfabetyzmu» mierzonego elementarną wręcz niezdolnością jednostek do krytycznego odnoszenia się do obrazów, tekstów i treści doświadczenia społecznego.

człowieka – jest traktowana w sposób instrumentalny, jako element perswazyjnych przekazów władzy–wiedzy [7]. Można więc stwierdzić, że będąc w wirze konsumpcji cielesno-zdrowotnej, nasze życie nabiera charakteru skomercjalizowanego. W tym przypadku szeroko rozumiana konsumpcja zdrowotna będzie traktowana jako środek komunikowania się z innymi, poprzez sposób wyrażania swojej tożsamości, sposób zaznaczenia swojego miejsca w hierarchii społecznej. Zdrowotne towary o charakterze konsumpcyjnym mogą stanowić istotne elementy kodu, za pomocą którego człowiek będzie kategoryzował siebie i swoje otoczenie³. Konsumpcja zdrowotna może nie tylko pełnić funkcje psychologiczne w życiu człowieka – uspokajając, dowartościowywać, dawać poczucie bezpieczeństwa, ale także – w pewnym sensie – zaspokajając potrzebę kontroli, przynależności, różnorodności w życiu (ale czy należy mówić wtedy o pełnym człowieczeństwie?).

Mając powyższe na uwadze oraz zawarte w tytule sformułowanie „odpowiedzialność” (a odnoszące się do zdrowia własnego, jak również innych), problem ma jednoznaczne odniesienie do przestrzeni życia oraz działania wychowawczego. Oczywiście niejednen Czytelnik może zadać następujące pytania: Dla jakich racji, ważniejszych niż samo zdrowie, powinien w sposób odpowiedzialny troszczyć się o zdrowie? Czy wartość zdrowia należy traktować w sposób powinnościowy? Po pierwsze, racją ważniejszą niż samo zdrowie jest możliwość wzrastania każdego człowieka w doskonałości siebie jako *persona* oraz wartość człowieczeństwa, jako wartości najwyższej. Jak pisze A. Pawłucki [11]: „człowiek żyje dla siebie, dla swojego człowieczeństwa – zabiega zatem o wszystko dla siebie, także o pomnożenie zdrowia po to, by umożliwić sobie pełny udział w projekcie własnym jako osoby, a nie zabiega o zdrowie po to, by poświęcić je następnie, a nawet całego siebie z życiem włącznie, realizacji utopii jakiegoś bytu nieosobowego”. Można zatem sądzić, że nie powinno być zgody na akceptowanie zbywalności odpowiedzialności za zdrowie. Jej brak wynika z faktu, że odpowiedzialność nie należy li tylko do sfery prywatnej, a związana jest m.in. z odpowiedzialnością moralną człowieka (oraz intelektem), który to podmiotuje swoje działania. Jednocześnie, jeżeli przyjmiemy, że odpowiedzialność za zdrowie stanowi atrybut człowieka, to nie można jej człowiekowi odebrać, nie można jej przekazać drugiemu człowiekowi, nie można przecież być częściowo odpowiedzialnym. Mając na względzie odpowiedzialność jako powinność, która jest przyjmowana przez człowieka w związku z pełnioną rolą (nauczyciel – wy-

³ Można w tym miejscu zadać pytanie: Dlaczego, mimo powszechnego przekonania, iż potrawy podawane w McDonald's nie służą zdrowiu, cieszy się on w Polsce (jak i na całym świecie) niesłabnącą popularnością?; Z. Melosik, *McDonald's, zdrowie i przemiany kultury współczesnej*, [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*, M.D. Głowacka (red.), Poznań 2000, s. 308–341.

chowawca, lekarz) to niezbywalność odpowiedzialności za zdrowie ma przede wszystkim znaczenie normatywne. Jak słusznie zauważa M. Nowicka-Koziół „[...] pełnienie ról społecznych implikuje odpowiedzialność, zaś identyfikacja z tymi rolami odpowiedzialność z pewnością potęguje i czyni wewnętrznym a nie zewnętrznym obowiązkiem” [1]. Tak rozumiana odpowiedzialność za zdrowie jest na osobę nakładana lub też przez osobę na siebie brana (m.in. w szczególnie sposób odnosi się do nauczycieli) i dotyczy przede wszystkim zadań – o charakterze zdrowotnym – ważnych dla społeczeństwa. Owe zadania stają się również istotne ze względu na ich społeczne znaczenie dla pomnażania zdrowia i, w rzeczy samej – w efekcie finalnym – umożliwiają pełny udział w tworzeniu swojego społeczeństwa [13]. Zatem odpowiedzialne postępowanie odnosi się do sytuacji, w której człowiek zawsze jest świadomy tego, co mówi, czyni oraz przewiduje – z perspektywy czasowej – skutki swoich czynów o charakterze zdrowotnym [12]. Co zatem z odpowiedzialnością sytuacyjną za zdrowie, która to odnosi się do tzw. konieczności wyboru (np. operacje plastyczne), a dotyczącą konfliktu moralnego (konfrontacja dwu lub więcej zasad/wartości)?

Zatem patrząc przez pryzmat odpowiedzialnego działania, w obliczu narastających zjawisk patologii społecznej (ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń zdrowia), należy inspirować taki model działania, który nie tylko będzie miał instytucjonalne, interwencyjno-kompensacyjne nachylenie, ale również taki, który odnosić się będzie do wychowania rodzinnego. Źródłowo zasadą dla odpowiedzialnego organizowania życia społecznego w aspekcie zdrowia jest przede wszystkim dobro osób tworzących to życie. Życie odpowiedzialne tworzą nie zbiorowości, ale poszczególni ludzie (każdy człowiek, będąc bytem relacyjnym, pozostaje w relacji do pozostałych bytów).

Zdrowie nie jest wartością absolutną. Nie jest nią zwłaszcza wówczas, gdy pojmowane jest jedynie jako dobre samopoczucie fizyczne, idealizowane aż do tego stopnia, że dobra wyższego rzędu zostają mu podporządkowane lub są lekceważone. Zdrowie właściwie rozumiane pozostaje jednak jednym z najważniejszych dóbr, za które ponosimy określoną odpowiedzialność, tak że można je poświęcić jedynie w celu osiągnięcia dóbr wyższych, jak wymaga tego czasem służba rodzinie, bliźniemu lub społeczeństwu jako całości. Należy zatem chronić zdrowie i troszczyć się o nie, pojmując je jako fizyczno-psychiczno-społeczną i duchową równowagę człowieka. Niszczenie zdrowia przez uleganie różnym formom nieładu, związanego najczęściej z degradacją moralną człowieka, jest poważnym przewinieniem moralnym i społecznym. Zatem dobro, jakim jest zdrowie, ma tak wielką wartość etyczną, że uzasadnia zobowiązanie społeczeństwa do działań na rzecz jego ochrony i dbania o nie. Wynika to z obowiązku solidarności, która nie pomija nikogo – nawet tych, którzy utracili zdrowie z własnej przyczyny.

Summary

Sanitary Culture – Educational Dimensions (towards Responsibility for Health)

Health (understood as a lack of illness) is undeniably taken as one of the most important values by a major part of every society. It seems that this value – it can be identified with good, activity and well-being – has an universal character and appeals to most of the cultural systems created by the humans. Health – as a value being the main factor determining attitudes and health behaviours – should be given a suitably high position in the hierarchy of demands and aspirations of every human being. Nevertheless, it should be pointed out, that on one hand health is a value that in social awareness is commonly recognised, understood and accepted, but on the other hand (what we often experience ourselves) is not commonly respected. What can explain that kind of attitudes?

Key words: health, health value, education, responsibility.

Bibliografia

- [1] Chałas K. (2003): *Wychowanie ku wartościom. Elementy teorii i praktyki*, t. 1, *Godność, wolność, odpowiedzialność, tolerancja*. Wyd. „Jedność”, Lublin – Kielce, s. 187.
- [2] Chmal T., *Konserwatywna rewolucja*, „Rzeczpospolita”, nr 135 z dnia 12.06.2002. W tolerancyjnej Danii rozpoczęła się dyskusja nad granicami pornografii. Wywołało ją zdjęcie kobiety kopulującej z osłem. Dyskusji jednak nie wywołali intelektualiści czy moralisci, ale obrońcy praw zwierząt.
- [3] Dyczewski L. (1995): *Kultura polska w procesie przemian*. Lublin, s. 93.
- [4] Fedyn B. (2007): *Wychowanie do zdrowia*. „Życie Szkoły”, nr 9.
- [5] Ferencz K. (2003): *Konteksty edukacji kulturalnej. Społeczne interesy i indywidualne wybory*. Zielona Góra, s. 155.
- [6] Kowalski M., Gawel A. (2006): *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków.
- [7] Kowalski M., Drożdż M. (2008): *Przemoc i zdrowie w obrazach telewizyjnych. Edukacja przez „codziennosc” telewizyjną*. Kraków.
- [8] Niżnik J. (1985): *Symbole a adaptacja kulturowa*. Warszawa.
- [9] Nowicka E. (2000): *Świat człowieka – świat kultury. Systematyczny wykład problemów antropologii kulturowej*. Warszawa, s. 60.
- [10] Pawłucki A. (1999): *Kultura zdrowotna jako zadanie edukacyjne*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, nr 3, s. 91–94.
- [11] Pawłucki A. (2002): *Osoba w pedagogice ciała*. Wyd. OSW, Olsztyn, s. 16.

- [12] Rybakowski M. (red.) (2007): *Bezpieczeństwo człowieka. Konteksty i dylematy*. Zielona Góra.
- [13] Mazur P. (2006): „Nowy człowiek” – wychowanie ku pełni człowieczeństwa. [w:] *Wychowanie ku wartościom*. J. Zimny (red.), Stalowa Wola, s. 193–198.
- [14] Melosik Z. (2000): *McDonald’s, zdrowie i przemiany kultury współczesnej*. [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. M.D. Głowacka (red.), Poznań.
- [15] Melosik Z. (1993): *Epistemologia postmodernizmu*. [w:] *Nieobecne dyskursy*. cz. III, „Studia Kulturowe i Edukacyjne”, Z. Kwieciński (red.), Toruń, s. 175.
- [16] Witkowski L. (2000): *Edukacja i humanistyka: nowe konteksty humanistyczne dla nowoczesnych nauczycieli*. Warszawa.
- [17] Uramowska-Żyto B. (1980): *Medycyna jako wiedza i system działań*. Wrocław, s. 49–50.
- [18] Wolny B. (2007): *Edukacja zdrowotna w zreformowanej szkole – rola i zadania nauczyciela*, [w:] B. Kaldon (red.), *Profilaktyka, resocjalizacja, rewali-dacja – pomocą w rodzinie*, Sandomierz – Stalowa Wola, s. 169–183.
- [19] Znaniecki F. (1973): *Socjologia wychowania. Urabianie osoby wychowan-ka*. Warszawa, s. 221.