

CZĘŚĆ VI

Zdrowie społeczne

1. Zdrowie społeczne · 473

Monika Wójta-Kempa

1.1. Wprowadzenie · 473

1.2. Człowiek jako istota społeczna · 473

1.2.1. Człowiek w relacjach międzyludzkich · 473

1.2.2. Zdrowie jako zjawisko społeczne · 475

1.2.3. Społeczne rozumienie zdrowia · 477

1.3. Zdrowie społeczne · 479

1.3.1. Definicja zdrowia społecznego · 479

1.3.2. Koncepcja zdrowia społecznego w ujęciu historycznym – rozwój rozumienia zdrowia społecznego · 481

1.3.2.1. Starożytne i wschodnie koncepcje zdrowia społecznego · 481

1.3.2.2. Przełom nowożytny i narodziny biomedycznego modelu zdrowia – czy „maszynie” potrzebne są relacje? · 482

1.3.2.3. Rozszerzenie definicji zdrowia w XX w. · 482

1.3.2.4. Model biopsychospołeczny i współczesne podejścia do zdrowia · 483

1.3.3. Zdrowie społeczne jako zasób jednostki · 484

1.3.3.1. Zdrowie społeczne jako ilość i jakość więzi społecznych · 484

1.3.3.2. Zdrowie społeczne jako zdolność do pełnienia ról społecznych · 485

1.3.3.3. Zdrowie społeczne jako część szerszego środowiska życia · 486

1.3.3.4. Funkcja ochronna zdrowia społecznego – dostęp do wsparcia społecznego · 486

1.3.3.5. Zdrowie społeczne jako fundament dobrostanu · 487

1.3.3.6. Zdrowie społeczne jako fundament zdrowia fizycznego i psychicznego · 488

1.3.3.7. Zdrowie społeczne jako kapitał społeczny jednostki · 488

1.3.4. Jak dbać o zdrowie społeczne? · 489

1.4. Wpływ relacji społecznych na zdrowie · 493

1.4.1. Czy zdrowie społeczne chroni nas przed chorobą? · 494

1.4.2. Kontakty społeczne jako zagrożenie dla zdrowia · 495

1.4.3. Zdrowie społeczne podczas choroby · 497

1.4.4. Zagrożenia dla zdrowia społecznego · 498

1.4.5. Relacje międzyludzkie – jak nawiązywać relacje i je podtrzymywać · 501

1.5. Rodzina jako element utrzymania zdrowia społecznego · 503

1.5.1. Wartość rodziny w życiu człowieka · 503

1.5.2. Powiązania pomiędzy rodziną i zdrowiem · 505

1.5.2. Czynniki wpływające na **atmosferę** w rodzinie. Rola dziecka w budowaniu dobrej atmosfery w rodzinie · 506

Piśmiennictwo · 509

2. Komunikacja interpersonalna · 512

Magdalena Syrkiewicz-Świata · 512

2.1. Wprowadzenie do komunikacji interpersonalnej · 512

2.1.1. Istota komunikacji interpersonalnej · 512

2.1.2. Cele i funkcje komunikacji · 514

2.1.3. Rola komunikacji w życiu społecznym · 515

2.2. Proces komunikacji interpersonalnej · 516

2.2.1. Elementy procesu komunikacyjnego · 516

2.2.2. Modele komunikacji · 517

2.2.3. Bariery komunikacyjne i sposoby ich [przezwyciężania](#) · 522

2.3. Formy komunikacji interpersonalnej · 525

2.3.1. Komunikacja werbalna · 526

2.3.2. Komunikacja niewerbalna · 527

2.3.3. Komunikacja pisemna · 529

2.4. Style komunikacji · 529

2.4.1. Style komunikacyjne · 529

2.4.2. Dopasowanie stylu komunikacji do sytuacji i odbiorcy · 532

2.4.3. Komunikacja w konflikcie – strategie rozwiązywania sporów · 534

2.4.4. Mediacje · 537

2.5. Aktywne słuchanie · 540

2.5.1. Techniki aktywnego słuchania · 540

2.5.2. Znaczenie empatii w komunikacji · 540

2.5.3. Błędy w słuchaniu i ich konsekwencje · 542

Piśmiennictwo · 546

Zdrowie społeczne

Monika Wójta-Kempa

Zakład Humanistycznych Nauk o Zdrowiu, Studium Nauk Humanistycznych i Społecznych,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

1.1. Wprowadzenie

Szkoła jest miejscem przygotowania do życia w zbiorowości – swoistym laboratorium, w którym uczniowie powinni zdobywać kompetencje niezbędne do pełnienia ról społecznych, zawodowych i obywatelskich. Moduł dotyczący zdrowia społecznego w edukacji zdrowotnej prowadzonej w środowisku szkolnym powinien uwzględniać rozumienie życia wspólnotowego i kształtować umiejętności: komunikacji, empatii, rozwiązywania konfliktów oraz współpracy, które są kluczowymi zasobami w życiu osobistym i zawodowym. Edukacja w tym zakresie ma na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, agresji, przemocy, dyskryminacji i mowie nienawiści oraz kształtowanie postaw prospołecznych i obywatelskich. Jej celem jest także zwiększenie odporności psychicznej (ang. *resilience*) uczniów poprzez realizację potrzeb bezpieczeństwa, przynależności i akceptacji. Kształtowanie zdrowych postaw społecznych przekłada się na lepsze zdrowie publiczne, zwiększając solidarność, pomoc wzajemną i odpowiedzialność za innych (np. w sytuacjach epidemii, kryzysów). Światowe organizacje rekomendują edukację zdrowotną uwzględniającą zdrowie społeczne, by zapobiegać chorobom cywilizacyjnym i poprawiać dobrostan całych populacji.¹

1.2. Człowiek jako istota społeczna

1.2.1. Człowiek w relacjach międzyludzkich

Nikt z nas nie żyje w próżni społecznej. Przez całe nasze życie uczymy się od innych tego, co jest ważne, co powinno być celem życia (zdrowie, pieniądze, dzieci itp.) i tego, jak traktować siebie i osoby dookoła. Bez innych ludzi trudniej osiągać cele i realizować plany. Jak podkreśla Rogers, zdrowe relacje polegają na wspieraniu drugiego człowieka w jego samorozwoju, co dobrze oddaje ideę budowy naszego życia i dobrostanu przez interakcje społeczne.² To, że relacje między ludźmi mają ogromne znaczenie, podkreślali już starożytni myślicie, tacy jak Cyncero, który głosił, za Platonem, że „nie urodziliśmy się tylko dla siebie

samych, a części naszego życia domaga się ojczyzna, części przyjaciele”,³ czy Arystoteles twierdzący, że człowiek jest z natury istotą społeczną, a ten, kto żyje poza społecznością z własnej woli, albo jest bestią, albo bogiem.⁴

Istnieją różnorodne formy oddziaływań międzyludzkich: normy społeczne i prawne, wychowywanie (uspołecznianie), kontrakty (umowy, negocjacje), konflikty (wojny), manipulacje (perswazja, symulacja) i wiele innych. Do narzędzi wpływu społecznego zalicza się sposób i formę komunikacji, ale również władzę, perswazję czy manipulację. Oddziaływania międzyludzkie mogą mieć zarówno charakter instytucjonalny (np. diada małżeńska, edukacja, relacja przełożony–pracownik), jak i pozainstytucjonalny (np. związki romantyczne, relacje z dziećmi, przyjaźń). Te warianty i konfiguracje składają się na nasze codzienne funkcjonowanie i tym samym na społeczeństwo. Liczba i różnorodność naszych relacji społecznych są wypadkową wielu czynników, takich jak:

- **cechy indywidualne:** wiek, płeć, osobowość, temperament, status zdrowotny, doświadczenia życiowe;
- **elementy położenia społecznego:** wyznaczone role społeczne, np. bycie rodzicem, zamożność, miejsce zamieszkania, przynależność do grup mniejszościowych, pozycja społeczna rodziny, dostęp do zasobów i wielkość sieci społecznych;
- **cechy środowiska:** ustrój, normy prawne, konflikty, położenie geograficzne i warunki klimatyczne.

„Bycie w społeczeństwie” obejmuje zatem równoczesne relacje o różnym charakterze: przelotne i długotrwałe, proste i złożone, intymne i oficjalne, sformalizowane i spontaniczne. Niektóre z nich bywają tak skomplikowane i złożone, że są dla nas źródłem silnych emocji i zostają utrwalone w postaci wzorców działania, schematów myślenia („zawsze tak robiliśmy”) czy wartości i tęsknot („Chciałbym być szczęśliwy w małżeństwie tak jak moi rodzice”). Ważni dla nas partnerzy, **istotni inni**,⁵ pozostawiają w naszej tożsamości osobistej, wyobraźni i pamięci niewymazywalny ślad. Szczególnie długotrwałe związki, interakcje silnie nacechowane emocjonalnie, przyjmują postać **schematu** – utrwalonego, nieelastycznego sposobu myślenia lub działania. Co ciekawe, schematy bardzo dobrze sprawdzają się w niektórych grupach społecznych – schemat relacji powoduje przewidywalność zachowań partnerów interakcji (np. małżonków, pracowników) i upraszcza podejmowanie decyzji. Niektóre grupy, w których funkcjonujemy, w bardzo wysokim stopniu polegają na procedurach, schematach i systemach. Schematy relacji wiążą się jednak z silnymi oczekiwaniami społecznymi i wymuszaniem niektórych zachowań, włączaniem w niechciane i obciążające role społeczne.

„Niezliczone [są] formy życia społecznego: bycia z innym, dla innego, w innym, przeciw innemu, poprzez innego, w państwie i we wspólnocie, w Kościele i stowarzyszeniu przemysłowym, w rodzinie i w klubie”.

Simmel G. *On Individuality and Social Forms*. Chicago–Londyn: University of Chicago Press; 1971, s. 82

Filozof i socjolog Norbert Elias zadał pytanie: „Czy możliwe jest »ja« bez »my«?”. Odpowiedź dał jednoznaczna: społeczeństwo tworzą jednostki znajdujące się w sieci relacji, czyli układach różnych funkcji, które pełniimy wobec siebie nawzajem, nazwanych przez niego **figuracjami**.⁶ Figuracje to układy wzajemnych zależności. Nikt nie istnieje w pełni autonomicznie, ludzie są powiązani dynamicznymi relacjami (np. nauczyciel–uczeń, rządzeni–rządzący). Elias argumentował, że wraz z rozwojem cywilizacji rosła złożoność układów społecznych, co wywołało konieczność dostosowania się jednostek i ich coraz większą samokontrolę. Ta **wewnętrzna kontrola społeczna** to we współczesnym wydaniu dobre maniery, cywilizowane zachowanie, przyzwoitość. Obecnie ta samokontrola zaczyna dotyczyć coraz bardziej naszego wyglądu, ciała, jego kształtu i estetyki. Zdrowie, ciało i higiena w teorii Eliasa są częścią długotrwałych procesów cywilizacyjnych, w których jednostki internalizują (uwewnętrzniają) normy socjalne i uczą się samokontroli jako elementu funkcjonowania w złożonych figuracjach społecznych. Samodyscyplina okazuje się narzuconym wprawdzie, ale skutecznym sposobem dążenia do zdrowia i sukcesu we współczesnych społeczeństwach.⁷ Sport i zdrowy styl życia to również kwestia samokontroli ciała i emocji.

1.2.2. Zdrowie jako zjawisko społeczne

„Epistemologiczny skandal, powiadam ci, skandal i hańba.
Każdy zna mapę swojego kraju, a nikt nie zna mapy swojego ciała.
(...) Ludzie powinni mieć w domu mapy swojego ciała, jak mają
mapy krajów i świata”.

Tokarczuk O. *Bieguni*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2019

Olga Tokarczuk w powieści *Bieguni* wskazała na „epistemologiczny skandal” w obszarze zdrowia człowieka. Skandaliczne jest to, że nie posiadamy pełnego wglądu w nasze ciała, mimo iż są nam one potrzebne do codziennego funkcjonowania. Nauczyliśmy się poznawać świat i wszechświat, latamy na Księżyc i jeszcze dalej, a tak niewiele wiemy o swojej wątrobie czy tarczycy. Wiele mięśni pracuje bez udziału naszej wiedzy oraz świadomości i nie umiemy ich kontrolować. Nie zostaliśmy wyposażeni w skuteczny system monitorowania własnych parametrów, a natura wyposażyla nas jedynie w niedoskonałe

narzędzie wewnętrznego samopoznania: ból. Jest to skandal, ponieważ poznanie świata powinno obejmować również poznanie samego siebie, w tym struktury anatomicznej i funkcjonowania ciała, które jest podstawowym narzędziem egzystencji i percepcji. Ta ignorancja dotycząca własnego ciała stanowi wstydlivy paradoks cywilizacyjny, bo mimo zaawansowanego poznania świata zewnętrznego tak niewiele wiemy o naszym pierwotnym (wewnętrznym) „ja”. To ograniczenie samopoznania może prowadzić człowieka do alienacji od cielesności, poczucia obcości wobec siebie samego, kryzysu tożsamości i relacji ze światem. Ciało jest dla współczesnego człowieka przedmiotem technologii medycznej, kosmetycznej i sportowej, a nie poznania tożsamościowego.⁸

Nakładając powyższe rozważania na obserwacje otaczającego nas świata, można założyć, że konsekwencją tego epistemologicznego skandalu jest wzorek naszego życia społecznego. Bez innego człowieka nie jesteśmy w stanie poznać samych siebie. Nie możemy również poznać innego człowieka, jeśli nie sprawdzimy, z kim na co dzień przebywa w relacjach i jakie jest jego umiejscowienie społeczne. Niektórzy ludzie są dla nas zatem nauczycielami. Na przykład dzięki medykom poznajemy lepiej nasze psychosomatyczne ciała. Gdy zachorujemy, wchodzimy w interakcję z kimś, kto nasze ciało zna lepiej. Lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta czy ratownik są ludźmi, którzy znają tajniki naszego organizmu i nierzadko potrafią go „naprawić”, zwrócić nam sprawność, siłę, oddech. W kontekście epistemologicznego skandalu niezwykle ważne jest spotkanie z edukatorem, który wyjaśni, co dzieje się z naszym ciałem, jak zapobiegać chorobom i jak można inwestować w zdrowie. Lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta są w pewnym sensie tłumaczami wewnętrznego języka (mechanizmu) ciała, dostarczając wiedzy, do której nie mamy naturalnego dostępu. Amerykański Socjolog Talcott Parsons powiedziałby, że taka właśnie jest ich rola społeczna. Nawiązując do poglądów Eliasa, możemy też skonstatować, że zdrowie jednostki zależy od innych ludzi: rodziców, lekarzy, edukatorów. Ponadto nasze zachowania zdrowotne nie są całkowicie autonomiczne. Ludzie żyjący w sieciach powiązań muszą uwzględniać obecność innych. Inne osoby wpływają na nasze dbanie o zdrowie przez normy kulturowe (określanie tego, co jest zdrowe, co nie), kontrolę społeczną (upomnienia, oceny, pochwały) i wspólne praktyki (np. rytuały higieniczne w rodzinie, styl odżywiania w grupie, rytualne oczyszczania w ramach religii). Moje zdrowe „ja” może się utrzymać jedynie we współpracy z innymi i w wyniku samokontroli jednostek. Przykładem jest tu opieka nad chorym (relacje rodzinne, pielęgniarskie, medyczne) oraz edukacja zdrowotna (rola rodziców, nauczycieli, instytucji).

WHO przekonuje o ważności hasła „Twoje zdrowie w twoich rękach”. Zdrowy rozsądek podpowiada jednak, że nie wszyscy możemy zatroszczyć się o siebie w prawidłowy sposób. Po pierwsze nie wszyscy otrzymują tyle samo zdrowia – jest to przykład zasobu, który jest podłożem nierówności społecznych. Mamy

w społeczeństwie zarówno jednostki dysponujące dużym kapitałem zdrowia, jak i te, które urodziły się chore lub to zdrowie straciły. Po drugie pewne cechy ludzi, takie jak wiek czy wykształcenie, mogą być przeszkodą w realizacji prozdrowotnego stylu życia. Na przykład dzieci czy seniorzy mogą mieć problemy z samodzielną troską o swoje zdrowie z powodu braku dostępu do ważnych zasobów (samodzielności, pieniędzy, możliwości dojazdu do placówek opieki zdrowotnej itp.). Ich zdrowie jest zależne od postaw rodziców czy opiekunów. Z kolei **wyobraźnia socjologiczna** podrzuca do namysłu kwestie takie, jak dylemat matki, która musi wybrać pomiędzy opłaceniem dentysty dla dziecka a wizyty ginekologicznej dla siebie (w Polsce oba typy usług medycznych są w dużym stopniu sprywatyzowane). Zatem czasem dużo istotniejsze w praktyce okazuje się powiedzenie: „Twoje zdrowie w rękach twojej rodziny”.

Najistotniejszy w rozumieniu zdrowia i wszystkich jego wymiarów jest fakt, że możemy innych ludzi wokół nas traktować jako jego źródło. Istotne jest jednak, by to jednostka czuła się podmiotem, podejmującym działania prozdrowotne – co ważne, współdziałającym w tym zakresie z innymi podmiotami. Jest to idea, która towarzyszy dziedzinie zdrowia publicznego i wskazuje na konieczność poszukiwania odpowiedzialnych partnerów w ochronie zdrowia. Zdrowie społeczne zaś, będące odbiciem naszego dobrostanu w relacjach społecznych, jest możliwe do osiągnięcia, gdy spotkamy na swojej drodze ludzi, którzy tak jak my biorą odpowiedzialność za relację i starają się, byśmy odnaleźli w niej poczucie przynależności, akceptacji i pewność, że zostaliśmy otoczeni opieką.

Na te spostrzeżenia o powiązaniach między zdrowiem a relacjami społecznymi warto nałożyć filtr naukowy. W socjologii istnieje wiele teorii i szkół wyjaśniających podłoże relacji społecznych. Mogą to być idee: funkcjonalizmu (role i system społeczny), konfliktu („my” kontra „oni”, walka o zasoby), kooperacji (współdziałanie) czy interakcjonizmu (relacje są zapośredniczone przez ustalone symbole). Fenomenologia i socjologia rozumiejąca tłumaczą natomiast system relacji jednostek jako świat, który istnieje, ponieważ nadają mu one znaczenie. „Rzeczywistość jest zawsze czyjaś” – ta sama sytuacja może jawić się różnym uczestnikom odmiennie. Świat ludzi to świat interpretacji i znaczeń, które nadajemy poszczególnym elementom życia. Nasze emocje, status, religia czy prawo, które nas dotyczy, definiują znaczenie takich zjawisk jak np. współpraca, konflikt, przyjaźń czy małżeństwo.

1.2.3. Społeczne rozumienie zdrowia

Ciekawym rozwinięciem tej teorii jest ukazanie, czym jest zdrowie w perspektywie różnych ludzi i jakie znaczenia nadają mu osoby o różnym statusie zdrowotnym. Osoby chore i cierpiące za swój priorytet uznają często zdrowie i podporządkowują swoje życie odzyskaniu choćby jakiejś jego części czy sprawności.

Powiemy wtedy, że zdrowie ma dla nich **wartość autoteliczną**, najwyższą. Dla osób zdrowych zaś, które codzienne zadania wykonują bez przeszkód, nie doświadczając bólu czy dysfunkcji, charakterystyczne jest odsuwanie na dalszy plan dbałości o zdrowie, które można określić wtedy **wartością instrumentalną**. Sposób definiowania zdrowia może być rozmaity (patrz ramka). Z jednej strony mamy profesjonalną definicję zdrowia jako dobrostanu, ale z drugiej – jak pokazują badania socjomedyczne – dla różnych ludzi ów dobrostan może mieć różne wymiary. Zdrowie jest czasem nie tylko wartością (celem), ale także bywa definiowane jako „równowaga”, „kapitał”, „funkcja” itp. Interesującą typologię postaw wobec własnego zdrowia opisuje także Zofia Kubińska.⁹

Świat ludzi to świat znaczeń. Laickie określenia zdrowia

- stan, status
- zdrowe ciało: siła fizyczna, energia
- wolność, życie wolne od ograniczeń
- zdolność do pracy
- dbanie o siebie, zdrowy styl życia
- ciągła walka o dobre samopoczucie, lepsze wyniki
- samodyscyplina, kontrola, unikanie przesady
- nakaz, obowiązek wobec siebie, rodziny i społeczeństwa
- relacje społeczne, dobre samopoczucie
- część tożsamości (choroba to coś obcego, zewnętrznego, co mnie zmienia)

Społeczne definicje zdrowia

- **Brak choroby**: brak stanu patologicznego, objawiający się w dysfunkcjonalności, niewydolności, niesprawności narządu, organu czy układu w organizmie człowieka (definicja negatywna).
- Definicja WHO z 1946 r.: zdrowie jest stanem zupełnej **pomyślności** fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności” (definicja pozytywna).
- Zdolność do normalnego funkcjonowania organizmu z perspektywy wszystkich jego organów i funkcji; **zdrowie jako norma** i podstawa do określania norm społecznych, **miara sukcesu społecznego** jednostki. Choroba jest zakłóceniem, porażką, pechem (dewiacją).
- Zdolność do adaptacji w zmieniającym się środowisku, zdrowie jako **funkcja** (zdrowie funkcjonalne).

- Pewien potencjał fizyczny i psychiczny dający możliwość rozwijania aktywności (zdrowie jako **kapitał**).
- Wyraz równowagi i harmonii możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych osoby ludzkiej (**homeostaza**).
- Zdrowie może być wartością: **celem kulturowym** (autotelicznym, instrumentalnym). Czasem jest wartością jedynie deklaratywną.

Socjologia zdrowia rozpatruje zjawisko zdrowia w kontekście jego społecznych definicji (profesjonalnych i laickich), tłumaczy, jakie znaczenie ludzie mu nadają temu, ale określa również liczne warunki społeczne, które mają wpływ na zdrowie i zachowania zdrowotne.

Socjologia choroby jest z kolei subdyscypliną socjologii zdrowia, która analizuje społeczne aspekty i konsekwencje doświadczenia choroby, w tym proces jej definiowania, interpretowania i przeżywania przez jednostkę oraz społeczeństwo. Bada, w jaki sposób ten stan wpływa na role społeczne osoby, jej tożsamość, relacje interpersonalne i funkcjonowanie w grupach oraz jak społeczeństwo tworzy kategorie, etykiety i reakcje wobec osób chorych.¹⁰ Bada także społeczną rolę chorego¹¹ oraz interakcje (prawa i obowiązki) pacjentów i personelu medycznego.¹² W tym ujęciu zdrowie rozumiane jest nie jako brak choroby, lecz jako zdolność do funkcjonowania mimo obecności chorób przewlekłych.

1.3. Zdrowie społeczne

1.3.1. Definicja zdrowia społecznego

Zdrowie społeczne to zdolność człowieka do budowania i utrzymywania relacji z innymi, uczestniczenia w życiu społecznym oraz odczuwania wsparcia i przynależności. Obejmuje zarówno aspekty indywidualne (np. kompetencje społeczne), jak i strukturalne (np. warunki życia społecznego, zaufanie społeczne).

Zdrowie społeczne jest zasobem człowieka i integralną częścią zdrowia w ogóle. Jest jednym z trzech równorzędnych, wzajemnie powiązanych jego komponentów obok zdrowia fizycznego i psychicznego. Nie są zhierarchizowane – żaden z nich nie jest nadrzędny ani bardziej fundamentalny dla zdrowia i dobrostanu jednostki.¹³ Zdrowie społeczne wywiera istotny wpływ na wszystkie

pozostałe składniki i powinno być postrzegane jako odrębny, pełnoprawny efekt zdrowotny. Wzmacnianie relacji jednostki z jej otoczeniem stanowi kluczowy czynnik rehabilitacji społecznej w przebiegu każdej choroby, a w szczególności w przypadku schorzeń przewlekłych oraz stanów prowadzących do niepełnosprawności.

Oceniając stan badań w tym obszarze warto zauważyć, że kwestie zdrowia społecznego były ich przedmiotem dużo rzadziej niż w przypadku pozostałych komponentów. Kwestia dobrostanu społecznego człowieka zyskuje na znaczeniu w obecnych czasach, charakteryzujących się wysokim poziomem niepewności i zagrożeń globalnych (takich jak np. pandemia COVID-19, międzynarodowe konflikty zbrojne). Zagrożeniem dla trwałości więzi i dobrostanu społeczności są również: niska dietność, rozpad rodzin, egocentryzm, konsumpcjonizm, konflikty i polaryzacja społeczeństwa, brak kompetencji społecznych, samobójstwa czy uzależnienia.

Zdrowie społeczne opiera się na dwóch filarach: determinantach indywidualnych i społecznych. Dzieje się tak dlatego, że podobnie jak zdrowie fizyczne i psychiczne jest ono mocno związane ze środowiskiem życia jednostki. Do czynników indywidualnych zaliczamy nasze umiejętności komunikacyjne, osobowość, poziom empatii i inne kompetencje społeczne (patrz podrozdział 1.3.3. *Zdrowie społeczne jako zasób jednostki*). Relacje interpersonalne i sieci społeczne odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu zdrowia społecznego jednostki. Bliskie więzi z rodziną, przyjaciółmi czy współpracownikami dostarczają wsparcia emocjonalnego i praktycznego, co może łagodzić stres i przeciwdziałać izolacji społecznej. Silne i pozytywne sieci społeczne sprzyjają poczuciu przynależności, zwiększają poczucie bezpieczeństwa oraz wpływają na zachowania prozdrowotne.

Z kolei czynniki społeczne (strukturalne) to przede wszystkim wysokie zaufanie społeczne, które sprzyja współpracy, integracji i spójności społecznej. W zdrowym środowisku jednostce łatwiej dbać o zdrowie.¹⁴ Rosnąca polaryzacja, silne podziały polityczne, ekonomiczne czy kulturowe (nierzadko napędzane przez media) osłabiają te mechanizmy, pogłębiają konflikty i zwiększają ryzyko wykluczenia społecznego. Dodatkowo czynnikami strukturalnymi w utrzymaniu zdrowia społecznego są warunki życia, ubóstwo czy wykluczenie społeczne. Obecność grup i osób wykluczonych, np. z pewnych praw obywatelskich, sprawia, że rośnie zbiorowy poziom niepokoju o zdrowie („jeśli stracę pracę, nie będę miał ubezpieczenia zdrowotnego, nie będę w stanie się leczyć”). Brak właściwie prowadzonej polityki zdrowotnej i systemów wsparcia socjalnego niekorzystnie oddziałuje na ogólne zdrowie społeczne i dobrostan wspólnoty. Kolejnym uwarunkowaniem zdrowia społecznego jest wpływ globalizacji na zdrowie populacji (wymiar epidemiologiczny – przenoszenie chorób, pandemia) oraz różnice w rozumieniu zdrowia społecznego w różnych kulturach.

Podstawą zdrowego społeczeństwa jest zatem przede wszystkim wysoki poziom zaufania do innych, poczucie akceptacji, możliwość ekspresji siebie bez narażenia na bolesną krytykę i wykluczenie ze strony innych (opisywane jako *cancel culture*) oraz dostęp do opieki zdrowotnej i systemów wsparcia społecznego.

Zdrowie społeczne posiada zatem dwa wymiary: **obiektywny** (poziom integracji społecznej, zaangażowanie w życie grupy, ilość i jakość relacji społecznych, dostęp do wsparcia społecznego) i **subiektywny** (satysfakcja z relacji społecznych, poczucie wsparcia społecznego, poczucie akceptacji, samopoczucie w relacjach z innymi ludźmi). Zachowanie zdrowia społecznego w obu wymiarach wymaga przede wszystkim umiejętności prawidłowej, efektywnej i nieoceniającej komunikacji.

1.3.2. Koncepcja zdrowia społecznego w ujęciu historycznym – rozwój rozumienia zdrowia społecznego

Pojęcie zdrowia społecznego wyłania się z historycznej ewolucji rozumienia zdrowia jako kategorii wielowymiarowej. Definicje zdrowia nie są statyczne – podlegają nieustannej transformacji w odpowiedzi na zmiany w wiedzy teoretycznej, rozwoju badań naukowych oraz uwarunkowania społeczno-polityczne.¹⁵

1.3.2.1. Starożytne i wschodnie koncepcje zdrowia społecznego

W starożytnych i wschodnich tradycjach filozoficznych zdrowie było rozumiane jako stan równowagi i harmonii jednostki z otoczeniem, obejmujący nie tylko aspekt fizyczny, ale również społeczny. W starożytnej Grecji koncepcja zdrowia opierała się na teorii humoralnej Hipokratesa i Galena, według której równowaga 4 humorów (krwi, flegmy, żółci i czarnej żółci) zależała zarówno od czynników biologicznych, jak i od relacji jednostki z jej środowiskiem naturalnym i społecznym. Zdrowie było zatem rozumiane jako efekt harmonijnego współistnienia z otoczeniem i wspólnotą.

We wschodnich systemach filozoficzno-medycznych, takich jak buddyzm, taoizm i konfucjanizm, zdrowie społeczne miało kluczowe znaczenie. W konfucjanizmie zdrowie jednostki było nierozdzielnie związane z umiejętnością wypełniania ról społecznych i utrzymywania harmonijnych relacji w rodzinie oraz społeczeństwie. Buddyzm i taoizm podkreślały natomiast znaczenie życia w zgodzie z naturą i otoczeniem społecznym jako fundamentu zdrowia i dobrostanu.^{16,17}

We wszystkich tych systemach zdrowie społeczne nie było traktowane jedynie jako indywidualna właściwość, ale jako zdolność do życia w harmonii z innymi ludźmi, przyrodą i kosmosem. Takie holistyczne rozumienie zdrowia, integrujące wymiary fizyczne, psychiczne i społeczne, pozostaje aktualne również we współczesnych teoriach zdrowia publicznego i edukacji zdrowotnej.

1.3.2.2. Przełom nowożytny i narodziny biomedycznego modelu zdrowia – czy „maszynie” potrzebne są relacje?

Biomedyczny model zdrowia, wprowadzony do medycyny zachodniej w XIX w., definiuje zdrowie jako brak choroby lub dysfunkcji biologicznej. Opiera się na założeniach redukcjonistycznych, według których zdrowie i choroba są stanami możliwymi do wyjaśnienia wyłącznie w kategoriach biologicznych procesów w ciele jednostki.¹⁸ W tym ujęciu zdrowie społeczne nie jest traktowane jako odrębny wymiar zdrowia, lecz co najwyżej jako czynnik pośredni wpływający na zdrowie fizyczne, np. poprzez wsparcie otoczenia sprzyjające powrotowi do zdrowia somatycznego. Model biomedyczny nie uwzględnia roli relacji społecznych, wsparcia społecznego, integracji czy poczucia przynależności jako komponentów konstytuujących zdrowie danej osoby. Skupia się na jednostkowym i biologicznym wymiarze zdrowia, marginalizując jego kontekst społeczny i kulturowy.¹⁹

Krytycy modelu biomedycznego podkreślają, że ignorowanie zdrowia społecznego prowadzi do redukcjonistycznego rozumienia zdrowia, nieuwzględniającego codziennych doświadczeń choroby i zdrowia w relacjach społecznych.¹² Model ten okazał się skuteczny w wyjaśnianiu chorób zakaźnych, lecz nie obejmował czynników psychicznych i społecznych, co ograniczało jego przydatność w odniesieniu do chorób przewlekłych, dominujących obecnie w wielu krajach.

1.3.2.3. Rozszerzenie definicji zdrowia w XX w.

Rozwijający się w latach 20. XX w. ruch *social hygiene movement* ponownie połączył zdrowie jednostki z jakością środowiska i relacjami międzyludzkimi. Podejmowano wtedy działania w ramach edukacji seksualnej i moralnej, kontroli chorób wenerycznych, poprawy warunków mieszkaniowych i sanitarnych oraz profilaktyki chorób zakaźnych. Była to koncepcja wiążąca zdrowie psychospołeczne jednostki ze środowiskiem społecznym, które może być zarówno korzystne dla zdrowia, jak i może być jego podstawowym zagrożeniem.

Przełomem było utworzenie WHO, która w definicji z 1948 r. określiła zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub ułomności”.¹ Definicja ta podkreśliła konieczność uwzględniania aspektów wykraczających poza wymiar fizjologiczny. Choć WHO nie podaje osobnej definicji zdrowia społecznego to można wywnioskować, że jest ono integralnym komponentem zdrowia ogólnego i odnosi się do jakości relacji międzyludzkich, zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie oraz poczucia przynależności.

1.3.2.4. Model biopsychospołeczny i współczesne podejścia do zdrowia

W 2. połowie XX w. powstał model biopsychospołeczny,¹⁸ który połączył aspekty biologiczne, psychologiczne i społeczne w analizie zdrowia i choroby, szczególnie w kontekście chorób przewlekłych i starzenia się. W tym czasie nastąpił wzrost liczby publikacji dotyczących roli relacji społecznych w zdrowiu. Psychologia pozytywna i badania nad dobrostanem również uznały te więzi za kluczowy komponent zdrowia, podkreślając, że zarówno aspekty prywatne (psychiczne), jak i publiczne (społeczne) są istotne dla dobrostanu i rozwoju jednostki.^{20,21}

Współczesna koncepcja zdrowia społecznego odpowiada rosnącemu uznaniu znaczenia relacji społecznych w zdrowiu publicznym (np. badania Holt-Lunstad z 2017 r.²²) oraz najnowszym propozycjom teoretycznym.^{23,24} Relacje społeczne są nie tylko elementem kontekstu utrzymania lub utraty zdrowia czy elementem w analizie przyczyn i leczenia chorób, ale odrębnym, **niezależnym efektem zdrowotnym** (tabela VI.1.1).¹³ Zdrowie społeczne jest czynnikiem zapobiegania chorobom (np. depresji), stanowi też źródło wsparcia dla osób chorujących.

Tabela VI.1.1.
Nowe podejście do zdrowia społecznego oraz aspekty zdrowia społecznego.

Opracowano na podstawie:
Doyle DM, Link BG. On social health: History, conceptualization, and population patterning. *Health Psychol Rev.* 2024;18(3):619–64813. doi:10.1080/17437199.2024.2314506

Teza	Opis
Konceptualizacja zdrowia społecznego jako zasobu (cechy) jednostki	
Zdrowie społeczne jako rezultat	Zdrowie społeczne jest rezultatem samym w sobie, czasami zależnym od stanu zdrowia psychicznego i fizycznego.
Odmienne skutki interwencji zdrowotnych dla różnych form zdrowia	Interwencje i zachowania zdrowotne mogą mieć odmienne skutki dla zdrowia społecznego, fizycznego i psychicznego (potencjalnie chroniąc jeden komponent kosztem innego).
Niezależny wpływ zdrowia społecznego na jakość życia	Zdrowie społeczne bezpośrednio kształtuje jakość życia, nawet niezależnie od zdrowia fizycznego i psychicznego.
Ucieleśnienie zdrowia społecznego	Zdrowie społeczne jest ucieleśnione w naszej biologii – mechanizmy fizjologiczne odpowiadają za różnice w zdrowiu społecznym i reagują na nie.
Zdrowie społeczne jako konstrukt dynamiczny	Zdrowie społeczne jest dynamiczne i zależne od kontekstu; ubytki w niektórych jego aspektach mogą być kompensowane przez spełnienie innych, w określonym miejscu i czasie u danej osoby.
Wzorce populacyjne zdrowia społecznego	
Zdrowie społeczne jako kwestia zdrowia populacji	Monitorowanie zdrowia społecznego w populacji i inwestowanie w interwencje w tym obszarze wiąże się z wyższym dobrostanem oraz niższymi łącznymi kosztami w skali krajowej.
Nierówności w zdrowiu społecznym między grupami	Podobnie jak w przypadku innych nierówności zdrowotnych członkowie grup marginalizowanych przeciętnie doświadczają gorszego zdrowia społecznego niż członkowie grup dominujących.
Wzorce zdrowia społecznego w cyklu życia	Zdrowie społeczne kształtuje się w trakcie życia jednostki (przy czym doświadczenia z wczesnego dzieciństwa mają szczególne znaczenie dla zdrowia społecznego w dorosłości).

HRQoL – ang. *health related quality of life*;
jakość życia
w kontekście zdrowia

Podsumowując powyższy przegląd definicji, przyjmujemy, że zdrowie społeczne może być definiowane jako: zasób cech jednostki, np. zdolność do pełnienia ról społecznych (patrz tabela VI.1.1), jak i element jakości życia (badania WHO nad jakością życia w kontekście zdrowia – HRQoL). Zdrowie społeczne może być również traktowane jako wskaźnik kapitału społecznego i integracji społecznej. Mamy też coraz więcej badań w obszarze zdrowia społecznego jako kontekstu lub czynnika wpływającego na zdrowie i chorobę. Włączenie zdrowia społecznego do definicji i praktyki zdrowotnej przynosi istotne korzyści w zapobieganiu kryzysom zdrowia psychicznego (np. samobójstwom) i lepszemu radzeniu sobie z chorobami przewlekłymi, takim jak np. otyłość.

1.3.3. Zdrowie społeczne jako zasób jednostki

Przegląd definicji zdrowia społecznego dostarcza wielu perspektyw do analizy tego pojęcia. Poniżej opisano niektóre z ważniejszych trendów badawczych i konceptualizacyjnych.

1.3.3.1. Zdrowie społeczne jako ilość i jakość więzi społecznych

W paradygmacie salutogenezy Antonovsky'ego²⁵ zasoby (ang. *resources*) definiowane są jako wszystko, co umożliwia jednostce efektywne radzenie sobie z wymaganiami życia i stresorami oraz podtrzymywanie zdrowia w procesie dynamicznej adaptacji. W tym kontekście zdrowie społeczne, obejmujące ilość i jakość więzi społecznych, poczucie przynależności, wsparcie społeczne oraz umiejętność ich aktywnego wykorzystywania, stanowi kluczowy zasób ogólnopodpornościowy (GRR), wzmacniający poczucie koherencji (SOC) jednostki. Tym samym zdrowie społeczne staje się nie tylko wymiarem zdrowia, ale także najważniejszym czynnikiem wzmacniającym zdolności adaptacyjne osoby i podtrzymującym jej dobrostan.¹³

GRR – ang. *generalized resistance resource*;
uogólnione zasoby
odpornościowe

SOC – ang. *sense of coherence*; poczucie
koherencji

W książce *Ilu przyjaciół potrzebuje człowiek? Liczba Dunbara i inne wybryki ewolucji* Robin Dunbar przekonuje, że świat społeczny przeciętnego człowieka Zachodu obejmuje ok. 150 osób, z czego najbardziej wewnętrzny krąg bliskości stanowi 3–5 osób i są to najczęściej członkowie naszej rodziny. To jądro naszego świata społecznego: rodzice, partner, najbliższy przyjaciel. To do nich zgłaszamy się w naprawdę trudnych dla nas sytuacjach i możemy liczyć na bezwarunkową życzliwość i wsparcie. Powyżej tego kręgu jest nieco większa grupa, złożona zwykle z ok. 10 osób (koledzy, koleżanki, najbliżsi sąsiedzi, wujkowie i ciotki), a kolejny krąg to ok. 30 osób (znajomi, dalsi sąsiedzi, dalsi krewni). Każdy z kręgów w tej cebulowej koncepcji przyjaźni odwzorowuje częstotliwość kontaktów: co najmniej raz tygodniu dla wewnętrznego kręgu 5 osób, co najmniej raz w miesiącu dla kręgu 15 osób i co najmniej raz w roku dla kręgu 150 osób.²⁶

W kontekście oceny jakości relacji społecznych istotne jest natomiast uwzględnienie takich czynników, jak: poziom satysfakcji z kontaktów interpersonalnych,

doświadczenie pozytywnych emocji w interakcjach z innymi (nawet w przypadku wcześniejszych oporów, nieufności lub niechęci), a także stopień zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych, takich jak potrzeba przynależności i bezpieczeństwa. W odpowiedzi na niską jakość relacji interpersonalnych i poczucie samotności ludzie coraz częściej sięgają po relacje paraspołeczne.²⁷ Ich wpływ na dobrostan jednostki jest obecnie polem intensywnych badań w obszarze psychologii i socjologii zdrowia.

1.3.3.2. Zdrowie społeczne jako zdolność do pełnienia ról społecznych

Zdrowie społeczne można konceptualizować jako zdolność jednostki do pełnienia ról społecznych w sposób adekwatny do oczekiwań środowiska oraz zgodny z jej potrzebami, wartościami i dobrostanem. Perspektywa ta znajduje uzasadnienie w klasycznych teoriach socjologicznych, zgodnie z którymi role społeczne wyznaczają strukturę życia jednostki, organizując jej zachowania, relacje i tożsamość.

Parsons¹¹ podkreślał, że zdrowie to stan umożliwiający jednostce wykonywanie przypisanych jej ról społecznych, a choroba oznacza wyłączenie z nich lub ich ograniczone pełnienie. Podobnie WHO w definicji zdrowia z 1948 r. wskazuje, że zdrowie obejmuje nie tylko brak choroby, ale także zdolność do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, co wprost implikuje kompetencję do pełnienia ról rodzinnych, zawodowych i obywatelskich.¹

W ujęciu symbolicznointerakcjonistycznym George Herbert Mead wskazywał, że rozwój „ja” dokonuje się przez internalizację ról społecznych – od ról znaczących innych (ang. *significant others*) w dzieciństwie po rolę **uogólnionego innego** (ang. *generalized other*) w życiu dorosłym. Tym samym zdrowie społeczne rozumiane jako zdolność do pełnienia ról jest kluczowe dla kształtowania tożsamości jednostki oraz jej prawidłowego funkcjonowania w strukturach społecznych.²⁸

Ponadto w literaturze z zakresu promocji zdrowia społecznego podkreśla się, że ograniczenie zdolności do pełnienia ról – na przykład w wyniku choroby, izolacji lub stygmatyzacji – obniża poczucie własnej wartości i jakości życia.^{29,30} W tym ujęciu zdrowie społeczne staje się zasobem, który umożliwia jednostce realizację obowiązków i aspiracji społecznych, utrzymanie więzi oraz poczucie sensu życia.^{20,25} Nowoczesna koncepcja niepełnosprawności również podkreśla możliwość pełnienia ról społecznych, nawet przy dużych deficytach zdrowia fizycznego i społecznego. Na przykład polska prawna definicja określa niepełnosprawność jako „trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy”.³¹ Jest to stan, który uprawnia do korzystania z określonych świadczeń i ulg, przewidzianych w ustawodawstwie dotyczącym osób niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne mają prawo do wszechstronnej rehabilitacji umożliwiającej pełną adaptację społeczną, m.in. podjęcie pracy zarobkowej. Stąd powstało pojęcie rehabilitacji społecznej.

■ Zagadnienie relacji paraspołecznych opisane jest w ramce *Najważniejsze zasady pozwalające utrzymać prawidłowe więzi i kontakty społeczne* na s. 492.

1.3.3.3. Zdrowie społeczne jako część szerszego środowiska życia

Najważniejszy w tym wymiarze jest postulowany przez Marca Lalonde'a tzw. model **pól zdrowia** (ang. *health fields concept*). Zdrowie społeczne nie zostało w nim zdefiniowane jako odrębny termin, lecz było ujmowane w kontekście pola **środowiska** (ang. *environment*). Lalonde wyróżniał w nim zarówno: środowisko fizyczne (czynniki przyrodnicze, toksyczne, warunki pracy), jak i **środowisko społeczne**, definiowane jako „zespół tych warunków społecznych, które wpływają na zdrowie ludzi, obejmujący takie czynniki jak wykształcenie, dochód, zatrudnienie, struktura rodziny oraz życie społeczności lokalnej”.³² W koncepcji Lalonde'a zdrowie społeczne rozumiane jest nie jako wymiar zdrowia jednostki, lecz jako zespół społecznych determinant zdrowia, które wpływają na zdrowie populacji, obejmując warunki życia, struktury rodzinne, poziom wykształcenia, zatrudnienie i warunki pracy oraz życie społeczności lokalnych.

1.3.3.4. Funkcja ochronna zdrowia społecznego – dostęp do wsparcia społecznego

Zdrowie społeczne pełni funkcję ochronną i buforującą wobec stresorów życiowych. Teoria *buffering hypothesis* wskazuje, że wysoki poziom wsparcia społecznego amortyzuje negatywny wpływ stresu na zdrowie fizyczne i psychiczne.³³ Jednocześnie według Feeney i Collins zdrowe relacje społeczne promują tzw. *thriving*, czyli rozwój i pełniejsze funkcjonowanie jednostki w wymiarze emocjonalnym, poznawczym i motywacyjnym.³⁴ W tym kontekście środowisko społeczne – prawidłowo funkcjonująca rodzina, szkoła, społeczność lokalna – jest wielowymiarowym podłożem dla zdrowia społecznego jednostki, oferującym zasoby, z których może czerpać wzorce i wsparcie.³⁵ Zdrowe środowisko społeczne definiuje się jako taki układ relacji, norm i instytucji, który sprzyja dobrostanowi jednostek oraz grup, wspiera rozwój psychiczny i społeczny, a także umożliwia zaspokajanie potrzeb w sposób bezpieczny i zgodny z wartościami wspólnoty. Prawidłowo funkcjonujące środowisko społeczne cechuje:

- wysoki poziom wsparcia społecznego – obecność sieci relacji, które zapewniają wsparcie emocjonalne, instrumentalne i informacyjne;
- poczucie przynależności i akceptacji – jednostka doświadcza integracji społecznej, ma poczucie bycia częścią grupy oraz jest akceptowana niezależnie od swojej pozycji czy cech;
- sprawiedliwość społeczną i równość szans – zdrowe środowisko społeczne charakteryzuje się dostępnością zasobów niezależnie od płci, wieku, statusu ekonomicznego czy etnicznego, oferuje możliwość wymiany zasobów pomiędzy jednostkami;
- bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne – brak zagrożenia przemocą, dyskryminacją, stygmatyzacją lub innymi formami przemocy symbolicznej;³⁶

■ Rodzaje wsparcia społecznego opisane są w ramce *Rodzaje wsparcia społecznego* na s. 496.

- obecność jasnych norm i wartości społecznych – klarowne i spójne zasady regulujące interakcje, sprzyjające przewidywalności i zaufaniu;
- możliwość partycypacji społecznej – jednostka ma realny wpływ na decyzje dotyczące wspólnoty, co sprzyja poczuciu sprawczości i odpowiedzialności;
- promowanie zdrowia i rozwoju jednostki – środowisko wspiera rozwój osobisty, edukację, zdrowie fizyczne i psychiczne poprzez dostęp do instytucji oraz działań prozdrowotnych (np. centra zdrowia psychicznego umożliwiające osobom chorym dostęp do świadczeń medycznych i społecznych, model opieki środowiskowej).^{37,38}

1.3.3.5. Zdrowie społeczne jako fundament dobrostanu

Ze względu na swoją zależność od dorosłych dzieci są szczególnie narażone na negatywne skutki ograniczonych kontaktów społecznych, które często warunkują dostęp do niezbędnych do ich rozwoju i dobrostanu zasobów. Keyes wskazuje, że zdrowie społeczne jest jednym z filarów ogólnego dobrostanu (ang. *well-being*) i obejmuje 5 komponentów: integrację społeczną, akceptację społeczną, wkład społeczny, aktualizację społeczną i koherencję społeczną.²⁰ Oznacza to, że zdrowie społeczne wpływa nie tylko na poczucie bezpieczeństwa czy redukcję samotności, ale także na realizację potencjału jednostki w życiu społecznym, co jest istotne w procesach edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia publicznego.

Zdrowie społeczne buduje się poprzez wzmacnianie kompetencji społecznych, budowanie kultury życzliwości i wsparcia oraz przekonanie, że osiągnięcie celów jednostkowych nie jest możliwe bez współpracy.

Niedawno wprowadzone w Kanadzie i Wielkiej Brytanii programy typu *social prescribing* to innowacyjne podejście, w którym pacjentom proponuje się udział w niemedycznych aktywnościach społecznych (np. kontakt ze sztuką lub naturą, uczestnictwo w programach żywnościowych oraz w grupach wsparcia).^{39,40} Skupia się ono na mocnych stronach i priorytetach jednostki, a nie na deficytach zdrowotnych. Programy *social prescribing* dla dzieci i młodzieży łączą medycynę, edukację i wsparcie społeczne w celu budowania odporności psychicznej, zdrowia i sukcesów edukacyjnych młodych osób, szczególnie z grup narażonych na wykluczenie. Przykładami takich programów mogą być: ►► Vanier Social Pediatric Hub,⁴¹ ►► NHS Social Prescribing,⁴² ►► StreetGames Fit and Fed.⁴³

1.3.3.6. Zdrowie społeczne jako fundament zdrowia fizycznego i psychicznego

Badania wskazują, że zdrowie społeczne wpływa na zdrowie fizyczne przez mechanizmy biologiczne, takie jak regulacja osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, aktywność układu odpornościowego i zapalnego oraz modulację reakcji stresowych.^{22,44} Deficyty zdrowia społecznego, takie jak izolacja społeczna czy samotność, stanowią istotny czynnik ryzyka dla zdrowia psychicznego, fizycznego oraz jakości życia, porównywalny pod względem skutków do palenia tytoniu czy otyłości.²² Osoby doświadczające samotności i izolacji społecznej mają wyższy poziom markerów prozapalnych, obserwuje się wśród nich wyższe ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Brak zasobów społecznych ogranicza zdolność jednostki do adaptacji i radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zwiększając ryzyko depresji, pogorszenia funkcji poznawczych oraz chorób somatycznych.^{29,45}

1.3.3.7. Zdrowie społeczne jako kapitał społeczny jednostki

Konceptualizacja zdrowia społecznego jako zasobu jest zgodna również z teoriami kapitału społecznego (ang. *social capital*), w których relacje społeczne, sieci wsparcia i **normy wzajemności** stanowią zasób jednostki i grupy, umożliwiający realizację celów życiowych, ochronę zdrowia oraz zwiększanie szans rozwojowych.^{46,47} Posiadanie rozbudowanych i jakościowych relacji społecznych ułatwia dostęp do wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego, co wpływa na zdolność jednostki do radzenia sobie z wymaganiami życia, osiągania celów zawodowych, edukacyjnych czy zdrowotnych. Osoby o wysokim kapitale społecznym rzadziej doświadczają izolacji, mają większą motywację do dbania o zdrowie oraz skuteczniej angażują się w prozdrowotne zachowania.²⁹ Z perspektywy zdrowia publicznego zdrowie społeczne jednostki rozumiane jako kapitał społeczny ma znaczenie nie tylko dla niej samej, ale także dla ogółu. Społeczeństwa o wysokim kapitale społecznym wykazują lepsze wskaźniki zdrowotne, mniejsze nierówności w zdrowiu oraz wyższy poziom zaufania społecznego i współpracy.^{46,47} Sieci i wsparcie społeczne oraz normy wzajemności i zaufania stanowią elementy kapitału społecznego, które budują zdrowie społeczne jednostki.

Podsumowując, zdrowie społeczne jako zasób jednostki to wielowymiarowy konstrukt obejmujący ilość i jakość relacji, więzi, poczucie przynależności oraz umiejętności społeczne, które umożliwiają jednostce utrzymywanie dobrostanu, skuteczne radzenie sobie ze stresem oraz osiąganie celów i rozwój osobisty w kontekście społecznym i kulturowym.

kapitał społeczny – suma rzeczywistych i potencjalnych zasobów związanych z posiadaniem trwałej sieci relacji oraz uznania w ramach grupy⁴⁶

Najważniejsze elementy zdrowia społecznego człowieka (jako zasobu)

- umiejętność komunikacji i współpracy
- poczucie przynależności do grupy
- aktywność w społeczności (zaangażowanie społeczne)
- pełnienie ról społecznych (np. pracownik, rodzic, siostra, przyjaciel, partner, obywatel)
- zdolność adaptacji do norm i ról społecznych
- umiejętności udzielania wsparcia społecznego i umiejętność korzystania z niego
- akceptowanie odpowiedzialności za siebie i innych

Zdrowie społeczne obejmuje zatem zdolność jednostki do pełnienia ról społecznych, uczestniczenia w życiu społecznym oraz dostęp do wsparcia społecznego.

Socjologia medycyny rozumie zdrowie społeczne nie tylko przez pryzmat biologicznego dobrostanu, ale również poziomu integracji społecznej. Zdrowie społeczne jednostki jest zakorzenione w systemie społecznym – kształtuje się w wyniku interakcji z otoczeniem społecznym, a jego jakość zależy od dostępności wsparcia, uznania, ról społecznych oraz możliwości uczestnictwa w życiu zbiorowym. Zdrowie społeczne jest uwarunkowane systemowo, zależy od polityki społecznej (np. dostęp do opieki zdrowotnej), organizacji życia zbiorowego (np. instytucji edukacyjnych, rodziny, pracy) i norm kulturowych (co jest akceptowalne, kto jest dopasowany społecznie). Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie ►► *Od samotności do więzi społecznych – wytyczanie drogi do zdrowych społeczeństw* zwraca uwagę, że edukacja o roli zdrowia społecznego powinna zostać włączona w system opieki zdrowotnej i środowiska edukacyjne.⁴⁸

►► *From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies*

1.3.4. Jak dbać o zdrowie społeczne?

Zdrowie społeczne definiowane jest jako zdolność jednostki do budowania i podtrzymywania relacji międzyludzkich oraz uczestniczenia w życiu wspólnoty w sposób zapewniający poczucie przynależności i wsparcia. Aby je utrzymać, konieczne jest rozwijanie umiejętności komunikacji interpersonalnej, takich jak m.in. aktywne słuchanie i konstruktywne wyrażanie emocji (■ patrz rozdział VI.2. *Komunikacja interpersonalna*). Ważnym aspektem zdrowia społecznego

jest pielęgnowanie więzi bliskich – rodzinnych i przyjacielskich – które wspierają regulację emocji i dobrostan psychiczny. Istotne znaczenie ma także zaangażowanie jednostki w życie społeczne przez uczestnictwo w organizacjach, grupach nieformalnych lub wolontariacie, co wzmacnia poczucie sensu i przynależności. Badania wskazują, że regularny kontakt społeczny, nawet w formie krótkich rozmów telefonicznych, obniża poziom odczuwanej samotności i poprawia zdrowie psychiczne.⁴⁹ Kluczowe jest również kształtowanie asertywności, która pozwala budować relacje oparte na szacunku i poczuciu własnej wartości. Ważne, by jednostka potrafiła zachować równowagę między dawaniem wsparcia innym a dbaniem o własne potrzeby, ponieważ relacje powinny być wzajemne i zrównoważone. Rolą edukatorów zdrowotnych jest podkreślanie, że zdrowie społeczne, obok zdrowia fizycznego i psychicznego, stanowi **integralny i niezależny** wymiar zdrowia człowieka, mający znaczący wpływ na jakość życia.¹³ Umiejętności dbania o zdrowie społeczne powinny być rozwijane na każdym etapie życia w ramach edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Osiągnięcie zdrowia społecznego wymaga czasu i wysiłku. Podobnie jak dobrze jest nauczyć się zasad bezpiecznego uprawiania sportu (jego natężenia i regularności), powinniśmy też poznać sposoby trenowania naszych umiejętności społecznych. Kluczowe kompetencje wspierające ten aspekt zdrowotny każdy z nas powinien uzyskać już w dzieciństwie. Ważne jednak, że możemy budować i wzmacniać te sprawności całe życie. Podstawowe kompetencje i narzędzia do zarządzania zdrowiem społecznym opisane są w tabeli VI.1.2.

Tabela VI.1.2.
Zestawienie narzędzi
do zarządzania zdrowiem
społecznym

Narzędzia pozwalające utrzymać i wzmacniać zdrowie społeczne	Przykłady
Komunikacja Interpersonalna	jasne wyrażanie myśli, aktywne słuchanie, parafrazowanie, udzielanie informacji zwrotnej; inicjowanie, podtrzymywanie oraz rozwijanie dialogu i współpracy z osobami w najbliższym otoczeniu społecznym
Empatia	rozumienie emocji i perspektywy innych, wczuwanie się w sytuację rozmówcy; traktowanie innych ludzi z szacunkiem; okazywanie życzliwości, akceptacji oraz uznania dla godności i praw innych osób, na wyższym poziomie uświadomienie sobie, czym jest mentalizacja

Tabela VI.1.2. (cd.)
Zestawienie narzędzi
do zarządzania zdrowiem
społecznym

Narzędzia pozwalające utrzymać i wzmacniać zdrowie społeczne	Przykłady
Asertywność	wyrażanie własnych potrzeb, opinii i uczuć w sposób nieagresywny i z szacunkiem do innych; umiejętność ochrony własnego dobrostanu psychicznego i fizycznego dzięki asertywnemu określaniu, co jest akceptowalne w kontaktach z innymi – jasne wyznaczanie i komunikowanie osobistych granic
Rozwiązywanie konfliktów	mediacje, negocjacje, znajdowanie kompromisu, unikanie zachowań przemocowych
Praca zespołowa	współpraca, dzielenie się zadaniami, odpowiedzialność za wspólny cel, dotrzymywanie terminów, punktualność
Adaptacja społeczna	dostosowywanie zachowania do sytuacji i kontekstu kulturowego, otwartość, elastyczność i gotowość do reagowania na nowe wymagania środowiska społecznego
Samoświadomość społeczna	świadomość własnych emocji, zachowań i ich wpływu na innych
(Samo)regulacja emocji	kontrolowanie reakcji emocjonalnych w kontaktach społecznych; świadome rozpoznawanie, wyrażanie i kontrolowanie własnych emocji w sposób adekwatny do sytuacji i norm społecznych; doświadczanie i analiza emocji związanych z koleżeństwem, przyjaźnią, zauroczeniem i zakochaniem
Kultura osobista	znajomość i stosowanie norm społecznych, etykieta, dobre maniere
Podejmowanie ról społecznych	umiejętność pełnienia ról zgodnie z oczekiwaniami (np. kolegi/koleżanki, lidera projektu, podwładnego, ucznia, trenera)
Umiejętność równowagi czasu społecznego i osobistego	zdolność do zachowania balansu między czasem spędzanym z innymi a czasem przeznaczonym na regenerację i rozwój osobisty
Budowanie i utrzymywanie silnych więzi z rodziną i przyjaciółmi	pielęgnowanie relacji opartych na wzajemnym wsparciu, zaufaniu i zaangażowaniu emocjonalnym; zgodnie z „teorią cebuli” Dunbara potrzeba nam ok. 25 osób do prawidłowego funkcjonowania społecznego ²⁶
Autentyczność i umiejętność pozostania sobą w różnych okolicznościach	autonomia jednostki; zachowanie zgodności z własnymi wartościami i tożsamością niezależnie od presji otoczenia
Czerpanie przyjemności z życia	zdolność do dostrzegania pozytywnych aspektów codzienności oraz korzystania z doświadczeń sprzyjających dobrostanowi

Najważniejsze zasady pozwalające utrzymać prawidłowe więzi i kontakty społeczne

►► *It Means „I Need You”.
The Power of 8 Minutes*

1. Codziennie rozmawiaj przynajmniej z 4–5 osobami.
2. Rób **wyzwania przyjaźni** – wspólne przygody łączą ludzi bardzo mocno. Napisz do przyjaciela 5 dni z rzędu. Ważne jest wspólne spożywanie posiłków, biesiadowanie, opowiadanie historii.
3. Zastanawiaj się, czego potrzebuje bliska ci osoba. Próbuj uruchomić empatię, nawet gdy twoi bliscy nie mają kłopotów. Sprawiaj drobne niespodzianki bliskim osobom. Czy wiesz, co najbardziej by ucieszyło twojego przyjaciela?
4. Pamiętaj: **8 minut** – tyle potrzebuje przyjaciel w potrzebie.⁵⁰ Prośenie o pomoc bywa trudne. Dlatego pytanie „Masz 8 minut?” może stać się kodem, którym przyjaciele dają sobie znać o swoich indywidualnych potrzebach.
5. Bądź życzliwy. Nie oceniaj zachowań innej osoby. Jeśli ktoś dotknął cię złośliwym komentarzem, spróbuj zareagować życzliwie: „Co ci się stało? Z reguły reagujesz na mnie uśmiechem”.
6. Na wypowiedzi obraźliwe, raniące reaguj natychmiast: „Nie zgadzam się, byś tak do mnie mówił”. Ważne jest stawianie granic zachowaniom przemocowym. Pamiętaj: masz prawo tu być! Nie chodzi o rację, ale o to, by nikt nie stosował wobec ciebie przemocy. Taka „samoobrona” jest bardzo ważna w utrzymaniu zdrowia społecznego. Daje poczucie kontroli nad sytuacją, nawet gdy poczujesz, że jesteś jedyną osobą, która może ci pomóc.
7. Szukaj sojuszników, osób zatroskanych twoją sytuacją.
8. Nie bój się przeproszać. Wyrażanie negatywnych emocji we właściwy sposób jest jedną z kluczowych umiejętności społecznych.
9. Możesz formować swoją tożsamość społeczną w teatrze życia społecznego według koncepcji aktorów i ról społecznych Goffmana.⁵¹ Ważnym elementem społecznego teatru są nasze maski i role, które przyjmujemy. Więcej na ten temat w podrozdziale *Role rodzinne*.
10. Siła słabych więzi. Utrzymuj szerokie, choćby nawet płytkie relacje z dużą liczbą osób. Zapamiętaj imię dziecka, pupila, zainteresowania lub problemy zdrowotne tych osób. Świadome budowanie sieci społecznych polega na umiejętnym utrzymywaniu kontaktów z ludźmi, którzy są do nas podobni pod względem cech psychologicznych lub społecznych, ale również na rozmowie (ang. *small talk*) z osobami, które się od nas różnią. Ten drugi typ kontaktów, opierający się na słabych więziach społecznych, bywa silnym wsparciem w rozmaitych sytuacjach życiowych. Wśród naszych znajomych zawsze znajdzie się ktoś, kto będzie dysponował niezbędnymi

dla nas zasobami i się nimi z nami podzieli. Szerokie sieci społeczne są źródłem skutecznego wsparcia i satysfakcjonującej wymiany.

11. Relacje paraspołeczne i „subskrybowani przyjaciele”. Subskrypcyjne modele relacji tworzą nową kategorię kontaktów społecznych, w których więź oparta jest na dostępności, personalizacji i przewidywalności, ale nie na wzajemności czy autentycznym dialogu. Jest to forma interakcji jednostronnej, w której jedna strona (np. użytkownik) „subskrybuje” dostęp do drugiej strony – zazwyczaj cyfrowej: influencera, kanału, modelu sztucznej inteligencji (ang. *artificial intelligence* – AI), wirtualnego towarzysza. Cechy charakterystyczne relacji paraspołecznych to:
- jednostronność relacji – użytkownik otrzymuje treści, ale twórca/sztuczna inteligencja nie zna użytkownika naprawdę;
 - symulacja bliskości i iluzja wzajemności – rozmawiając z wirtualnym „przyjacielem”, można czuć się rozumianym, ale jest to efekt skryptów: aplikacje AI tworzą pozory empatii i zainteresowania;
 - zależność od algorytmów i płatności – utrzymanie więzi zależy od abonamentu, logowania lub aktywności w aplikacji; użytkownik może „kupić uwagę” twórcy.

Subskrybowane formy kontaktów dają poczucie bliskości – często wtedy, gdy brakuje jej w świecie realnym – ale mogą pogłębiać osamotnienie, jeśli stają się substytutem prawdziwych więzi.

1.4. Wpływ relacji społecznych na zdrowie

Współczesne społeczeństwo bywa nazywane społeczeństwem sieciowym.⁵² Sieć społeczna może pełnić funkcję zewnętrznego regulatora zachowań, motywując, wspierając, ale i nadzorując realizację zaleceń terapeutycznych. Z perspektywy socjologii zdrowia interakcje z otoczeniem mogą modelować postawy zdrowotne przez normy, oczekiwania i wzorce zachowań. Silne i pozytywne więzi zwiększają prawdopodobieństwo regularnego przyjmowania leków, stawiania się na wizyty kontrolne oraz utrzymywania prozdrowotnych nawyków. Z kolei brak zaangażowania społecznego często wiąże się z tzw. cichym wycofaniem się pacjenta z terapii i spadkiem motywacji (niezauważalnym dla systemu, lecz dramatycznym w skutkach). Sieć społeczna może też wspierać zmianę nawyków – np. w diecie, aktywności fizycznej czy odstawieniu używek.

Warto zauważyć, że ludzi zbliża do siebie wspólny język oraz wymiana informacji dotyczących ich samych (rzeczy, które im się podobają lub nie), ich relacji z innymi osobami i różnych okazji i zdarzeń społecznych dotyczących innych ludzi.

Badania przeprowadzone w 2021 r., oparte na regularnych krótkich rozmowach telefonicznych, pokazały, że takie z pozoru nic lub niewiele wnoszące rozmowy z przyjaźnie nastawionymi osobami znacząco wpływają na ogólne samopoczucie rozmówców, zmniejszając poziom depresji, samotności i lęku.⁵³ To było punktem wyjścia do dalszych rozważań i zauważenia roli, jaką ta niewielka, ale regularna interakcja może odgrywać w naszym życiu. Siłą słabych więzi możemy chronić także zdrowie, poszerzając dzięki nim naszą siatkę bezpieczeństwa na wypadek kryzysu.

Dbanie o zdrowie, w tym zdrowie społeczne, jest częścią relacji zależności od innych osób i kontroli społecznej (norm społecznych, prawnych). Zdrowie społeczne zależy nie tylko od nas samych, ale i od tego, na ile powszechne w danym społeczeństwie będzie życzliwe podejście, norma wzajemności i potrzeba działania na rzecz dobra wspólnego.

1.4.1. Czy zdrowie społeczne chroni nas przed chorobą?

Bliskie relacje, w tym przyjaźń, mają ogromne znaczenie zarówno dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego. Jeśli chodzi o zdrowie fizyczne, liczne badania wykazują, że osoby z silnymi więziami społecznymi mają niższe stężenie kortyzolu (hormonu stresu), lepsze ciśnienie krwi oraz silniejszy układ odpornościowy. Przyjaciele mogą również zachęcać do zdrowych nawyków, takich jak regularna aktywność fizyczna czy zdrowa dieta.

Znaczenie relacji międzyludzkich dla zdrowia

- psychiczne: obniżenie poziomu stresu i ryzyka depresji
- fizyczne: lepsza odporność, mniejsze ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego
- behawioralne: motywacja do aktywności, przestrzegania zaleceń medycznych

Współczesne badania pokazują, że osoby mające silne i satysfakcjonujące relacje społeczne żyją dłużej niż osoby samotne. Przyjaźń może wpływać na długość życia poprzez redukcję stresu, wspieranie zdrowych nawyków oraz poprawę ogólnego samopoczucia. Okazuje się, że brak bliskich relacji może być równie szkodliwy dla zdrowia jak palenie papierosów czy otyłość.^{22,49} Silne

więzi społeczne pomagają również w radzeniu sobie z chorobami przewlekłymi, zmniejszają ryzyko chorób serca i poprawiają jakość życia w starszym wieku. Przyjaciele dostarczają wsparcia emocjonalnego i praktycznego, co ma kluczowe znaczenie w obliczu wyzwań zdrowotnych.

Badaczka samotności Julianne Holt-Lunstad zwraca uwagę, że samotność jest wyrazem braku zaspokojenia biologicznej potrzeby, tak jak głód czy pragnienie. Jak głód przypomina nam o pożywieniu, pragnienie nakłania do poszukiwania napoju, tak odczuwanie samotności jest sygnałem wysyłanym przez ciało, że potrzebujemy kontaktu z innymi ludźmi. W pewnym sensie takie społeczne niedożywienie może prowadzić do groźnych powikłań zdrowotnych. Podczas gdy potrzeby fizjologiczne, takie jak głód, są społecznie akceptowane i nie budzą wstydu, doświadczenie samotności często wiąże się z poczuciem zażenowania lub nawet wstydu oraz obawą przed społeczną oceną. Niewiele jest osób, którym możemy bezpiecznie powiedzieć, że czujemy się samotni. Społecznemu wizerunkowi samotności towarzyszą bowiem stereotypowe obrazy osób ubogich, brzydkich, zaniedbanych, bezbronnych. Warto zadać sobie pytanie: „Jak wygląda osoba samotna?”. Mamy pewne przekonania, ale tak naprawdę każdy od czasu do czasu jest samotny i to jest zupełnie naturalne.²²

Obecność zaufanych przyjaciół najczęściej zmniejsza uczucie samotności, które jest jednym z czynników ryzyka różnych problemów psychicznych, takich jak depresja czy lęk. Przyjaźń pomaga także regulować emocje i wzmacniać poczucie bezpieczeństwa. Pamiętajmy jednak, że działa korzystnie na zdrowie, jeśli tego przyjaciela już mamy. Wtedy jest on bardziej skłonny do pomocy, kiedy spotka nas nieszczęście. Przyjaźń to długoterminowa inwestycja czasu i wysiłku. Wysiłku włożonego w naukę właściwego sposobu komunikacji, nieoceniania i przekonania drugiej strony relacji, że też może liczyć na naszą przyjaźń i działanie na jej korzyść w każdej sytuacji.

Ważnym aspektem są też oczekiwania, że bliscy i przyjaciele będą się wobec nas zachowywali altruistycznie. „Premię za pokrewieństwo” Dunbar nazwał regularne zachowania pomocowe w rodzinie, za które nie oczekujemy natychmiastowego odwzajemnienia.²⁶ Zachowania altruistyczne są bardzo ważne w kontekście rodzicielstwa i przyjaźni.

■ Rodzaje wsparcia społecznego opisane są w ramce *Rodzaje wsparcia społecznego* na s. 496.

1.4.2. Kontakty społeczne jako zagrożenie dla zdrowia

Warto jednak zauważyć, że istnieją dwie strony medalu. Kontakty społeczne mogą być niekiedy czynnikiem sprzyjającym tyciu czy innym zagrożeniom dla zdrowia. Zjawisko homofilii tłumaczy, dlaczego otyły przyjaciel może być obciążeniem dla zdrowego stylu życia: osoby o tej samej wadze lubią ze sobą przebywać i spędzają czas na tym samych czynnościach. Jeśli utyje mój najlepszy przyjaciel, to ryzyko powiększenia mojej wagi wzrasta trzykrotnie!⁵² W tym sensie otyłość bywa „zaraźliwa”. Epidemiolodzy podkreślają, że kontakty społeczne

mają kolosalne znaczenie dla przenoszenia niektórych chorób. To choroby wirusowe, wysoko zakaźne, ale również choroby niezakaźne, takie jak otyłość.⁵⁴ Znany jest też tzw. efekt Wertera, opisujący „zaraźliwość” samobójstw. Zauważono bowiem, że osoby z otoczenia samobójcy (obecnie używamy pojęcia: ofiary śmierci samobójczej) identyfikują się i naśladują przyjaciela, a także to, że osoby w grupie ryzyka dobierają się w kręgi podobnych do siebie znajomych.⁵⁵

Ponadto wiele społecznych kontaktów odbywa się w warunkach pozaformalnych, w których nie obowiązują oficjalne reguły. Tak jest np. ze spożywaniem alkoholu, który jest częstym składnikiem „dobrej zabawy”, wyzwalającym poczucie nieskrępowania i lekkości w łamaniu reguł. Zdradliwy wpływ alkoholu polega nie tylko na tym, że z innymi pijemy o wiele więcej, niż zamierzamy, ale – szczególnie w krajach o zaburzonej kulturze picia alkoholu – mamy bardzo dużo społecznych okazji do wspólnego picia: imieniny, urodziny, pępkowe, parapetówka, zdany egzamin, a niezdany – tym bardziej. Warto mieć świadomość, że kontakty z innymi osobami mogą stać się dla nas źródłem zachowań, których w pojedynkę nigdy byśmy nie podjęli. Na tym polega reguła wpływu społecznego zwana „społecznym dowodem słuszności”, potocznie zaś owczym pędem. Działa on w ten sposób, że zachowania innych osób, szczególnie jeśli jest ich wiele, są dla nas źródłem informacji, jak podejmować decyzje. Jeśli wszyscy tak robią, nasz społeczny mózg uważa, że ma to jakiś sens: „Przecież tyle osób nie może się mylić”. Reguła społecznego dowodu słuszności jest jedną z najsilniejszych reguł manipulacyjnych.⁵⁶

Rodzaje wsparcia społecznego

- **emocjonalne** – przekazywanie w toku interakcji emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, pozytywne ustosunkowanie do osoby wspieranej; zachowania wspierające mają też na celu stworzenie poczucia przynależności, opieki i podwyższenie samooceny i motywacji do działania; dzięki niemu osoby cierpiące czy przeżywające kryzys mogą uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć, a także wyrazić swoje obawy lub smutek;
- **informacyjne/poznawcze** – wymiana w toku interakcji takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego i problemu; dostarczanie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowania przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych; dzielenie się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne trudności (grupy samopomocy); wsparcie takie odpowiada na potrzebę zrozumienia sensu stresowych wydarzeń i ich przyczyn oraz atrybucji sprawstwa;
- **instrumentalne** – rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania; może przyjąć formę

wymiany instrumentów (sposobów) postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych;

- **rzeczowe (materialne)** – to świadczona pomoc materialna, rzeczowa i finansowa, ale także bezpośrednie fizyczne działanie na rzecz osób potrzebujących: przekazywanie środków do życia, dożywianie, udostępnianie schronienia, mieszkania, zaopatrzenie w lekarstwa itp.; ten typ wsparcia wiąże się z działalnością charytatywną, jest też najbardziej oczekiwany w sytuacji katastrof;
- **duchowe** – dotyczy zwłaszcza opieki hospicyjnej, niesionej w sytuacji cierpienia i bólu duchowego związanego z sensem życia i śmierci.⁵⁷

1.4.3. Zdrowie społeczne podczas choroby

Potocznie ujmując problem, można powiedzieć, że sieci społeczne pomagają pacjentom odzyskać grunt pod nogami – psychicznie i fizycznie. Definicje wsparcia społecznego podkreślają, że jest to pomoc dostępna przez kontakty społeczne zarówno osobiste, jak i zawodowe. Wsparcie społeczne działa dwojako: z jednej strony jest to realna pomoc obrazowana przez powiedzenie przyjaciół poznaje się w biedzie, a z drugiej działa jak bufor chroniący przed psychologicznymi konsekwencjami choroby (samotnością, wstydem, bezradnością). Wsparcie działa mobilizująco, wzmacnia zaangażowanie w terapię, ułatwia powrót do równowagi i minimalizuje ryzyko izolacji społecznej. Jest także medycznie mierzalne (skala spostrzeganego wsparcia społecznego): poprawia współpracę terapeutyczną, zmniejsza stężenie kortyzolu, poprawia sen i przyspiesza gojenie ran.

W chorobach przewlekłych relacje społeczne stają się zasobem strategicznym – podtrzymują sens walki o powrót do zdrowia (bardzo wyraźne np. u kobiet, które są matkami), wzmacniają sprawczość i nadają ramy interpretacyjne doświadczeniu choroby („Choroba pokazała nam, jak jesteśmy silni i zjednoczeni”). Często to właśnie relacje pozwalają choremu odzyskać narrację życia i poczucie ciągłości tożsamości mimo kryzysu zdrowotnego. Chorowanie „w relacji” bywa doświadczeniem mniej destrukcyjnym niż chorowanie w samotności. Jak określił to Dunbar: „przyjaciele działają jak wirtualna aspiryna, łagodząc skutki choroby, która nas osłabia i pogrąża w zniechęceniu”.²⁶ Przyjaciele i bliscy przynoszą więc realną ulgę w cierpieniu zarówno przez wsparcie rzeczowe (rosół, zakupy, zawiezenie do szpitala), jak i emocjonalne.

Realnego wsparcia podczas kryzysu psychicznego mogą dostarczać nauczyciele, we właściwy sposób postępując wobec ucznia w kryzysie samobójczym i jego rodzica.⁵⁸

Skuteczność wsparcia społecznego zależy przede wszystkim od dopasowania go do osoby i sytuacji – są ludzie, którzy wymagają wsparcia rzeczowego,

inne natomiast – emocjonalnego. Ważne jest, by dopasować jego ilość i rodzaj do potrzeb osoby wspieranej, a nie do zasobów, które aktualnie posiada osoba wspierająca.

Wsparcie emocjonalne, jakie daje koleżeństwo i przyjaźń, może działać jako tarcza ochronna przed stresem i depresją. Gdy doświadczamy trudnych chwil, obecność kogoś, kto nas wysłucha, zrozumie i pocieszy, pomaga zmniejszyć negatywne skutki stresu. Bliskie relacje poprawiają naszą odporność psychiczną, pomagają znaleźć sens w trudnych sytuacjach i sprzyjają pozytywnemu myśleniu. Regularny kontakt z przyjaciółmi może także odciągać uwagę od problemów i zapewniać chwile radości i relaksu, które są niezwykle ważne w utrzymaniu zdrowia psychicznego.

1.4.4. Zagrożenia dla zdrowia społecznego

Najważniejszymi zagrożeniami dla zdrowia społecznego są m.in. nieprawidłowe relacje, przemocowa komunikacja (typu *gaslighting*), manipulacja, konflikty, gwałtowne zmiany społeczne (patrz ramka *Zagrożenia dla zdrowia społecznego jednostki*). Nasze zdrowie psychiczne jest nierozdzielnie związane z jakością relacji, bezpieczeństwem społecznym, atmosferą w instytucjach (np. w szkole). Ważne jest też, by nasze role społeczne były do nas dopasowane, a nie – jak w przypadku dzieci z rodzin alkoholowych – jedynie pozwalały na przetrwanie w trudnych lub wręcz niebezpiecznych warunkach. Istotne są też oczekiwania społeczne, których wszyscy jesteśmy odbiorcami, a które potrafią być bardzo opresyjne. Zinternalizowane treści społeczne, uwewnętrznienie oczekiwań społecznych mogą być zagrożeniem dla naszego autonomicznego zdrowego „ja” i być elementem uwikłania w nieprawidłowe lub nawet toksyczne relacje społeczne.

Jak już wspomniano, kontakty społeczne mogą też przyczyniać się do rozprzestrzeniania nieprawidłowych zachowań i postaw występujących w sieciach społecznych, takich jak przemoc, manipulacja oraz nietolerancja. Brak treningu społecznego i obawa przed wchodzeniem w kontakty międzyludzkie, przyjęciem na siebie zobowiązań i ról społecznych są dziś opisywane w kontekście zagrożeń dla zdrowia. Jednym z przykładów jest zjawisko hikikomori.

Hikikomori to japońskie określenie osób, które dobrowolnie izolują się od społeczeństwa, spędzając większość czasu w domu, często w swoim pokoju, i unikają kontaktów społecznych przez co najmniej 6 miesięcy.⁵⁹ Jest to stan głębokiego wycofania z życia społecznego, braku aktywności zawodowej lub edukacyjnej oraz znacznego ograniczenia kontaktów z otoczeniem, najczęściej z rodziną. Zachowania takie nie są spowodowane schizofrenią, upośledzeniem umysłowym ani innymi ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Termin odnosi się do ludzi, którzy odmawiają wyjścia lub nie są w stanie opuszczać swojego domu i angażować się w interakcje społeczne. U osób izolujących się w ten

sposób często występują problemy psychiczne, takie jak depresja i lęk – mogą one przyczyniać się do izolacji lub być jej skutkiem.

Hikikomori jest szczególnie rozpowszechnione w Japonii, gdzie uważa się je za poważny problem społeczny. Zjawisko to wiąże się z presją społeczną, oczekiwaniami kulturowymi i trudnościami w adaptacji do współczesnego świata. Dotyczy głównie młodych mężczyzn, ale obserwuje się je również u kobiet i osób w różnym wieku. Badacze podkreślają, że w tym zaburzeniu zdrowia społecznego największą rolę odgrywają właśnie czynniki społeczne: traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa, zastraszanie, odrzucenie przez rówieśników, negatywne doświadczenia z pracy, nadopiekuńczość rodziców. Leczenie obejmuje intensywną psychoterapię, terapię systemową i uczestnictwo w grupach wsparcia, by poprawić dynamikę środowiska rodzinnego pacjenta i edukować rodzinę, jak pomóc pacjentowi.

Zagrożeniem dla tak rozumianego zdrowia społecznego jest rosnąca indywidualizacja i zmiana modelu relacji społecznych. Wiele z codziennych ludzkich zachowań jest dziś nie wynikiem normy społecznej, lecz wyrazem kreatywności jednostek, stosujących rozmaite techniki zarządzania sobą i swoim ciałem. Skutkiem takiego podejścia jest chaos normatywny i doświadczanie zagubienia, poczucie, że brakuje większej całości spajającej wiedzę i zachowania ludzi, pewności wynikającej z definicji tego, co jest w pełni akceptowane społecznie, a co nie. Stąd w świecie współczesnym wysyp pseudoekspertów i coachów oferujących sposoby na osiągnięcie sukcesu społecznego: bycia osobą podziwianą, najlepszą, najbardziej rozpoznawalną. Dążenie jednostek do kontrolowanego w pełni poczucia szczęścia odbywa się często przez interwencje biochemiczne: programy ćwiczeń fizycznych czy chemiczne suplementy usprawniające działanie ciała i umysłu.

Zagrożenia dla zdrowia społecznego jednostki

1. **Izolacja społeczna i samotność.** Brak relacji interpersonalnych prowadzi do obniżonego poczucia wartości, depresji, zaburzeń lękowych, a nawet do pogorszenia zdrowia fizycznego. Samotność – zarówno obiektywna, jak i subiektywnie odczuwana – niesie ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne, zwiększając ryzyko depresji, chorób sercowo-naczyniowych i obniżonej odporności. Odrzucenie społeczne i brak przynależności aktywują te same obszary mózgu co ból fizyczny – to pokazuje, że cierpienie społeczne ma biologiczne podstawy.
2. **Wykluczenie społeczne.** Dotyczy osób marginalizowanych z powodu ubóstwa, bezdomności, niepełnosprawności, orientacji seksualnej, pochodzenia etnicznego czy sytuacji życiowej. Prowadzi do ograniczenia dostępu do wsparcia, pracy, edukacji i opieki zdrowotnej.

3. **Niska jakość relacji interpersonalnych.** Toksyczne relacje, nadmierne oczekiwania, przemoc domowa, brak szacunku, zaufania i wsparcia w najbliższym otoczeniu negatywnie wpływają na zdrowie psychiczne i społeczne.
4. **Brak wsparcia społecznego.** Osoby pozbawione realnego lub odczuwanego wsparcia (np. rodziny, przyjaciół, wspólnoty lokalnej) częściej doświadczają stresu i problemów emocjonalnych.
5. **Bezrobocie i niestabilność ekonomiczna.** Utrata pracy i brak poczucia bezpieczeństwa finansowego mogą prowadzić do wycofania społecznego, poczucia bezużyteczności i obniżenia samooceny. Trudności finansowe nie sprzyjają budowaniu rozległych i satysfakcjonujących kontaktów społecznych.
6. **Stygmatyzacja i stereotypy społeczne.** Dotykają m.in. osób z problemami zdrowia psychicznego, uzależnionych, osób z niepełnosprawnościami, migrantów. Nietolerancja, homofobia czy język nienawiści skutkują wykluczeniem, izolacją i trudnościami w nawiązywaniu relacji. Niebezpiecznym zjawiskiem jest także tzw. *cancel culture* – podważanie wiarygodności osoby w związku z ujawnieniem popełnienia przez nią błędu lub niekonsekwentnego działania/wypowiedzi.
7. **Polaryzacja społeczna i brak zaufania.** Silne podziały społeczne (np. polityczne, ideologiczne) osłabiają poczucie wspólnoty, sprzyjają konfliktom i alienacji. Brak zaufania społecznego powoduje napięcie emocjonalne, podejrzliwość i wzmacnia stres w relacjach, utrudniając budowanie więzi i zaangażowanie w życie społeczne. Osoby nieufne rzadziej proszą o pomoc, nie dzielą się problemami, mają trudności z otwartością. Nieufność wobec instytucji prowadzi do rezygnacji z udziału w życiu publicznym (np. wolontariacie, wyborach), co może nasilać poczucie bezsilności i wyobcowania.
8. **Zaburzenia zdrowia psychicznego.** Depresja, lęki czy zaburzenia osobowości mogą utrudniać nawiązywanie i utrzymywanie relacji, co wtórnie pogłębia problemy społeczne. Ogromnym zagrożeniem są również uzależnienia.
9. **Doświadczenie przemocy.** Badania pokazują, że już samo bycie świadkiem przemocy wiąże się z podwyższonym poziomem lęku i niepokoju, niezależnie od tego, czy dana osoba doświadczyła jej osobiście.
10. **Brak umiejętności komunikacyjnych i społecznych.**
11. **Rozwody, rozpad rodziny, brak spotkań międzygeneracyjnych.**

1.4.5. Relacje międzyludzkie – jak nawiązywać relacje i je podtrzymywać

W procesie socjalizacji uczymy się zarówno zachowań międzyludzkich, jak i ich społecznego znaczenia. Otrzymujemy wiedzę, co warto osiągać w życiu (system wartości, system celów) i w jaki sposób można do tego dążyć (normy społeczne przedstawiają akceptowane środki do osiągnięcia wartości). W czasie treningu społecznego, jakiemu jest poddane dziecko w ramach relacji z rówieśnikami i dorosłymi, ważną kompetencją społeczną jest odczuwanie empatii i udzielanie wsparcia osobom w potrzebie. Nabywa także wiedzę o tym, jak prosić o pomoc, gdy nie jest w stanie rozwiązać problemu lub uzyskać pożądanego efektu emocjonalnego.

Etapy socjalizacji – proces uspołecznienia a zachowania zdrowotne

- **Obserwacja:** wokół są osoby otyłe – dziecko obserwuje styl konsumpcji, ilość i jakość pożywienia, alkoholu itp.
- **Naśladownictwo behawioralne / odwzorowanie:** naśladujemy osoby, które są blisko nas.
- **Internalizacja:** obserwacja prowadzi do akceptacji sytuacji jako normy (czegoś powszechnego), a naśladowanie do przyzwyczajenia i uzasadnienia zachowania (np. „ściągam, bo wszyscy tak robią”, „jak się stresuję, razem z koleżanką idziemy na lody”, „zdałem egzamin – świętuję za pomocą alkoholu”).
- **Interioryzacja** – wdrukowanie normy w myślenie i zachowanie człowieka („już inaczej nie potrafię”).

W trakcie treningu społecznego dziecko uczy się także, jak zdobywa nowych znajomych i traktować kolegów i przyjaciół, a także jak radzić sobie z niepowodzeniami w tym obszarze. Warto zauważyć, co podkreślają biologowie ewolucyjni, że nasze umiejętności współpracy umożliwiły nam udaną reprodukcję i przetrwanie w społecznościach takich jak rodzina czy plemię. Zawierane umowy społeczne, zaufanie „do swoich” i uczestnictwo w rytuałach pozwalają stworzyć ramy dla dobrego samopoczucia psychicznego, poczucia bliskości i przynależności. Te rytuały, takie jak wspólny śmiech, zabawa, śpiew, taniec czy głaskanie (czesanie), aktywują chemiczne substancje zwane **endorfinami** (hormony peptydowe), które pomagają utrzymać wysoki poziom optymizmu, co wpływa np. na motywację do działania, a także regulują układ odpornościowy (poprzez uwalnianie tzw. komórek NK). Bycie osobą pozytywną, optymistyczną, życzliwą, pomocną dla innych i elastyczną wzmacnia odporność fizyczną i psychiczną.

Problemem staje się w współcześnie niedostrzeganie korzyści płynących z przebywania w grupie. Członkom grupy czasem wydaje się, że za podzielenie

NK – ang. *natural killers*;
naturalni zabójcy

się opinią, pomysłem, zaproszeniem do działania grozi im nieprzyjazny komentarz. Jako istoty społeczne i racjonalne często kalkulujemy, które zachowanie będzie dla nas korzystne, a które nie. To zjawisko naturalne. Musimy wziąć pod uwagę, że czasem wokół nas pojawia się efekt pasażera na gapę, czyli osoby lub osób, które korzystają z przywilejów wynikających z przynależności do grupy, ale nic do niej nie wnoszą lub dają sobie prawo do krytykowania tej grupy i nie angażują się w realizację jej celów.

Relacje długotrwałe dostarczają wielu korzyści psychologicznych, jednak by te korzyści osiągnąć, warto pamiętać, że zmieniają się one w czasie i wymagają od partnerów umiejętności społecznych, czasu i pracy. Etapy budowania i utrzymywania relacji opisane są w tabeli VI.1.3. Warto również pamiętać, że w różnych kulturach definicja, zakres i zachowania związane z okazywaniem sobie uczuć mogą być różne.^{60,61}

Tabela VI.1.3.
Etapy bliskiej długotrwałej relacji

Opracowano na podstawie:
Olesiński P. *Psychologia kochania*. Warszawa: Difin; 2018;
Wojciszke B. *Psychologia miłości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2025.

1. Zauroczenie / faza inicjalna	intensywne zainteresowanie drugą osobą, fascynacja jej wyglądem, stylem bycia, sposobem komunikacji; występuje podwyższony poziom neuroprzekaźników (dopaminy, noradrenaliny) powodujących euforię i silne skupienie na partnerze
2. Romantyczna miłość / faza zakochania	rozwija się emocjonalne przywiązanie, intensywne pragnienie bliskości, idealizacja partnera; w tej fazie dominuje namiętność oraz rozwijająca się intymność
3. Faza budowania więzi / przywiązania	stopniowo pojawia się głębsze poczucie bezpieczeństwa i stabilności, następuje rozwój przywiązania emocjonalnego; partnerzy poznają swoje potrzeby, wartości i granice oraz uczą się rozwiązywać konflikty
4. Faza dojrzałego związku / zaangażowania	relacja opiera się na wzajemnym zobowiązaniu, poczuciu odpowiedzialności za drugą osobę i relację, rozwija się komponent zaangażowania; cechuje ją stabilność, tolerancja dla odmienności partnera oraz akceptacja jego słabości
5. Faza współpracy i współtworzenia	partnerzy podejmują wspólne cele długoterminowe (takie jak rodzicielstwo, projekty zawodowe, opieka nad rodzicami); rozwija się współzależność funkcjonalna – podział ról i obowiązków, wsparcie w realizacji celów indywidualnych i wspólnych
6. Faza przyjaźni i miłości dojrzałej	po kilkunastu lub kilkudziesięciu latach relacja często przyjmuje formę miłości towarzyszącej (przyjacielskiej, partnerskiej) – dominuje wzajemny szacunek i zaangażowanie, a namiętność może ulec osłabieniu, choć nie zanika całkowicie; fazę tę cechuje głęboka więź, wzajemne wsparcie, akceptacja oraz doświadczenie wspólnej historii życia

1.5. Rodzina jako element utrzymania zdrowia społecznego

1.5.1. Wartość rodziny w życiu człowieka

Rodzina powinna być dla każdego człowieka miejscem troski, wsparcia i indywidualnego wzrostu; przestrzenią do uzyskania i treningu umiejętności społecznych (w tym rozumienia emocji) i komunikacyjnych. Prawem każdego człowieka jest funkcjonowanie w rodzinie, która dostarcza poczucia przynależności, bezpieczeństwa i innych czynników warunkujących zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne. Jej podstawą jest ciągłość biologiczna, bliskość emocjonalna i stały kontakt. Nie ma rodzin idealnych i nie ma rodzin absolutnie złych. Każda ma zasoby, na których można budować przestrzeń dla zdrowego „ja”. Ważne jest jednak, żeby prawidłowo realizowała wszystkie funkcje wymienione w ramce poniżej. Realizacja funkcji zależy nie tylko od wewnętrznego składu rodziny (pełna, niepełna, patchworkowa), ale i od szerszych warunków społecznych, bo nie istnieje ona w próżni. O kształcie rodziny decyduje również religia, tradycja, prawo i inne podsystemy społeczne, które na nią nieprzerwanie oddziałują. Bardzo często zapominamy o tym, że każda rodzina jest częścią społeczeństwa, nie jest jedynie prywatną sprawą człowieka. Jest jednocześnie zarówno przedmiotem oddziaływań społecznych (historycznych, gospodarczych, kulturowych, przemian obyczajowych, moralnych, religijnych), jak i podmiotem – bo decyzje rodzinne wpływają na gospodarkę i demografię. Rodzina odgrywa wiele ważnych funkcji w systemie społecznym.

Funkcje rodziny

- regulacja zachowań seksualnych i biologiczne odtwarzanie populacji (funkcja prokreacyjna)
- zapewnianie materialnych środków do życia (funkcja materialno-ekonomiczna)
- socjalizacja nowego pokolenia (funkcja socjalizacyjna)
- ochrona i wsparcie emocjonalne (funkcja emocjonalna)
- sytuowanie w przestrzeni społecznej i określanie społecznej tożsamości (funkcja alokacyjna)
- dostarczanie wzorców spędzania wolnego czasu, utrzymywania kontaktów społecznych (funkcja rekreacyjno-towarzyska)

Przyczyny **dysfunkcji rodziny** i zaburzonych relacji małżeńskich/partnerskich można podzielić na 2 grupy:

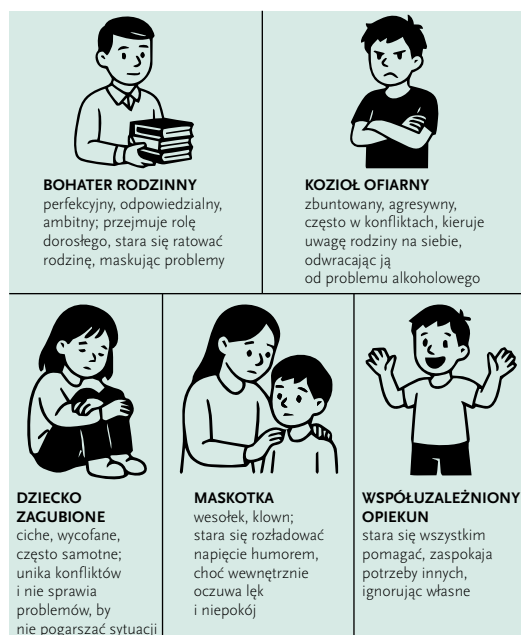
- wynikające z niedojrzałości, braku wiedzy i prawidłowych wzorców, które po zdiagnozowaniu trudności par i partnerów można kompensować działaniami psychoedukacyjnymi (stosując naprzemiennie edukację i warsztat z zakresu umiejętności interpersonalnych, podnoszenia kompetencji z obszaru funkcjonowania partnerstwa);
- wynikające z zaburzeń z obszaru psychopatologii (wymagające procesu terapeutycznego, czasami leczenia klinicznego).

System rodzinny nadaje ramy dla naszych zachowań, strukturę i układ powiązań, do których musimy się dopasować. Człowiek odgrywa w nim wiele ról wobec różnych ludzi (również pełniących swoje role). Jeśli są one elastyczne i dopasowane do osobowości, członkowie rodziny nadal mogą zachować swoją odrębność, czerpiąc z nich siłę, odczuwając satysfakcję i bezpieczeństwo wynikające z przynależności do grupy. Jeśli zaś układ ról jest sztywny i nieelastyczny i służy jedynie podtrzymaniu systemu rodzinnego, to ich odgrywanie staje się przykrą koniecznością. Sposób i treść roli mogą być silnie narzucane i kontrolowane przez innych członków rodziny, przeistaczając się w system nakazów i zakazów. Długotrwałe, niedopasowane lub narzucone role, utrwalone schematy interakcji potrafią przyczynić się do zaburzeń zdrowia psychicznego lub fizycznego i mieć bardzo dalekie skutki zdrowotne. Tak dzieje się np. w rodzinach przemocowych lub z problemami, np. uzależnieniami.

Przykładami, które mają odległe skutki zdrowotne, są role dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym (rycina VI.1.1). Warto pamiętać, iż role dzieci w rodzinach dysfunkcyjnych mają charakter adaptacyjny – zmuszają dzieci do

dostosowania. Rodzina z osobą uzależnioną funkcjonuje wokół tej jednej osoby i problemu, a cały wysiłek idzie w kierunku utrzymania ciągłości tego systemu, np. przez ukrywanie problemu czy wyłączenie uzależnionego z jego zadań. Dzieci nie wybierają tych ról, one są im niejako przydzielone w zależności od kolejności urodzenia (najstarsze dziecko zazwyczaj pełni funkcję opiekuna lub bohatera), wieku lub zdolności.

Rycina VI.1.1.
Dysfunkcyjne role dzieci
w rodzinach z problemem
alkoholowym



Przejawy rodziny prawidłowej

Rodzina jest polem do treningu społecznego i nabywania umiejętności komunikacyjnych. Jak podkreśla Walsh, elastyczność, pozytywna narracja i wsparcie społeczne to najważniejsze elementy jej stabilności.⁶² Rodzina jest żywym systemem, organizmem, w którym napięcia, konflikty i niespójności to zupełnie normalne zjawiska. W procesie samoregulacji rodziny potrafią odkryć takie sposoby, które będą sprzyjały trwałości, poczuciu przynależności i bezpieczeństwa ich członków.

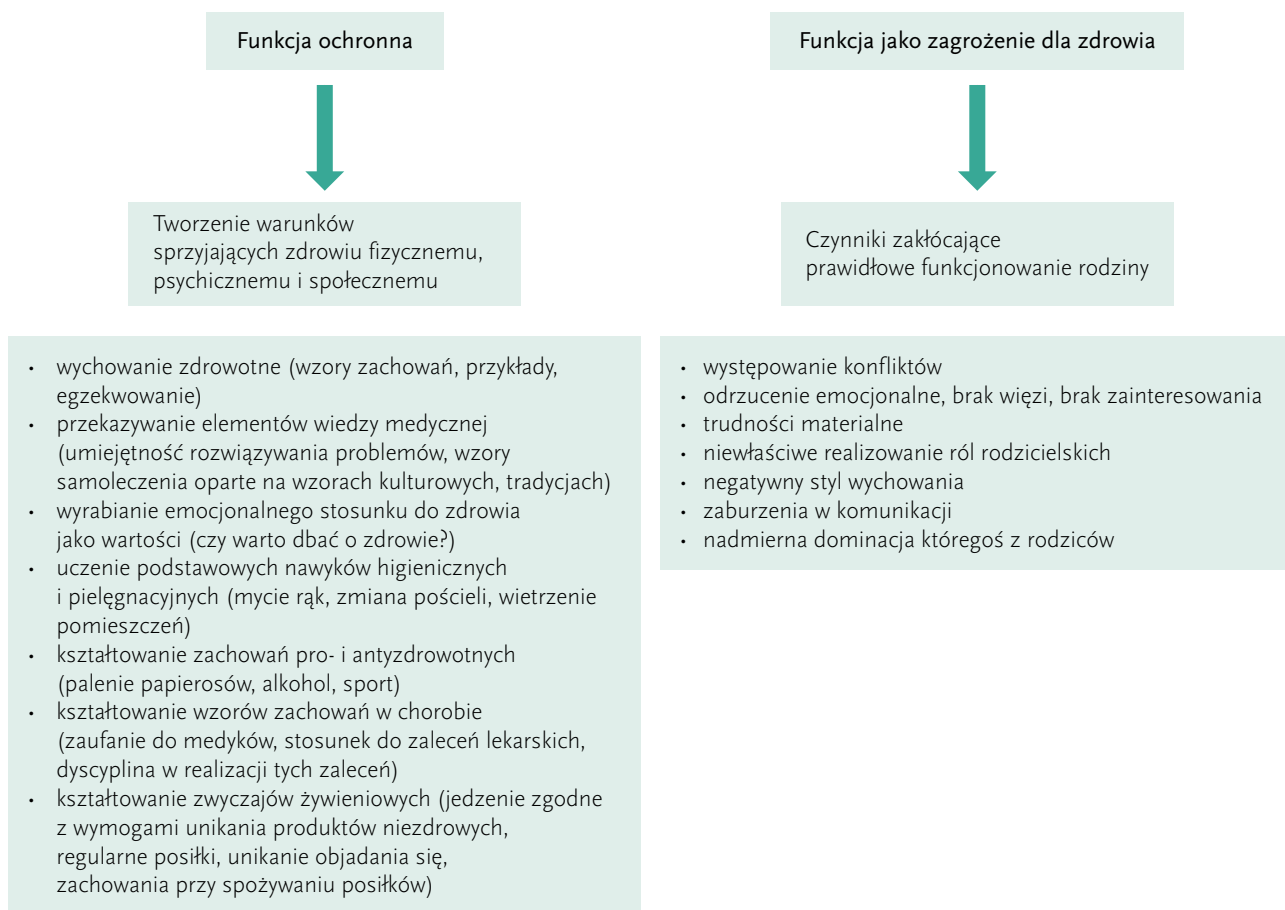
Ważna jest równowaga pomiędzy cechami rodziny, wyrażająca się następująco:

- wsparcie, a nie kontrola;
- zaufanie, a nie zazdrość;
- dążenie do symetrii, a nie do „równości”;
- radość ze współdziałania, a nie ocenianie;
- bliskość emocjonalna i komunikacja, a nie chłód i udawanie (ukrywanie);
- harmonia i elastyczna równowaga, a nie chaos i przymus;
- elastyczność, a nie sztywność ról i relacji;
- autonomia i autentyczność, a nie całkowite podporządkowanie się oczekiwaniom społecznym.

1.5.2. Powiązania pomiędzy rodziną i zdrowiem

Prawidłowo funkcjonująca rodzina powinna pełnić funkcję ochronną dla zdrowia. W każdej rodzinie zdarzają się jednak rozmaite trudności i zagrożenia (patrz: rycina VI.1.2).

1. Rodzina kształtuje zdrowie, realizując i wpajając przyszłym pokoleniom wiedzę, wzory zachowań związanych ze sferą zdrowia i tworząc warunki sprzyjające i niesprzyjające zdrowiu.
2. W chorobie rodzina nie tylko jest podstawowym środowiskiem, w którym przebywa chory, ale również tworzy mu przestrzeń i odpowiednie warunki do chorowania i rekonwalescencji.
3. Rodzina kontroluje przebieg choroby, obserwuje, stawia pierwszą diagnozę, wykonuje proste czynności pielęgnacyjne, realizuje zalecenia profesjonalistów – bierze aktywny udział w leczeniu.
4. Rodzina łączy chorego ze światem zewnętrznym i daje wsparcie społeczne i emocjonalne.⁶³



Rycina VI.1.2.

Funkcje rodziny
w odniesieniu do zdrowia

Taranowicz I. Rodzina a problemy zdrowia i choroby. W: Barański J, Piątkowski W. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT; 2002:105–115.

1.5.2. Czynniki wpływające na atmosferę w rodzinie. Rola dziecka w budowaniu dobrej atmosfery w rodzinie

Atmosfera w rodzinie to pojęcie obejmujące ogólny klimat emocjonalny, charakter relacji i wzajemnych interakcji między jej członkami. W literaturze pedagogicznej i psychologicznej wskazuje się, że na atmosferę rodzinną wpływają:

- styl komunikacji – sposób, w jaki członkowie rodziny wyrażają emocje, potrzeby i oczekiwania; otwartość i szacunek w komunikacji sprzyjają budowaniu odczucia bezpieczeństwa i akceptacji;
- wzory przywiązania – relacje oparte na ufności i bezpieczeństwie tworzą atmosferę wsparcia, natomiast style unikowy lub ambiwalentny mogą prowadzić do napięć;
- system norm i wartości rodzinnych – jasność granic, spójność zasad oraz zgodność deklarowanych wartości z postępowaniem na co dzień;
- warunki materialne i organizacja życia codziennego – przeciążenie obowiązkami, stres związany z problemami finansowymi czy brak czasu spędzonego wspólnie mogą osłabiać klimat emocjonalny;
- relacje małżeńskie / partnerskie rodziców – jakość więzi między dorosłymi wpływa na poczucie bezpieczeństwa dzieci i klimat w rodzinie.

Należy podkreślić, że dzieci nie ponoszą odpowiedzialności za atmosferę w rodzinie. To dorosłe osoby odpowiadają za ilość i jakość relacji rodzinnych. Społeczna i państwowa pomoc rodzinie powinna obejmować warsztaty umiejętności komunikacyjnych, bazę wiedzy o psychologii rozwojowej i prawidłowych relacjach.

W kontekście utrzymania zdrowia społecznego wszystkich członków rodziny, warto wprowadzać w życie niżej wymienione reguły.

1. Dzieci są aktywnymi uczestnikami życia rodzinnego. Dzięki swojej wrażliwości, emocjonalności i stylowi komunikacji mogą wzmacniać pozytywny klimat lub – w przypadku problemów rozwojowych, emocjonalnych, a także zdrowotnych – być źródłem dodatkowych wyzwań wychowawczych.
2. Dzieci uczą się regulacji emocji i stylu komunikacji poprzez obserwację i naśladownictwo. Ich reakcje, otwartość, gotowość do współpracy i empatia mogą wspierać klimat wzajemności i zrozumienia w rodzinie. Jeśli w rodzinie występują dysfunkcje w tym obszarze, należy poszukać specjalistycznych treningów lub terapii (terapia systemowa dla rodzin, warsztaty TUS). Rodzice powinni pamiętać, że zarówno nadmierna opiekuńczość, jak i postawa unikowa wobec dziecka („dziecko samo wie, czego potrzebuje”) prowadzą do trudności w zaspokajaniu potrzeb. Przeszkodą w tym procesie może być także ograniczanie kontaktów dziecka z rówieśnikami (np. ze względu na stan zdrowia, segregację społeczną, stereotypy, oczekiwania rodziców bądź budowanie relacji z dzieckiem na zasadzie „przyjaźni” z dorosłym). Dziecko powinno regularnie odbywać trening społeczny z rówieśnikami.
3. Obecność dziecka sprzyja integracji rodziny. Dzieci mogą wzmacniać więzi emocjonalne między dorosłymi wynikające z budowania wspólnych doświadczeń i rytuałów rodzinnych. Ważne przy tym są kompetencje rodzicielskie obojga rodziców i osób bliskich (np. dziadków czy rodziców chrzestnych).
4. Satysfakcja z diady małżeńskiej może się również opierać na wielu innych czynnikach, takich jak wspólne zainteresowania, intymność czy wsparcie w chorobie.
5. Starsze dzieci i nastolatki mogą podejmować inicjatywy wspierające atmosferę rodzinną, np. organizowanie wspólnych aktywności, pomoc młodszemu rodzeństwu czy okazywanie wsparcia emocjonalnego rodzicom w trudnych sytuacjach. Dzieci nie są jednak odpowiedzialne za powstawanie problemów rodzinnych (choć bywają ich przyczyną lub współprzyczyną) ani za ich rozwiązywanie.

TUS – Trening
Umiejętności
Społecznych

Podsumowanie

Jak wspomniano w tym rozdziale, zdrowie społeczne można konceptualizować jako zasób jednostki obejmujący wiele cech niezbędnych do utrzymania satysfakcjonujących i skutecznych relacji międzyludzkich. Obejmuje ono zdolność do nawiązywania, podtrzymywania oraz rozwijania oddziaływań interpersonalnych i funkcjonowania w strukturach społecznych w sposób sprzyjający dobrostanowi oraz realizacji celów życiowych. Jest integralnym elementem kapitału psychospołecznego jednostki, wpływającym na zdolność do radzenia sobie w sytuacjach stresowych, adaptacji do zmian życiowych oraz utrzymywania jakości życia na optymalnym poziomie. Zdrowie społeczne jest także warunkowane przez środowisko społeczne, w którym osoba funkcjonuje.

Ponadto jest cechą, na którą mamy ogromny wpływ. Możemy je budować, poprawiać, a nawet odnawiać dzięki konkretnym zachowaniom tak jednostkowym, jak i grupowym. Szczególnie ważne są działania wzajemne, odzwierciedlające odpowiedzialność i troskę wszystkich partnerów w relacji. Mogą być one realizowane także w formie dbania o zdrowie wspólnoty: np. poparcia dla szczepień i szczepienia się, a także zaangażowania we wspólnoty lokalne, koła gospodyń wiejskich, kluby osiedlowe, kluby seniora, grupy pacjenckie itp. Zdrowie społeczne jest tym obszarem zdrowia, który możemy regenerować na wiele sposobów. Możemy nawiązywać nowe relacje, naprawiać błędy (np. komunikacyjne) w stałych relacjach, podejmować działania w ramach wolontariatu (budując poczucie bycia pożytecznym) lub systematycznie tworząc krąg bliskich nam osób.

Warto pamiętać, że edukacja zdrowotna i środowisko szkolne mogą i powinny odgrywać ważną rolę w procesie budowania integracji społecznej dzieci i młodzieży pochodzących z różnych środowisk i o różnym stanie zdrowia. Celem są działania przeciwko wykluczeniu i marginalizacji osób z chorobami przewlekłymi, doświadczającymi zaburzeń zdrowia psychicznego bądź zmagającymi się z kryzysami psychicznymi. Szkoła stanowi ważny czynnik redukcji nierówności zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży, nie tylko dzięki swojej funkcji edukacyjnej, ale również przez szereg pozaintelektualnych mechanizmów wsparcia społecznego i opiekuńczego. Z tego względu działania na rzecz zdrowia w środowisku szkolnym, uwzględniające perspektywę równości i wrażliwości społecznej, są jednym z najskuteczniejszych narzędzi polityki zdrowia publicznego wobec dzieci i młodzieży.

Przykładowe pytania do dyskusji,
ćwiczeń, kart pracy, scenariuszy lekcji

1. Czyje jest ciało? Do kogo należy ciało: do mnie, do rodziców? Czy raczej kształtują je normy estetyczne?
2. Jak definiujemy zdrowie? Jak myślisz: czy warto dyskutować, czym jest zdrowie, czy lepiej oprzeć się na profesjonalnej definicji? Jak można wykorzystać społeczne definicje zdrowia w edukacji zdrowotnej? Spytaj swoich uczniów, jak rozumieją pojęcie zdrowia. Uczniowie mogą przygotować plakat, rysunek, mapę myśli lub filmik, jak można definiować zdrowie.
3. Co jest zagrożeniem dla zdrowia społecznego?
4. Jak sieci społeczne (przyjaźń, koleżeństwo) wpływają na zdrowie?
5. „Czy możliwe jest »ja« bez »my«?» Dyskusja – projekt zespołowy.
6. Ćwiczenie: Jak wygląda osoba samotna? Omówienie prac i konkluzja: „samotność jest potrzebą biologiczną – może dotyczyć każdego z nas”.
7. Maski w społeczeństwie. Czy nosimy maski? Czy opłaca się je nosić? Jak role społeczne kształtują nasze podejście do zdrowia?
8. Kto wchodzi w skład twoich sieci społecznych? Dlaczego kogoś lubimy?
9. Czego możemy się nauczyć od astronautów? Jakie zagrożenia dla zdrowia społecznego mogą napotkać w warunkach izolacji? Jakie umiejętności społeczne mają tu znaczenie (umiejętność rozwiązywania konfliktów, skuteczna komunikacja, elastyczność interpersonalna, empatia i wzajemne wsparcie)?
10. Czy wirtualni „przyjaciele” udzielają realnej pomocy?

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization; 2005. www.who.int/about/governance/constitution. Dostęp 28.10.2025.
2. Rogers CR. *O stawianiu się osobą*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2023.
3. Ciceron. *De Officiis*. Łódź: A.F. Mittler; 1931:13.
4. Arystoteles. *Polityka*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 2005:8.
5. Parsons T, Bales RF. *Family, Socialization and Interaction Process*. Glencoe: The Free Press; 2002.
6. Elias N. *Spółeczeństwo jednostek*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
7. Taranowicz I, Wójta-Kempa M. Samodyscyplina drogą do zdrowia. W: Synowiec-Piłat M, Łaska-Formejster A, red. *Biologiczny wymiar życia populacji a jego socjologiczne interpretacje*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2023:91–101. doi:10.18778/7525-973-5.07
8. Tokarczuk O. *Bieguni*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2019.
9. Kubińska Z, Pańczuk A, Ławnik A. Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych. *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations*. 2016;10(4):73–79. rozprawyspoleczne.edu.pl/POSTAWY-WOBEC-ZDROWIA-JAKO-JEDEN-Z-PRZEJAWOW-nKOMPETENCJI-ZDROWOTNYCH,111074,0,2.html. Dostęp 31.12.2025
10. Piątkowski W, Zalewska-Blechar P. Społeczna i poznawcza tożsamość socjologii medycyny w ujęciu Eliota Freidsona. *Zeszyty Naukowe KUL*. 2023;66(1):107–124. <https://repozytorium.kul.pl/items/785c6bf5-e8b6-4ef4-a6ee-d651640a375d>. Dostęp 31.12.2025.
11. Parsons T. *The Social System*. Nowy Jork: The Free Press; 1951.
12. Frank AW. *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press; 1995.

13. Doyle DM, Link BG. On social health: History, conceptualization, and population patterning. *Health Psychol Rev.* 2024;18(3):619–648. doi:10.1080/17437199.2024.2314506
14. Cai C, Mei Z, Wang Z, Luo S. School-based interventions for resilience in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry.* 2025;16:1594658. doi:10.3389/fpsy.2025.1594658
15. Larson JS. The Conceptualization of Health. *Med Care Res Rev.* 1999;56(2):123–136. doi:10.1177/107755879905600201
16. Chan C, Ho PS, Chow E. A body-mind-spirit model in health: An Eastern approach. *Soc Work Health Care.* 2001;34(3–4):261–282. doi:10.1300/j010v34n03_02
17. Wallace BA, Shapiro SL. Mental balance and well-being: Building bridges between Buddhism and Western psychology. *Am Psychol.* 2006;61(7):690–701. doi:10.1037/0003-066X.61.7.690
18. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–136. doi:10.1126/science.847460
19. Bury M. *Health and Illness.* Cambridge: Polity Press; 2005.
20. Keyes CLM. Social well-being. *Soc Psychol Q.* 1998;61(2):121–140. doi:10.2307/2787065
21. Ryff CD, Singer B. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Pers Soc Psychol Rev.* 2000;4(1):30–44. doi:10.1207/S15327957PSPR0401_4
22. Holt-Lunstad J. Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annu Rev Psychol.* 2018;69(1):437–458. doi:10.1146/annurev-psych-122216-011902
23. Haslam C, Cruwys T, Chang MX, et al. GROUPS 4 HEALTH reduces loneliness and social anxiety in adults with psychological distress: Findings from a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2019;87(9):787–801. doi:10.1037/ccp0000427
24. Karunamuni N, Imayama I, Goonetilleke D. Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Soc Sci Med.* 2021;272:112846. doi:10.1016/j.socscimed.2020.112846
25. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1988.
26. Dunbar R. *Il u przyjaciół potrzebuje człowiek? Liczba Dunbara i inne wybryki ewolucji.* Kraków: Copernicus Center Press; 2019.
27. Dunbar R. *Przyjaciele. O prawdziwej mocy naszych najważniejszych relacji.* Kraków: Copernicus Center Press; 2021.
28. Mead GH. *Umysł, osobowość i społeczeństwo.* Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1975.
29. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* 2011;52(2):145–161. doi:10.1177/0022146510395592
30. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, et al. Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investigators (ENRICHED). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHED) Randomized Trial. *JAMA.* 2003;289(23):3106–3116. doi:10.1001/jama.289.23.3106
31. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dn. 27 sierpnia 1997.
32. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians. Working document.* Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974.
33. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98(2):310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
34. Feeney BC, Collins NL. The importance of relational support for attachment and exploration needs. *Curr Opin Psychol.* 2019;25:182–186. doi:10.1016/j.copsyc.2018.11.011
35. Armstrong-Carter E, Miller JG, Hill LJB, Domingue BW. Young children's prosocial behavior protects against academic risk in neighborhoods with low socioeconomic status. *Child Dev.* 2021;92(4):1509–1522. doi:10.1111/cdev.13549
36. Chojńska AK. Zastosowanie koncepcji kapitału Pierre'a Bourdieu do klasyfikacji czynników społecznych wpływających na zdrowie psychiczne młodzieży szkolnej. *Miscellanea Anthropologica Et Sociologica.* 2021;22(2–3):45–63. czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/maes/article/view/7137/6315. Dostęp 30.12.2025.
37. World Health Organization. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.* Genewa: World Health Organization; 2010. www.who.int/publications/i/item/9789241500852. Dostęp 16.07.2025.
38. World Health Organization. *World Report on Social Determinants of Health Equity,* 2025. Genewa: World Health Organization; 2025. www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity. Dostęp 28.10.2025.

39. Muhl C, Bennett S, Fragman S, Racine N. Social prescribing: Moving pediatric care upstream to improve child health and wellbeing and address child health inequities. *Paediatr Child Health*. 2024;29(5):300–302. doi:10.1093/pch/pxae002
40. Mulligan K, Card KG, Allison S. Social prescribing in Canada: Health promotion in action, 50 years after the Lalonde report. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2024;44(6):241–243. doi:10.24095/hpcdp.44.6.01
41. Kdehub. Mental Health Promotion. Project Spotlight: Vanier Social Pediatric Hub. kdehub.ca/project-spotlight-vanier-community-social-services-centre/. Dostęp 28.10.2025.
42. National Health Service England. Social prescribing. www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/. Dostęp 28.10.2025.
43. StreetGames. Fit and Fed. www.streetgames.org/what-we-do/live-campaigns/fit-and-fed/. Dostęp 28.10.2025.
44. Uchino BN. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*. 2006;29(4):377–387. doi:10.1007/s10865-006-9056-5
45. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Soc Personal Psychol Compass*. 2014;8(2):58–72. doi:10.1111/spc3.12087
46. Putnam RD. *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. Nowy Jork: Simon & Schuster; 2001.
47. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *J Urban Health*. 2001;78(3):458–467. doi:10.1093/jurban/78.3.458
48. WHO Commission on Social Connection. *From Loneliness to Social Connection. Charting a Path to Healthy Societies. Report of the WHO Commission on Social Connection*. Genewa: World Health Organization; 2025. www.who.int/publications/i/item/978240112360. Dostęp 29.10.2025.
49. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227–237. doi:10.1177/1745691614568352
50. Simon Sinek's Optimist Company. The incredible power of an „Eight-Minute Catch-Up” with a friend. simonsinek.com/stories/the-incredible-power-of-an-eight-minute-catch-up-with-a-friend/. Dostęp 29.10.2025.
51. Goffman E. *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Warszawa: Aletheia; 2020.
52. Christakis NA, Fowler JH. *W sieci. Jak sieci społeczne kształtują nasze życie*. Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa; 2011.
53. Kahlon MK, Aksan N, Aubrey R, et al. Effect of layperson-delivered, empathy-focused program of telephone calls on loneliness, depression, and anxiety among adults during the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(6):616–622. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0113
54. Centola D. *Jak rozprzestrzenia się zachowanie. Nauka o złożoności procesów zarażania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2023.
55. Serwis Życie warte jest rozmowy. Philips DP. Wpływ sugestii na samobójstwo: substancjalne i teoretyczne konsekwencje efektu Wertera. Durakiewicz P, tłum. backend.zwjir.pl/media/attachments/Wp%C5%82yw_sugestii_na_samob%C3%B3jstwo_ylQfn16.pdf. Dostęp 29.10.2025.
56. Cialdini RB. *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2022.
57. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia społecznego, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Cieślak R, Sęk H, red. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
58. Kicińska L, Palma J. *Jak rozmawiać z rodzicem ucznia w kryzysie. Poradnik dla nauczycieli*. Warszawa: Fundacja Adamed, Serwis Życie Warte Jest Rozmowy; 2023. backend.zwjir.pl/media/attachments/Jak_rozmawia%C4%87_z_rodzicem_ucznia_w_kryzysie_7MgWj3y.pdf. Dostęp 29.10.2025.
59. Szluz BL. „Hikikomori” – o syndromie wycofania społecznego młodych ludzi. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*. 2022;39(1):81–90. doi:10.21852/sem.2018.1.07
60. Kowal M. *Kulturowe i środowiskowe predyktory odczuwania miłości*. [Rozprawa doktorska]. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski; 2022. repozytorium.uni.wroc.pl/Content/136149/PDF/Kulturowe_i_%C5%9Brodowiskowe_predyktory_odczuwania_mi%C5%82o%C5%9Bci.pdf. Dostęp 29.10.2025.
61. Sorokowski P, Butovskaya M, Groyecka-Bernard A, et al. Love as a universal phenomenon: Data from nine non-WEIRD societies. *Int J Intercult Relat*. 2025;108:102211. doi:10.1016/j.ijintrel.2025.102211
62. Walsh F. *Strengthening Family Resilience*. Nowy Jork: The Guilford Press; 2016.
63. Taranowicz I. Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym. *Rodzina w czasach szybkich przemian. Roczniki socjologii rodziny*. 2001;13:209–228. hdl.handle.net/10593/4399

Komunikacja interpersonalna

Magdalena Syrkiewicz-Świtała

Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

2.1. Wprowadzenie do komunikacji interpersonalnej

2.1.1. Istota komunikacji interpersonalnej

Komunikacja interpersonalna to nic innego jak wymiana informacji, myśli i odczuć między dwiema lub więcej osobami. Często ma ona na celu skłonienie drugiej strony do podjęcia konkretnego działania lub zaniechania czegoś. Najczęściej wykorzystuje się w niej słowa (komunikacja werbalna), które wspierane są przez sygnały niewerbalne, takie jak mowa ciała, ton głosu, mimika czy gestykulacja. Najistotniejsze dla budowania dobrych relacji międzyludzkich jest rozwijanie umiejętności skutecznej komunikacji. Świadome kształtowanie postaw społecznych wymaga również dopasowania technik perswazji do konkretnej sytuacji i odbiorcy. Ważny jest tu zarówno dobór argumentów logicznych, jak i emocjonalnych. Komunikacja to nie tylko mówienie, ale też słuchanie. Aktywne słuchanie i umiejętność odczytywania sygnałów niewerbalnych pozwalają na lepsze zrozumienie emocji innych i okazywanie empatii, co wzmacnia więzi międzyludzkie. Znaczenie komunikacji interpersonalnej jest ogromne, ponieważ pozwala ona na funkcjonowanie w społeczeństwie, budowanie znaczących relacji i osiągnięcie osobistych oraz zawodowych celów.¹⁻¹⁴

W procesie komunikacji interpersonalnej kluczową rolę odgrywają 2 strony: nadawca i odbiorca, czyli osoby zaangażowane w wymianę informacji. Istotnym elementem jest sam komunikat zawierający przekazywaną informację, który może mieć zarówno charakter werbalny, jak i niewerbalny. Informacja ta dociera do odbiorcy za pośrednictwem kanału komunikacji, którym może być mowa, pismo, gesty, a także różnego rodzaju media. Skuteczność komunikacji jest często oceniana na podstawie informacji zwrotnej (feedbacku), czyli reakcji odbiorcy, która pozwala nadawcy ocenić, czy komunikat został prawidłowo odebrany. Cały ten proces odbywa się w określonym kontekście, który obejmuje takie czynniki, jak miejsce, czas oraz relacje panujące między jego uczestnikami. Niestety mogą się w nim pojawić zakłócenia, nazywane również

szumami komunikacyjnymi. Są to wszelkie czynniki utrudniające zrozumienie, takie jak hałas, bariery językowe czy silne emocje.¹⁻¹⁴

Komunikacja interpersonalna ma kluczowe znaczenie w wielu aspektach życia, stanowiąc fundament dla budowania i utrzymywania trwałych relacji, zarówno w rodzinie, pracy, jak i w przyjaźni. Dzięki niej możliwe jest skuteczne rozwiązywanie konfliktów, co prowadzi do łagodzenia sporów i osiągania trwałych kompromisów.^{7,15-20} Ponadto jest niezbędna do wymiany wiedzy i doświadczeń, co sprzyja ciągłej nauce i rozwojowi osobistemu. W kontekście zawodowym dobra komunikacja znacząco wpływa na efektywność, zwiększając produktywność i poprawiając współpracę w biznesie oraz zarządzaniu.^{3,21-24} Co więcej, interakcje z innymi ludźmi odgrywają istotną rolę w kształtowaniu tożsamości i samooceny, pomagając rozwijać pewność siebie i pozytywne postrzeganie własnej osoby.¹⁻¹⁴

Przeszkody w komunikacji interpersonalnej, utrudniające efektywne przekazywanie i odbieranie informacji, można podzielić na kilka rodzajów. Do najważniejszych należą **bariery językowe**, wynikające z różnic w słownictwie, używania specyficznego żargonu lub popełniania błędów językowych.^{2,6,8} Równie istotne są **bariery psychologiczne**, obejmujące takie czynniki, jak uprzedzenia, stres czy silne emocje, np. gniew lub lęk, które zniekształcają przekaz.^{14,25} Kolejną grupę stanowią **bariery kulturowe**, spowodowane różnicami w normach społecznych i odmiennym znaczeniu gestów w różnych kulturach.²⁶ Komunikację mogą zakłócać także **czynniki środowiskowe**, takie jak nadmierny hałas, zbyt duża odległość między rozmówcami czy brak prywatności w miejscu komunikacji.¹⁻¹⁴

W kontekście doskonalenia komunikacji interpersonalnej kluczowe jest wdrożenie strategii opartych na zaangażowaniu, precyzji, wrażliwości emocjonalnej oraz otwartości.^{15,27} Aktywne słuchanie, stanowiące fundament efektywnej interakcji, polega na pełnym skupieniu uwagi na przekazie werbalnym i niewerbalnym rozmówcy, a także na weryfikacji percepcji poprzez techniki takie jak parafrazowanie, co sprzyja eliminacji nieporozumień.²⁸⁻³¹ Jednocześnie klarowność i zwięzłość wypowiedzi oraz eliminacja dwuznaczności czy zbędnych powtórzeń są niezbędne do zwiększenia efektywności transferu informacji.¹⁻¹⁴

Niezwykle istotnym komponentem jest empatia, definiowana jako zdolność do rozumienia i współodczuwania stanów emocjonalnych drugiej osoby, co ułatwia budowanie relacji opartych na wzajemnym szacunku i zaufaniu.³² Ponadto dla ciągłego doskonalenia własnych wzorców komunikacyjnych niezbędna jest gotowość do przyjmowania informacji zwrotnej (feedbacku) w formie konstruktywnej krytyki. Znaczącą rolę w komunikacji niewerbalnej odgrywa także kontrola mowy ciała polegająca na utrzymywaniu odpowiedniego kontaktu wzrokowego oraz unikaniu postaw zamkniętych, co sygnalizuje otwartość i zaangażowanie w dialog, wzmacniając spójność przekazu.¹⁻¹⁴

2.1.2. Cele i funkcje komunikacji

Komunikacja interpersonalna, rozumiana jako proces wymiany informacji między podmiotami, pełni szereg fundamentalnych funkcji, istotnych dla funkcjonowania jednostek i grup społecznych. Podstawowym celem tego procesu jest **transfer informacji**, co obejmuje zarówno przekazywanie danych empirycznych, jak i wymianę abstrakcyjnych idei, opinii oraz subiektywnych przeżyć. Ta fundamentalna rola komunikacji umożliwia dystrybucję wiedzy i koordynację działań w różnych kontekstach społecznych. Ponadto komunikacja interpersonalna jest nieodzownym narzędziem w procesie **budowania i podtrzymywania relacji społecznych**. Na drodze interakcji werbalnych i niewerbalnych jednostki nawiązują i pielęgnują więzi o zróżnicowanym charakterze, od relacji osobistych, takich jak przyjaźnie i związki intymne, po profesjonalne formy współpracy. Zdolność do efektywnej komunikacji jest zatem determinantem spójności społecznej i efektywności pracy zespołowej. W kontekście psychologicznym komunikacja służy jako **medium** do ekspresji emocji i potrzeb. Umożliwia jednostkom artykulację wewnętrznych stanów afektywnych, pragnień oraz oczekiwań wobec otoczenia, co jest kluczowe dla regulacji wzajemnych stosunków i zaspokajania indywidualnych potrzeb. Ta jej funkcja ma istotne znaczenie dla zdrowia psychicznego i dobrostanu emocjonalnego. Z perspektywy społeczno-ekonomicznej komunikacja interpersonalna jest potężnym narzędziem perswazji i wpływu społecznego. Znajduje zastosowanie w takich dziedzinach jak marketing, polityka czy zarządzanie, gdzie jej celem jest modyfikacja postaw, przekonań lub zachowań odbiorców w pożądanym przez nadawcę kierunku. Skuteczna perswazja opiera się na umiejętnym doborze strategii komunikacyjnych uwzględniających specyfikę audytoryum i kontekstu. Istotną rolą komunikacji jest również **rozwiązywanie konfliktów**. W wyniku konstruktywnego dialogu strony sporu mają możliwość wyjaśnienia nieporozumień, wyrażenia swoich racji oraz poszukiwania kompromisowych rozwiązań. Komunikacja w tym kontekście służy jako mechanizm mediacji, prowadzący do deeskalacji napięć i przywracania harmonii w relacjach. Komunikacja interpersonalna odgrywa ponadto kluczową rolę w **procesach edukacji i rozwoju osobistego**. Jest podstawowym narzędziem transferu wiedzy, mentoringu oraz wspierania uczenia się przez całe życie. Dzięki komunikacji jednostki przyswajają nowe informacje, rozwijają umiejętności i integrują się, tworząc wspólnotę.¹⁻¹⁴

W literaturze naukowej wyróżnia się szereg podstawowych funkcji komunikacji interpersonalnej, które wzajemnie się uzupełniają, kształtując dynamikę interakcji międzyludzkich. Do podstawowych należą: informacyjna (kognitywna), ekspresyjna (emocjonalna), impresyjna (perswazyjna), fatyczna (społeczna), regulacyjna (koordynacyjna) oraz rozrywkowa (estetyczna).^{1-2,4-6,9-11,13}

Podstawową funkcją komunikacji jest **funkcja informacyjna (kognitywna)**. Realizuje się ona w wyniku przekazywania informacji, czyli transferu faktów, danych, wiedzy oraz wszelkich treści o charakterze poznawczym. Jej manifestacją są m.in. wykłady naukowe, szczegółowe raporty biznesowe, a także precyzyjne instrukcje operacyjne, a także wszelkie zdania oznajmujące, np. „Pada deszcz”. Funkcja ta umożliwia wymianę i przyswajanie nowych treści, co jest najistotniejsze w procesach edukacyjnych, zawodowych i społecznych.^{1-2,4-6,9-11,13}

Komunikacja służy również jako medium do wyrażania stanów wewnętrznych nadawcy, w tym uczuć, postaw, przekonań oraz opinii. Przykładami jej realizacji są intymne zwierzenia wobec bliskiej osoby, spontaniczne okazywanie radości czy wyrażanie niezadowolenia. **Funkcja ekspresywna (emotywna)** stanowi fundament budowania i utrzymywania więzi emocjonalnych oraz wyrażania indywidualnej podmiotowości.^{1-2,4-6,9-11,13}

Funkcja impresywna (perswazyjna) koncentruje się na wpływaniu na odbiorcę, mając na celu modyfikację jego postaw, przekonań lub zachowań. Typowymi przykładami jej użycia są techniki stosowane w reklamie, strategię negocjacyjne czy procesy motywowania zespołu do osiągnięcia określonych celów. Jest zatem ukierunkowana na zmianę i oddziaływanie na drugiego człowieka.^{1-2,4-6,9-11,13}

Celem funkcji **fatycznej (społecznej)** jest podtrzymywanie kontaktu oraz inicjowanie i utrzymywanie relacji międzyludzkich, często bez konieczności przekazywania konkretnych treści informacyjnych. Typowymi przejawami tej funkcji są kurtuazyjne rozmowy, formy powitań czy pytania o samopoczucie. Pełni ona rolę swoistego smaru społecznego, ułatwiając nawiązywanie i podtrzymywanie interakcji przez ich łagodzenie i wspomagając budowanie więzi.^{1-2,4-6,9-11,13}

Komunikacja odgrywa także kluczową rolę w kontrolowaniu i koordynowaniu działań w obrębie grupy lub organizacji. Przykłady obejmują wydawanie poleceń służbowych, ustalanie zasad panujących w rodzinie czy formułowanie regulaminów. **Funkcja regulacyjna (koordynacyjna)** jest niezbędna do efektywnego działania systemów społecznych i osiągania wspólnych celów.^{1-2,4-6,9-11,13}

Wreszcie komunikacja może również służyć dostarczaniu rozrywki i przyjemności odbiorcy. Manifestuje się ona w opowiadaniu żartów, snuciu anegdotycznych historii czy jako różnorodne formy artystyczne. **Funkcja rozrywkowa (estetyczna)** przyczynia się do wzbogacania życia społecznego, wprowadzając element lekkości i kreatywności do interakcji międzyludzkich.^{1-2,4-6,9-11,13}

2.1.3. Rola komunikacji w życiu społecznym

Komunikacja jest fundamentem funkcjonowania zarówno w sferze prywatnej, jak i zawodowej. Pełni kluczową rolę w budowaniu relacji, wymianie informacji, rozwiązywaniu konfliktów oraz osiąganiu celów. Jest warunkiem *sine qua non* dla inicjowania, rozwijania oraz podtrzymywania relacji międzyludzkich obejmujących szeroki wachlarz więzi: od przyjacielskich po rodzinne. Proces

wymiany myśli, emocji i doświadczeń sprzyja pogłębianiu wzajemnego zrozumienia oraz wzmacnianiu spójności między jednostkami. Ilustracją tego mechanizmu są codzienne interakcje z bliskimi, wspólne aktywności oraz ekspresja troski, które konsolidują istniejące więzi.^{1–2,5,7–8,25,33}

Ponadto komunikacja umożliwia efektywną integrację jednostek w ramach różnorodnych grup społecznych, takich jak wspólnoty, organizacje czy kręgi znajomych. Wspólny język oraz współdzielone kody kulturowe pełnią funkcję katalizatorów wzmacniających poczucie tożsamości grupowej oraz przynależności. Manifestuje się to w aktywnej partycypacji w spotkaniach lokalnych, dyskusjach prowadzonych w przestrzeni cyfrowej oraz uczestnictwie w wydarzeniach kulturalnych, które sprzyjają kolektywnej identyfikacji.^{10,12,26,27}

W kontekście zarządzania konfliktami efektywna komunikacja stanowi esencję w łagodzeniu nieporozumień oraz ułatwianiu osiągnięcia konsensusu. Umiejętność asertywności połączona z empatią znacząco redukuje ryzyko eskalacji sporów i prowadzi do konstruktywnych rozwiązań. Przykłady takiej komunikacji obejmują partnerskie rozmowy w związkach oraz negocjacje w grupach rówieśniczych, gdzie dialog jest narzędziem do harmonizacji rozbieżnych interesów.^{17,15,20,34–36}

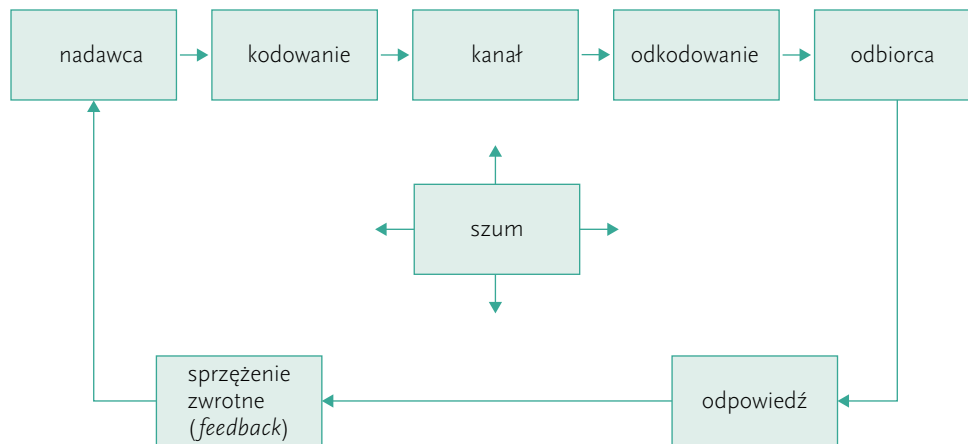
Wreszcie komunikacja odgrywa decydującą rolę w transmisji oraz internalizacji norm i wartości społecznych, takich jak wzorce zachowań, tradycje oraz zasady moralne. Media, systemy edukacyjne oraz codzienne interakcje werbalne stanowią kanały wpływu na kształtowanie postaw społecznych. Przykładami są: dyskusja na temat tolerancji, proces wychowania dzieci czy debaty publiczne, które kolektywnie wpływają na ewolucję etosu społecznego.^{6,14,33,37,38}

2.2. Proces komunikacji interpersonalnej

2.2.1. Elementy procesu komunikacyjnego

Proces komunikacyjny składa się z pięciu fundamentalnych elementów warunkujących jego przebieg: nadawcy, odbiorcy, komunikatu, informacji zwrotnej (*feedback*) i kontekstu. Nadawca, czyli osoba lub instytucja generująca przekaz, inicjuje akt komunikacji, wysyłając komunikat, który stanowi treść wyrażoną za pomocą słów, gestów lub symboli. Komunikat kierowany jest do odbiorcy będącego indywidualnym uczestnikiem lub grupą docelową. Kluczowym aspektem skutecznej komunikacji jest *feedback*, czyli reakcja odbiorcy umożliwiająca nadawcy weryfikację zrozumienia przekazu i ewentualną modyfikację dalszej interakcji. Cały proces odbywa się w określonym kontekście, na który składają się czynniki sytuacyjne, środowiskowe oraz relacyjne, takie jak czas, miejsce czy wzajemne stosunki między uczestnikami. Efektywność komunikacji zależy

zatem od precyzji przekazu, uwzględnienia charakterystyki odbiorcy, świadomości kontekstu, wyboru odpowiedniego kanału przekazu, dopasowanego do grupy odbiorców (źródła, medium), oraz zachowania dwukierunkowego przepływu informacji (rycina VI.2.1).^{21,22,39,40}



Rycina VI.2.1.
Proces komunikacji

Opracowano na podstawie: Mruk H, red. *Komunikowanie się w biznesie*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu; 2002; Jaworowicz M, Jaworowicz P. *Skuteczna komunikacja w nowoczesnej organizacji*. Warszawa: Difin; 2023; Syrkiewicz-Switała M, Hanisz R, red. *Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty*. Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu; 2010; Quirke B. *Komunikacja wewnętrzna krok po kroku. Jak komunikacja wewnętrzna pomaga wdrażać każdą strategię w firmie*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2011.

W praktyce komunikacyjnej można wyróżnić dwa podstawowe modele: **jednostronny** (monologowy) i **dwustronny** (dialogowy). Choć przekaz jednostronny daje nadawcy poczucie kontroli i pozwala zaoszczędzić czas, jego fundamentalnym ograniczeniem jest brak możliwości weryfikacji, czy komunikat został prawidłowo odebrany i zinterpretowany. W efekcie nadawca pozostaje w niepewności co do jego rzeczywistego oddziaływania.^{21,22,39,40}

W przeciwieństwie do tego model dwustronny – często porównywany do ruchu ulicznego w dwóch kierunkach – umożliwia przepływ informacji zwrotnej. Dzięki temu nadawca może ocenić nie tylko stopień zrozumienia przekazu, ale także zidentyfikować potencjalne bariery komunikacyjne i odpowiednio zmodyfikować swoje działania.^{21,22,39,40}

2.2.2. Modele komunikacji

W naukach o komunikacji wykształciły się trzy podstawowe modele opisujące proces komunikowania: liniowy, interakcyjny i transakcyjny, które różnią się stopniem złożoności i dynamiki interakcji między uczestnikami.

Model liniowy przedstawia komunikację jako jednokierunkowy proces przekazu informacji od nadawcy do odbiorcy przez określony kanał. Zakłada istnienie wyraźnego podziału ról (nadawca → odbiorca) oraz możliwość wystąpienia zakłóceń (szumów) w kanale komunikacyjnym. Choć model ten jest użyteczny w analizie prostych przekazów (np. w środkach masowego przekazu), jego główną wadę stanowi pominięcie aspektu dialogu i informacji zwrotnej.²⁷

Model interakcyjny zawiera informację zwrotną (*feedback*), więc komunikacja staje się procesem dwukierunkowym, w którym uczestnicy (nadawca i odbiorca) wymieniają się rolami. Istotne w nim są: kontekst społeczny, interpretacja znaczeń i wzajemne oddziaływanie. Model ten lepiej opisuje sytuację bezpośredniej interakcji (np. rozmowę), ale wciąż traktuje komunikację jako sekwencję oddzielnych aktów nadawania i odbierania.²⁷

Model transakcyjny postrzega komunikację jako ciągły, dynamiczny proces, w którym uczestnicy współtworzą znaczenia w ramach wspólnego pola doświadczeń. Znosi sztywne rozróżnienie na nadawcę i odbiorcę – obie strony są jednocześnie aktywnymi uczestnikami, a komunikacja zachodzi w określonym kontekście kulturowym i sytuacyjnym. Model ten najlepiej oddaje złożoność codziennych interakcji, uwzględniając zarówno komunikację werbalną, jak i niewerbalną oraz wzajemne wpływanie na siebie.²⁷

Ewolucja modeli od liniowego do transakcyjnego odzwierciedla zmianę paradygmatu w rozumieniu komunikacji – od prostego przekazu informacji po złożony proces negocjowania. Współcześnie model transakcyjny uznawany jest za najbardziej adekwatny w opisie rzeczywistych interakcji społecznych (w tym w zakresie zdrowia publicznego w kontekście edukacji zdrowotnej), podczas gdy modele liniowe znajdują zastosowanie głównie w analizie przekazów masowych.

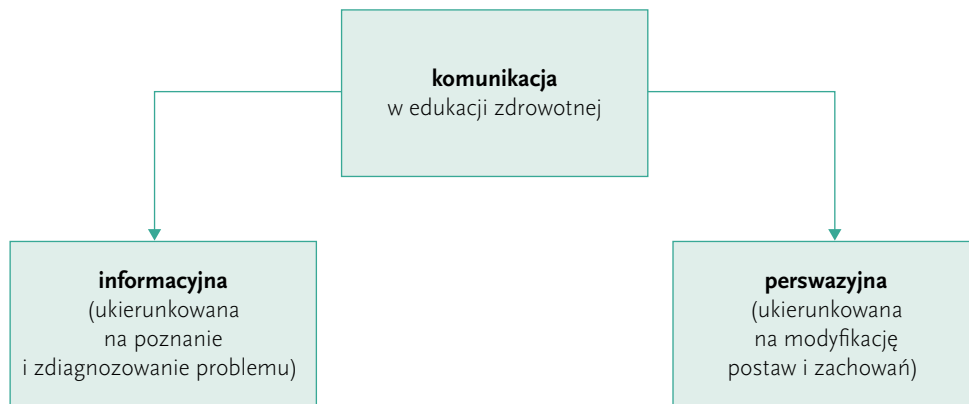
W teorii komunikacji wyróżnia się także 2 podstawowe typy **procesów transmisji informacji**: komunikację informacyjną oraz perswazyjną (rycina VI.2.2).^{39,41} **Komunikacja informacyjna** pełni przede wszystkim funkcję poznawczą, koncentrując się na obiektywnym przekazie danych (np. w zdrowiu publicznym mogą to być statystyki zachorowalności czy wyniki badań naukowych). W przeciwieństwie do niej **komunikacja perswazyjna** ma charakter normatywny i jest ukierunkowana na modyfikację postaw oraz zachowań (np. prozdrowotnych, co znajduje zastosowanie w kampaniach promujących zdrowy styl życia lub programach profilaktycznych).^{13,39,42–44}

W edukacji zdrowotnej może być wykorzystywany prosty klasyczny **model Lasswella**, stanowiący przykład linearnego ujęcia komunikacji perswazyjnej.

Rycina VI.2.2.

Typy komunikacji w edukacji zdrowotnej

Opracowano na podstawie:
Syrkiewicz-Switała M, Hanisz R, red.
Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty. Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu; 2010; Tokarz M. *Argumentacja. Perswazja. Manipulacja. Wykłady z teorii komunikacji*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.



Proponuje on analizę procesu komunikacyjnego w pięciu kluczowych wymiarach^{13,27,39,42–44}.

- nadawcy (aktora systemu zdrowotnego: lekarza, edukatora),
- treści (zakodowanej informacji, np. na zalecenie WHO),
- kanału (medium: konsultacje, kampanie społeczne),
- odbiorcy (beneficjenta przekazu: pacjenta, grupy docelowej),
- efektu (zmiany wiedzy/postawy/zachowań).

Identyfikacja nadawcy, jako pierwszego elementu modelu, obejmuje określenie podmiotu odpowiedzialnego za przekaz, którym może być lekarz, edukator zdrowotny lub instytucja ochrony zdrowia. Drugim wymiarem jest analiza treści, czyli zawartości merytorycznej przekazu, takiej jak zalecenia WHO czy wytyczne terapeutyczne. Trzeci element dotyczy badania kanałów komunikacji, uwzględniającego medium wykorzystane do dystrybucji informacji, na przykład konsultację indywidualną, kampanię społeczną lub materiały edukacyjne. Czwarty wymiar koncentruje się na charakterystyce odbiorców, uwzględniając ich cechy demograficzne, poziom wiedzy zdrowotnej czy potrzeby informacyjne (pacjent, grupa docelowa). Ostatni aspekt obejmuje ocenę efektów komunikacji, odnoszącą się do zmiany wiedzy, postaw lub zachowań w grupie docelowej (rycina VI.2.3).^{27,39,44}

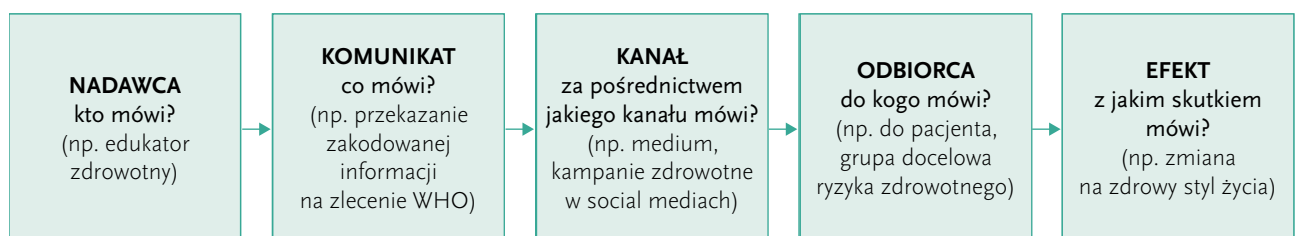
Mimo swojej wartości model Lasswella jest krytykowany za pewne ograniczenia. Przede wszystkim jego linearna struktura pomija dynamiczny charakter współczesnej komunikacji, w której kluczową rolę odgrywa sprzężenie zwrotne. W kontekście edukacji zdrowotnej uwidacznia się brak możliwości weryfikacji zrozumienia przekazu przez odbiorców, co stanowi poważną wadę utrudniającą dostosowanie treści do ich rzeczywistych potrzeb. Ponadto model ten nie uwzględnia czynników kontekstowych, takich jak kapitał kulturowy odbiorców czy uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, które mogą znacząco wpływać na skuteczność komunikacji.^{27,39,44}

Dlatego współczesne koncepcje komunikacji, takie jak **model interakcyjny**, kładą nacisk na dwukierunkowy przepływ informacji, który jest szczególnie istotny w obszarze zdrowia publicznego. Na przykład w terapii motywującej dialog między specjalistą a pacjentem umożliwia identyfikację indywidualnych barier behawioralnych i wspólne wypracowanie strategii ich przezwyciężenia. Podobnie w projektowaniu interwencji zdrowotnych zastosowanie metod partycypacyjnych, takich jak technika delficka, umożliwia weryfikowanie materiałów edukacyjnych

WHO – World Health Organization; Światowa Organizacja Zdrowia

Rycina VI.2.3.
Model aktu perswazyjnego Lasswella na rzecz edukacji zdrowotnej

Opracowano na podstawie:
Dobek-Ostrowska B. Podstawy komunikowania społecznego. Wrocław: Astrum; 2004; Syrkiewicz-Switała M, Hanisz R, red. *Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty*. Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu; 2010.



i ich dostosowanie do poziomu wiedzy odbiorców. Pozwala to uwzględnić perspektywy różnych grup (pacjentów, lekarzy, urzędników), zwiększając skuteczność i akceptację działań (patrz: ramka poniżej).^{13,27,39,42-44}

Przykład zastosowania techniki delfickiej w promocji i edukacji zdrowotnej

Cel: Opracowanie programu walki z otyłością wśród nastolatków

Runda 1 – Burza pytań

Eksperti (dietetycy, pedagodzy, lekarze) i przedstawiciele młodzieży odpowiadają anonimowo na pytanie: „Jakie są największe bariery w walce z otyłością w tej grupie wiekowej?”.

Padają propozycje: brak czasu na zdrowe posiłki, presja rówieśnicza spożywanie posiłków typu fast food, niska świadomość rodziców.

Runda 2 – Konsensus

Uczestnicy dostają podsumowanie odpowiedzi i wskazują najważniejsze problemy do rozwiązania (np. „Rodzice nie potrafią gotować tanio i zdrowo”).

Runda 3 – Projektowanie rozwiązań

Powstają konkretne pomysły, np. darmowe warsztaty kulinarne dla rodzin zamiast wykładów o kaloriach.

Efekt

Program jest lepiej dostosowany do realnych potrzeb, bo opiera się na wiedzy zarówno specjalistów, jak i bezpośrednich beneficjentów.

Komunikacja ryzyka, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych (np. pandemia COVID-19), wymaga z kolei elastycznego podejścia, uwzględniającego odmienne potrzeby informacyjne różnych grup społecznych, takich jak seniorzy czy młodzież.⁴⁵

Ewolucja modeli komunikacyjnych w kierunku paradygmatu dialogowego znajduje teoretyczne uzasadnienie w **filozofii komunikacji Jürgena Habermasa***, która podkreśla, że prawdziwa komunikacja opiera się na wzajemnym zrozumieniu.⁴⁶ W praktyce EBM, a także w EBPH skuteczność edukacji zdrowotnej jest silnie skorelowana z jakością oddziaływań między nadawcą a odbiorcą.

EBM – ang. *evidence-based medicine*; medycyna oparta na dowodach

EBPH – ang. *evidence-based public health*; zdrowie publiczne oparte na dowodach

* Filozof Jürgen Habermas w 1981 r. podkreślał, że edukacja zdrowotna powinna być oparta na dialogu, a nie monologu. Wprowadzenie jego idei do praktyki medycznej powinno zwiększyć zaufanie pacjentów i skuteczność terapii.

Teoria społecznego uczenia się dodatkowo wskazuje, że perswazja w kontekście zdrowotnym wymaga nie tylko przekazu informacji, ale także modelowania pożądaných zachowań przez przykłady i wzorce społeczne. Jednocześnie w przypadku odbiorców o niskiej kompetencji zdrowotnej tradycyjne metody komunikacji oparte na statystykach mogą okazać się mało skuteczne, co skłania do poszukiwania alternatywnych strategii, takich jak wykorzystanie narracji* czy storytellingu**. ^{39,27,44,13,42–43}

Skuteczna komunikacja w edukacji zdrowotnej wymaga integracji precyzyjnego przekazu informacyjnego z umiejętnościami perswazyjnymi, uwzględniającymi złożony kontekst społeczno-kulturowy. Rozwój nowych modeli komunikacyjnych, opartych na dialogu i sprzężeniu zwrotnym, stanowi odpowiedź na ograniczenia tradycyjnych podejść i otwiera perspektywy dla bardziej skutecznych interwencji promujących zdrowie. ^{39,27,44,13,42–43}

Model komunikacji perswazyjnej McGuire'a stanowi teoretyczną podstawę dla projektowania skutecznych interwencji zdrowotnych. Proces ten obejmuje 6 sekwencyjnych faz:

- ekspozycję komunikatu w dostępnej przestrzeni,
- przyciągnięcie uwagi odbiorcy,
- zapewnienie zrozumienia treści,
- wywołanie refleksji i oceny,
- utrwalenie przekazu w pamięci,
- zmianę postaw lub zachowań.⁴¹

Każda faza warunkuje skuteczność kolejnego etapu oddziaływania. Model przetwarzania informacji (komunikacji perswazyjnej McGuire'a) powinien wskazywać etapy przekazu perswazyjnego, jakie musi przejść odbiorca, aby doszło do zmiany jego postawy lub zachowania (rycina VI.2.4). W praktyce zdrowia publicznego skuteczna implementacja modelu wymaga precyzyjnego określenia celów, dostosowania komunikatu do charakterystyki odbiorców oraz budowania wiarygodności poprzez odwołania do naukowych źródeł (EBPH).^{25,42,43} Bardzo istotną rolę pełni również wykorzystanie odpowiednich strategii językowych

* Określana jako strukturalna organizacja opowieści, służąca przedstawieniu zdarzeń w sposób logiczny i spójny. W komunikacji zdrowotnej narracje mogą pełnić funkcję: kognitywną (która ułatwia przyswajanie złożonych informacji, np. przez opis przypadku pacjenta z cukrzycą, który lepiej ilustruje przebieg choroby niż sucha lista objawów); perswazyjną (co wpływa na postawy poprzez identyfikację odbiorcy z bohaterem, np. historie osób, które rzuciły palenie, zwiększają skuteczność kampanii antynikotynowych) czy kulturową (można tu zastosować metafory typu: „walka z nowotworem”, „broń w terapii” czy „zwycięstwo nad chorobą”, co kształtuje lepsze zrozumienie choroby i zdecydowanie ułatwia zrozumienie skomplikowanych sformułowań, norm czy procesów medycznych).

** Czyli strategicznego wykorzystania narracji w celu zaangażowania emocjonalnego odbiorcy, co pozwala na redukcję oporu przed zmianą (poprzez stosowanie analogów), wzmacnia retencję wiedzy (np. dzięki temu, że informacje osadzone w fabule lepiej się zapamiętuje), przekracza bariery kulturowe (głównie w wyniku zamiany trudnej terminologii medycznej na zrozumiałe sformułowania wplecione w opowieść).

Rycina VI.2.4.

Przykład wykorzystania w praktyce modelu komunikacji perswazyjnej McGuire'a – kampania społeczna dotycząca promowania zdrowego stylu życia (np. „Rzuć palenie”)

kampanie społeczne – promowanie zdrowego stylu życia

uwaga – przyciągnięcie odbiorcy np. szokującymi statystykami

zrozumienie – wyjaśnienie, dlaczego palenie jest szkodliwe

akceptacja – przekonanie odbiorcy, że warto rzucić palenie

zapamiętanie – powtarzanie hasła (np. „Palenie zabija”)

działanie – zachęcenie do skorzystania z telefonu zaufania dla palaczy

i emocjonalnych zwiększających zaangażowanie odbiorców. Współczesne ujęcia tego modelu podkreślają dynamiczny charakter komunikacji, w którym uczestnicy pełnią równocześnie role nadawców i odbiorców, a proces interpretacji jest kształtowany przez indywidualne doświadczenia i systemy znaczeń.^{27,44}

2.2.3. Bariery komunikacyjne i sposoby ich przezwycięzania

Bariery komunikacyjne stanowią istotne ograniczenie w efektywnym przepływie informacji między nadawcą a odbiorcą, wpływając negatywnie na jakość i dokładność przekazu (ryciny VI.2.5 i VI.2.6). W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka najważniejszych kategorii barier, wśród których szczególną rolę odgrywają czynniki psychologiczne, językowe, kulturowe oraz środowiskowe.^{2,4–5,7,9–13,30}

Nie wierzysz, to spójrz na przykład lwa...

Bariery psychologiczne, związane z różnicami w postrzeganiu, nastawieniem emocjonalnym lub uprzedzeniami, często prowadzą do zniekształceń w interpretacji komunikatów. Z kolei **bariery językowe**, wynikające ze zróżnicowania

Rycina VI.2.5.

Zrozumienie przekazu – punkt widzenia – różne perspektywy

Opracowano na podstawie: nlp.pl. Czarny pas w elastyczności myślenia. nlp.pl/?p=2282. Dostęp 25.06.2025.



Rycina VI.2.6.
Przykład z lwem

Przykład –
myślenie, wyobrażenie, zrozumienie
a rzeczywistość



obraz afrykańskiego lwa



W Afryce żyją lwy,
wszyscy wiedzą,
jak wyglądają

polski obraz lwa



W Polsce lwy
nigdy nie bytowały,
ale ludzie podróżowali
do Afryki

chiński obraz lwa



W Chinach lwy nigdy nie żyły
i w dawnych czasach
ludzie otrzymywali
tylko informacje
o ich istnieniu i wyglądzie
od kupców, którzy
przyjeżdżali na statkach
z dalekiej Afryki.

Zawsze trzeba sprawdzić, czy inni rozumieją nasz przekaz.
Oczekuj i reaguj na informację zwrotną – sprzężenie zwrotne (*feedback*).
Unikniesz wtedy niepotrzebnego szumu komunikacyjnego

kodów komunikacyjnych lub specjalistycznej terminologii, utrudniają dokładne przekazanie intencji nadawcy, zwłaszcza w środowiskach wymagających precyzji merytorycznej, takich jak edukacja czy opieka zdrowotna.^{2,4–5,7,9–13,30}

Aby skutecznie przezwyciężyć bariery komunikacyjne, konieczne jest zastosowanie odpowiednich strategii dopasowanych do charakteru napotkanych trudności. W przypadku barier psychologicznych zaleca się wykorzystanie technik aktywnego słuchania, w tym parafrazy, klaryfikacji oraz odzwierciedlania emocji, co pozwala na redukcję nieporozumień i wzajemne zrozumienie perspektyw. Ich przezwyciężanie wymaga rozwijania kompetencji emocjonalnych oraz przyjmowania perspektywy empatycznej wobec rozmówcy.^{2,4–5,7,9–13,30}

Dla pokonania barier językowych istotne okazuje się dostosowanie poziomu złożoności przekazu do kompetencji językowych odbiorcy, unikanie żargonu specjalistycznego oraz stosowanie przykładów ilustrujących omawiane zagadnienia. Optymalizacja komunikacji w tym zakresie polega na dostosowywaniu rejestru językowego do kompetencji odbiorców, dbałości o klarowność przekazu

oraz wykorzystywaniu środków wizualnych wspomagających rozumienie. W środowiskach międzykulturowych, gdzie występują **bariery kulturowe**, niezbędne jest uwzględnienie różnic w normach komunikacyjnych oraz rozwój kompetencji interkulturowych, co umożliwi uniknięcie nieświadomych *faux pas*.²⁶ Skuteczne strategie zaradcze obejmują edukację interkulturową, rozwijanie elastyczności komunikacyjnej oraz weryfikację wzajemnego zrozumienia przekazów.

Bariery środowiskowe związane z czynnikami zewnętrznymi, takimi jak hałas, dystrakcje czy nieodpowiednie warunki przestrzenne, mogą być minimalizowane dzięki świadomemu zarządzaniu otoczeniem komunikacyjnym. Przykładem barier środowiskowych w szkole może być hałas (np. na korytarzach, w klasach), nieodpowiednia akustyka pomieszczeń (np. echo w auli czy w sali gimnastycznej), nieodpowiednie warunki fizyczne (np. zbyt mała sala, brak miejsca na indywidualne rozmowy, brak prywatności), rozproszenie uwagi (np. telefony, powiadomienia, inne osoby) czy bariery technologiczne (np. podczas lekcji online: problemy z połączeniem, wolny Internet, brak odpowiedniego sprzętu). Optymalizacja warunków fizycznych, w tym zapewnienie odpowiedniej akustyki i ergonomii przestrzeni, zwiększa efektywność komunikacji. Eliminacja barier w tym zakresie wymaga świadomego zarządzania przestrzenią komunikacyjną oraz odpowiedniego doboru narzędzi przekazu, upraszczania ścieżek komunikacyjnych, uruchomienia mechanizmów sprzężenia zwrotnego czy zrozumienia perspektywy i poziomu wiedzy rozmówcy. Przykładem niwelowania barier środowiskowych w szkole mogą być: zorganizowanie cichych stref, zamykanie drzwi do klasy podczas lekcji lub ważnych dyskusji, odbywanie rozmów w ustalonych godzinach i miejscach (np. w gabinecie nauczyciela), ustawienie ławek w sposób sprzyjający komunikacji (np. w kręgu), wprowadzanie zasad typu „zero telefonów” podczas ważnych spotkań lub lekcji, wyciszanie powiadomień podczas lekcji i zebrań. Dodatkowo w dobie cyfryzacji, gdy znaczną część interakcji przeniesiono do środowiska wirtualnego, szczególnego znaczenia nabiera przeciwdziałanie barierom technologicznym przez dobór odpowiednich kanałów komunikacji oraz zapewnienie sprawnej obsługi narzędzi cyfrowych oraz unikanie i rozpoznawanie nieprawdziwych informacji (ang. *fake news*).^{13,47–51}

Proces przezwyciężania barier komunikacyjnych ma charakter kompleksowy i wymaga od uczestników świadomości istnienia potencjalnych przeszkód oraz gotowości do adaptacji strategii. Systematyczne doskonalenie umiejętności interpersonalnych, w tym szkolenia z zakresu komunikacji niewerbalnej, zarządzania konfliktem oraz pracy w zróżnicowanych kulturowo zespołach, stanowi kluczowy element budowania efektywnych kanałów porozumienia. W kontekście edukacyjnym zastosowanie tych zasad przekłada się na poprawę jakości wzajemnych relacji pomiędzy nadawcą a odbiorcą.^{7,11,28–30,37}

2.3. Formy komunikacji interpersonalnej

Komunikacja interpersonalna przyjmuje różnorodne formy, które można sklasyfikować według bezpośredniości kontaktu oraz stopnia wykorzystania środków przekazu. Podstawowy podział wyróżnia **komunikację bezpośrednią** (osobistą i nieosobistą) charakteryzującą się fizyczną współobecnością uczestników i możliwością pełnego wykorzystania sygnałów werbalnych i niewerbalnych. W tej formie interakcji kluczową rolę odgrywają takie elementy jak mimika, gestykulacja, ton głosu i przy komunikacji bezpośredniej brak dystansu przestrzennego i czasowego, które znacząco wpływają na proces wymiany informacji i budowania relacji. W komunikacji bezpośredniej nieosobistej, realizowanej za pośrednictwem współczesnych technologii (wideokonferencji, komunikatorów, telefonu), występuje dystans przestrzenny, który może wpływać i zakłócić jakość i klarowność przekazu.^{38,52–56}

Alternatywną formą jest **komunikacja pośrednia**, realizowana za pomocą różnorodnych mediów, począwszy od tradycyjnych listów aż po współczesne formy komunikacji cyfrowej. Ta forma interakcji, choć pozbawiona bezpośredniego kontaktu fizycznego, umożliwia utrzymanie ciągłości komunikacji pomimo barier przestrzennych i czasowych. Szczególne znaczenie w komunikacji pośredniej zyskują: precyzja wyrażania myśli oraz świadomość ograniczeń wynikających z braku dostępu do pełnego spektrum sygnałów niewerbalnych. Specyficzną formą tego rodzaju interakcji jest **komunikacja pisemna**, która wymaga szczególnej dbałości o precyzję wyrażania myśli oraz stosowanie zasad kultury językowej. W przeciwieństwie do komunikacji ustnej ta forma interakcji pozwala na bardziej przemyślane formułowanie wypowiedzi, ale jednocześnie pozbawiona jest możliwości natychmiastowej korekty i wyjaśnienia ewentualnych nieporozumień.^{38,52–56}

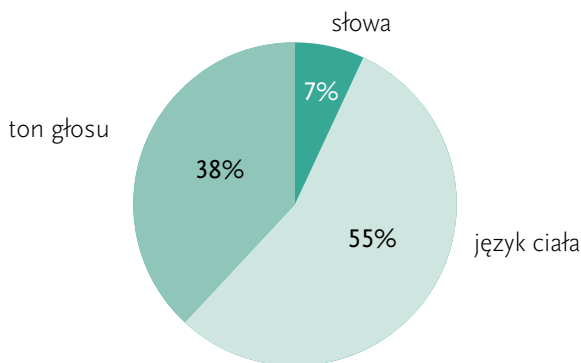
Warto również wyróżnić komunikację **synchroniczną** i **asynchroniczną**, gdzie pierwsza forma zakłada równoczesność uczestnictwa w procesie komunikacyjnym, podczas gdy druga umożliwia wymianę informacji z opóźnieniem. Współczesne technologie komunikacyjne znacznie rozszerzyły spektrum możliwości w tym zakresie, oferując zarówno rozwiązania umożliwiające natychmiastową interakcję, jak i platformy zapewniające odroczoną w czasie wymianę informacji.^{38,52–56}

W kontekście zawodowym istotne znaczenie ma **komunikacja formalna**, podporządkowana określonym normom i protokołom, oraz **komunikacja nieformalna**, oparta na swobodniejszych zasadach wymiany informacji. Obie formy pełnią istotne funkcje w organizacjach, przy czym komunikacja nieformalna często stanowi uzupełnienie oficjalnych kanałów przekazu i może znacząco wpływać na klimat organizacyjny oraz efektywność współpracy.^{21–22,29,40,57}

Skuteczna komunikacja jest także rezultatem harmonijnego połączenia słów i gestów. Przekaz werbalny dostarcza wówczas informacji, a niewerbalny nada-je im emocjonalny kontekst. Badania potwierdzają, że nawet 93% znaczenia w komunikacji interpersonalnej pochodzi z tonu głosu i mowy ciała, podczas gdy same słowa odpowiadają jedynie za 7% przekazu (rycina VI.2.7).⁵⁸

Rycina VI.2.7.
Komunikacja werbalna
i niewerbalna – siła
oddziaływania

Opracowano na podstawie: Kuś G.
Komunikacja werbalna i niewerbalna.
Materiały szkoleniowe na potrzeby
projektu „Nauczyciel doskonały
(ND) – jakość podstawą sukcesu”.
Warszawa; 2011.



W procesie porozumiewania się komunikaty słowne (werbalne) i pozasłowne (niewerbalne) działają jak system naczyń połączonych, wzmacniając lub osłabiając siłę oddziaływania przekazu. Paradoksalnie, gdy występuje sprzeczność między tym, co mówimy, a naszym zachowaniem, odbiorcy instynktownie ufają bardziej sygnałom niewerbalnym.^{21,23,27,28,30}

2.3.1. Komunikacja werbalna

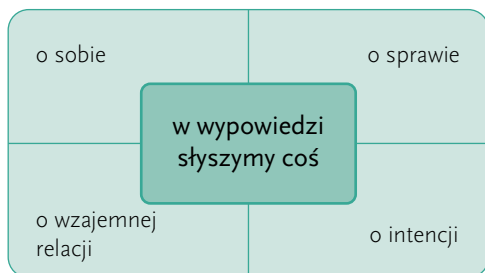
Komunikacja werbalna to proces porozumiewania się za pomocą słów, obejmujący zarówno mowę, jak i język pisany. Jej skuteczność zależy od poprawnego użycia języka (zasób słownictwa, gramatyka, wymowa) oraz umiejętności dostosowania formy wypowiedzi do kontekstu sytuacyjnego i odbiorcy.

Najważniejszymi elementami skutecznej komunikacji werbalnej są^{38,52–56}:

- jasność i precyzja przekazu – unikanie niepotrzebnego żargonu i wieloznaczności,
- dostosowanie języka do rozmówcy (np. zmiana rejestru w zależności od sytuacji – formalny/nieformalny),
- aktywne słuchanie – potwierdzanie zrozumienia (parafraza, pytania),
- kontrola tonu głosu i tempa mówienia – wpływają na odbiór wypowiedzi,
- kultura słowa – unikanie przerywania, używanie zwrotów grzecznościowych.

W rozmowie istotne jest także kontrolowanie emocji oraz budowanie płynnej interakcji przez utrzymywanie logicznego wątku i stosowanie odpowiednich pauz. Skuteczna komunikacja werbalna wymaga nie tylko sprawnego formułowania wypowiedzi, ale także aktywnego odbioru i prawidłowej interpretacji komunikatów nadawcy, przy zachowaniu pełnej koncentracji na przebiegu dialogu. Należy jednak zaznaczyć, że nawet optymalnie prowadzona komunikacja

werbalna nie zawsze osiąga zamierzone efekty, gdyż towarzyszą jej liczne czynniki zakłócające, które mogą prowadzić do dekoncentracji uczestników i zaburzeń w procesie kodowania treści (rycina VI.2.8; ćwiczenie 1).^{21,27,38,52–56}



Rycina VI.2.8.

Komunikacja werbalna – warunki, w jakich się ona odbywa

Ćwiczenie 1. Komunikacja werbalna



Jeden uczeń opisuje rysunek wyłącznie za pomocą słów (bez wspomagania się gestami lub mimiką).

Zadaniem pozostałych uczniów jest stworzenie rysunku na podstawie instrukcji przekazywanych przez rówieśnika, z możliwością weryfikowania niejasności przez zadawanie dodatkowych pytań.

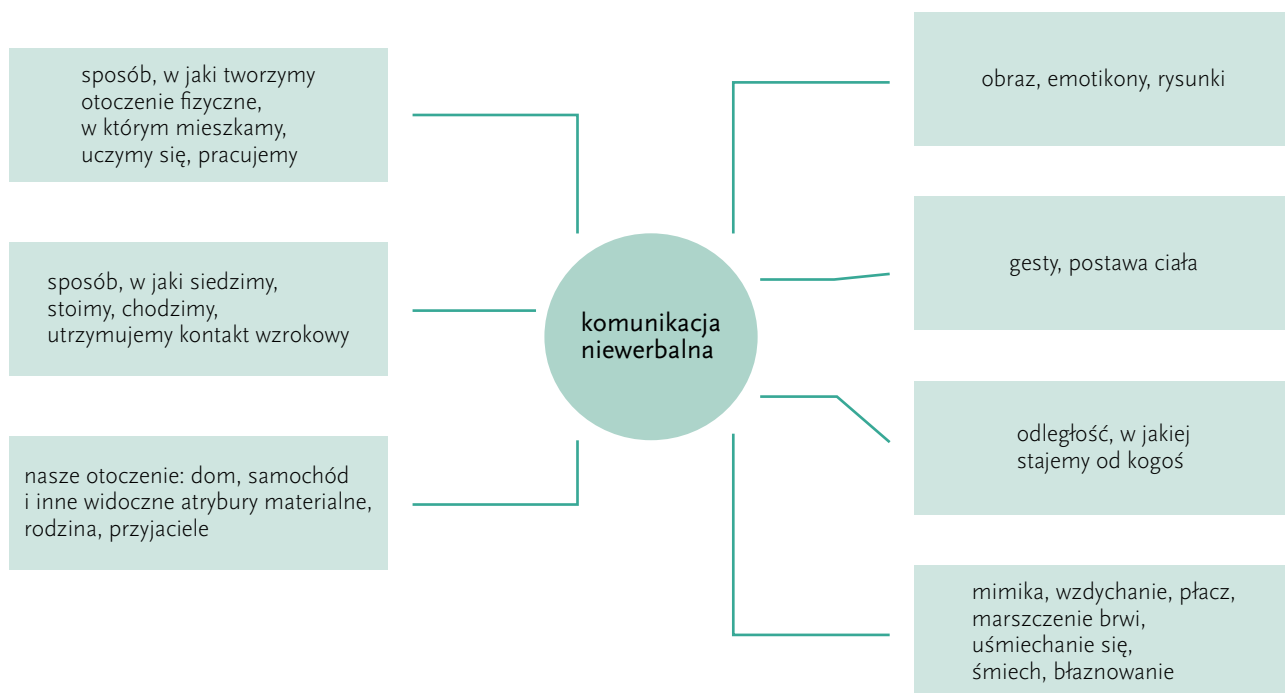
Czas wykonania zadania: ok. 2 min.

Efekt: rysunki odzwierciedlają oryginał w ogólnym zarysie, choć nie są wolne od niedokładności. Czas wykonania zadania nie powinien przekroczyć założonych 2 min z niewielkimi odchyleniami.

2.3.2. Komunikacja niewerbalna

Komunikacja niewerbalna stanowi istotny element procesu porozumiewania się, obejmujący przekazywanie informacji za pomocą środków pozajęzykowych (rycina VI.2.9). W jej skład wchodzi przede wszystkim mowa ciała (kinezytyka), obejmująca postawę, ruchy kończyn oraz sposób poruszania się. Mogą one świadczyć o stopniu zaangażowania w proces porozumiewania się, pewności siebie lub otwartości. Gesty, zarówno świadome, jak i nieświadome, pełnią funkcję ilustrującą, ekspresywną (emfatyczną) lub symboliczną, przy czym ich interpretacja może różnić się w zależności od kontekstu kulturowego.^{20–21,23,27,28,30,38,52–56}

Mimika odgrywa kluczową rolę w wyrażaniu emocji, bo mięśnie twarzy reagują w sposób uniwersalny na podstawowe stany emocjonalne, takie jak radość, gniew czy zaskoczenie. Proksemika, czyli badanie przestrzeni interpersonalnej, określa preferowane odległości w kontaktach społecznych (intymna,

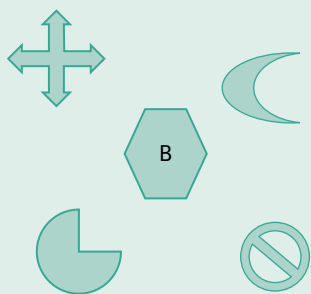


Rycina VI.2.9.
Komunikacja niewerbalna

osobista, społeczna, publiczna), które różnią się w zależności od kultury i charakteru relacji.^{20–21,23,27,28,30,38,52–56}

Dodatkowo do komunikacji niewerbalnej zalicza się także parajęzyk (ton głosu, tempo mówienia, wypełniacze), haptkę (komunikację dotykową) oraz chronemikę (używanie czasu jako komunikatu). Wszystkie te elementy współtworzą spójny system przekazu, który często wpływa na interpretację wypowiedzi, a w niektórych sytuacjach może nawet całkowicie zastępować słowa. Skuteczna interpretacja sygnałów niewerbalnych wymaga zatem uwzględnienia kontekstu sytuacyjnego, kulturowego oraz spójności między poszczególnymi komponentami komunikatu (ćwiczenie 2).^{20–21,23,27,28,30,38,52–56}

Ćwiczenie 2. Komunikacja niewerbalna



Uczniowie przerysowują schemat z wyświetlanego obrazu.

Proponowany czas wykonania zadania: 2 min.

Efekt: choć ćwiczenie 2. jest trudniejsze, uczniowie kończą je w krótszym czasie (ok. 1 min), a ich rysunki są niemal identyczne ze wzorem – bez błędów i dodatkowych pytań.

Na podstawie wykonania powyższych ćwiczeń można stwierdzić, że procesy komunikacji niewerbalnej zachodzą zdecydowanie szybciej.

2.3.3. Komunikacja pisemna

Komunikacja pisemna obejmuje przekazywanie informacji za pomocą tekstu w formie notatek, listów, e-maili, wiadomości tekstowych (SMS, komunikatory) oraz innych dokumentów. Wymaga szczególnej dbałości o precyzję, jasność przekazu i stosowanie zasad etykiety.^{20–21,23,27,28,30,38,52–56}

W e-mailach istotne jest prawidłowe sformatowanie wiadomości (czytelny temat, odpowiednie powitanie i zakończenie), unikanie nadmiernej nieformalności w kontaktach służbowych oraz dostosowanie stylu do odbiorcy. Wiadomości tekstowe charakteryzują się większą swobodą, ale powinny uwzględniać kontekst relacji – w komunikacji biznesowej lub z osobami starszymi wskazany jest wyższy poziom formalności.^{20–21,23,27,28,30,38,52–56}

Zasady etykiety obejmują m.in.:

- unikanie pisania wyłącznie wielkimi literami (jest to postrzegane jako krzyk),
- stosowanie poprawnej interpunkcji i ortografii,
- szacunek dla czasu odbiorcy (np. unikanie wysyłania wiadomości późno),
- szybkość odpowiedzi dostosowaną do ważności sprawy.

W erze cyfrowej komunikacja pisemna często zastępuje kontakt bezpośredni, dlatego tym ważniejsze jest, by była profesjonalna, uprzejma i wolna od dwuznaczności.^{13,47–51}

2.4. Style komunikacji

2.4.1. Style komunikacyjne

W psychologii komunikacji wyróżnia się 4 podstawowe style komunikacyjne różniące się podejściem do wyrażania potrzeb oraz respektowania granic interpersonalnych: asertywny, agresywny, pasywny (uległy) i manipulacyjny (tabela VI.2.1).^{17,41,59–60}

Tabela VI.2.1.
Porównanie 4 stylów komunikacji: asertywnego, uległego, agresywnego i manipulacyjnego

Kryterium	Asertywność	Uległość	Agresja	Manipulacja
Wyrażanie potrzeb	nie mogę dziś pomóc, mam swoje obowiązki.	no dobrze... pomogę, chociaż nie mam czasu.	sam sobie radź, ja mam ważniejsze sprawy!	jeśli mnie lubisz, to to zrobisz.
Ton głosu	spokojny, pewny siebie	cichy, niepewny	podniesiony, pełen złości	sugerujący, że odmowa będzie oznaczać brak sympatii
Postawa ciała	otwarta, kontakt wzrokowy	zamknięta, unikanie spojrzenia	napinanie się, gesty dominacyjne	uśmiech, ale bez zaangażowania oczu, gesty „zamykające” przestrzeń
Skutki	szacunek do siebie i innych	frustracja, poczucie wykorzystania	konflikty, poczucie winy u innych	poczucie winy u odbiorcy, stopniowa utrata zaufania

Asertywny styl komunikacji charakteryzuje się równowagą między dbałością o własne interesy a poszanowaniem praw rozmówcy, przejawiającą się w bezpośrednim, lecz kulturalnym formułowaniu sądów przy użyciu komunikatów typu „ja” oraz umiejętności przyjmowania krytyki. W przeciwieństwie do niego styl **agresywny** opiera się na dominacji i narzucaniu własnej perspektywy przez stosowanie wypowiedzi o charakterze atakującym, często zawierających uogólnienia i oceny osobiste.^{17,41,59–60}

Styl **pasywny** przejawia się w skłonności do rezygnacji z wyrażania własnego stanowiska na rzecz unikania potencjalnych konfliktów, co prowadzi do akumulowania negatywnych emocji. Z kolei styl **manipulacyjny**, mimo pozorów uprzejmości, wykorzystuje techniki perswazyjne mające na celu ukryte wpływanie na rozmówcę przez stosowanie niedomówień, wywoływanie poczucia winy czy strategiczne pochlebstwa (ćwiczenie 3).^{17,41, 59–60}

Ćwiczenie 3. Różnice w stylach komunikacji

Sytuacja: kolega prosi o pożyczenie pieniędzy.

Zadanie: uczniowie mają przeprowadzić dialog, w którym jedna osoba prosi o pożyczkę.

Cel: prezentacja wszystkich czterech stylów komunikacji – wskazanie różnic i skutków.

Przykłady rozwiązań zadania

Asertywnie: „Rozumiem, że potrzebujesz pomocy, ale sam teraz oszczędzam. Możemy poszukać innego rozwiązania?”

Ulegle: „No... dobrze, masz, chociaż nie wiem, jak sobie poradzę.”

Agresywnie: „Zawsze tylko bierzesz! Sam się rozejrzyj za pracą!”

Manipulacja: osoba naciskająca może używać argumentów: „Ale przecież zawsze mi pomagasz!”; „Myślałem, że mogę na ciebie liczyć...”; „Gdybyś naprawdę był moim przyjacielem, pomógłbyś; Kasia mi pożyczyła, a ty nie?”; „Inni by pomogli, a ty się wymigujesz...”

Styl asertywny najskuteczniej sprzyja budowaniu trwałych i satysfakcjonujących relacji, podczas gdy pozostałe mogą prowadzić do zaburzeń w komunikacji i pogorszenia jakości interakcji społecznych. Rozwój umiejętności asertywnego wyrażania siebie stanowi zatem istotny element kompetencji komunikacyjnych w różnych kontekstach społecznych i zawodowych (scenariusz 1).^{17,41,59–60}

Scenariusz 1. Asertywność – jak wyrażać swoje potrzeby, nie raniąc innych

Cele

1. Zdefiniowanie asertywności i odróżnienie jej od uległości, manipulacji czy agresji.
2. Rozwijanie umiejętności wyrażania swoich potrzeb w sposób konstruktywny.
3. Ćwiczenie technik asertywnej komunikacji w praktyce.

Ćwiczenie 1. Zgadnij, co czuję

Nauczyciel rozdaje karteczki z emocjami (np. złość, radość, smutek, frustracja) z wizualnymi podpowiedziami w formie emotikonów. Uczniowie losują kartkę i pokazują daną emocję bez słów, reszta klasy zgaduje.

Dyskusja: Dlaczego czasem trudno jest wyrazić to, co czujemy?

Ćwiczenie 2. Asertywna odpowiedź

Uczniowie otrzymują karty z opisem sytuacji, np.:

- kolega prosi cię o pomoc w nauce, ale ty masz ważny sprawdzian;
- kolega prosi cię o pożyczenie pieniędzy, ale nie chcesz mu dać;
- rodzice nalegają, byś wybrał/wybrała ich wymarzony kierunek studiów, a ty masz inną pasję.
- Nauczyciel proponuje ci dodatkowe zadanie, ale masz już nadmiar obowiązków.

Można też poprosić uczniów o wymyślenie własnych scenek.

Zadanie: Napisać 3 wersje reakcji (uległa, asertywna, agresywna) i omówić, dlaczego asertywna jest najskuteczniejsza.

Symulacja scenek

Wybrane pary (lub grupy) odgrywają swoje scenki przed klasą.

Po każdej scenie grupa analizuje, czy reakcja była asertywna i jak można ją poprawić.

Zastosuj metodę FUKO.

Nauczyciel wyjaśnia prosty schemat asertywnej wypowiedzi:

- F – formułowanie/fakty (opisz sytuację obiektywnie): „Widzę, że potrzebujesz pomocy...”;
- U – ustalenie/uczucia (wyraź emocje): „Czuję się niezręcznie, gdy...”;
- K – kontrola/komunikat (wyraź prośbę/stanowisko): „Chcę, żebyśmy...”;
- O – ocena/oczekiwania (zaproponuj rozwiązanie): „Możemy znaleźć inny sposób?”.

Przykład

Widzę, że chcesz, abym teraz pomógł ci w projekcie, (F)
 ale czuję presję, bo sam mam dużo nauki. (U)
 Nie mogę się teraz zaangażować. (K)
 Możemy porozmawiać o tym jutro? (O)

Ćwiczenie 3

Uczniowie dobierają się w pary. Jedna osoba pełni rolę naciskającego, druga – asertywnego.

Każda para odgrywa scenkę, stosując technikę FUKO. Po 2–3 min następuje zmiana ról.

Dyskusja i feedback – pytania do klasy:

- Które sformułowania były najbardziej skuteczne?
- Co było trudne w byciu asertywnym?

Nauczyciel podsumowuje: „Asertywność to szacunek dla siebie i innych – warto ćwiczyć!”

Podsumowanie

Burza mózgów: „Dlaczego asertywność jest ważna dla zdrowia społecznego?”

Uczniowie zapisują pomysły na tablicy, np.:

- buduje szacunek i autentyczne relacje (brak manipulacji lub tłumionych emocji);
- zmniejsza stres (brak poczucia bycia wykorzystywanym);
- wzmacnia poczucie własnej wartości.

Zadanie domowe

W ciągu tygodnia zastosować asertywną komunikację w jednej sytuacji i opisać efekty (krótka refleksja).

Ewaluacja

Uczniowie kończą zdaniem: „Dziś nauczyłem/nauczyłam się, że...” (uczniowie przyklejają karteczki samoprzylepne na tablicy).

Opracowanie własne na podstawie: Gordon T. *Wychowanie bez porażek, czyli trening skutecznego rodzica*. Warszawa: Instytut Wydawniczy „Pax”; 2024; Alberti R, Emmons M. *Asertywność, sięgaj po to, czego chcesz, nie raniąc innych*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021; Rosenberg MB. *Porozumienie bez przemocy. O języku życia*. Warszawa: Czarna Owca; 2022.

2.4.2. Dopasowanie stylu komunikacji do sytuacji i odbiorcy

Efektywna komunikacja wymaga świadomego dostosowania formy i treści wypowiedzi do konkretnych okoliczności oraz charakteru odbiorcy. Dopasowanie stylu do okoliczności i odbiorcy stanowi najważniejszy element skutecznego przekazu, zarówno w sytuacjach prywatnych, jak i profesjonalnych. W sytuacjach

formalnych, takich jak wystąpienia publiczne, negocjacje czy komunikacja w środowisku edukacyjnym (akademickim lub szkolnym), należy stosować precyzyjny, zwięzły język, unikając kolokwializmów i nadmiernej emocjonalności. Z kolei w kontekstach nieformalnych, np. podczas rozmów towarzyskich lub w mediach społecznościowych, dopuszczalny jest bardziej swobodny ton, w tym elementy języka potocznego czy ekspresji emocjonalnej.^{21,27,38,52–54, 60,61}

Równie istotne jest uwzględnienie cech odbiorcy, takich jak wiek, poziom wiedzy, status społeczny czy preferencje kulturowe. Na przykład, komunikując się z ekspertami w danej dziedzinie, można posługiwać się specjalistyczną terminologią, podczas gdy w kontakcie z laikami konieczne jest stosowanie prostszego języka oraz wyjaśnianie skomplikowanych pojęć. Ponadto w komunikacji międzykulturowej niezbędne jest unikanie wyrażen, które mogą być niezrozumiałe lub obraźliwe dla przedstawicieli innych kultur.^{21,27,38,52–54, 60,61}

Warto również zwrócić uwagę na kanał komunikacji, ponieważ każdy z nich narzuca określone ograniczenia i możliwości. Przekaz pisemny, na przykład w formie raportu czy e-maila, wymaga większej dbałości o strukturę i poprawność językową niż komunikacja ustna, która pozwala na większą spontaniczność i natychmiastową reakcję na feedback. W rezultacie świadome dostosowanie stylu komunikacji do sytuacji, odbiorcy oraz medium przekazu znacząco zwiększa szanse na osiągnięcie zamierzonych celów interpersonalnych lub zawodowych.^{21,27,38,52–54,60,61}

W kontekście komunikacji zdrowotnej efektywność przekazu perswazyjnego w znacznym stopniu zależy od umiejętności dostosowania strategii komunikacyjnej do specyfiki sytuacji oraz charakterystyki docelowych odbiorców. Teoria McGuire'a wskazuje, że pominięcie tego krytycznego aspektu może prowadzić do znacznego obniżenia skuteczności interwencji, nawet przy prawidłowej implementacji pozostałych elementów modelu.^{39,43,44,48–50}

Adaptacja stylu komunikacji wymaga wielowymiarowej analizy czynników sytuacyjnych, wśród których szczególną rolę odgrywa kontekst społeczno-kulturowy. Badania Hofstede²⁶ dotyczące wymiarów kulturowych pokazują, że społeczeństwa o wysokim wskaźniku unikania niepewności preferują komunikaty oparte na autorytecie instytucjonalnym, podczas gdy kultury indywidualistyczne lepiej reagują na apele do osobistych korzyści. W przypadku komunikacji zdrowotnej przekłada się to na konieczność różnicowania strategii argumentacyjnych w zależności od charakterystyki kulturowej populacji docelowej.

Równie istotne jest uwzględnienie indywidualnych różnic wśród odbiorców, co znajduje odzwierciedlenie w koncepcji segmentacji psychograficznej.^{30,61} Poziom wiedzy zdrowotnej (ang. *health literacy*), system wartości, dotychczasowe doświadczenia z systemem ochrony zdrowia oraz stopień gotowości do zmiany stanowią kluczowe zmienne moderujące skuteczność komunikacji perswazyjnej. Na przykład wobec odbiorców o niskim poziomie kompetencji

zdrowotnych wskazane jest stosowanie prostego języka, konkretnych przykładów i technik wizualnych, podczas gdy bardziej wyedukowane grupy mogą wymagać szczegółowych danych naukowych.^{39,43,44,48–50}

Sytuacyjne uwarunkowania komunikacji obejmują również charakter przekazywanej informacji. Komunikaty dotyczące profilaktyki wymagają innego podejścia niż te odnoszące się do leczenia, co wynika z różnic w motywacji i poziomie zaangażowania poznawczego odbiorców. W sytuacjach kryzysowych, takich jak pandemia COVID-19, szczególnego znaczenia nabiera zasada przejrzystości i spójności komunikacji, podczas gdy w długofalowych kampaniach prozdrowotnych bardziej efektywne mogą być strategie oparte na stopniowym budowaniu zaufania.^{39,42–43}

Model PRECEDE–PROCEED

W praktyce edukacji zdrowotnej proces dostosowywania komunikacji powinien obejmować etap diagnozy potrzeb informacyjnych odbiorców, co znajduje potwierdzenie w modelu PRECEDE–PROCEED.⁴³ Jest to kompleksowe narzędzie planowania, wdrażania i ewaluacji programów zdrowotnych stosowane zarówno w edukacji zdrowotnej, jak i zdrowiu publicznym. Model obejmuje 2 główne fazy (PRECEDE–PROCEED), na które składa się łącznie 9 etapów:

1. faza Precede (diagnoza):

- diagnoza społeczna,
- diagnoza epidemiologiczna,
- diagnoza behawioralna i środowiskowa,
- diagnoza edukacyjna i organizacyjna,
- diagnoza administracyjna i polityczna;

2. faza Proceed (wdrożenie i ewaluacja):

- wdrożenie programu,
- ewaluacja procesu,
- ewaluacja wpływu,
- ewaluacja wyników.

Implementacja tej zasady w kampaniach edukacji zdrowotnej, gdzie różnorodność postaw wymaga zindywidualizowanego podejścia, pokazuje, że odpowiednie dopasowanie stylu komunikacji może zwiększyć skuteczność interwencji w porównaniu z podejściem uniwersalnym.⁴³

2.4.3. Komunikacja w konflikcie – strategie rozwiązywania sporów

Komunikacja w sytuacji konfliktu odgrywa bardzo istotną rolę w procesie rozwiązywania sporów, determinując zarówno dynamikę eskalacji, jak i możliwość

osiągnięcia porozumienia. Skuteczne strategie zarządzania konfliktem opierają się na świadomym wykorzystaniu narzędzi komunikacyjnych, które umożliwiają redukcję napięcia oraz wypracowanie akceptowalnych rozwiązań. Jednym z fundamentalnych podejść jest komunikacja oparta na współpracy, w której strony konfliktu dążą do zrozumienia wzajemnych potrzeb i interesów, aktywnie słuchając, zadając pytania wyjaśniające oraz precyzyjnie formułując własne stanowiska.^{15,20,34–36,59}

Istotnym elementem efektywnej komunikacji w konflikcie jest unikanie języka oceniającego i generalizującego, który może prowadzić do eskalacji negatywnych emocji. Zamiast tego zaleca się stosowanie komunikatów typu „ja”, wyrażających własne odczucia i potrzeby bez obwiniania drugiej strony. Ponadto ważne jest dążenie do deeskalacji przez parafrazowanie wypowiedzi rozmówcy, co pozwala na potwierdzenie zrozumienia jego perspektywy i zmniejsza ryzyko błędnej interpretacji.^{15,20,34–36,59}

Warto również uwzględniać czynniki kulturowe, ponieważ mogą wpływać na preferowane style rozwiązywania sporów. W niektórych kulturach dominuje podejście nastawione na unikanie konfrontacji, a w innych większą wartość przypisuje się bezpośredniej ekspresji niezadowolenia. Świadomość tych różnic pozwala na dostosowanie strategii komunikacyjnych i uniknięcie dodatkowych nieporozumień.^{15,20,26,34–36,41,59}

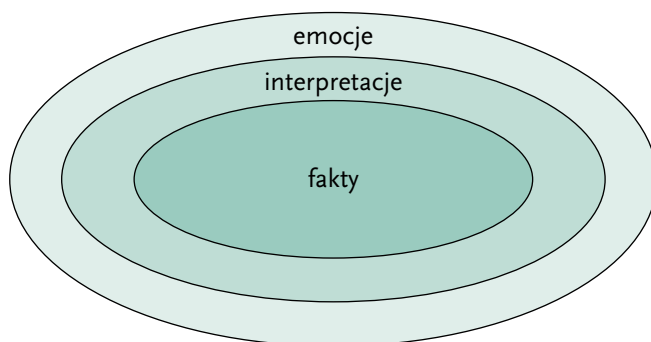
Skuteczna komunikacja w konflikcie wymaga nie tylko technicznych umiejętności, takich jak aktywne słuchanie czy asertywne wyrażanie stanowiska, ale również zdolności do empatii, elastyczności oraz gotowości do kompromisu. Odpowiednio prowadzony dialog stanowi narzędzie transformacji konfliktu, umożliwiając przejście od konfrontacji do współpracy, a w konsekwencji – do trwałego rozwiązania sporu.^{2,15,18,20,33,34–36,59}

Aby pokonać zastrzeżenia w komunikacji, stosuje się trójfazowe podejście. W pierwszej fazie kluczowe jest przełamanie barier emocjonalnych w wyniku aktywnego słuchania i odzwierciedlenia uczuć rozmówcy z zastosowaniem celowego milczenia, co pozwala na obniżenie napięcia emocjonalnego. Jednocześnie istotne jest unikanie pułapki komunikacyjnej w postaci schematu „tak, ale”, która prowadzi do eskalacji konfliktu, a zastąpienie jej konstruktywnym poszukiwaniem wspólnego rozwiązania. W drugiej fazie procesu najważniejsze staje się przeformułowanie interpretacji zastrzeżeń za pomocą parafrazy i pytań otwartych – umożliwia to przejście do merytorycznej dyskusji. W finale procesu następuje weryfikacja faktów i przedstawienie rzeczowych argumentów. Ta sekwencyjna metoda znajduje zastosowanie zarówno w edukacji, jak i w negocjacjach biznesowych (rycina VI.2.10).^{15,20,34–36,59}

W bardziej złożonych sytuacjach konfliktowych, gdy bezpośrednia komunikacja między stronami jest utrudniona, korzystne może być wprowadzenie mediatora – neutralnego pośrednika, który wspiera proces negocjacji, moderując wymianę informacji i pomagając w znalezieniu wspólnych płaszczyzn

Rycina VI.2.10.**Omijanie zastrzeżeń**

Opracowano na podstawie:
Kotler P, Keller KL, Chernev A.
Marketing Management. 16 wyd.
Harlow: Pearson; 2021.



1. przełamać emocje
 - echo pauza,
 - obrona przed grą w „tak, ale”
2. zmienić interpretację
 - zrozumieć zastrzeżenia
 - parafraza
 - otwarte pytania
3. dotrzeć do faktów
 - weryfikacja
 - odpowiedź
 - argumenty

porozumienia. Mediacja jako metoda rozwiązywania sporów opiera się na założeniu, że konflikt wynika często z różnic w postrzeganiu rzeczywistości, a nie z samej istoty sporu, dlatego kluczowe jest stworzenie przestrzeni do otwartego dialogu (ćwiczenie 4).^{20,34–36,59,62}

Ćwiczenie 4. Mediacja w konflikcie uczeń–uczeń

Cel ćwiczenia

Wypracowanie rozwiązania konfliktu poprzez wzajemne zrozumienie potrzeb obu stron i naukę konstruktywnej komunikacji.

Przygotowanie przestrzeni

Posadź uczniów naprzeciwko siebie przy stole, z zachowaniem bezpiecznej odległości.

Wyjaśnij zasady

„Słuchamy bez przerywania, mówimy o swoich uczuciach, nie oskarżamy”.

Zapisz propozycje (np. „przepraszę”, „nie będę przezywać”).

Wybierzcie wspólnie 1–2 konkretne działania (np. „Używamy słów, a nie rąk”).

Jeśli emocje są zbyt silne, zastosuj „listy nie do wysłania” – uczniowie piszą, co czują (bez ocen), a potem wybierają 1 zdanie, które mogą przeczytać na głos

Spiszcie umowę medacyjną z podpisami obu uczniów.

Umówcie się na krótką rozmowę za tydzień, aby sprawdzić, czy ustalenia działają.

Dlaczego to działa?

- Technika aktywnego słuchania redukuje agresję.
- Parafraza uczy empatii i potwierdza, że każda perspektywa jest ważna.
- Konkretnie zobowiązania zwiększają odpowiedzialność.³⁶

2.4.4. Mediacje

Mediacje stanowią uporządkowany proces komunikacyjny, który umożliwia stronom konfliktu wypracowanie satysfakcjonującego porozumienia przy udziale neutralnego mediatora. Proces ten charakteryzuje się wyraźnie określoną strukturą etapową, obejmującą fazę przygotowawczą, otwarcia mediacji, prezentacji stanowisk, wspólnego poszukiwania rozwiązań oraz finalizacji ugody (rycina VI.2.11).^{20,27,34–36,59,62}

Faza przygotowawcza stanowi fundament całego procesu mediacyjnego. Na tym etapie mediator zapoznaje się z ogólnym charakterem sporu, weryfikuje zasadność prowadzenia mediacji oraz dokonuje analizy wstępnych informacji przekazanych przez strony. Kluczowym elementem jest ustalenie formalnych zasad współpracy, w tym zakresu poufności, dobrowolności uczestnictwa oraz neutralności mediatora. W praktyce często obejmuje to indywidualne spotkania z każdą ze stron przed właściwą mediacją, co pozwala na zbudowanie podstawowego zaufania i wyjaśnienie specyfiki procesu.^{20,27,34–36,59,62}

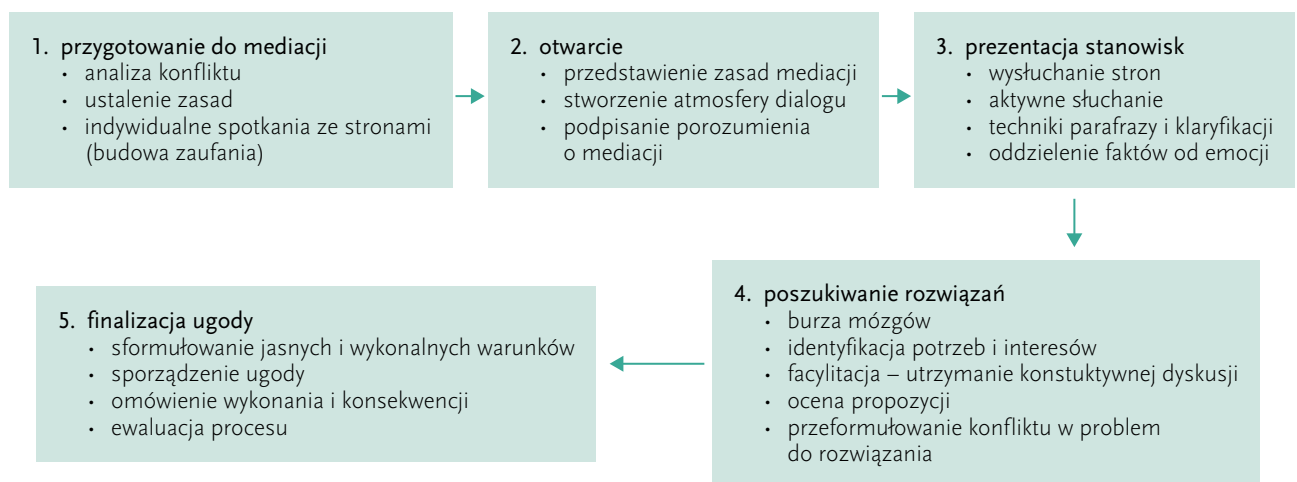
Faza otwarcia mediacji wprowadza strony w przestrzeń dialogu. Mediator przedstawia zasady przebiegu spotkania, podkreślając rolę wzajemnego szacunku i dobrej woli. W tym momencie szczególnie ważne jest stworzenie atmosfery sprzyjającej otwartej komunikacji, co często wymaga od mediatora zastosowania specjalnych technik łagodzenia napięcia. Formalne rozpoczęcie procesu przez podpisanie porozumienia o mediacji stanowi symboliczne przejście od konfliktu do próby jego rozwiązania.^{20,27,34–36,59,62}

Faza prezentacji stanowisk pozwala stronom na przedstawienie swojej wersji zdarzeń i związanych z nimi emocji. Mediator stosuje wówczas aktywne techniki słuchania, w tym parafrazę i klaryfikację, aby zapewnić pełne zrozumienie perspektyw wszystkich uczestników. Szczególną uwagę zwraca się na oddzielenie faktów od emocji oraz identyfikację rzeczywistych interesów stojących za formalnymi stanowiskami. Ta faza często wymaga od mediatora szczególnej wrażliwości na dynamikę komunikacyjną między stronami.^{20,27,34–36,59,62}

Ryc. VI.2.11.

Etapowy proces mediacji

Opracowano na podstawie:
Penc J. *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*. Warszawa: Difin; 2010; Dobek-Ostrowska B. *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2004; Fisher R, Ury W, Patton B. *Dochodząc do TAK. Negocjowanie bez poddawania się*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2016; Ury W. *Odkładając od NIE. Negocjowanie od konfrontacji do kooperacji*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2014; Bush RAB, Folger JP. *The Promise of Mediation. The Transformative Approach to Conflict*. San Francisco: Jossey-Bass; 2005; Goleman D. *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina; 2023.



Faza wspólnego poszukiwania rozwiązań stanowi serce procesu mediacyjnego. Opierając się na wcześniej zidentyfikowanych potrzebach i interesach, strony przy wsparciu mediatora generują możliwe warianty porozumienia. Mediator stosuje wówczas techniki facylitacyjne, takie jak burza mózgów, aktywne słuchanie czy wizualizacja problemu, aby poszerzyć perspektywę negocjacyjną. Na tym etapie kluczowe jest utrzymanie konstruktywnego charakteru dyskusji i przeformułowanie konfliktu w problem do wspólnego rozwiązania.^{20,27,34–36,60,63}

Techniki facylitacyjne

Techniki te mają za zadanie wspomóc facylitatora, czyli nauczyciela-educatora, który:

- wspiera dialog – zamiast narzucać gotowe rozwiązania, zachęca uczniów do samodzielnego myślenia (np. poprzez pytania otwarte);
- tworzy przestrzeń do wymiany doświadczeń – np. moderuje dyskusję o zdrowiu psychicznym, podczas której młodzież dzieli się własnymi strategiami radzenia sobie ze stresem;
- ułatwia proces grupowego uczenia się – stosuje metody aktywizujące (gry symulacyjne, debaty), aby zaangażować uczestników.

Faza finalizacji ugody następuje po osiągnięciu konsensusu przez strony. Mediator pomaga w precyzyjnym sformułowaniu warunków porozumienia, dbając o ich jasność, konkretność i wykonalność. W przypadku mediacji sądowych sporządzany jest formalny wniosek o zatwierdzenie ugody, a w mediacjach pozasądowych (np. w środowisku szkolnym) może to przybrać formę pisemnego protokołu. Etap ten często obejmuje także omówienie mechanizmów wykonania porozumienia i ewentualnych konsekwencji jego niedotrzymania. Końcowa ewaluacja procesu przez uczestników pozwala na zebranie informacji zwrotnej o przebiegu mediacji.^{20,27,34–36,60,63}

Najistotniejszą cechą mediacji jest jej elastyczność w ramach ustalonej struktury – podczas gdy ramy procesu pozostają niezmiennie, to techniki i narzędzia stosowane przez mediatora są dostosowywane do specyfiki konkretnego sporu i potrzeb jego uczestników. Strukturalizacja procesu mediacyjnego służy zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa stronom, zachowaniu równowagi komunikacyjnej oraz stworzeniu optymalnych warunków dla konstruktywnego dialogu. Warto podkreślić, że struktura mediacji nie ogranicza kreatywności stron w poszukiwaniu rozwiązań, a wręcz przeciwnie – dzięki wyznaczeniu jasnych etapów i zasad ułatwia przejście od konfrontacji do współpracy. W kontekście komunikacji interpersonalnej mediacje pełnią funkcję edukacyjną, modelując prawidłowe wzorce komunikacyjne i rozwijając umiejętności

aktywnego słuchania. Mediacje odgrywają istotną rolę zarówno w komunikacji interpersonalnej, jak i w edukacji zdrowotnej, stanowiąc efektywne narzędzie zarządzania sytuacjami spornymi.^{20,27,34–36,60,63}

Efektywność mediacji wynika z ich transformacyjnego charakteru^{6,36}, który przejawia się nie tylko w rozwiązaniu konkretnego sporu, ale także w budowaniu trwałych kompetencji komunikacyjnych uczestników. Model NVC Rosenberga^{50,60} stosowany jest także w mediacjach. Kładzie nacisk na 4 kluczowe elementy odpowiadające etapom metody FUKO: obserwację bez oceny (F – formułowanie/fakty), identyfikację uczuć (U – ustalenia/uczucia), rozpoznanie potrzeb (K – kontrola/komunikat) i formułowanie prośb (O – ocena/oczekiwania), co znacznie zwiększa szanse na osiągnięcie porozumienia w delikatnych kwestiach.⁶⁰

Mediacje jako narzędzie komunikacji interpersonalnej powinny zatem odgrywać kluczową rolę w praktyce nauczycieli edukacji zdrowotnej, stanowiąc integralny element kształtowania kompetencji społecznych uczniów. W kontekście dydaktycznym służą zarówno jako metoda rozwiązywania konfliktów między uczniami, jak i model edukacyjny ilustrujący zasady zdrowej komunikacji w relacjach społecznych. Specyfika mediacji w edukacji zdrowotnej wynika jednak z konieczności integracji wiedzy z zakresu psychologii komunikacji, teorii konfliktu i zagadnień zdrowia publicznego. Nauczyciele prowadzący przedmiot powinni pełnić tu podwójną funkcję – z jednej strony jako mediatorzy w sytuacjach konfliktowych występujących w środowisku szkolnym, z drugiej zaś przygotowując uczniów do samodzielnego stosowania zasad mediacji w różnych kontekstach zdrowotnych. Takie podejście i aktywne wdrażanie w szkołach programów mediacji rówieśniczych powinno znacząco poprawić klimat społeczny oraz zredukować zachowania ryzykowne wśród młodzieży, co bezpośrednio przełoży się na realizację celów edukacji zdrowotnej.

NVC – ang. *nonviolent communication*; porozumienie bez przemocy.

W ramach przedmiotu edukacja zdrowotna mediacje mogą stanowić praktyczną ilustrację takich zagadnień teoretycznych jak: asertywność, empatia czy radzenie sobie z presją rówieśniczą. Wdrożenie mediacji do programu nauczania przedmiotu wymaga jednak od nauczycieli opanowania specjalistycznych technik komunikacyjnych, w tym aktywnego słuchania, parafrazowania, odzwierciedlania emocji oraz formułowania komunikatów „ja”. Szczególnie istotne jest uwzględnienie specyfiki rozwojowej uczniów oraz kontekstu społeczno-kulturowego, w którym funkcjonują. W przypadku pracy z młodzieżą mediacje powinny być dostosowane do poziomu rozwoju emocjonalnego i społecznego uczestników.

2.5. Aktywne słuchanie

2.5.1. Techniki aktywnego słuchania

Aktywne słuchanie stanowi fundamentalny element skutecznej komunikacji w sytuacjach konfliktowych, opierający się na 3 kluczowych technikach: parafrazy, klaryfikacji i odzwierciedlaniu emocji.

Parafraza, polegająca na powtórzeniu treści wypowiedzi rozmówcy własnymi słowami, pełni podwójną funkcję – z jednej strony potwierdza zrozumienie przekazu, z drugiej umożliwia weryfikację poprawności interpretacji.^{20,27,34–36,60,63}

Klaryfikacja, jako druga z omawianych technik, obejmuje zadawanie pytań precyzujących oraz prośbę o rozwinięcie niejasnych fragmentów wypowiedzi. W kontekście mediacji szkolnych technika ta pozwala na rozróżnienie faktów od interpretacji, co jest szczególnie istotne w przypadku konfliktów między uczniami, gdzie subiektywne przekonania często dominują nad obiektywnym przebiegiem zdarzeń. Proces klaryfikacji sprzyja także obniżeniu napięcia emocjonalnego, gdyż daje stronom konfliktu poczucie, że ich perspektywa jest dogłębnie rozważana.^{20,27,34–36,60,63}

Odzwierciedlanie emocji, stanowiące trzeci filar aktywnego słuchania, koncentruje się na werbalizacji dostrzegalnych stanów afektywnych rozmówcy. W praktyce mediacyjnej technika ta, opisana szczegółowo przez Golemana w kontekście inteligencji emocjonalnej, pozwala na nawiązanie głębszego kontaktu z uczestnikami sporu poprzez potwierdzenie zasadności ich uczuć bez wartościowania.⁶¹

Integracja tych 3 technik tworzy kompleksowy system komunikacyjny, który nie tylko ułatwia wzajemne zrozumienie między stronami konfliktu, ale także modeluje prawidłowe wzorce komunikacyjne.^{20,27,34–36,60,63}

2.5.2. Znaczenie empatii w komunikacji

Empatia, rozumiana jako zdolność do rozpoznawania, rozumienia i współodczuwania stanów emocjonalnych innych osób, stanowi główny komponent efektywnej komunikacji interpersonalnej.^{5,6,8,10–14} Współczesne badania neurobiologiczne potwierdzają, że procesy empatyczne mają swoje podłoże w aktywności neuronów lustrzanych, co tłumaczy automatyczną tendencję człowieka do odzwierciedlania emocji obserwowanych u innych.⁶³

W procesach komunikacyjnych empatia pełni 3 zasadnicze funkcje: poznawczą, emocjonalną i behawioralną. **Komponent poznawczy**, określane czasem jako „przyjmowanie perspektywy”, umożliwia zrozumienie punktu widzenia rozmówcy bez konieczności porzucania własnego systemu wartości. **Aspekt emocjonalny** przejawia się w zdolności do współodczuwania, podczas gdy **wymiar behawioralny** wyraża się w dostosowaniu reakcji komunikacyjnych do potrzeb odbiorcy.^{5,6,8,10–14,63}

Szczególnie istotna w rozwiązywaniu konfliktów jest rola empatii. Teoria negocjacji opartych na zasadach opracowana przez Fishera podkreśla, że zrozumienie emocji i potrzeb drugiej strony zwiększa prawdopodobieństwo wypracowania rozwiązania satysfakcjonującego wszystkie zaangażowane strony.³⁴ W środowisku szkolnym zastosowanie komunikacji empatycznej przez nauczycieli może prowadzić do redukcji agresywnych zachowań wśród uczniów i rozwoju inteligencji emocjonalnej.^{20,27,34–36,60–61,63–64}

Empatia komunikacyjna przejawia się w stosowaniu konkretnych technik werbalnych i niewerbalnych. Do najważniejszych należą: adekwatny kontakt wzrokowy, paralingwistyczne potakiwanie, odzwierciedlanie emocji („Widzę, że jesteś rozczarowany tą sytuacją”) oraz pytania otwarte zachęcające do ekspresji („Jak się z tym czujesz?”) – scenariusz 2.^{61,64}

Scenariusz 2. Empatia w komunikacji – jak słuchać, by zrozumieć innych?

Cele

1. Zrozumienie pojęcia empatii i jej roli w relacjach międzyludzkich.
2. Rozwijanie umiejętności aktywnego słuchania.
3. Praktyczne zastosowanie empatycznej komunikacji w codziennych sytuacjach.

Ćwiczenie 1. Lustro emocji

Uczniowie dobierają się w pary. Jedna osoba pokazuje za pomocą mimiki różne emocje (np. radość, smutek, złość), a druga ma je odzwierciedlić jak lustro.

Dyskusja: Co pomagało w odgadnięciu emocji partnera?, Czy łatwo jest czytać uczucia innych?

Różnice między współczuciem („Jest mi przykro”) a empatią („Widzę, że to dla Ciebie trudne”).

Ćwiczenie 2. Lista barier komunikacyjnych

Uczniowie wypisują na kartach przykłady słów, które blokują empatię (np. „Nie przesadzaj”, „To nic wielkiego”).

Nauczyciel zbiera karty i omawia, dlaczego takie sformułowania utrudniają porozumienie.

Symulacja scenek: Empatyczny rozmówca

Uczniowie w parach odgrywają scenki (np. kolega opowiada o kłótni z rodzicami).

Zadanie: Jedna osoba mówi, druga stosuje techniki aktywnego słuchania (parafraza, pytania otwarte, np. „Czy chcesz o tym porozmawiać?”).

Po ćwiczeniu grupa dzieli się wrażeniami: Co czuła osoba słuchana?, Co pomogło jej się otworzyć?

Podsumowanie

Burza mózgów: „Jak empatia wpływa na zdrowie społeczne?”

Uczniowie podają przykłady (np. zmniejsza konflikty, buduje zaufanie).

Zadanie domowe

W ciągu tygodnia zastosować aktywne słuchanie w rozmowie z bliską osobą i opisać efekty.

Ewaluacja

Uczniowie kończą zdaniem: „Dziś dowiedziałem/dowiedziałam się, że empatia to...” (karteczki na tablicy).

Empatia to podstawa zdrowych relacji – uczy uważności na innych i przeciwdziała wykluczeniu.

2.5.3. Błędy w słuchaniu i ich konsekwencje

Błędy w słuchaniu stanowią istotną barierę w efektywnej komunikacji interpersonalnej i prowadzą do zakłóceń w wymianie informacji, nieporozumień i pogorszenia jakości relacji społecznych. W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka kluczowych rodzajów błędów słuchania, których konsekwencje mogą mieć znaczący wpływ zarówno na kontakty prywatne, jak i zawodowe.^{5–6,8,10–14,64}

Jednym z najczęściej występujących błędów jest **słuchanie selektywne**, polegające na koncentrowaniu uwagi wyłącznie na tych fragmentach wypowiedzi, które potwierdzają własne przekonania lub oczekiwania słuchacza, przy jednoczesnym ignorowaniu informacji niezgodnych z przyjętą perspektywą. Zjawisko to, opisane przez psychologów poznawczych w kontekście efektu potwierdzenia (ang. *confirmation bias*), prowadzi do zniekształconego odbioru komunikatu i utrwalania błędnych interpretacji.^{5–6,8,10–14,64}

Kolejnym poważnym błędem jest **słuchanie powierzchowne**, charakteryzujące się skupieniem na werbalnej warstwie komunikatu przy jednoczesnym pomijaniu niewerbalnych wskazówek, takich jak ton głosu, mimika czy gestykulacja. W procesie komunikacji aż 55% informacji przekazywanych jest poprzez sygnały niewerbalne, co oznacza, że pominięcie tej warstwy znacząco ogranicza pełne zrozumienie intencji nadawcy (patrz: rycina VI.2.7).⁵⁹ W sytuacjach konfliktowych, gdzie emocje odgrywają kluczową rolę, słuchanie powierzchowne może prowadzić do eskalacji napięcia i utrudniać proces mediacji.³⁶

Pseudosłuchanie, czyli pozorowanie uwagi podczas gdy myśli słuchacza skoncentrowane są na innych sprawach, stanowi kolejną istotną barierę

komunikacyjną. Zjawisko to, szczególnie powszechne w erze cyfrowej, kiedy rozpraszacze (np. smartfony) konkurują o uwagę, prowadzi do frustracji nadawcy, który czuje się zignorowany i niezrozumiany.⁴⁸ W kontekście edukacyjnym pseudosłuchanie uczniów przez nauczycieli może skutkować obniżeniem motywacji do nauki i pogorszeniem nastrojów w klasie.

Słuchanie oceniające, polegające na przedwczesnym formułowaniu ocen i reakcji jeszcze przed zakończeniem wypowiedzi przez rozmówcę, zaburza proces wzajemnego zrozumienia. Tendencja do natychmiastowego wartościowania komunikatów innych osób stanowi poważną przeszkodę w budowaniu relacji opartych na zaufaniu i akceptacji. W środowisku zawodowym lub szkolnym takie zachowanie może prowadzić do obniżenia kreatywności zespołów/klasy, gdyż członkowie grupy obawiają się wyrażać niekonwencjonalne pomysły.^{5,8,10,11}

Konsekwencje błędów w słuchaniu są szczególnie dotkliwe w obszarach wymagających precyzyjnej komunikacji, takich jak medycyna, edukacja czy zarządzanie. W kontekście relacji interpersonalnych chroniczne błędy słuchania prowadzą do stopniowej erozji zaufania i pogorszenia jakości więzi społecznych.^{5,6,8,10–14}

Dodatkowe przykłady tematów i ćwiczeń

Radzenie sobie z konfliktami – jak rozwiązywać spory konstruktywnie?

Cele: nauka technik mediacji, rozwijanie umiejętności łagodzenia napięć.

Ćwiczenie: „Mediator w akcji” – uczniowie wcielają się w role stron konfliktu i mediatora.

Komunikacja niewerbalna – co mówi nasze ciało?

Cele: uświadomienie wpływu gestów, mimiki i postawy na komunikację.

Ćwiczenie: „Zgadnij, co czuję” – pokazywanie emocji bez słów.

Aktywne słuchanie – sztuka prawdziwego rozumienia innych

Cele: nauka parafrazowania, zadawania pytań otwartych i okazywania zainteresowania.

Ćwiczenie: „Przerwij schemat” – uczniowie rozmawiają, ale słuchacz może odpowiadać tylko pytaniami.

Zarządzanie emocjami – jak nie dać się im ponieść w złości lub stresie?

Cele: poznanie technik regulacji emocji (np. oddechowych).

Ćwiczenie: „Emocjonalny termometr” – ocena poziomu złości i sposobów jej obniżania.

Budowanie pewności siebie – jak uwierzyć we własne możliwości?

Cele: wzmacnianie samooceny poprzez pozytywne komunikaty.

Ćwiczenie: „List do siebie” – uczniowie piszą o swoich mocnych stronach.

Przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej – jak reagować na hejt?

Cele: nauka asertywnego przeciwstawiania się agresji.

Ćwiczenie: „Scenki z hejtem” – odgrywanie sytuacji i szukanie rozwiązań.

Praca w grupie – jak efektywnie współdziałać?

Cele: poznanie zasad synergii i roli poszczególnych członków zespołu.

Ćwiczenie: „Wieża z makaronu” – zadanie wymagające współpracy.

Cyfrowa komunikacja – jak nie zgubić się w social mediach?

Cele: refleksja nad etyką i skutkami komunikacji online.

Ćwiczenie: „Fake news hunt” – weryfikacja wiarygodności informacji.

Podsumowanie i wnioski

Komunikacja w edukacji zdrowotnej to proces dwukierunkowy, wymagający od nauczycieli elastyczności i otwartości na potrzeby młodzieży. Najważniejsze jest łączenie wiedzy merytorycznej z umiejętnościami miękkimi (np. rozwiązywanie konfliktów, motywowanie). Efektywne strategie, takie jak metody partycypacyjne czy wykorzystanie nowych technologii (np. aplikacje śledzących nawyki), mogą przełamać bariery i zwiększyć trwałość prozdrowotnych postaw.

Komunikacja interpersonalna pełni bardzo istotną rolę w kształtowaniu skutecznej edukacji zdrowotnej skierowanej do młodzieży i stanowi jeden z najważniejszych elementów procesu budowania świadomości prozdrowotnej. Nauczyciele pełniący funkcję edukatorów zdrowotnych powinni postrzegać siebie nie tylko jako źródło wiedzy merytorycznej, ale przede wszystkim jako facylitatorów procesu uczenia się, którzy dzięki odpowiednio dobranym strategiom komunikacyjnym są w stanie wpływać na postawy i zachowania zdrowotne uczniów.

Skuteczna komunikacja w tym kontekście wymaga zastosowania podejścia opartego na dialogu, w którym szczególną wagę przywiązuje się do umiejętności aktywnego słuchania, empatii oraz dostosowania języka i form przekazu do możliwości poznawczych i doświadczeń młodzieży. Wymaga też stosowania metod partycypacyjnych, takich jak moderowane dyskusje grupowe, analiza przypadków czy techniki konsensusowe, które znacząco zwiększają zaangażowanie uczniów w proces uczenia się. Przykładowo zastosowanie techniki delfickiej pozwala na uwzględnienie perspektywy różnych interesariuszy, co przekłada się na tworzenie bardziej adekwatnych programów edukacyjnych.

Istotnym wyzwaniem w procesie komunikacji zdrowotnej pozostają liczne bariery, wśród których wymienić można niski poziom zaufania

młodzieży do instytucjonalnych przekazów, obecność stereotypów dotyczących zdrowia oraz nadmiar niespójnych informacji w przestrzeni publicznej (m.in. *fake news*). W odpowiedzi na te wyzwania współczesna edukacja zdrowotna powinna kłaść szczególny nacisk na rozwój kompetencji medialnych, umożliwiających krytyczną ocenę wiarygodności źródeł informacji.

Klimat społeczny panujący w szkole oraz jakość relacji interpersonalnych mają bezpośredni wpływ na efektywność procesu edukacji zdrowotnej. Tworzenie środowiska opartego na wzajemnym szacunku i zaufaniu sprzyja otwartej wymianie poglądów i zwiększa gotowość uczniów do modyfikacji swoich zachowań. W tym kontekście szczególnie istotne staje się przygotowanie nauczycieli do pełnienia roli nie tylko wykładowców, ale także mentorów, którzy potrafią budować autentyczne relacje z uczniami.

Podsumowując: efektywna komunikacja w edukacji zdrowotnej wymaga holistycznego podejścia, łączącego rzetelną wiedzę merytoryczną z umiejętnościami psychospołecznymi. Rekomenduje się systematyczne specjalistyczne szkolenia doskonalenia kompetencji komunikacyjnych nauczycieli oraz włączanie uczniów w proces współtworzenia treści edukacyjnych. Należy również zwrócić uwagę na konieczność ciągłej ewaluacji programów nauczania pod kątem ich rzeczywistego wpływu na zmianę postaw i zachowań prozdrowotnych. Współczesna edukacja zdrowotna powinna wykraczać poza ramy tradycyjnego przekazu wiedzy, koncentrując się na kształtowaniu umiejętności życiowych, które umożliwią młodzieży podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia przez całe życie.

Dobra i efektywna komunikacja jest jednym z najważniejszych elementów edukacji zdrowotnej, ponieważ wpływa na zrozumienie, motywację i zaangażowanie odbiorców. W relacjach między pacjentem a specjalistą, nauczycielem a uczniem czy w ramach działań profilaktycznych klarowny przekaz buduje zaufanie i zwiększa skuteczność przekazywanych informacji. Komunikacja interpersonalna powinna uwzględniać konieczność dostosowania formy do specyfiki sytuacji, charakteru relacji między uczestnikami oraz celów, jakie mają zostać osiągnięte przez interakcję. Powinna również wykorzystywać współczesne technologie, dopasowując je do grup docelowych. Optymalny dobór formy komunikacji stanowi istotny element skutecznego porozumiewania się w różnych kontekstach społecznych i zawodowych.

Współczesna edukacja zdrowotna wymaga także od nauczycieli znacznych kompetencji w zakresie konstruktywnego rozwiązywania konfliktów, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w podstawie programowej przedmiotu. Mediacje, rozumiane jako strukturalizowany proces komunikacji interpersonalnej ukierunkowany na rozwiązanie sporu przy pomocy neutralnego mediatora, stanowią nieodzowny element warsztatu pracy

nauczyciela tego przedmiotu. Są nie tylko skutecznym narzędziem rozwiązywania konfliktów w środowisku szkolnym, ale także ważnym elementem kształtowania kompetencji prozdrowotnych uczniów. Nauczyciele edukacji zdrowotnej, dzięki specjalistycznemu przygotowaniu, są szczególnie predysponowani do pełnienia roli mediatorów w konfliktach na linii uczeń–uczeń, także w sporach o charakterze zdrowotnym.

Piśmiennictwo

1. Nęcki Z. *Komunikowanie interpersonalne*. Wrocław: Ossolineum; 1992.
2. Adler RB, Rosenfeld LB, Proctor RF. *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2021.
3. Frydrychowicz S. *Komunikacja interpersonalna w zarządzaniu*. Poznań: Wydawnictwo Forum Naukowe; Passat – Paweł Pietrzyk; 2009.
4. Wawrzak-Chodaczek M. *Komunikacja interpersonalna i masowa. Wybrane teorie i praktyki*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2022.
5. Głodowski W. *Komunikowanie interpersonalne*. Warszawa: Hansa Communication; 2001.
6. Nęcki Z. *Komunikacja międzyludzka*. Kraków–Kluczbork: Drukarnia „Antykwa”; 2000.
7. Kozyra B. *Komunikacja bez barier. Jak rozumieć i być rozumianym*. Warszawa: MT Biznes; 2019.
8. Stewart J, red. *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
9. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. Nowy Jork: W. W. Norton & Company; 2011.
10. Floyd K. *Interpersonal Communication*. Columbus: McGraw Hill Education; 2024.
11. DeVito JA. *The Interpersonal Communication Book*. Harlow: Pearson Education Limited; 2023.
12. Bevan JL, Sole K. *Making Connections: Understanding Interpersonal Communication*. San Diego: Bridgepoint Education, Inc.; 2014.
13. McCornack S, Morrison K. *Reflect & Relate: An Introduction to Interpersonal Communication*. Nowy Jork: Bedford/St. Martin's.; 2021.
14. Wojciszke B. *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2023.
15. Barańska B. *Negocjacje. Wybrane zagadnienia*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach; 2001.
16. Gordon T. *Wychowanie bez porażek, czyli trening skutecznego rodzica*. Warszawa: Instytut Wydawniczy „Pax”; 2024.
17. Alberti R, Emmons M. *Asertywność, sięgaj po to, czego chcesz, nie raniąc innych*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.
18. Cialdini R. *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2024.
19. Oppermann K, Webber E. *Style porozumiewania się w pracy*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
20. Penc J. *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*. Warszawa: Difin; 2010.
21. Mruk H, red. *Komunikowanie się w biznesie*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu; 2002.
22. Jaworowicz M, Jaworowicz P. *Skuteczna komunikacja w nowoczesnej organizacji*. Warszawa: Difin; 2017.
23. Stankiewicz J. *Komunikowanie się w organizacji*. Wrocław: Astrum; 1999.
24. Baney J. *Komunikacja interpersonalna*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2009.
25. Argyle M. *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
26. Hofstede G. *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*. 2 wyd. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
27. Dobek-Ostrowska B. *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław: Astrum; 2004.
28. Głowik M. *Komunikacja niewerbalna w kontaktach interpersonalnych*. Warszawa: Promotor; 2004.
29. Sikorski W. *Niewerbalna komunikacja interpersonalna. Doskonalenie przez trening*. Warszawa: Difin; 2018.
30. Knapp M, Hall JA. *Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich*. Wrocław: Astrum; 2008.

31. Petty RE, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. *Adv Exp Soc Psychol*. 1986; 19:123–205, doi:10.1016/S0065-2601(08)60214-2
32. Enfield NJ. *How We Talk. The Inner Workings of Conversation*. Nowy Jork: Basic Books; 2017.
33. Carnegie D. *Jak zdobyć przyjaciół i zjednać sobie ludzi*. Warszawa: Studio Emka; 2024.
34. Fisher R, Ury W, Patton B. *Dochodząc do TAK. Negocjowanie bez poddawania się*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2016.
35. Ury W. *Odchodząc od NIE. Negocjowanie od konfrontacji do kooperacji*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2014.
36. Bush RAB, Folger JP. *The Promise of Mediation. The Transformative Approach to Conflict*. San Francisco: Jossey-Bass; 2005.
37. Nakamura RM. *Zdrowe kierowanie klasą. Motywacja, komunikacja, dyscyplina*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2011.
38. Przybylski H, red. *Public relations. Sztuka skutecznej komunikacji w teorii i praktyce*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach; 2004.
39. Syrkiewicz-Światała M, Hanisz R, red. *Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty*. Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu; 2010.
40. Quirke B. *Komunikacja wewnętrzna krok po kroku. Jak komunikacja wewnętrzna pomaga wdrażać każdą strategię w firmie*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2011.
41. Tokarz M. *Argumentacja. Perswazja. Manipulacja. Wykłady z teorii komunikacji*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
42. Noar SM. A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *J Health Commun*. 2006;11(1):21–42. doi:10.1080/10810730500461059
43. Green LW, Kreuter MW, red. *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1999.
44. Goban-Klas T. *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne, medialne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2014.
45. World Health Organization. WHO guidance on risk communication. www.who.int/emergencies/risk-communications/guidance. Dostęp 20.06.2025.
46. Habermas J. *Teoria działania komunikacyjnego*. T 1: *Racjonalność działania a racjonalność społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
47. Turkle S. *The Empathy Diaries: A Memoir*. Nowy Jork: Penguin Press; 2021.
48. Syrkiewicz-Światała M, Lar K, Holecki T. The use of social media and social media marketing tools by the polish marshal offices to promote health. *China–USA Business Review*. 2016;15(7):330–336. doi:10.17265/1537-1514/2016.07.003
49. Syrkiewicz-Światała M, Romaniuk P, Ptak E. Perspectives for the use of social media in e-pharmamarketing. *Front Pharmacol*. 2016;7:445. doi:10.3389/fphar.2016.00445
50. Syrkiewicz-Światała M, Sobczyk K, Wróblewski M. Perspektywy rozwoju social media marketingu w komunikacji z pacjentami 55+ w aspekcie zagrożenia wykluczeniem cyfrowym. *Marketing i Zarządzanie*. 2016;4(45):225–232. wnus.usz.edu.pl/miz/pl/issue/157/article/5536/. Dostęp 12.11.2025.
51. DeTienne Bell K. *Komunikacja elektroniczna*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2009.
52. Przybylski H, red. *Public relations. Skuteczna komunikacja w teorii i praktyce*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego; 2006.
53. Przybylski H, red. *Public relations – sztuka efektywnego komunikowania*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach; 2002.
54. Seitel FP. *Public relations w praktyce*. Warszawa: Felberg SJA; 2003.
55. Lee K, Carter S. *Global Marketing Management. Changes, New Challenges and Strategies*. Nowy Jork: Oxford University Press; 2009.
56. Kotler P. *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*. Warszawa: Felberg SJA; 1999.
57. Potocki A. *Instrumenty komunikacji wewnętrznej w przedsiębiorstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2008.
58. Kuś G. *Komunikacja werbalna i niewerbalna*. Materiały szkoleniowe na potrzeby projektu „Nauczyciel doskonały (ND) – jakość podstawą sukcesu”. Warszawa; 2011.
59. Rosenberg MB. *Porozumienie bez przemocy. O języku życia*. Warszawa: Czarna Owca; 2022.
60. Goleman D. *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina; 2023.
61. Wojcik K. *Public relations od A do Z*. T 1 i 2. Warszawa: Agencja Wydawnicza Placet; 2001.
62. Greń Communication. *Zaawansowane techniki sprzedaży*. Warszawa: Greń Communication; 2001.
63. Moore CW. *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*. Warszawa–Kraków: Wolters Kluwer Polska; 2009.

