

Anna Śladek

Zdrowie jako obszar uczenia się (między)pokoleniowego

Streszczenie: Współcześnie podkreśla się znaczenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, co wpływa także na wzrost znaczenia edukacji zdrowotnej. Jednym z ważniejszych obszarów uczenia się zdrowia są relacje międzyludzkie, w szczególności w rodzinie czy relacjach nieformalnych. Celem niniejszego opracowania jest zarysowanie obszarów uczenia się zdrowia w relacjach między pokoleniami na podstawie analizy literatury przedmiotu. Odwołując się do koncepcji M. Mead, można wyróżnić trzy rodzaje relacji między pokoleniami jako obszarów uczenia się zdrowia: uczenie się od starszych pokoleń, uczenie się od rówieśników, uczenie się od młodszych pokoleń. Ten pierwszy obszar uczenia się zdrowia jest najszerzej reprezentowany w literaturze przedmiotu, obejmujący głównie kształtowanie wzorców zachowań zdrowotnych w rodzinie poprzez uczenie się społeczne i asocjacyjne. W drugim obszarze wpływ rówieśników na proces uczenia się zachowań zdrowotnych jest najczęściej ujmowany w kontekście oddziaływania szkoły, a więc dotyczy dzieci i młodzieży. Brak natomiast opracowań na temat wpływu rówieśników, ale w odniesieniu do ludzi dorosłych i starszych. W trzecim obszarze uczenia się zdrowia pojawia się niewielka liczba opracowań. Choć dostrzega się rolę rodziny, w tym młodszych pokoleń dla kształtowania zachowań prozdrowotnych ludzi starszych, to jest to nadal obszar nie do końca zbadany, obfitujący jednak w wiele pytań.

Słowa kluczowe: Zdrowie, uczenie się społeczne, relacje międzypokoleniowe.

Wstęp

Zdrowie stanowi dla człowieka ważną wartość, na co wskazują liczne badania¹. Często jest to jednak wartość deklarowana, która niekoniecznie znajduje odzwierciedlenie w konkretnych działaniach na rzecz własnego zdrowia. Jest ono jednocześnie pewnym potencjałem, zasobem, którym dysponuje człowiek

¹ Z jednej strony można tu wyróżnić badania dotyczące ogólnie systemu wartości, w tym również wartości zdrowia (por. *Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_099_10.PDF; *Cele i dążenia życiowe Polaków*, 2010, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_161_10.PDF). Z drugiej są to także badania dotyczące konkretnie wartości zdrowia (por. Puchalski, 1997; *Zdrowie i styl życia w Polsce*, 2007, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_138_07.PDF).

w ciągu życia. Jednak musi on nauczyć się z niego czerpać oraz go wzmacniać, aby starczyło mu go na całe życie. Współcześnie podkreśla się rolę indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie własne oraz innych. Wpływa to także na wzrost znaczenia edukacji zdrowotnej. Obok jej zinstytucjonalizowanych form jednym z ważniejszych obszarów uczenia się zdrowia są relacje międzyludzkie, w szczególności w rodzinie. Celem niniejszego opracowania jest analiza na podstawie literatury przedmiotu obszarów uczenia się zdrowia w relacjach międzypokoleniowych.

Środowiskowe uwarunkowania kształtowania przekonań i zachowań zdrowotnych

Zdrowie bywa definiowane na wiele sposobów, jako brak choroby, wartość, zasób, potencjał, dobrostan, proces (Heszen, Sęk, 2007, s. 46–60). Obok definicji naukowych wyróżnić można także potoczne sposoby rozumienia zdrowia (Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 24–27). Naukowcy dążą do opracowania modeli zdrowia, które pozwoliłyby na całościowe ujęcie ich uwarunkowań i składających się nań elementów. Człowiek ujmując zdrowie zgodnie z własnymi doświadczeniami, które z kolei zależą odczynników kulturowych, społecznych, ale także indywidualnych. Rozpatrywanie zdrowia jako obszaru uczenia się warto rozpocząć od zwrócenia uwagi na wielość jego definicji i ich zmienność, co znajduje przede wszystkim wyraz w zmianie modeli ujmowania zdrowia. Wskazują one także na zmiany w sposobie określania źródeł jego uczenia się.

W modelu biomedycznym zdrowie rozumiane jest jako brak choroby. W tym ujęciu głównym źródłem procesu uczenia się zdrowia są specjaliści. To oni są odpowiedzialni za rozpoznanie chorób i ich leczenie, a w kontekście społecznym za podjęcie działań profilaktycznych, czyli zapobieganie czynnikom ryzyka. Profesjonaliści posiadają niezbędną wiedzę dotyczącą chorób i zapobiegania im, którą przekazują innym. W tym ujęciu dbanie o zdrowie oznacza przestrzeganie zaleceń specjalistów (Heszen, Sęk, 2007, s. 62–63; Woynarowska, 2008, s. 26–27).

W modelu holistyczno-funkcjonalnym zdrowie jest z kolei rozumiane jako proces adaptacji w celu osiągnięcia dynamicznej równowagi między systemami. W tym ujęciu zaznacza się rolę aktywności człowieka w podejmowaniu odpowiedzialności za własne zdrowie. Jego rozwinięciem jest model socjoekologiczny, który ujmując zdrowie człowieka jako część całego systemu relacji z otoczeniem i środowiskiem. Obok wielu wymiarów wewnętrznych zdrowia samego człowieka akcentuje się także równowagę człowieka z podsystemami jego otoczenia. W tym rozumieniu zdrowie człowieka jest warunkowane wpływami z jego bliższego i dalszego otoczenia oraz własną aktywnością. Jednocześnie wskazuje się także na odpowiedzialność człowieka za kształtowanie zdrowia i jego warunków

w swoim własnym otoczeniu. Jest on odpowiedzialny nie tylko za zdrowie własne, ale też za zdrowie swoich bliskich oraz całego środowiska, w którym żyje. Oba te ujęcia przyczyniły się do zwrócenia uwagi na ogromną rolę stylu życia człowieka oraz wpływu środowiska życia na kształtowanie własnego zdrowia (Heszen, Sęk, 2007, s. 63–66; Woynarowska, 2008, s. 27–30).

Warty podkreślenia jest także salutogenetyczny model zdrowia w ujęciu Aarona Antonovsky'ego. Przedstawił on zdrowie w ujęciu procesualnym, w którym na jednym biegunie znajduje się zdrowie, a na drugim choroba. Człowiek w ciągu życia przesuwają się nieustannie na tym kontinuum. A. Antonovsky skoncentrował się na badaniu czynników sprzyjających budowaniu zdrowia, czyli procesie radzenia sobie ze stresogennymi wyzwaniami płynącymi z otoczenia wewnętrznego i zewnętrznego, co pozwala na utrzymanie zdrowia. Za proces tej adaptacji odpowiada poczucie koherencji, czyli zdolność rozumienia bodźców płynących z otoczenia, zdolność wykorzystania posiadanych zasobów własnych lub znajdujących się w otoczeniu do poradzenia sobie z trudnościami oraz zdolność do traktowania tych trudności jako wyzwania wartego zaangażowania i podjęcia wysiłku. Ujmując skrótowo, jest to „ogólne nastawienie orientacyjne, wyrażające trwałe i dynamiczne przekonanie o przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego” (Heszen, Sęk, 2007, s. 81). Ten model zdrowia zwrócił przede wszystkim uwagę na czynniki osobowe i społeczne, które mają wpływ na kształtowanie umiejętności radzenia sobie z sytuacjami przeciążającymi, przekraczającymi możliwości człowieka (Antonovsky, 2005; Heszen, Sęk, 2007, s. 76–89).

W kolejnych modelach zdrowia można zauważyć ewolucję sposobu jego pojmowania oraz poszerzanie zakresu czynników je warunkujących w toku życia człowieka. Rozwój promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej wiązał się z dostrzeżeniem nieskuteczności oddziaływań zapobiegających chorobom poprzez ograniczanie dostępności czynników ryzyka. Ich miejsce zajęła szeroko rozumiana profilaktyka oraz budowanie zasobów zdrowia jednostki i społeczeństwa. Pośród uwarunkowań kształtowania zdrowia człowieka wymienia się przede wszystkim: czynniki podmiotowe i środowiskowe. Do czynników podmiotowych zalicza się między innymi: przekonania na temat zdrowia oraz postawy, wiek, poziom samoakceptacji oraz indywidualny styl życia. Do czynników środowiskowych kształtowania zdrowia zalicza się między innymi: wpływ rodziny, grup rówieśniczych, szkoły oraz lokalnego środowiska. Ważne są także czynniki kulturowe, jak usytuowanie zdrowia w systemie normatywnym oraz przekaz medialny dotyczący zdrowia.

Człowiek uczy się, czym jest zdrowie, jak o nie dbać w procesie socjalizacji. O ile początkowo w tym procesie uczenie się dotyczące zdrowia ma charakter raczej mimowolny, to w miarę rozwoju ten proces może stać się coraz bardziej świadomy i zamierzony. Inni ludzie mogą stanowić wsparcie, służyć radą lub przykładem w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia.

Uczenie się w kontaktach z innymi ludźmi nosi nazwę uczenia się społecznego. Twórcą tej teorii uczenia się jest Albert Bandura. Opiera się ona na założeniu, że sposób zachowania się człowieka jest nabyty i kształtowany w toku relacji i obserwacji społecznych. Wymienia się dwie główne formy uczenia się społecznego: naśladowanie polegające na wiernym kopiowaniu zachowań wzorca oraz modelowanie polegające na wzorowaniu się na zachowaniach modelu, ale dostosowywaniu ich indywidualnie do wymagań sytuacji, wykraczających poza sytuację obserwowaną. W procesie uczenia się społecznego czynniki podmiotowe i środowiskowe determinują się wzajemnie. Pod wpływem obserwowanych zachowań innych ludzi człowiek kształtuje zachowania własne, ale także swoje poglądy na dany temat. W ten sposób formują się jego postawy względem określonych obszarów życia, w tym także wobec zdrowia. Czynniki sprzyjającymi skuteczności procesu modelowania są: znaczenie osoby modelu, czy to osoba znacząca, lubiana i szanowana; gdy obserwator dostrzega pewne podobieństwo między sobą a modelem; pozytywne konsekwencje zachowania modelu, czyli nagradzanie; jeśli zachowanie modelu mieści się w zakresie możliwości i umiejętności obserwatora, wówczas także wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia modelowanych zachowań (Wojnarowska, 2008, s. 116–117; Jeżewska-Zychowicz, Pilska, 2005, s. 409). Czynniki te wskazują, że proces modelowania jest szczególnie skuteczny w tych relacjach społecznych, w których występują silne więzi emocjonalne, wspólne spędzanie czasu i podejmowanie działań w różnych sytuacjach oraz możliwość obserwowania wielu zachowań i ich powtarzalność. Z tego względu szczególnego znaczenia nabiera uczenie się społeczne w środowisku rodzinnym, ale także w grupie rówieśniczej czy klasie szkolnej.

Dotyczy to również uczenia się zdrowia. Bezspornie najważniejszym środowiskiem kształtowania poglądów oraz zachowań zdrowotnych jest rodzina. Od urodzenia dziecko podlega opiece rodziców, a dbanie o zdrowie jest ważną częścią tego procesu. Stopniowo wraz z nabywaniem samoświadomości i rozwojem indywidualnych kompetencji człowiek zaczyna podejmować własną odpowiedzialność za swoje zdrowie, dokonywać wyborów pro- lub antyzdrowotnych. Z tego względu obok rodziny ważnym środowiskiem wpływającym na kształtowanie się poglądów i zachowań zdrowotnych są grupy rówieśnicze oraz szkoła. W nich dziecko kształtuje swoje postawy wobec zdrowia, które w późniejszym dorosłym życiu będzie mogło świadomie rozwijać lub modyfikować. Zwraca się bowiem uwagę, że okres dzieciństwa i młodości to najistotniejszy czas dla kształtowania zachowań zdrowotnych młodego człowieka, natomiast począwszy od okresu dojrzewania rozpoczyna się ich stopniowa modyfikacja i indywidualna autokreacja (Wojnarowska, 2008, s. 217–219). W tym kontekście chciałabym zwrócić uwagę na znaczenie relacji międzypokoleniowych w procesie uczenia się zdrowia przez całe życie.

Relacje międzypokoleniowe jako przestrzeń uczenia się zdrowia – przegląd badań

Rola środowiska społecznego w kształtowaniu zdrowia jednostki i społeczności jest bezsporna, co podkreśla się w literaturze przedmiotu (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011). Panuje jednak przekonanie, że proces uczenia się zdrowia w relacjach społecznych nie jest w pełni rozpoznany i zrozumiały, w związku z czym istnieje zapotrzebowanie na badania w tym kierunku. Pojawiają się przy tym pytania: Jak przebiega proces uczenia się poglądów i zachowań dotyczących zdrowia w poszczególnych środowiskach? W jakich relacjach? W jakim stopniu poszczególne aspekty i wymiary zdrowia są przedmiotem uczenia się w tych środowiskach? Jakie są uwarunkowania tego uczenia się? Pytania te stanowiły punkt wyjścia analizy literatury przedmiotu. Badania dotyczące roli uczenia się społecznego w zakresie zdrowia nie należą jednak w Polsce do licznych, więcej podejmowanych jest za granicą (Jeżewska-Zychowicz, Pilska, 2005, s. 408; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011, s. 65).

Inspiracją do zwrócenia uwagi na rolę uczenia się zdrowia w relacjach międzypokoleniowych stała się koncepcja Margaret Mead, w której wyróżniła ona trzy typy kultury i transmisji wzorów między pokoleniami (Mead, 2000). W kulturze postfiguratywnej podstawową funkcję socjalizacyjną pełnią starsi, czyli dziadkowie i rodzice. To oni przekazują młodszym pokoleniom wzorce, wartości, normy, aby przygotować ich do funkcjonowania w społeczeństwie. Z kolei w kulturze kofiguratywnej przekaz wartości i norm odbywa się głównie w obrębie pokolenia. Każde pokolenie uczy się od rówieśników, zmiany społeczne powodują bowiem, że przekaz ze strony starszych członków społeczeństwa nie przystaje do rzeczywistości, jest niewystarczający. Ostatnim typem jest kultura prefiguratywna, w której transmisja wzorów zachowań, norm, wartości przebiega od pokoleń młodszych ku starszym. Ma ona miejsce w społeczeństwach, w których procesy zmian są tak gwałtowne, że pokolenie dorosłych i starszych nie nadąża za nimi, tak jak pokolenie młodszych. To ci ostatni stają się przewodnikami, nauczycielami w tym świecie, w którym zdobyta wcześniej wiedza i doświadczenie nie wystarczają, aby go rozumieć i zaadaptować się w nim w pełni. Można zatem powiedzieć w oparciu o koncepcję Margaret Mead, że mamy do czynienia z procesem uczenia się w trzech obszarach relacji między pokoleniami: uczenia się młodszych od starszych, uczenia się od rówieśników oraz uczenia się starszych od młodszych. Na podstawie analizy literatury przedmiotu podjęłam próbę zarysowania zagadnień dotyczących uczenia się zdrowia w wymienionych trzech obszarach relacji między pokoleniami.

Pierwszy obszar relacji międzypokoleniowych jest w literaturze reprezentowany najszerszej. W szczególności podkreśla się znaczenie rodziny, w niej głównie rodziców, dla kształtowania zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży.

Pośród uwarunkowań rodzinnych tego procesu wskazuje się między innymi na znaczenie takich czynników, jak: siła związków rodzinnych, relacje między małżonkami, struktura życia rodzinnego, atmosfera w rodzinie, style wychowania i postawy wychowawcze rodziców, styl komunikacji w rodzinie, dobry kontakt z dzieckiem, wsparcie ze strony rodziców w sytuacjach trudnych, zaangażowanie i monitorowanie zachowań dziecka oraz stopień kontroli jego zachowań, właściwe wzorce zachowań zdrowotnych modelowane przez rodziców oraz ich styl życia, kompetencje rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej. Obok powyższych uwarunkowań wskazuje się także na duże znaczenie czynników ekonomiczno-społecznych oraz warunków życia, w prezentowanym ujęciu mają one jednak wpływ pośredni na proces uczenia się poprzez relacje społeczne (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011, s. 65–75; Woynarowska, 2008, s. 219–220; Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 161–180; Bulska, 2008, s. 32–39). Obok czynników warunkujących kształtowanie przekonań i zachowań zdrowotnych w literaturze podkreśla się także znaczenie rodzajów uczenia się społecznego oraz asocjacyjnego, które najbardziej sprzyjają kształtowaniu zdrowia w relacjach społecznych, głównie w rodzinie oraz grupach rówieśników (Jeżewska-Zychowicz, Pilska, 2005; Ogden, 2011).

Pośród wymiarów i aspektów zdrowia podejmowanych w analizowanych badaniach najwięcej dotyczy kształtowania zachowań żywieniowych (Jeżewska-Zychowicz, Pilska, 2005; Ogden, 2011; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011). Duża liczba badań dotyczy także uwarunkowań stosowania różnego rodzaju używek (głównie picia alkoholu, palenia papierosów oraz zażywania środków psychoaktywnych). Zagadnienia te są najczęściej podejmowane w kontekście wpływu środowiska, gdzie obok rodziny wskazuje się na podstawowe znaczenie edukacji szkolnej i środowiska rówieśniczego. Obok tego ważnym zagadnieniem opisywanym w literaturze są także uwarunkowania podejmowania zachowań ryzykownych wśród młodzieży. W niektórych badaniach analizuje się także wpływ rodziny na aktywność fizyczną i sposoby spędzania czasu wolnego przez młodzież (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011; Hrubá, Žaloudíková, 2009). Istotną kwestią podejmowaną w badaniach dotyczącą zdrowia w kontekście relacji w rodzinie jest też sytuacja choroby (Kawczyńska-Butrym, 2009; Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 161–180).

Ogólnie można zauważyć, że w badaniach dominuje poszukiwanie rodzinnych czynników warunkujących kształtowanie zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Natomiast w mniejszym stopniu zwraca się uwagę na sam proces uczenia się w relacjach między rodzicami a dziećmi. Warto jednak podkreślić zaznaczoną w badaniach siłę i znaczenie transmisji przekonań i wzorców zachowań dotyczących zdrowia w rodzinie, które są przekazywane od pokoleń starszych do młodszych. Przede wszystkim akcentuje się znaczenie wzorców zachowania rodziców związanych z ich stylem życia, co ma ogromny wpływ na zachowania zdrowotne podejmowane przez dzieci, dotyczy to w szczególności odżywiania,

aktywności fizycznej, stosowania używek (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011, s. 67–68; Hrubá, Žaloudíková, 2009, s. 197–201). Jednocześnie podkreśla się, że największe znaczenie w tym procesie mają matki. Przykładowo, za najsilniejszy predyktor zachowań żywieniowych córek uznaje się poziom ograniczeń żywieniowych matki oraz postrzegane przez nią ryzyko wystąpienia nadwagi u córek (Ogden, 2011, s. 39). Przypuszczalnie rola kobiet w opiece nad zdrowiem rodziny jest większa i to one uczą zachowań zdrowotnych swoje dzieci, tak jak same kiedyś były uczone przez swoje matki. Przekaz ten przechodzi zatem z pokolenia na pokolenie. Jak silny może to być przekaz, ukazują badania dotyczące żywienia dzieci przez matki, które we własnej diecie przestrzegają zasad ograniczających spożycie kalorycznych i niezdrowych produktów. Okazało się, że w stosunku do swoich dzieci nie stosują one tych samych zasad, co uzasadniają większą wagą wartości odżywczej produktów i ich długofalowym wpływem na zdrowie (Ogden, 2011, s. 39). Wydaje się zatem, że te badania wskazują przede wszystkim na uczenie się pewnych wzorców zachowań dotyczących zdrowia w różnych jego obszarach. Przekaz ten jest często nie w pełni uświadamiany, ponieważ dotyczy codziennych sytuacji życiowych, a główną rolę odgrywa w nim proces modelowania.

Ważnym aspektem uczenia się zdrowia w relacjach rodzinnych jest także kwestia zdrowia psychospołecznego, czyli kształtowania sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz rozwijania w tym celu umiejętności życiowych. Z tym zagadnieniem powiązane jest wsparcie społeczne w rodzinie i jego znaczenie dla zdrowia jej członków (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011; Heszen, Sęk, 2007). Zagadnienia te są dość szeroko reprezentowane w literaturze, zwłaszcza w zakresie psychologii zdrowia. Na szczególną uwagę zasługują tu badania dotyczące znaczenia rodziny w kształtowaniu poczucia koherencji (Antonovsky, 2005, s. 91–106; Heszen, Sęk, s. 87–88; Zwoliński, 2003, s. 135–146; Kosińska-Dec, Jelonekiewicz, 2003, s. 147–161; Worsztynowicz, 2003, s. 163–176). Ponadto duże znaczenie przypisuje się analizom dotyczącym kształtowania umiejętności życiowych. W tym zakresie częściej można odnaleźć wpływ edukacji zdrowotnej w szkole, choć pojawiają się również badania dotyczące wpływu rodziny (Wasylewicz, 2000).

W obszarze uczenia się zdrowia od starszych pokoleń warto także zwrócić uwagę na jeszcze jeden wątek, związany z tzw. tendencją „powrotu do natury”, którą można zauważyć zwłaszcza w przekazach medialnych (czasopismach, poradnikach, stronach internetowych)². W kontekście uczenia się zdrowia można tu między innymi wskazać: poszukiwanie naturalnych, domowych sposobów leczenia się, pielęgnacji ciała, ale także zdrowego odżywiania opartego na dawnych

² Przykładowo, wpisanie hasła „powrót do natury” w wyszukiwarce www.google.pl odsyła nas do 1 960 000 wyników, a dookreślenie hasła „powrót do natury a zdrowie” – do 1 060 000 wyników [19.03.2014].

przepisach. Wydaje się, że przekaz taki może mieć miejsce również w relacjach rodzinnych, w czym szczególną rolę mogą pełnić osoby starsze (zwłaszcza kobiety). W tym kontekście interesujących danych dotyczących uczenia się w relacjach międzypokoleniowych dostarczają badania antropologiczne poświęcone zagadnieniu medycyny ludowej (Kalinowska, Żuchowicz, 2007). Z definicji ten rodzaj medycyny wiąże się z przekazem tradycyjnych metod leczenia z pokolenia na pokolenie (tamże, s. 3). Okazuje się, że medycyna ludowa nie jest ograniczona tylko do dawnych metod leczniczych, ale poszerza się wciąż o nowe elementy wiedzy ludowej dotyczącej zdrowia i choroby. Ponadto autorki zwróciły uwagę, że wiedza ta ma zarówno charakter ekspercki, który reprezentują zielarki, ale też lekarze czy szpital oraz potoczny (amatorski), który przekazywany jest ludziom w różnym wieku oraz przez media (książki, radio, czasopisma). Oba typy wiedzy wzajemnie się przenikają i uzupełniają, a pośród osób przekazujących wiedzę dominują osoby starsze, ale dostrzega się również posługiwanie się nią przez młodszych członków społeczności (tamże, s. 10–15). Wydaje się, że przekaz wiedzy dotyczący tradycyjnych sposobów leczenia i dbania o zdrowie może mieć zdecydowanie szerszy zasięg i może stanowić interesujący obszar badań dotyczących uczenia się w tym zakresie.

Drugi obszar uczenia się zdrowia w relacjach międzypokoleniowych dotyczy relacji między rówieśnikami, czyli w obrębie jednego pokolenia. Znaczenie ma tu zarówno rodzeństwo, jak i rówieśnicy z grup nieformalnych, w których młodzi ludzie przebywają i z którymi się identyfikują. Badania wskazują na niejednoznaczność tego wpływu, co zależne jest od charakteru grupy i rodzaju modelowanych zachowań. Pośredniczący wpływ może mieć także charakter relacji z rodzicami. Im lepsze relacje młodzieży z rodzicami, tym mniejszy negatywny wpływ rówieśników (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011, s. 70).

Kwestią wartą uwagi są także badania wskazujące na znaczenie przekazu dotyczącego zachowań prozdrowotnych jako czynnika wyróżniającego pokolenie. Witold Wrzesień w swoich badaniach dotyczących charakterystyki kolejnych pokoleń polskiej młodzieży zauważył, że jedną z cech charakterystycznych generacji tzw. Dzieci Transformacji³ była moda na zdrowy styl życia, która wiązała się ze wzrostem zainteresowania dbaniem o sylwetkę i kondycję, a co się z tym wiąże szerszym podejmowaniem aktywności fizycznej, uczęszczaniem na siłownię czy saunę (Wrzesień 2009, s. 67). Moda ta może wskazywać na zmiany społeczno-kulturowe, pod wpływem których młode pokolenie było zmuszone szukać własnych rozwiązań dotyczących wzorców zachowań zdrowotnych, gdyż te wcześniejsze nie były już wystarczające. Można sądzić, że znalazło to między innymi potwierdzenie w wynikach badań dotyczących zachowań zdrowotnych Polaków.

³ To termin wprowadzony przez autora, a wskazujący na pokolenie urodzone w latach 1971–1976, stanowiące jedną z trzech bliskich generacji Pokolenia Końca Wieku, których proces wkraczania w dorosłość wiązał się z okresem transformacji. Szerzej na ten temat: Wrzesień, 2009.

Wyróżniono w nich dwie grupy o odmiennym stylu dbania o swoje zdrowie: podejmujących zachowania zdrowotne głównie o charakterze medycznym i prewencyjnym oraz podejmujących zachowania prozdrowotne, związane ze zdrowym stylem życia i unikaniem zachowań ryzykownych. W tej pierwszej grupie dominowali ludzie starsi, natomiast w tej drugiej – ludzie młodzi (Wojnarowska 2008, s. 71). Przypuszczalnie ludzie młodzi w swoich zachowaniach zdrowotnych kierowali się bardziej wzorcami zachowań swoich rówieśników z krajów zachodnich niż zachowaniami swoich rodziców czy dziadków.

W analizowanych badaniach wskazuje się w szczególności wpływ rówieśników na kształtowanie zachowań żywieniowych, aktywności fizycznej i sposobów spędzania czasu wolnego oraz stosowania używek i podejmowania zachowań ryzykownych. Wpływ ten może mieć charakter pozytywny i negatywny. Zwrócono również uwagę na znaczenie rówieśników w prowadzeniu edukacji zdrowotnej. Ten rodzaj edukacji zyskał miano edukacji rówieśniczej. W Polsce jest ona raczej słabo obecna w porównaniu z krajami zachodnimi. Zwraca się uwagę na pewne jej znaczenie w przypadku edukowania młodzieży w zakresie niebezpieczeństwa stosowania środków psychoaktywnych czy ryzykownych zachowań seksualnych (Wojnarowska 2008, s. 195–198).

W obszarze uczenia się zdrowia od rówieśników warto też zwrócić uwagę na znaczenie portali i forów społecznościowych, w ramach których ludzie coraz częściej poszukują wsparcia informacyjnego, a czasem również emocjonalnego. Badania wskazują, że ludzie poszukują w internecie w szczególności informacji dotyczących: objawów chorób, sposobów leczenia, dostępności specjalistów oraz jakości podejmowanego przez nich leczenia, alternatywnych form leczenia, sposobów odżywiania, aktywności fizycznej, kosmetyków itd. Pośród użytkowników Internetu poszukujących informacji na temat zdrowia dominują kobiety i ludzie młodzi w przedziale wieku 15–35 lat (Raport „Internetowe serwisy o zdrowiu”, 2009; Raport „Portale medyczne i zdrowie”, 2009). Wydaje się, że ten proces uczenia się można odnieść właśnie do relacji rówieśniczych w obrębie pokolenia, przede wszystkim biorąc pod uwagę wiek użytkowników. Jednym z wyznaczników znaczenia rówieśników w procesie uczenia się jest także poczucie podobieństwa. Ten czynnik wydaje się odgrywać znaczenie w przypadku uczestników forów i portali społecznościowych.

Trzecim obszarem uczenia się zdrowia w relacjach między pokoleniami jest uczenie się starszych od młodszych. Jest on najsłabiej reprezentowany w badaniach, a warto tu wskazać na kilka ciekawych aspektów. Często ten rodzaj uczenia się międzypokoleniowego jest ukazywany jako dopełnienie przekazu młodszym od starszych (Pavlovská, Remsová, 2008; Pavlovská, 2009; Wasylewicz, 2012). Podkreśla się, że oba pokolenia mogą się wzajemnie od siebie uczyć, zależne jest to jednak od procesu komunikacji między nimi. W tym kontekście jednak tematyka zdrowia jako obszaru uczenia się starszych od młodszych podejmowana jest sporadycznie. Przykładem mogą być badania dotyczące wpływu relacji

między dziadkami i wnukami na nabywanie przez obie grupy kompetencji kluczowych. Autorka zwróciła przede wszystkim uwagę na to, że wnuki często rozwijają dzięki swoim dziadkom kompetencje związane z radzeniem sobie w trudnych sytuacjach, uczą się cierpliwości, pokory. Natomiast dziadkowie uczą się od swoich wnuków między innymi czynnego wypoczynku, otwartości na nowości i spontaniczności, ale też tolerancji i wyrozumiałości (Wasylewicz, 2012).

W tym kontekście warto zaakcentować pewne aspekty procesu uczenia się ludzi starszych od młodszych, które dotyczą sfery zdrowia, a są słabo reprezentowane w literaturze przedmiotu. Po pierwsze, na uwagę zasługuje rola ludzi młodych w kształtowaniu nastawienia i motywacji osób starszych do podejmowania aktywności fizycznej i bardziej aktywnego stylu życia, w tym również zmiany nawyków żywieniowych. Na ten aspekt zwraca się uwagę w literaturze, ale nie spotkałam badań, które opisywałyby ten proces uczenia się. Przykładowo, zauważalna wśród młodych ludzi (zwłaszcza dziewcząt) tendencja do dbania o figurę, co wiąże się ze zmianą ich diety, nie pozostaje bez wpływu na pozostałych członków rodziny. W literaturze przedmiotu pojawiają się w tym kontekście głównie badania dotyczące rodzinnych uwarunkowań zaburzeń odżywiania (Ziółkowska, 2009). Jednak sama zmiana zachowań żywieniowych nastolatka może mieć również wpływ na zachowania żywieniowe czy zdrowotne całej rodziny. Matki i babcie, które najczęściej zajmują się w domach przygotowywaniem posiłków, zostają w tej sytuacji często postawione przed faktem zapoznania się z „tajnikami” zdrowego odżywiania, zwłaszcza jeśli nie chcą pozostawić dziecka bez dozoru. Jaki jednak wpływ mają zmiany w zachowaniach żywieniowych nastoletnich dzieci na ten rodzaj zachowań zdrowotnych u ludzi dorosłych i starszych w rodzinie? Jak przebiega ten proces uczenia się? Wydaje się, że warto jest to zbadać. Podobnie może wyglądać sytuacja uczenia się innych zachowań zdrowotnych, na przykład związanych z aktywnym stylem spędzania czasu wolnego.

Kolejnym interesującym zagadnieniem związanym z wpływem ludzi młodych na zachowania zdrowotne ludzi starszych są działania formalne organizowane przez różnego rodzaju organizacje czy instytucje zajmujące się między innymi formami promocji zdrowia, także wśród osób starszych. Często instytucje te są prowadzone przez ludzi młodych i to oni opracowują ofertę zajęć. Od ich świadomości często zależy, jakie możliwości aktywnego spędzania czasu będą mieli ludzie starsi. Badania ukazują, że w tym względzie nadal występują braki, ale następują stopniowe zmiany, zwłaszcza w liczbie ofert oraz ich ukierunkowaniu na ludzi starszych. Nadal większość w tym względzie kierowana jest do ogólnego odbiorcy, co może prowadzić raczej do przyciągania ludzi młodych, a odstraszenia starszych (Woźniak, Tobiasz-Adamczyk, Brzyska, 2009). Wydaje się jednak, że stopniowo także w tym obszarze następują powolne zmiany, co jest związane z dostrzeganiem procesu starzenia się społeczeństw. Zwraca się uwagę, że ludzie starsi zaczynają być coraz poważniej traktowani jako istotna grupa konsumentów, a to powoduje wzrost liczby ofert kierowanych bezpośrednio do nich (Sladek, 2011).

Podsumowując, można zauważyć, że w każdym z trzech wyróżnionych obszarów relacji międzypokoleniowych – na podstawie koncepcji Margaret Mead – pojawiają się istotne zagadnienia dotyczące uczenia się związanego ze zdrowiem. Najliczniejsze wydają się tu badania dotyczące przekazu i uczenia się ludzi młodszych od starszych. Mniej badań znajdziemy w obszarze uczenia się od rówieśników. Tutaj dominują raczej badania dotyczące wpływu szkoły i rówieśników na edukację zdrowotną dzieci i młodzieży. Najmniej jest natomiast badań dotyczących uczenia się zdrowia przez starszych od młodszych. Ten obszar wydaje się nabierać jednak większego znaczenia.

Podsumowanie

Analiza literatury przedmiotu skłania do wniosku, że proces uczenia się społecznego w relacjach między pokoleniami może stanowić istotną podstawę teoretyczną wyjaśniania procesu kształtowania i modyfikowania postaw wobec zdrowia w ciągu życia. Problematyka zarysowana w wyróżnionych – w koncepcji Margaret Mead – trzech obszarach uczenia się międzypokoleniowego pozwala wysunąć wniosek, że jest wiele interesujących, niezbadanych zagadnień dotyczących uczenia się zdrowia, które warto poddać eksploracji.

Przede wszystkim zauważalna jest dysproporcja w zakresie uwagi poświęcanej w literaturze poszczególnym obszarom. Najszerzej jest w niej reprezentowany proces uczenia się od starszych w procesie socjalizacji, głównie w środowisku rodzinnym. W tym procesie starsi, głównie rodzice, kształtują poglądy i wzorce zachowań dotyczących zdrowia młodszego pokolenia. Badacze są zgodni, że rodzina stanowi kluczowe środowisko życia młodych ludzi, mające istotny wpływ na rozwój ich świadomości oraz postaw wobec zdrowia i zdrowego stylu życia. W tym kontekście przeważają jednak badania czynników środowiskowych i społeczno-kulturowych, natomiast w mniejszym stopniu podejmowana jest analiza samego procesu uczenia się dzieci od rodziców czy dziadków. Warto jednak podkreślić, że znaczenie społecznego uczenia się zachowań zdrowotnych oraz badanie tego procesu jest coraz szerzej dostrzegane w literaturze (Jeżewska-Zychowicz, Pilska, 2005; Ogden, 2011). Pośród różnych wymiarów i aspektów zdrowia w tym obszarze uczenia się w analizach najczęściej podejmowane są zagadnienia dotyczące zdrowego odżywiania się, ograniczenia stosowania używek, radzenia sobie w sytuacjach trudnych (w tym badanie wpływu rodziny na poczucie koherencji) oraz aktywnego spędzania czasu wolnego.

W drugiej kolejności w literaturze przedmiotu możemy odnaleźć opracowania poświęcone wpływowi rówieśników na kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Stanowią one drugi z wyróżnionych obszarów uczenia się zdrowia w obrębie pokolenia. Aspekt ten jest najczęściej rozpatrywany

w kontekście edukacji zdrowotnej w szkole oraz wzajemnych relacji między różnymi siedliskami życia dzieci i młodzieży. Tutaj również pośród głównych aspektów i wymiarów zdrowia analizuje się zachowania żywieniowe, aktywność fizyczną i sposoby spędzania czasu wolnego oraz stosowanie używek i podejmowanie zachowań ryzykownych. Trzeci obszar uczenia się poglądów i zachowań zdrowotnych w relacjach między pokoleniami, czyli uczenia się starszych od młodszych, wydaje się wciąż terenem mało rozpoznanym badawczo.

W tym miejscu warto także wskazać kilka wybranych wątków związanych z uczeniem się we wspomnianych powyżej relacjach między pokoleniami, które jednak w badaniach nie są mocno eksponowane. Wspólnie zarysowują one pewien zakres problematyki, związanej z uczeniem się szeroko pojętego zdrowia w relacjach międzypokoleniowych, który wart jest dalszej eksploracji badawczej.

W pierwszym obszarze uczenia się międzypokoleniowego niedostrzegana jest rola najstarszego pokolenia w procesie uczenia postaw zdrowotnych najmłodszego pokolenia. Ich wpływ jest często zapośredniczony przez poglądy i wzorce zachowań zdrowotnych rodziców, które nabyli oni we wcześniejszym procesie socjalizacji. Niedostrzeganie wpływu dziadków na wychowanie zdrowotne wnuków jest być może przejawem szerszego procesu ograniczania relacji międzypokoleniowych w rodzinie. Wraz z zanikaniem rodzin wielopokoleniowych codzienne relacje między dziadkami i wnukami ulegają stopniowemu zmniejszeniu. Z drugiej strony dziadkowie nadal często stanowią podporę rodziców w procesie wychowania i opieki nad dziećmi, co pozwala pytać o ich rolę w edukacji zdrowotnej wnuków.

Ponadto warto zwrócić też uwagę na pewne procesy społeczno-kulturowe, które mogą powodować, że rola najstarszego pokolenia w przekazie dotyczącym zdrowia może w pewnych aspektach wzrastać. Wzmacniana jest przez mass media moda na „powrót do natury”, czyli poszukiwanie produktów, środków opartych na naturalnych recepturach, tradycyjnych metodach sprzyjających dbaniu o zdrowie, urodę. W tym przekazie najstarsze pokolenie może stanowić ważne źródło wiedzy dla ludzi młodych. Pojawia się jednak pytanie, na ile oni dostrzegają i chcą wykorzystać wiedzę i doświadczenia ludzi starszych w tym zakresie⁴. Ten aspekt uczenia się nie jest jednak eksponowany w badaniach.

Kolejnym ważnym aspektem procesu uczenia się jest zwrócenie uwagi na dwustronność przekazu w relacjach międzypokoleniowych. Nie tylko młodszy uczy się od starszych, ale też starsi mogą uczyć się od młodszych. Zmiany spo-

⁴ Znaczenie może mieć w tym względzie także sytuacja na rynku. Analiza poradników dotyczących dbania o zdrowie, pojawiających się na polskim rynku po 1989 r. wskazuje na zainteresowanie naturalnymi środkami i metodami pielęgnacji i dbania o zdrowie. O ile jednak na początku lat dziewięćdziesiątych XX w. dominowało poszukiwanie takich domowych sposobów, to w początku XXI w. zaczęła się pojawiać tendencja szukania gotowych produktów, gdyż stały się bardziej dostępne na rynku (por. Maj, 2010).

leczo-kulturowe wskazują, że ten rodzaj przekazu odgrywa w procesie uczenia się coraz większe znaczenie. W tym kontekście pojawia się jednak niewiele opracowań eksponujących rolę młodszego pokolenia w kształtowaniu zachowań zdrowotnych pokolenia starszego (zarówno rodziców, jak i dziadków). Podkreśla się co prawda rolę rodziny w tym procesie, ale w małym stopniu akcentuje rolę najmłodszego pokolenia. Zauważalna jest jednak tendencja wzrostu zainteresowania zdrowym stylem życia, szczególnie zdrowym odżywianiem i aktywnym trybem życia, wśród ludzi młodych. Zmiany w stylu życia młodzieży zapewne mają swoje reperkusje w rodzinie. W jakim stopniu młodzi ludzie mają wpływ na poglądy i zachowania zdrowotne rodziców i dziadków? To również problem warty głębszej analizy. W tym kontekście warto też nadmienić, że wpływ ludzi młodych na kształtowanie i modyfikowanie postaw prozdrowotnych wśród starszego pokolenia nie dotyczy tylko sfery rodziny. Odbyna się on również w przestrzeni społecznej. Często właśnie ludzie młodzi organizują warunki i możliwości podejmowania działań prozdrowotnych w środowisku lokalnym. Na ile jednak uwzględniają w tych działaniach ludzi starszych? Czy dostrzegają ich potrzeby? Czy postrzegają ich jako klientów wartych uwagi? Czy zachęcają do podejmowania działań prozdrowotnych? Tutaj także pojawia się wiele pytań, które wymagają poszukiwania odpowiedzi.

Na koniec warto również zwrócić uwagę na obszar uczenia się poglądów i zachowań zdrowotnych od swoich rówieśników. W tym obszarze eksponuje się wpływ rówieśników w grupach dzieci i młodzieży. Natomiast nie dostrzega się w tym zakresie roli wśród ludzi dorosłych. Wydaje się jednak, że przekaz dotyczący zdrowia może stanowić ważny obszar społecznego uczenia się dorosłych od swoich rówieśników.

Podsumowując, należy podkreślić, że uczenie się międzypokoleniowe może stanowić interesującą i płodną poznawczo podstawę pogłębiania wiedzy i rozumienia procesu kształtowania oraz modyfikowania postaw wobec zdrowia wśród dzieci, młodzieży, osób dorosłych i starszych. Na kilka takich zagadnień wartych dalszych poszukiwań badawczych zwróciłam uwagę w niniejszym opracowaniu.

Bibliografia

- Antonovsky A., 2005, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, tłum. H. Grzegółowska-Klarkowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Bulska J., 2008, *Budowanie kompetencji zdrowotnych ludzi w środowisku ich życia*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń.
- Grotberg E., 2000, *Zwiększanie odporności psychicznej, wzmacnianie sił duchowych*, tłum. M. Karwowska-Struczyk, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Heszen I., Sęk H., 2007, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Hrubá D., Žaloudíková I., 2009, *The influence of family on educational antismoking program mes efficacy*, [w:] E. Řehulka (ed.), *School and Health 21. General Issues in health education*, Masarykova univerzita, Brno, s. 197–201.
- Jeżewska-Zychowicz M., Pilska M., 2005, *Zastosowanie teorii społecznego uczenia się do badania zachowań żywieniowych młodzieży i ich uwarunkowań*, „Nowiny Lekarskie”, t. 74, nr 4, s. 408–411.
- Kawczyńska-Butrym Z., 2009, *Rodzina – zdrowie – choroba. Kontekst społeczny i zakres badań empirycznych*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, s. 189–210.
- Kosińska-Dec K., Jelonkiewicz I., 2003, *Zasoby osobiste i rodzinne dorastających a ich zdrowie*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 147–161.
- Maj A., 2010, *Co to znaczy „dbać o zdrowie”? Przemiany zaleceń dotyczących dbałości o ciało na podstawie analizy wybranych poradników pielęgnacji ciała*, [w:] E. Banaszak, P. Czajkowski (red.), *Corpus delicti – rozkoszne ciało. Szkice nie tylko z socjologii ciała*, Wydawnictwo Naukowe Difin, Warszawa, s. 82–104.
- Mead M., 2000, *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*, tłum. J. Hołówka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ogden J., 2011, *Psychologia odżywiania się*, tłum. R. Andruszko, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Pavlovská M., 2009, *Stories, teenagers and grandparents*, [w:] E. Řehulka (ed.), *School and Health 21. General Issues in Health Education*, Masarykova univerzita, Brno, s. 143–151.
- Pavlovská M., Remsová L., 2008, *Story – bridge between generations*, [w:] E. Řehulka (ed.), *School and Health 21. Social and Health Aspects of Health Education*, Masarykova univerzita, Brno, s. 45–50.
- Puchalski K., 1997, *Zdrowie w świadomości społecznej*, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejsu Pracy, Łódź.
- Śladek A., 2011, *Prozdrowotny styl życia ludzi starszych – konieczność czy przywilej?*, [w:] E. Górnikowska-Zwolak, M. Wójcik (red.), *Soma i psyche w edukacji dojrzałych wiekiem kobiet i mężczyzn*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda w Mysłowicach, Mysłówice, s. 67–87.
- Tobiasz-Adamczyk B., 2000, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Worsztynowicz A., 2003, *Doświadczenie wsparcia rodzicielskiego a poczucie koherencji dorastających*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 163–176.
- Woynarowska B., 2008, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., 2009, *Promocja zdrowia osób starszych w Polsce w świetle badań prowadzonych w projekcie healthPROelderly – wypracowanie opartego na faktach przewodnika dotyczącego promocji zdrowia wśród osób starszych*. „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne”, nr 90 (4), s. 459–464.
- Wrzesień W., 2009, *Europejczy poszukiwacze. Impresje na temat współczesnego pokolenia polskiej młodzieży*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N., 2011, *Zachowania zdrowotne młodzieży. Uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Ziółkowska B. (red.), 2009, *Opetanie (nie)jedzeniem*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Zwoliński M., 2003, *Wewnętrzne zasoby rodziny a poczucie koherencji dorastającego dziecka: ujęcie systemowe zrealizowane za pomocą modelowania równań strukturalnych*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 135–146.

Netografia

- Cele i dążenia życiowe Polaków*, 2010, Komunikat z badań BS/161/2010, Warszawa, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_161_10.PDF [12.03.2014].
- Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków*, Komunikat z badań BS/99/2010, Warszawa [online], http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_099_10.PDF [16.03.2014].
- Kalinowska K., Żuchowicz K., 2007, *Medycyna ludowa. Raport z badań*, http://www.antropologia.isns.uw.pl/wp-content/uploads/Medycyna_ludowa.pdf [12.03.2014].
- Raport „Portale medyczne i zdrowie”, marzec 2009, Gemius SA, <http://www.gemius.pl/pl/raporty/2009-08/01> [12.03.2014].
- Raport „Internetowe serwisy o zdrowiu”, marzec 2011, Polskie Badania Internetu, <http://www.pbi.org.pl/index.php/ida/42/?getFile=54:0> [19.03.2012].
- Wasylewicz M., *Komunikacja międzypokoleniowa a nabywanie kompetencji kluczowych*, http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Balogova1/pdf_doc/10.pdf [12.03.2014].
- Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, 2007, Komunikat z badań nr BS/138/2007, Warszawa, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_138_07.PDF [12.03.2014].

Health as (Inter)generational Field Learning

Summary: In our times attention is paid to the issue of broadening of an individual's responsibility for one's and another's health. It influences on growth of meaning of health education. Interpersonal relationships are one of the most important parts of health learning. Especially there are important family and informal groups relationships. The aim of this paper is describing health learning areas in the relationship between generations. It is done on base of literature analysis. There are three areas of health learning in the relationship between generations – based on conception of M. Mead – learning from elders, learning from peers and learning from youngsters. The first area of health learning is the broadest represented in the literature. It mostly includes the shaping of patterns of health behavior in family throughout social and associative learning. In the second area the influence of peers on process of learning of health behavior is the most often understood in the context of health education at school, so it concerns youth and children. However, there is lack of papers about peers' influence but in the context of adult and elder people. In the third area of health learning a small number of papers can be observed. Although the role of family is noticed – including younger generations for shaping pro-health behavior of elders – it still seems to be not well researched area abounding with many questions.

Key words: Health, social learning, relationships between generations.