

Problematyka zdrowia i jego promocji w działaniach podejmowanych przez fizjoterapeutów

Definiowanie zdrowia jako pojęcia kluczowego

Pojęciem kluczowym w niniejszym artykule jest zdrowie, które należy do pojęć abstrakcyjnych i bardzo trudnych do zdefiniowania. W ostatnich latach można zaobserwować znaczny wzrost zainteresowania problematyką zdrowia w różnych jej aspektach. Szczególnie druga połowa XX wieku obfitowała w szereg publikacji związanych ze zdrowiem.

Tematyka zdrowia nie jest jednak zagadnieniem nowym, określenie znaczenia i powiązań z innymi dziedzinami oraz składowych zdrowia zmieniało się i ewoluowało na przestrzeni wieków. Pierwsze informacje pochodzą od Hipokratesa uznanego za „ojca medycyny” już z IV w. p.n.e., kiedy to autor postrzegał zdrowie jako dobre samopoczucie. Autor dzieła *Corpus Hippocratum*, w którym zawarł liczne pisma dotyczące medycyny, uważał jednak, iż zdrowie zależy od środowiska, które otacza człowieka i złożonych żywiołów: ziemi, wiatru, wody i temperatury. Dostrzegał on również istotne połączenia i zależności pomiędzy otoczeniem a człowiekiem wraz z indywidualizacją jego potrzeb, które wpływają na stan zdrowia. Istotnym zdaniem autora było zachowanie równowagi między poszczególnymi żywiołami, które w znacznym stopniu oddziałują na sposób życia poszczególnych osobników. Uwzględniał także wpływ, jaki wywiera na zdrowie złożona rzeczywistość oraz jej liczne i różnorodne aspekty: relaks, odpoczynek, zachowania seksualne czy rodzaj spożywanego pokarmu. Hipokrates uważał też, że duży wpływ na stan fizjologiczny (zachowania wewnętrzne organizmu) człowieka ma środowisko zewnętrzne i że oba te środowiska powinny znajdować się w stanie równowagi, aby człowiek mógł cieszyć się dobrym samopoczuciem [Korczański i Leowski, 1977].

Innym Grekiem zajmującym się badaniem tematyki zdrowotnej był żyjący za czasów Hipokratesa Platon. Jako myśliciel i filozof dostrzegał on duży wpływ zachowań kulturowych przynależnych do danej grupy społecznej na stan zdrowia. Sądził, iż istnieje znaczna zależność pomiędzy spożywanymi pokarmami wynikającymi z miejsca zamieszkania, danej kultury i nawyków społecznych a stanem samopoczucia danej osoby. Platon polemizował z poglądami Hipokratesa i uważał, że to nie środowisko zewnętrzne, ale konkretna jednostka ma wpływ na własny stan zdrowia. Wpływ ten

powiązany był przede wszystkim z rozwojem świadomości człowieka [Korczak i Leowski, 1977].

Kolejnym uczonym zgłębiającym tematykę medycyny, a w tym i zdrowia był Claudius Galenus – Galen (131–202 n.e.), który oprócz napisania około czterdziestu siedmiu traktatów medycznych, wśród których osiemnaście to komentarze dotyczące metod leczenia stosowanych przez Hipokratesa, podał jedno z pierwszych określeń/definicji zdrowia i choroby. Uważał, że zdrowie to harmonia ustroju i perfekcyjny ład, choroba zaś to brak równowagi organizmu [Korczak i Leowski, 1977].

Współcześni ludzie postrzegają chorobę jako patologiczny stan, który zaburza prawidłowe funkcje fizjologiczne człowieka, jego poszczególnych organów, tkanek i całego organizmu. Brak zdrowia (choroba) to znaczny dyskomfort dla człowieka, rozumiany nie tylko w sensie somatycznym, ale także uwzględniający czynniki psychologiczne [Wrona-Polańska, 2006].

Obecnie zdrowie jest dla wielu osób priorytetem, docenianym jednak często dopiero w sytuacji, gdy pojawiają się jego braki. Zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym zależne od siebie wzajemnie aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne. Według definicji WHO, zdrowie to nie tylko brak choroby lub niedomagań, ale także pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny [World Health Organization, 1948; World Health Organization, 2006]. Zdrowie to więc stan dobrego samopoczucia w różnych aspektach życia, gdyż definicja według WHO uwzględnia zarówno wpływ czynników umysłowych, społecznych jak i fizycznych, co w dużym stopniu wykracza poza wcześniejsze definicje, w których zdrowie łączone było z brakiem niepełnosprawności i choroby. W późniejszych latach koncepcję tę uzupełniono o stan *psyche* i *soma* jako nierozłączne elementy, wzajemnie zależne od siebie i niezbędne dla dobrego samopoczucia psychicznego człowieka. Zwrócono również uwagę na sprawność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego” oraz na jakość życia osoby [Karski, 2009].

Według Antonovsky’ego, twórcy koncepcji salutogenetycznej, stan zdrowia był krańcem kontinuum, co oznaczało, że człowiek znajduje się pomiędzy skrajną chorobą lub absolutnym zdrowiem. Osobnik jest w pełni zdrowy lub zupełnie chory [Antonovsky, 1995]. Model salutogenetyczny prezentował zdrowie w jednym z najszerszych ujęć. Uwzględniał zarówno wpływ otoczenia jak i możliwości człowieka. Ukazywał działania człowieka o pozyskiwanie niezbędnych do codziennej egzystencji zasobów, wykorzystywanie możliwości fizycznych i psychicznych dla osiągnięcia i realizacji indywidualnych potrzeb, a także jego zmagania z zaspokajaniem wymagań otoczenia i pełnieniem ról społecznych [Sęk, 2002].

Spojrzenie na człowieka, który może znajdować się w stanie całkowitego zdrowia, dobrego samopoczucia lub w stanie choroby było możliwe dzięki określeniu między innymi zasobów odpornościowych jak i czynników patogennych.

Definicja zdrowia sformułowana przez WHO jako pierwsza ukazała kompleksowe podejście oraz uwzględniła zarówno czynniki subiektywne jak i obiektywne w ocenie stanu zdrowia w połączeniu z aspektami społecznymi. Jednak tak przedstawiony „dobrostan” był trudny do uzyskania, dokładnego zdefiniowania, zbyt idealny, a przez to mało realny [Straś-Romanowska, 1992].

Inni badacze podejmowali próby określenia zdrowia, zwracając uwagę na jego liczne składowe i główne cele zdrowotne, łącząc wymogi medyczne ze społecznym wymiarem zdrowia. Część medyczna odnosiła się do jednostek chorobowych wraz ze stanem psychicznym (określenie samopoczucia człowieka), a część społeczna określała pełnienie przez osoby ról społecznych oraz wykonywanie czynności związanych z realizacją zadań narzucanych przez grupy społeczne pojedynczym jednostkom [Ratajczak, 1996].

Rozwój nauk o ochronie zdrowia oraz nauk społecznych przyczynił się do pojawienia się nowych definicji zdrowia, opisujących zdrowie jako proces lub zasób. Przedstawiciele nurtu promocji zdrowia zdefiniowali zdrowie jako: poddającą się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągania pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska [Straś-Romanowska, 1992].

W 1977 roku WHO uznało, iż zdrowie jest elementarnym prawem każdego człowieka i przedstawiciele rządów poszczególnych państw są odpowiedzialni za jego zachowanie, dbanie o jego stan oraz zapewnienie prawidłowych warunków dla jego rozwoju. Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła uwagę na szereg kwestii związanych z uzyskaniem i utrzymaniem dobrego stanu zdrowia takich jak: zdobywanie wykształcenia, posiadanie pracy, stan fizyczny i psychiczny zależny od wieku i płci, poczucie bezpieczeństwa, odpowiednia jakość i ilość spożywanych pokarmów oraz zachowanie dobrych relacji w kontaktach międzyludzkich. Ustalenie powyższych aspektów mających wpływ na stan zdrowia sprawiło, iż zdrowie stało się istotnym tematem wymagającym ochrony. Ważnym zagadnieniem stała się więc promocja zdrowia, mająca na celu nie tylko zapobieganie chorobom ale także utrzymanie organizmu człowieka w stanie ochrony zdrowia przez zastosowanie profilaktyki i edukacji zdrowotnej [Karski, 2009].

Definiowanie zdrowia ewoluowało przez lata od traktowania go jako zasób, czy pewną zdolność aż do próby zrozumienia jego złożonego dynamicznego, stale zmieniającego się i modyfikowanego procesu. Można odnaleźć również próby pojmowania zdrowia jako procesu ekologicznego, mówiącego o tym, że zdrowie to proces starający się zachować równowagę pomiędzy rozkładem a powstawaniem, między integracją a dezintegracją [Aleksandrowicz, 1974]. Pogląd ten ukazywał zdrowie w ujęciu holistycznym i dynamicznym, uwzględniając złożoność i wielopłaszczyznowość zagadnienia. Przedstawiał zdrowie jako szereg połączonych procesów, część ekosystemu dążącą do zachowania harmonii.

Demel [1980] natomiast widział potrzebę pielęgnowania tego daru poprzez wypracowanie odpowiednich nawyków i postaw wobec rozwoju fizycznego i psychicznego człowieka. Osiągnięcie sukcesu w tej dziedzinie łączył jednak z poczuciem odpowiedzialności za własne poczynania jak i z odpowiednio wypracowaną hierarchią uznawanych wartości, która stanowiła motywację, regulator i bodziec do realizacji potrzeb.

We współczesnych koncepcjach zdrowia uwzględnia się wspólną tendencję, jaką jest postrzeganie go w kategoriach zdrowia pozytywnego. Nie jest rozpatrywane jedynie z perspektywy braku objawów choroby i komfortu fizycznego, ale znacznie szerzej, czyli w kontekście jakości życia i potencjału zdrowotnego, jakim dysponuje człowiek [Bogusz, 2003]. Takie ujęcie uwzględniono w Narodowym Programie Zdrowia i wskazano na trzy jego wymiary. W jednym wymiarze zdrowie jest wartością dzięki której jednostka lub grupa społeczna może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągania satysfakcji oraz zmieniać swoje środowisko i radzić sobie z nim. W drugim wymiarze zdrowie jest traktowane jako zasób (bogactwo) dla społeczeństwa, gwarantujące jego rozwój społeczny i ekonomiczny. Trzeci natomiast wymiar określany jest jako środek do osiągania lepszej jakości życia, związanej ze sprawnym funkcjonowaniem do późnej starości, większej wydajności pracy, lepszych zarobków i satysfakcji z życia [Bogusz, 2003].

Z kolei jak podaje Cianciara [2010], w Karcie Ottawskiej stwierdza się, że „zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Związek zdrowia z postawami, przekonaniami i nade wszystko zachowaniami oraz z szeroko rozumianym środowiskiem i z relacjami międzyludzkimi podkreśla Kulmatycki [2003]. Jak podają autorzy zajmujący się problematyką zdrowotną, zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz zespół cech pozytywnych pozwalających człowiekowi na wykorzystanie wszelkich możliwości twórczych oraz osiągnięcie siły i szczęścia.

Tobiasz-Adamczyk [1995] wyróżnia dwa rodzaje wartości w wymiarze zamiaru: wartości instrumentalne, czyli takie, które są uważane za środek do osiągnięcia pozytywnych celów oraz wartości autoteliczne, których uznanie lub realizacja nie wymaga uzasadnień, ponieważ same w sobie są wartościami. Zdrowie stanowi dla większości ludzi wartość, która jest jednak trudno wymierna. Jak twierdzi Kulik [1995] zdrowie człowieka jest wartością niezaprzeczalną oraz najcenniejszym bogactwem. W zdrowym społeczeństwie można realizować plany, podejmować działania, rozwijać się intelektualnie i duchowo. Według Pike i Froster [1998] czynniki „stylu życia” są to czynniki związane ze sposobem lub stylem w jaki ludzie decydują się przeżyć swoje życie, na jakie ryzyko narażają swoim zachowaniem własne zdrowie.

Powiązanie pomiędzy indywidualnym stylem życia oraz środowiskiem i sytuacją społeczną danego człowieka jest bardzo mocne. Istnieje wiele czynników społecznych i środowiskowych, które mają wpływ na zdrowie, a które pozostają pod niewielkim lub nawet poza wszelkim wpływem człowieka. Niektóre czynniki społeczne, takie jak niskie zarobki, złe warunki mieszkaniowe, brak samochodu dotyczą pewne grupy ludności o wiele bardziej niż inne, co znaczy, że dokonywanie zdrowych wyborów będzie dla niektórych o wiele prostsze niż dla innych.

Normy i oczekiwania społeczne stanowią dominujące odbicie systemu wartości, wiążących się ze sposobem traktowania zagrożeń zdrowotnych lub choroby. Normy te mogą być związane ze stylem życia, który odzwierciedla pozycję jednostki w społeczeństwie, wartości i przekonania, zachowanie i działanie oraz preferencje albo hierarchię ważności spraw, a wszystko to można rozpatrywać w kategoriach ogólnej koncepcji stylu życia [Barić i Osińska 2000]. Wilk [2003] za Ossowskim przedstawia klasyfikację grup wartości zdrowia, jako odczuwanej, uznawanej oraz uroczystej i codziennej.

Czynniki determinujące zdrowie w aspekcie aktualnych koncepcji

Dla niniejszych rozważań istotnym jest przedstawienie czynników warunkujących zdrowie. Na jego stan można patrzeć z perspektywy dynamicznego modelu zdrowia, w którym zawiera się: historia zdrowia, stopień równowagi wyznaczony aktualnym stanem zdrowia oraz potencjał zdrowia (rokowania na przyszłość, zasoby zdrowia). Historia zdrowia wskazuje na całość dotychczasowych doświadczeń związanych ze zdrowiem oraz stanami chorobowymi, dostarcza informacji o uprzednich postawach zdrowotnych, wzorach zachowań w zdrowiu i chorobie, realizowanym wcześniej stylu życia, stabilności systemu fizycznego, psychicznego i społecznego na przestrzeni wcześniejszych okresów życia. Określenie stopnia równowagi w aktualnym stanie zdrowia oznacza stopień sprawnego funkcjonowania osoby pod względem fizjologicznym i psychicznym, a także w odniesieniu do symbolicznych i rzeczywistych interakcji z otoczeniem. Potencjał zdrowia jest zdolnością jednostki lub całej grupy do podtrzymania zdrowia lub przywracania go w przypadku choroby. Są to zatem fizjologiczne, psychiczne i społeczne zasoby jednostki oraz zdolności do ich wykorzystania w celu utrzymania lub polepszenia zdrowia [Tobiasz-Adamczyk, 2000].

Podstawą współczesnej medycyny jest biomedyczny model zdrowia, obowiązujący w naukach medycznych XX wieku. Oparty jest on na założeniach kartezjańskich, uznających psychikę i ciało za dwie różne sfery. W odniesieniu do spraw zdrowia społeczeństwo reprezentuje lekarz mający monopol na wiedzę o stanie zdrowia i sposobach dochodzenia do niego w przypadku zaburzenia homeostazy. Uznanie orientacji patogenetycznej wyznacza rozpatrywanie zdrowia wyłącznie z perspektywy choroby i jedynie w wymiarze biologicznym. W tym podejściu zdrowie i normalność jako na-

turalne stany nie są dostrzegane, zdrowie jest więc brakiem choroby i dolegliwości. W modelu biomedycznym zdrowie jest kategorią zobiektywizowaną. Organizm cechuje się w stanie zdrowia brakiem dysfunkcji biologicznych. W tym modelu zdrowie i choroba są kategoriami rozłącznymi, jest się albo zdrowym, albo chorym, nie ma stanów pośrednich. W medycynie naprawczej profesjonalista nie zajmuje się ludźmi w stanie zdrowia. Natomiast stan zagrożenia zdrowia i stan choroby pozostaje całkowicie pod kontrolą lekarza profesjonalisty, który stosując specjalistyczne metody naprawia organizm. Od chorego oczekuje się przede wszystkim podporządkowania się zaleceniom, które wydaje lekarz w sytuacji choroby, nie oczekuje się natomiast aktywności prozdrowotnej [Heszen i Sęk, 2007]. Biomedyczne podejście do zdrowia zaowocowało znaczącym postępem w rozwoju medycyny, jak: poznaniem przyczyn wielu chorób, opracowaniem skutecznych metod ich leczenia czy nowych technologii medycznych itd. [Woynarowska, 2007].

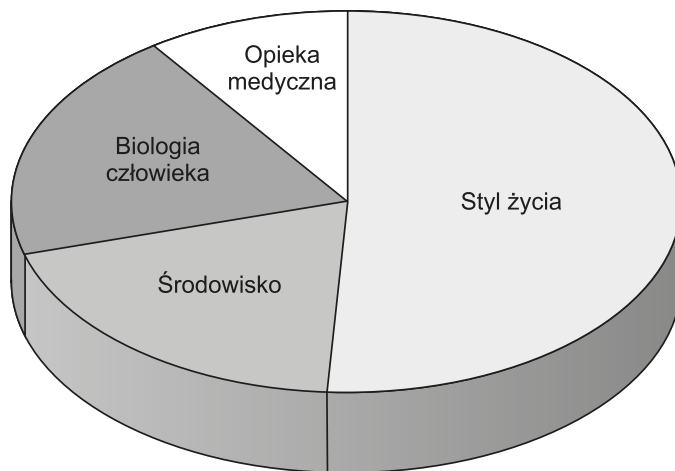
W literaturze znajdujemy wiele modeli czynników determinujących zdrowie, a najważniejsze z nich to: koncepcja „pól zdrowia” zwana kołem Lalonde [Lalonde, 1974]; mandala zdrowia [Hancock, 1990]; tęcza czynników (polityki) zdrowia [Dahlgren i Whitehead, 1991].

Aktualne oszacowania udziału poszczególnych czynników w polu zdrowia przypisują największą rolę stylom życia, następnie czynnikom środowiskowym, biologicznym oraz opiece zdrowotnej [Ostrowska, 1999].

Uważa się, że momentem przełomowym do zmiany postrzegania czynników warunkujących zdrowie ludzi, z przeniesieniem akcentów z działań medycznych na szerszy kontekst społeczny, był raport ministra zdrowia Kanady M. Lalonde [1974], który stanowił podstawę polityki zdrowotnej państwa. Lalonde przedstawił w nim koncepcję „pól zdrowia”, w której wyróżnił cztery grupy czynników warunkujących zdrowie: styl życia i zachowania zdrowotne (50–52%), środowisko (ok. 20%), biologia człowieka (ok. 20%) oraz organizacja opieki medycznej (10–15%).

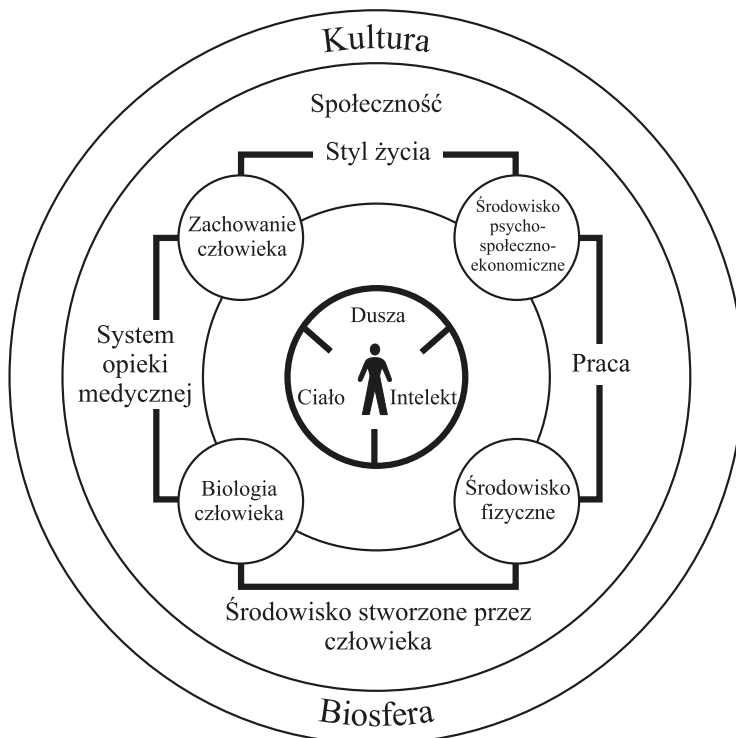
Woynarowska [2007] na podstawie strategii *Inwestycja dla zdrowia Kanadyjczyków* wymienia następujące czynniki, od których zależy zdrowie społeczeństwa: zarobki i status społeczny, sieć wsparcia społecznego, edukacja, zatrudnienie i warunki pracy, środowisko fizyczne, biologia i wyposażenie genetyczne, zachowania zdrowotne i umiejętność radzenia sobie, prawidłowy rozwój w dzieciństwie oraz służba zdrowia.

Mandala zdrowia [Hancock, 1990] jest to model ekosystemu człowieka, opracowany w Departamencie Zdrowia Publicznego Miasta Toronto. W centrum modelu znajduje się człowiek. Najbliższym dla niego kręgiem jest rodzina, która w największym stopniu wpływa na zdrowie jej członków. W kręgach pośrednich znajdują się różne grupy czynników wpływających na zdrowie. Najszerszym kręgiem jest biosfera i kultura.



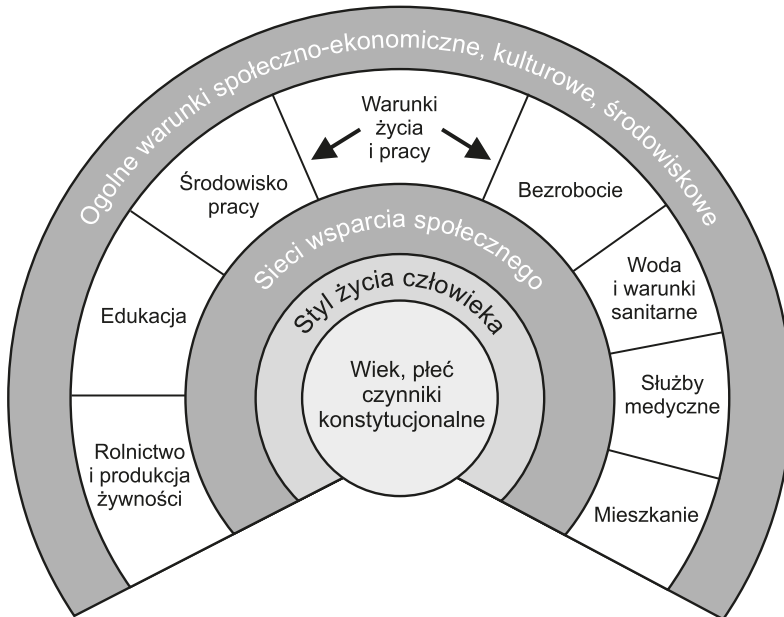
Rys. 1. Czynniki warunkujące zdrowie jednostki według koncepcji „pól zdrowia” [Lalonde, 1974]

Źródło: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2007, s. 45



Rys 2. „Mandala zdrowia” – model ekosystemu człowieka według Hancock [1990]

Źródło: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt., s. 29



Rys. 3. Model czynników warunkujących zdrowie „tęcza czynników (polityki) zdrowia” wg Dahlgren i Whitehead [1991]

Źródło: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, dz. cyt., s. 46

Inną propozycją czynników warunkujących zdrowie jest według Dahlgren i Whitehead [1991] „tęcza czynników (polityki) zdrowia”. W centrum tego modelu umieszczono czynniki biologiczne (wiek, płeć, czynniki genetyczne). Do kolejnych trzech grup czynników (łuków tęczy) należą: styl życia, sieci wsparcia społecznego oraz szeroko pojęte czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe determinujące zdrowie.

Światowa Organizacja Zdrowia postrzega, iż dany osobnik jest zdrowy, gdy spełnia na odpowiednim poziomie ustalone kryteria. Korzystny stan zdrowia rozpatrywany jest w oparciu o zaspokojenie potrzeb z różnych płaszczyzn (umysłowej, fizycznej i społecznej):

- zdrowie umysłowe (psychiczne) – pojmowane jako zdolność do wykorzystywania logicznego myślenia, utrzymania wewnętrznego spokoju i równowagi, rozpoznawania własnych potrzeb i uczuć, wyrażania poglądów oraz radzenia sobie z lękiem, stresem czy depresją;
- zdrowie fizyczne – rozumiane jako prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych narządów, układów oraz całego organizmu człowieka;
- zdrowie społeczne – zdolność funkcjonowania w społeczeństwie, dostosowywania się do realizacji potrzeb kulturowych i cywilizacyjnych, pełnienia ról spo-

łecznych, a także utrzymywania korzystnych stosunków z otaczającym światem [Pike i Froster, 1998].

Zmianie uległo postrzeganie zdrowia oraz jego najważniejszych aspektów, od których jest ono zależne. Zdrowie stało się wartością, o którą zaczęto zabiegać i pielęgnować. Człowiek zaczął być postrzegany według modelu holistycznego jako jednostka psycho-fizyczna w określonym czasie i miejscu a nie według modelu biomedycznego [Gniazdowski, 1990; Włodarczyk, 1996; Czupryna, 2000; Lwow i Milewicz, 2004]. Obraz istoty ludzkiej, funkcjonującej w społeczeństwie, która posiada ducha, psychikę a nie tylko fizyczność dał możliwość kompleksowego, pełniejszego spojrzenia na człowieka [Melosik, 1999].

Według WHO człowiek jako jednostka biopsychospołeczna, podejmując jakiegokolwiek czynności w trakcie swojego życia wpływa bezpośrednio na stan swojego zdrowia.

Lalonde [1974] wskazał, że styl życia ma ogromne znaczenie dla kształtowania stanu zdrowia. Sądzić można zatem, że na stan zdrowia istotny wpływ mają zachowania zdrowotne czyli zachowania podejmowane zarówno przez otoczenie jak i samą jednostkę.

Kompetencje oraz zadania fizjoterapeutów w promowaniu zdrowia w ich miejscu pracy

O fizjoterapii jako o odrębnym zawodzie w Polsce można mówić od niedawna. Jeszcze w latach 90. określając czynności wykonywane przez fizjoterapeutę częściej posługiwano się terminem rehabilitacja ruchowa niż fizjoterapia. W chwili obecnej – termin fizjoterapia jest powszechnie stosowany w odniesieniu do osób posiadających kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładach rehabilitacji i w ramach praktyki indywidualnej [Rekowski i Piotrowska, 2005].

Fizjoterapia uzupełnia leczenie prowadzone innymi metodami współczesnej medycyny, równocześnie stanowi podstawę rehabilitacji oraz profilaktyki chorób, należy do dynamicznie rozwijających się dyscyplin medycznych. Jest działem współczesnej medycyny klinicznej, który stosuje w celach leczniczych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych różne formy energii, przede wszystkim fizycznej, związanej ze środowiskiem przyrodniczym człowieka. Wywodzi się z uprawianego od najdawniejszych czasów przyrodolecznictwa i obejmuje tę jego część, która współcześnie uzyskała w całości podbudowę naukową i na jej podstawie została znacznie rozwinięta. Nie ma ona nic wspólnego z tzw. medycyną niekonwencjonalną czy alternatywną, do której należą metody niemające uzasadnienia naukowego [Straburzyńska-Lupa i Straburzyński, 2008]. Odkąd istnieje człowiek, nieustannie towarzyszy mu cierpienie, dlatego zawsze od medycyny, niezależnie od etapu jej rozwoju, oczekuje on ulgi w cierpieniu [Kwolek, 2007]. Fizjoterapia stanowi integralną składową rehabilitacji leczniczej, bę-

dużej z kolei składową szerzej ujmowanego procesu rehabilitacji [Nowotny, 1998]. Rehabilitacja medyczna i fizjoterapia nie koncentrują się na chorobie jako takiej, ale raczej na funkcjonowaniu pacjentów. Funkcjonowanie jako uniwersalne doświadczenie człowieka może być klasyfikowane z perspektywy ciała, ale również z perspektywy jednostki i społeczeństwa [Straburzyńska-Lupa i Straburzyński, 2008].

Fizjoterapeuta, który kończy studia, powinien zostać w pełni przygotowany do wykonywania swojego zawodu, pamiętając o przestrzeganiu zasad obowiązujących w ochronie zdrowia. Powinien posiadać umiejętności i wiedzę niezbędną do kształtowania sprawności fizycznej, podtrzymywania jej oraz zapobiegania jej utracie. Jego sprawność fizyczna i psychiczna powinna być na tyle duża, aby mógł pacjentowi swobodnie zaprezentować poszczególne ćwiczenia, wybierając różne formy ruchu. Powinien móc ćwiczyć jednocześnie z pacjentem, korygując i nadzorując jego ruchy, a jednocześnie gwarantować mu bezpieczeństwo podczas ćwiczeń, będąc gotowym do ciągłej asekuracji.

Absolwent kierunku fizjoterapia powinien zdobyć umiejętność pracy z osobami w różnym wieku, z różnymi jednostkami chorobowymi, z osobami niepełnosprawnymi, jak i w różnych placówkach i ośrodkach ochrony zdrowia. Może znaleźć zatrudnienie w ośrodkach dla sportowców, w szkolnictwie jak i w ośrodkach dla osób niepełnosprawnych czy w Domach Pomocy. Absolwent powinien posiadać psychofizyczne predyspozycje do pracy z osobami chorymi i potrzebującymi jego pomocy. W kompetentny sposób powinien wykorzystywać swoją wiedzę, zarówno w profilaktyce, jak i procesie leczenia, stosując czynniki fizykalne [Kiebzak i wsp., 2009].

Zawód fizjoterapeuty, podobnie jak zawód lekarza, wymaga ogromnej wiedzy i umiejętności praktycznych, wysokich kwalifikacji moralnych oraz dobrego kontaktu z ludźmi. Reguły etyki zawodowej określają postępowanie pracownika z punktu widzenia dobra i zła moralnego, sprawiedliwości i krzywdy, którą fizjoterapeuci mogą wyrządzić podczas swojej pracy. Ponieważ wysokie kwalifikacje zawodowe sprzyjają realizacji określonych wartości moralnych, na pierwszym miejscu stawia się wymóg fachowości i rzetelności zawodowej fizjoterapeuty. Do predyspozycji moralnych zaliczyć należy: uczciwość, życzliwość, sprawiedliwość, prawdomówność, wyrozumiałość i tolerancję. Moralność w rehabilitacji ocenia się na podstawie postaw moralnych osób, które pracując, tworzą środowisko społeczno-wychowawcze w różnego typu zakładach leczniczych.

Etyka zawodowa uczula na pokusy i niebezpieczeństwa, ostrzega przed dokonywaniem nadużyć moralnych wiążących się z charakterem pracy zawodowej. Właściwa postawa moralna i solidarność z grupą zawodową obowiązuje nie tylko w pracy, ale i poza obowiązkami zawodowymi [Cywińska-Wasilewska, 2004].

O jakości i sile rehabilitacji zawsze stanowi zespół kompetentnych specjalistów tworzących zespół rehabilitacyjny. Każdy członek zespołu rehabilitacyjnego ma do

zrealizowania w określonym zakresie część całościowego programu rehabilitacji, zawsze w ścisłej współpracy z pacjentem oraz innymi członkami zespołu i pod kierunkiem lidera zespołu, którym przeważnie jest lekarz specjalista w rehabilitacji medycznej [Kwolek, 2007].

Podstawowe znaczenie dla pacjenta i uzyskiwanych wyników ma stała współpraca poszczególnych członków zespołu oraz wymiana ich opinii, szczególnie lekarza, fizjoterapeuty i pielęgniarki. Każdy członek zespołu pełni też w swoim zakresie funkcję psychoterapeutyczną, dlatego stała wymiana obserwacji jest niezbędna. Istotne zmiany u pacjenta, pogorszenie stanu, zmiany nastroju, motywacji, dodatkowe dolegliwości muszą być zaraz sygnalizowane lekarzowi prowadzącemu pacjenta. W miarę uzyskiwanej poprawy program rehabilitacji jest modyfikowany, a przy wypisywaniu z oddziału pacjent musi uzyskać dokładne informacje dotyczące ciągłości rehabilitacji, edukacji, nauki zawodu, możliwości zatrudnienia itd. W swoim zakresie odpowiada za to każdy członek zespołu i ostatecznie ordynator (kierownik) zespołu [Kwolek, 2007].

We wszystkich kontaktach społecznych istnieje potrzeba ufności. Szczególnie ważne jest zaufanie, które pacjent ma do lekarza czy fizjoterapeuty, gdyż oni decydują często o jego zdrowiu i przyszłości. Wynika to z niepisanej umowy społecznej, która daje nam prawo oczekiwania, że nie będziemy oszukani czy okłamani ani narażeni na niebezpieczeństwo, a w przypadku pracowników ochrony zdrowia, że będziemy dobrze traktowani i prawidłowo leczeni. Uczciwość w praktyce lekarza czy fizjoterapeuty wyraża się w rzetelności przestrzegania czasu i zakresu zabiegów czy usług oraz niepobieraniu zawyżonego lub nienależnego honorarium [Cywińska-Wasilewska, 2004].

Należy również nadmienić, iż w Europejskiej Deklaracji Standardów w Fizjoterapii w wersji przyjętej w Barcelonie w 2003 roku istnieje zapis, iż absolwent fizjoterapii powinien odgrywać aktywną rolę w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Każdy fizjoterapeuta niezależnie od płci, wieku, miejsca, stażu zatrudnienia powinien reprezentować pewien poziom kultury i świadomości społecznej. Najlepsze więzi międzyludzkie opierają się na życzliwości, która powinna stanowić podstawę zachowania pracowników sektora ochrony zdrowia, w tym fizjoterapeutów. Fizjoterapeutę oprócz wrodzonej życzliwości, powinna cechować empatia względem drugiego człowieka. Zawód fizjoterapeuty wymaga ogromnej wiedzy i umiejętności praktycznych, wysokich kwalifikacji moralnych oraz dobrego kontaktu z ludźmi. Reguły etyki zawodowej określają postępowanie pracownika z punktu widzenia dobra i zła moralnego, sprawiedliwości i krzywdy, którą fizjoterapeuci mogą wyrządzić podczas swojej pracy. Ponieważ wysokie kwalifikacje zawodowe sprzyjają realizacji określonych wartości moralnych, na pierwszym miejscu stawia się wymóg fachowości i rzetelności zawodowej fizjoterapeuty [Cywińska-Wasilewska, 2004].

Właściwa postawa moralna i solidarność z grupą zawodową obowiązuje nie tylko w pracy, ale i poza obowiązkami zawodowymi [Cywińska-Wasilewska, 2004].

W Polsce kluczowym i bardzo istotnym wyznacznikiem postępowania w zawodzie fizjoterapeuty jest Kodeks Etyki Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej. W punkcie czwartym tekstu ślubowania fizjoterapeuty zaznaczono, że fizjoterapeuta ponosi odpowiedzialność prawną, zawodową i moralną za prowadzone działania fizjoterapeutyczne. Zawiera on zestaw zasad postępowania, których każdy fizjoterapeuta powinien przestrzegać [Cywińska-Wasilewska, 2004]. Znajdujemy w nim zasady etyki fizjoterapeuty oraz zasady współpracy z innymi członkami personelu medycznego. Zaznaczona jest w nim także istotna odpowiedzialność zawodowa fizjoterapeuty. Według kodeksu, powinnością fizjoterapeuty jest wiara w wartość drugiego człowieka, każde działanie zawodowe powinno być ukierunkowane na dobro pacjenta.

Już pierwszy rozdział Kodeksu Etyki Zawodowej ukazuje jak ważną rzeczą jest etyka w zawodzie fizjoterapeuty. Warto przytoczyć istotne dla jego pracy „drogowskazy” postępowania:

Art. 1. Zasady etyki zawodowej fizjoterapeutów jednoznacznie wynikają z zasad etycznych, prawidłowego współżycia i postępowania ludzi w stosunku do siebie i do otaczającego świata, nakazują przestrzeganie praw pacjenta oraz dbanie o wysoki status wykonywanego zawodu.

Art. 2. Działalność zawodowa fizjoterapeuty to świadome i planowe udzielanie profesjonalnych świadczeń na rzecz pacjentów, niezależnie od ich stanu zdrowia, pozycji społecznej oraz prezentowanych poglądów.

Art. 3. W pracy zawodowej, fizjoterapeuta, stawia dobro człowieka ponad wszystkie dobra.

Art. 4. Świadczenie usług w fizjoterapii odbywa się na podstawie rozpoznania medycznego i przeciwwskazań wynikających ze stanu zdrowia osoby poddawanej procedurom fizjoterapeutycznym.

Art. 5. Czynności zawodowe fizjoterapeuty nie mogą towarzyszyć aktom bezprawnym, ani też być działaniem na szkodę zdrowia ludzkiego.

Art. 6. Obowiązkiem fizjoterapeuty jest stały rozwój zawodowy i osobisty, a jego kwalifikacje powinny wynikać z aktualnego poziomu wiedzy.

Art. 7. Relacje między fizjoterapeutami wynikają ze wspólnoty wartości i celów, opierają się na wzajemnym szacunku oraz świadomości społecznej rangi wykonywanego zawodu.

Art. 8. Fizjoterapeuta dostarcza rzetelnej informacji społeczeństwu o fizjoterapii i świadczeniach fizjoterapeutycznych.

Art. 9. Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty mają pierwszeństwo przed innymi zasadami związanymi z działalnością biznesową, funkcją pracodawcy, wymaganiami administracyjnymi, naciskami społecznymi, mechanizmami rynkowymi i innymi [fizjoterapia.org.pl/kodeks].

Fizjoterapeuta z racji wykonywanego zawodu jest promotorem zdrowia. Pod pojęciem promocji zdrowia można rozumieć zachęcanie do wszelkich działań mających na celu ochronę zdrowia. Mogą to być czynności, które mają za zadanie uzyskanie wzrostu potencjału zdrowotnego, ukazujące jak go zachować lub jak poprzez działania profilaktyczne go nie stracić. Promocja to także wskazywanie na kogoś (lub coś) i polecanie ze względu na walory i pozytywny przykład działalności czy wpływ np. na jakość życia. Promotor zdrowia to osoba, która jest odpowiedzialna za propagowanie zdrowego stylu życia, uprawianie różnych form ruchu, przestrzeganie zasad prawidłowego żywienia czy rezygnowanie ze szkodliwych nałogów i uzależnień. Osoba zatrudniona w tym celu zajmuje się więc również profilaktyką, która ma na celu zapobieganie chorobom społecznym i cywilizacyjnym.

Promotor zachęcając do aktywności ruchowej, zmiany rodzaju diety czy badań profilaktycznych ma bezpośredni wpływ na zmniejszenie liczby zachorowań na tak charakterystyczne dla krajów uprzemysłowionych choroby jak: otyłość, nadciśnienie, miażdżycę, choroby serca, gruźlicę czy uszkodzenia słuchu i wzroku.

Osoba, która dostrzega dużą rolę profilaktyki we wpływie na występowanie wymienionych wyżej chorób powinna być: komunikatywna, otwarta, empatyczna, posiadać wysoki poziom kultury osobistej oraz odpowiedni poziom wiedzy medycznej.

Fizjoterapeuta według definicji jest osobą, która decyduje o szczegółach zabiegu i sposobie jego wykonania, planuje i prowadzi ćwiczenia fizyczne, wykonuje zabiegi fizykoterapeutyczne, terapii manualnej i masaże. Fizjoterapeuta zajmuje się również promocją zdrowia fizycznego i psychicznego. Rehabilitacja oddziałuje bowiem na wiele sfer życia osób z dysfunkcjami ruchowymi poprzez przygotowanie do sprawności społecznej, poprawę sprawności fizycznej i psychicznej. Każdy program rehabilitacji powinien zawierać elementy aktywności fizycznej, psychologii i edukacji prozdrowotnej. Dlatego wykształcony fizjoterapeuta, jak zaznacza Hebda i Madejski [2004] wraz ze swoimi doświadczeniami zawodowymi powinien pełnić także funkcję edukatora i promotora zdrowia.

Znaczny postęp techniczny wraz z osiągnięciami i nowinkami technologicznymi przyniósł niestety elementy uboczne, szkodliwe dla stanu zdrowia człowieka. Spowodowały one szereg reakcji obronnych organizmu ludzkiego i coraz częściej jednostka dostrzega szkodliwość sedentaryjnego trybu życia, nieprawidłowej diety, bezruchu czy bezsenności. Dlatego profilaktyka nabiera coraz większego znaczenia, nie tylko dla poszczególnych osobników, ale i całych społeczności. W lecznictwie i profilaktyce znany i ceniony jest fakt, iż ćwiczenia fizyczne mają dobroczynny wpływ zarówno na stan fizyczny jak i psychiczny, gdyż oddziałują na układ neurowegetatywny człowieka. Fizjoterapeuta, który jest propagatorem aktywności fizycznej, może więc mieć znaczący wpływ na stan zdrowia znacznej liczby osób [Demczyszak, 2009].

Liczne dowody ukazują, że odpowiednio prowadzona edukacja zdrowotna może mieć istotny wpływ na zmianę zachowań zdrowotnych u osób zdrowych jak i chorych. Prozdrowotna postawa i nawyki przyczyniają się do polepszenia jakości życia oraz stanu zdrowia populacji. Szczególnie istotną rolę w promowaniu zdrowia ma do spełnienia personel podstawowej opieki medycznej, głównie lekarze i pielęgniarki. Praca fizjoterapeutów także stwarza możliwości bezpośrednich rozmów z pacjentem, wielogodzinnych kontaktów podczas terapii i uzyskaniu znacznej wiedzy na temat zachowań i stylu życia pacjenta wynikającej z wywiadu. Fizjoterapeuci mają więc wiele możliwości zarówno do przekazywania wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych, jak i szkodzących zdrowiu. Poprzez propagowanie zdrowego stylu życia i przykładowe go przestrzeganie mogą być wzorem osobowym do naśladowania dla pacjentów. W stosunku do pacjentów mogą odgrywać rolę promotora działań zdrowotnych i doradcy. Ponadto mogą również kształtować u ludzi postawę prozdrowotną i motywować ich do zmiany zachowań szkodliwych dla zdrowia. Fizjoterapeuci mają także możliwość podejmowania działań organizacyjnych, biorąc udział w tworzeniu projektów, zespołów czy instytucji, które promują zdrowie. Ich możliwości połączenia działań promujących zdrowie z prewencją chorób stwarza możliwość wyprzedzania pojawienia się niekorzystnych zjawisk. Fizjoterapeuci mogą zatem pełnić liczne funkcje w sferze zdrowia, choroby, a więc w zakresie promocji i profilaktyki chorób i zaburzeń. Poprzez własne zachowania edukują, kształtują i pokazują właściwą postawę wobec zdrowia i choroby. Przekazują wiedzę na temat czynników wpływających na stan zdrowia, uczą nawyków (np. higienicznych, pielęgnacyjnych), modelują zachowania prozdrowotne i kształtują emocjonalny stosunek do zdrowia jako wartości [Demczyszak, 2009].

Rolą promocji zdrowia jest motywowanie ludzi do podejmowania działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia. Proces ten przebiega zwykle w kilku etapach: odnalezienie celu, motywacja, podjęcie zachowań i podtrzymywanie nowych działań. Praktyka ukazuje jednak, że część poznawcza (przekazanie lub uzyskanie wiedzy) jest niewystarczająca do osiągnięcia zmiany zachowań. Niezbędne jest także oddziaływanie na motywację i emocję oraz nabycie umiejętności, które umożliwią realizację zachowań zdrowotnych. W działaniach tych może być bardzo pomocny fizjoterapeuta, który będąc autorytetem, zwiększy poczucie własnej skuteczności (np. poprzez perswazję słowną) u pacjenta. Adresaci tych działań, będą potrafili wówczas skuteczniej korzystać ze zmiany zachowań i osiągną korzystniejsze rezultaty, pokonując trudności i bariery.

Jak zauważa Woynarowska [2010], w różnych krajach i różnych środowiskach zawodowych powstało dotychczas wiele definicji promocji zdrowia, które uzupełniają się i akcentują różne aspekty.

Podając za Woynarowską [2010] i Karskim [2008], według Karty Ottawskiej z 1986 roku, promocja zdrowia jest to „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i w celu poprawy ich zdrowia”. Innym przykładem definicji promocji zdrowia jest definicja zaproponowana przez Green i Kreuter [1991], według których jest to „połączenie działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia – środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego sprzyjających zdrowiu”. Natomiast jak podają Tones i Green [2004] promocja zdrowia to „połączenie edukacji zdrowotnej i prozdrowotnej polityki publicznej”.

Istotny wpływ ma promocję zdrowia ma również popularyzowanie postaw prozdrowotnych i ukazywanie pozytywnych wzorców przez fizjoterapeutę. Jego praca polega między innymi na niesieniu pomocy chorym w podejmowaniu zachowań profilaktycznych np. wśród pacjentów kardiologicznych. Stają się oni wówczas edukatorami zdrowotnymi tych pacjentów. Zgodnie z wykształceniem w swojej pracy powinni umieć rozpoznawać przeciwwskazania do różnych form aktywności fizycznej i ograniczenia chorych oraz dostosowywać optymalną formę ruchu do potrzeb i możliwości chorego, a jednocześnie prowadzić świadomy proces edukacyjny. Jedną z ról fizjoterapeuty jest także często nakłonienie pacjenta do zmiany obecnego stylu życia na prozdrowotny uwzględniający jego chorobę podstawową i schorzenia współtowarzyszące [Jonderko i Marcisz, 2008].

Fizjoterapeutów powinna cechować dojrzała postawa do spraw zdrowia. Zdaniem Demela [1980], na obraz całościowej, dojrzałej postawy do spraw zdrowia składają się głównie:

- racjonalny, emocjonalnie zrównoważony stosunek do osoby, inwalidztwa i śmierci;
- poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialność za zdrowie publiczne;
- gotowość i umiejętność spieszenia z pomocą innym.

Podczas rehabilitacji istotne jest, aby fizjoterapeuci w sposób holistyczny postrzegali pacjenta i byli ich edukatorami zdrowotnymi w zależności od zaistniałych potrzeb, dostosowując się do indywidualnych możliwości chorego. Dokładna informacja o celach rehabilitacji, o możliwościach wyboru metod postępowania, o zmianie stylu życia i nawyków chorego czyni fizjoterapeutę odpowiedzialnego za proces edukacji zdrowotnej¹.

¹ Niniejszy artykuł stanowi fragment rozprawy doktorskiej, która znajduje się w przygotowaniu wydawniczym.

Bibliografia

- J. Aleksandrowicz, H. Matuszewski, *Synteza poglądów na definicje zdrowia w aspekcie rewolucji naukowo-humanistycznej*, [w:] *Rewolucja naukowo-humanistyczna*, red. J. Aleksandrowicz, Warszawa 1974.
- A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa 1995.
- L. Barić, H. Osińska, *Ludzie w środowiskach*, Warszawa 2000.
- R. Bogusz, *Społeczno-kulturowy kontekst zdrowia i choroby*, [w:] *Wybrane elementy socjologii*, red. A. Majchrowska, Lublin 2003.
- D. Cianciara, *Zarys współczesnej promocji zdrowia*, Warszawa 2010.
- G. Cywińska-Wasilewska, *Podstawowe problemy rehabilitacji i etyka*, Poznań 2004.
- A. Czupryna, S. Poździech, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Kraków 2000.
- G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm 1991.
- K. Tones, J. Green, *Health promotion. Planning and strategies*, London, 1991.
- M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980.
- I. Demczyszak, *Fizjoterapia w chorobach układu sercowo-naczyniowego*, Wrocław 2009.
fizjoterapia.org.pl/kodeks Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej
- A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Łódź 1990.
- L. W. Green, M. W. Kreuter, *Health Promotion Planning. An Education and Environmental Approach*. Second Edition, Mountain View 1991.
- T. Hancock, *The mandala of health: a model of the human ecosystem*, [w:] *Health promotion. A resource book*, red. R. Anderson, I. Kickbusch, Copenhagen 1990.
- P. Hebda, J. Madejski, *Zawód z pasją*, Bielsko-Biała 2004.
- I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007.
- G. Jonderko, Cz. Marcisz, *Promocja zdrowia – podstawy teoretyczne i praktyczne*, „Medycyna Środowiskowa” 2008, Vol. 11(1).
- J. B. Karski, *Postępy promocji zdrowia przegląd międzynarodowy*, Warszawa 2008.
- J. B. Karski, *Promocja zdrowia dziś i perspektywy jej rozwoju w Europie*, Warszawa 2009.
- W. Kiebzak, J. Szczegielniak, M. Butkiewicz i wsp., *Standardy kwalifikacji w zawodzie fizjoterapeuty*, „Fizjoterapia Polska” 2009, nr 1.
- C. Korczak, J. Leowski, *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, Warszawa 1977.
- T. B. Kulik, *Afirmacja życia jako element promocji zdrowia*, [w:] *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*, red. Z. Czaplicki, W. Muzyka, Olsztyn 1995.
- L. Kulmatycki, *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej*, Wrocław 2003.
- M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa 1974.
- F. Lwow, A. Milewicz, *Promocja zdrowia*, Wrocław 2004.
- Z. Melosik Z. *Ciało i zdrowie w społeczeństwie*, Toruń-Poznań 1999.

- J. Nowotny, *Podstawy fizjoterapii*, Katowice 1998.
- A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, Warszawa 1999.
- S. Pike, A. Froster, *Promocja zdrowia*, Lublin 1998.
- Z. Ratajczak, *Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne*, [w:] *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, red. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, Katowice 1996.
- Rehabilitacja medyczna 1*, red. A. Kwolek, Wrocław 2007.
- W. Rekowski, E. Piotrowska, *Zakres czynności zawodowych i status zawodu fizjoterapeuty w projekcie ustawy o fizjoterapii i opiniach fizjoterapeutów*, „Postępy Rehabilitacji” 2005, nr 4.
- H. Sęk, *Zdrowie behawioralne*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, red. J. Strelau, Gdańsk 2002.
- A. Straburzyńska-Lupa, G. Straburzyński, *Fizjoterapia z elementami klinicznymi*, Warszawa 2008.
- M. Straś-Romanowska, *Los człowieka jako problem psychologiczny*, Wrocław 1992.
- B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 1995.
- B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków 2002.
- K. Tones, J. Green, *Health promotion. Planning and strategies*, London 2004.
- T. Wilk, *Edukacja, wartości i style życia reprezentowane przez współczesną młodzież w Polsce w odmiennych regionach gospodarczych*, Kraków 2003.
- C. W. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Kraków 1996.
- World Health Organization [www.who.int/bulletin /archives/80(12)981.pdf *WHO definition of Health*], *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization- Basic Documents*, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.
- B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2007.
- B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, wyd. II, Warszawa 2010.
- H. Wrona-Polańska, *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomaganie*, „Sztuka Leczenia” 2006, tom XIII, nr 1–2.

Streszczenie

Głównym celem artykułu jest określenie związku między wybranymi determinantami zdrowia a deklarowanym stylem życia i zdrowymi zachowaniami fizjoterapeutów, którzy ze względu na swój zawód powinni dawać przykład w życiu prywatnym i w miejscu pracy. Ponadto, innym celem jest zwrócenie uwagi na istotny aspekt wkładu fizjoterapeutów w promocję zdrowia w ich środowisku pracy zgodnie z celami współczesnej koncepcji promocji zdrowia.

Słowa kluczowe: zdrowie, promocja zdrowia, styl życia, zdrowe zachowanie, edukacja zdrowotna, fizjoterapeuci

Summary

The main objective of the article is to define the relation between the chosen determinants of health and the declared lifestyle and healthy behaviour of physiatrists who, due to their profession, should set the example in their private life and at their place of work. Moreover, another aim is to point to the essential aspect of the contribution with the goals of contemporary concept of health promotion.

Keywords: health, health promotion, lifestyle, healthy behaviour, health education, physiatrists