SOCJOLOGIA W PROMOCJI ZDROWIA

KRZYSZTOF PUCHALSKI
ELŻBIETA KORZENIOWSKA
LONGINA PIWOWARSKA-POŚCIK

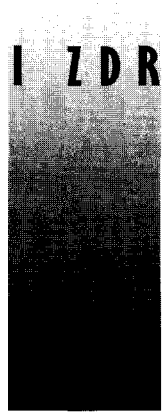
AKTYWNOŚĆ ZDROWOTNA a ŚWIADOMOŚĆ POTOCZNA

INSTYTUT MEDYCYNY PRACY
im. prof. dra med. Jerzego Nofera

KRAJOWE CENTRUM
PROMOCJI ZDROWIA
W MIEJSCU PRACY

Łódź 1999

SOCJOLOGIA W PROMOCJI ZDROWIA



Wydanie sfinansowano w ramach Strategicznego Programu Rządowego "Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy". Temat SPR 04.10.26 "Doskonalenie procesu promocji zdrowia w miejscu pracy".

ISBN 83-88261-60-6

Wydawca: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera
90-950 Łódź, ul. Św. Teresy 8, skr. poczt. 199
tel. (0-42) 6314 685, 6314 686, fax (0-42) 6314 685

Opracowanie graficzne: ArtStudio (0-42) 657 21 86

KRZYSZTOF PUCHALSKI
ELŻBIETA KORZENIOWSKA
LONGINA PIWOWARSKA-POŚCIK

AKTYWNOŚĆ ZDROWOTNA a ŚWIADOMOŚĆ POTOCZNA

RAPORT Z BADAŃ

INSTYTUT MEDYCYNY PRACY
im. prof. dra med. Jerzego Nofera

KRAJOWE CENTRUM
PROMOCJI ZDROWIA
W MIEJSCU PRACY

Łódź 1999

SPIS TREŚCI

WSTĘP 7

1. KONTEKST I PRZEDMIOT BADAŃ
Krzysztof Puchalski 11

2. KRYTERIA OCENY AKTYWNOŚCI PROZDROWOTNEJ I METODY JEJ BADANIA
Longina Piwowarska-Pościk, Krzysztof Puchalski 21

3. LIDERZY ORAZ OUTSIDERZY NA TLE PRÓBY REPREZENTACYJNEJ
Longina Piwowarska-Pościk 29

4. CZYNNIKI UKIERUNKOWUJĄCE AKTYWNOŚĆ ZDROWOTNĄ
Krzysztof Puchalski 35

5. CZYNNIKI WYZWALAJĄCE PROZDROWOTNE DZIAŁANIE
Krzysztof Puchalski 49

6. TYPY MYŚLENIA OSÓB PASYWNYCH WOBEC ZDROWIA
Elżbieta Korzeniowska 55

7. POJĘCIE ZDROWIA W ŚWIADOMOŚCI LIDERÓW I OUTSIDERÓW
Krzysztof Puchalski 67

8. PODSUMOWANIE. WNIOSKI DLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ
Krzysztof Puchalski 75

LITERATURA 85

WSTĘP

Opracowanie zatytułowane "Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna" przedstawia fragmenty wyników badań prowadzonych w połowie lat 90-tych w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi[1]. Realizował je zespół autorów specjalizujących się w problematyce zachowań zdrowotnych i promocji zdrowia[2]. Przesłanką podjęcia tych badań było przyjęcie stanowiska, zgodnie z którym głównym celem działań w promocji zdrowia jest kształtowanie zachowań zdrowotnych (Gniazdowski, 1999). Druga przesłanka to akceptacja poglądu, że prawidłowe, tj. skuteczne i zarazem etyczne kształtowanie zachowań w kierunku sprzyjającym zdrowiu wymaga zainteresowania świadomością podmiotów tych

---

[1] Projekt badawczy nr 110819101 pt. "Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego", finansowany ze środków Komitetu Badań Naukowych w latach 1992-1995

[2] W realizacji projektu badawczego zaangażowani byli: Andrzej Boczkowski, Andrzej Gniazdowski (kier. tematu), Elżbieta Korzeniowska, Jan Nosko, Longina Piwowarska-Pościk, Krzysztof Puchalski. Ważniejsze opracowania książkowe tego zespołu, bezpośrednio związane z prezentowanym tematem, to m.in. "Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego", praca zbiorowa pod red. A.Gniazdowskiego, IMP, Łódź 1990; A.Gniazdowski, "Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne", IMP, Łódź 1995; E.Korzeniowska, "Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy", IMP, Łódź 1997; K.Puchalski, "Zdrowie w świadomości społecznej", IMP, Łódź1997; "Promocja zdrowia w miejscu pracy. Wybrane programy", praca zbiorowa pod red. A.Gniazdowskiego, IMP, Łódź 1998

zachowań, zrozumienia ich sposobów myślenia. Stąd przedmiotem uwagi jest tu świadomość potoczna analizowana z punktu widzenia celów związanych z kształtowaniem zachowań zdrowotnych.

Wśród teoretyków promocji zdrowia coraz wyraźniej eksponowany jest pogląd, że takie jej rozumienie, które ujmuje ją jako sposób kształtowania zachowań zdrowotnych, wywierania wpływu na te zachowania, jest już etapem historycznym (np. Pike, Forster, 1998). W to miejsce pojawiają się, traktowane jako nowoczesne, takie koncepcje, które promocję zdrowia widzą pod kątem wprowadzania prozdrowotnych zmian w logikę funkcjonowania systemów społecznych[3] (Grossmann, Scala, 1997). Z drugiej strony **w praktyce** realizowanych w Polsce działań określanych promocją zdrowia (a dotyczy to chyba nie tylko naszego kraju) dominują przedsięwzięcia zazwyczaj wyrwane z kontekstu społecznego i skoncentrowane właśnie na edukacji w zakresie zachowań zdrowotnych (jeśli nie na zmianach środowiska fizycznego i świadczeniu usług medycznych, np. szczepień ochronnych, badań diagnostycznych). Stąd wydaje się, że z punktu widzenia potrzeb praktyki obok rozwijania nowych koncepcji niezbędne jest doskonalenie działań tradycyjnie realizowanych już i zakorzenionych w tej praktyce - doskonalenie ich metodą "pracy organicznej" właśnie w kierunku wyznaczonym przez nowe koncepcje. Zanegowanie ich sensu, gdyby w radykalny sposób uznać racje wypływające z koncepcji "systemowych", byłoby chyba "wylaniem dziecka z kąpielą".

Minął już chyba charakterystyczny dla lat 80-tych, rozwijany głównie na amerykańskim gruncie, entuzjazm towarzyszący hasłu "Twoje zdrowie

---

[3] Znamienną może tu być dokonująca się zmiana terminologii, gdzie np. zamiast określenia "promocja zdrowia w miejscu pracy" pojawiło się pojęcie "miejsce pracy promujące zdrowie". O ile w pierwszym ujęciu zakład pracy traktowany jest jako dogodny teren dla realizacji głównego celu jakim jest kształtowanie zachowań prozdrowotnych (Gniazdowski, 1995), o tyle w drugim celem oddziaływań jest kształtowanie społecznego systemu przedsiębiostwa, który wpływać będzie m.in. na zachowania zdrowotne załogi, jak również bardziej bezpośrednio na stan jej zdrowia, np. poprzez mechanizmy stresu psychospołecznego. W takim ujęciu również działania skierowane na modyfikowanie fizycznych, materialnych warunków wykonywania pracy zawodowej stają się efektem zmian w kulturze organizacyjnej firmy, w wartościach, dążeniach, przekonaniach i postawach personelu.

w twoich rękach" z jego negatywnymi często skutkami towarzyszącymi ideologii "healthismu" i "obwiniania ofiary". Ideologie, które stawiały jednostkom wysokie wymagania co do ich sposobu życia, jednocześnie pozostawiały je w osamotnieniu z ich problemami utrudniającymi sprostanie owym wymaganiom, dotyczącym m.in. przestrzegania rygoru właściwej diety, rezygnacji z używek będących dla ludzi drobnymi przyjemnościami życiowymi, podjęcia systematycznej aktywności fizycznej, kontrolowania swojego stanu zdrowia i reakcji emocjonalnych. Oferowały jedynie możliwość **poddania się** kierowanym przez ekspertów zabiegom kształtowania owych zachowań, **dostosowania się** do zaleceń przekazywanych w akcjach edukacji zdrowotnych. Pojawiające się zastrzeżenia co do skuteczności takich działań oraz ich charakteru etycznego skierowały uwagę na takie formy podejmowanych prób kształtowania zachowań zdrowotnych, które nie są techniczną manipulacją człowiekiem i nie ograniczają się do stosowania technik wywierania wpływu społecznego. Stąd w promocji zdrowia obok pojęcia "interwencji" stopniowo coraz więcej miejsca zajmuje "wsparcie", obok "zmiany" - "pomoc w dokonywaniu wyborów", "poziomowi uczestnictwa" towarzyszy "partycypacja w określaniu celów i metod".

Zmiany tego typu odnoszą się również do edukacji zdrowotnej, traktowanej - zwłaszcza w obszarze działalności praktycznej - jako centralna kategoria promocji zdrowia (de Vries, 1999). Wynikają one przede wszystkim z przyjęcia filozofii, zgodnie z którą należy najpierw uzyskać przyzwolenie i chęć dobrowolnej zmiany ze strony podmiotów zachowań uznanych za cel kształtowania, zanim podjęte zostaną działania w określonym kierunku. Organizacyjne, ekonomiczne lub środowiskowe wsparcie dla tak rozumianej edukacji zdrowotnej staje się fakultatywne i zależy od uznania, które z nich (i w jakich formach oraz jakim zakresie) jest niezbędne dla efektywnej realizacji przesłanek wypływających z treści edukacyjnych.

Wczesne koncepcje promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej główny nacisk kładły na upowszechnienie tych zachowań, które minimalizować

miały występowanie czynników ryzyka chorób w największym stopniu odpowiedzialnych za niekorzystny stan zdrowia społeczeństwa. Nowe ujęcia bardziej eksponują rozwój kompetencji jednostek do decydowania o sobie w sprawach zdrowia i do organizowania się w grupy rozwiązujące określone problemy czy zaspokajające określone potrzeby zdrowotne. Niezależnie od przyjętego stanowiska kluczową sprawą dla obu jest **aktywizowanie** ludzi do działań na rzecz zdrowia. Przyjmując, za de Vriesem (1999), przywołane wyżej edukacyjne podejście do promocji zdrowia można stwierdzić, że głównym problemem do rozwiązania czy kluczem do sprawy jest motywacja[4]. W duchu nowych koncepcji będzie to już nie tyle "motywowanie" ludzi poprzez wykorzystanie technik wywierania wpływu społecznego (zob. Cialdini, 1996) co **wydobywanie, rozwijanie, kształtowanie i wspieranie ich motywacji** w procesach dialogu społecznego.

Wydaje się, że dla opartego na zasadach dialogu stymulowania aktywności społeczeństwa wobec zdrowia niezbędne jest wspomniane wcześniej zainteresowanie świadomością tego społeczeństwa związaną z jego zachowaniami zdrowotnymi.

Niniejsze opracowanie poświęcone jest prezentacji i analizie niektórych aspektów potocznego myślenia otaczającego zachowania zdrowotne społeczeństwa polskiego. Oparte jest na wynikach badań o charakterze jakościowym, przeprowadzonych w ramach przywołanego projektu przez zespół autorów i współpracowników. Prezentuje zatem nie ilościową charakterystykę poglądów i opinii tego społeczeństwa, ale próbuje ukazać pewne charakterystyczne treści oraz typy refleksji potocznej, które warto uwzględnić w dialogu służącym kształtowaniu zachowań związanych ze zdrowiem. Prezentacji tych treści, zawartej w rozdziałach 4-7, towarzyszy omówienie zagadnień warsztatowych, w istotny sposób wpływających na uzyskane wyniki.

---

[4] Przy założeniu istnienia bądź możliwości wykreowania wsparcia środowiskowego. Można bowiem przyjąć, że tworzenie takiego wsparcia jest właśnie jednym z kluczowych zadań edukowanych podmiotów. (Warto jednak zwrócić uwagę by przy tej okazji nie zostało wykreowane nowe hasło: "twoje wsparcie w twoich rękach").

1. KONTEKST I PRZEDMIOT BADAŃ

Celem prezentowanych badań uczyniono wniesienie wkładu w poszukiwania służące zrozumieniu, dlaczego niewielka część naszego społeczeństwa względnie trwale realizuje w swym codziennym życiu kompleksowe działania uznawane za sprzyjające zdrowiu[5], podczas gdy zdecydowana większość nie wykazuje w swoich zachowaniach zainteresowania sprawami zdrowia a tym samym, często świadomie, rezygnuje z możliwości wpływania na jego stan. Ów brak zainteresowania własnym zdrowiem to przede wszystkim niedostatek działań polegających na rezygnacji z ewidentnie szkodliwych zachowań (np. palenia tytoniu), ale także generalnie mała aktywność w realizacji tych zaleceń, które - jak pokazują badania (Ostrowska, 1997; Puchalski, 1997) - powszechnie uznawane są w świadomości społecznej za sprzyjające zdrowiu, jak choćby przede wszystkim prawidłowe odżywianie, radzenie sobie ze stresem, rekreacja i aktywność fizyczna. Ponadto, jako dodatkowy argument utrudniający zrozumienie niskiej aktywności zdrowotnej warto przywołać fakt, że w 1995 r. więcej niż 80% społeczeństwa akceptowało hasło "Twoje

[5] Mowa tutaj o tych zachowaniach, które nie dotyczą kwestii związanych z leczeniem choroby i kontaktów z instytucjami opieki medycznej, ale wiążą się z zapobieganiem chorobom oraz umacnianiem zdrowia. Stąd, w nawiązaniu do terminologii używanej przez A.Ostrowską (1997), nazwane zostały "zdrowotnymi" w odróżnieniu od "medycznych".

zdrowie w twoich rękach" i deklarowało przekonanie, że zdrowie człowieka w większym stopniu zależy od jego sposobu życia niż działalności medycyny (Ostrowska, 1997). Na usprawiedliwienie można jedynie stwierdzić, że jest to sąd ogólny - bo o **swoim** zdrowiu myślą w podobny sposób już znaczenie mniejsze odsetki badanych. Podobnie znacznie więcej osób wskazuje różne zachowania antyzdrowotne wśród czynników obarczanych negatywnym wpływem na zdrowie **społeczeństwa** niż wśród uwarunkowań **własnego** stanu zdrowia (zob. Puchalski, 1997). W wydzielonym obszarze refleksji potocznej, bo dotyczącym postrzeganego związku wykonywanej pracy zawodowej i własnego zdrowia ponad 70% pracowników przemysłu w początkach lat 90-tych uważało, że nie ma wpływu na zmniejszenie niekorzystnego oddziaływania pracy na zdrowie lub posiadany przez nich wpływ jest minimalny (Korzeniowska, 1997).

Na podstawie analiz zgromadzonych wcześniej ustaleń dotyczących stanu zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego (Zachowania zdrowotne, 1990) oszacowano, że grupa osób zaangażowanych w systematyczną realizację jednocześnie kilku spośród elementów prozdrowotnego stylu życia jest nieliczna i waha się w granicach kilku procent. Z kolei według A.Ostrowskiej (1997) szacunkowo co piątego obywatela naszego kraju określić można mianem "abnegata zdrowotnego", gdyż w ogóle ta kategoria osób nie podejmuje nic, co byłoby nakierowane na zachowanie albo umacnianie zdrowia, łącznie z unikaniem jakichkolwiek kontaktów z medycyną.

Podjęta w prezentowanej pracy próba znalezienia wyjaśnień odnotowanego zróżnicowanego poziomu aktywności związanej ze zdrowiem ogranicza się do analiz prowadzonych w obszarze **treści świadomości** podmiotów omawianych zachowań. Poszukiwania idą w kierunku empirycznego wskazania cech wspólnych i charakterystycznych dla treści myślenia tej grupy osób, które wyróżniają się dużą aktywnością prozdrowotną, a następnie odniesienia świadomości "prozdrowotnych liderów" do sposobów myślenia właściwych osobom pasywnym wobec zdrowia.

Dąży się zatem do rozpoznania tych przekonań, które niejako dostarczają "napędu" dla realizacji rozbudowanych działań zdrowotnych. W podejściu takim kryje się hipoteza o istnieniu jakiegoś zbioru przekonań, poglądów czy ocen wyróżniających liderów aktywności prozdrowotnej spośród ogółu społeczeństwa, a zwłaszcza odróżniających ich od owych abnegatów, outsiderów zdrowego stylu życia.

Opisany stan rzeczy dotyczący niskiej aktywności na rzecz zdrowia, przejawiający się również dużym rozpowszechnieniem antyzdrowotnych zachowań (uznawanych za takie zarówno w naukach medycznych jak w świadomości społecznej) uwarunkowany jest i wyjaśniany może być wieloma czynnikami. Wystarczy tu przywołać m.in. procesy socjalizacyjne, tradycje i wzory kulturowe, miejsce jednostek w strukturze społecznej i zmienne demograficzne, wpływy mikrostrukturalne, predyspozycje i procesy psychologiczne czy wreszcie treści przekonań podmiotów działania (np. Health Behavior, 1988; Psychologia zdrowia, 1997).

Świadomość działających (czy unikających działania) jednostek i zbiorowości coraz częściej traktowana jest jako szczególnie istotny czynnnik. H.Sęk (1997) sformułowała nawet opinię, że pomijanie w promocji zdrowia świadomości podmiotów działania uznać należy za istotny "błąd sztuki", popełniany niestety nagminnie na polu polityki zdrowotnej. Waga przyznawana rozpoznaniu świadomości związanej z zachowaniami zdrowotnymi wynika głównie z faktu, że jest ona przecież podstawowym obszarem, na którym tradycyjnie działa edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Świadomość, której analizy przyczynić się mogą do zrozumienia (wyjaśnienia, przewidywania, kształtowania) zachowań istotnych dla zdrowia, ujmowana bywa w naukach społecznych w zróżnicowany sposób. Najogólniej można stwierdzić, że psychologia zdrowia interesuje się głównie mechanizmami motywacyjnymi decydującymi o podjęciu i realizacji lub o unikaniu określonych zachowań zdrowotnych (zob. Schwarzer, 1997), socjologia zdrowia bada przede wszystkim deklarowane w sondażach

ogólne opinie, wartości i przekonania dotyczące spraw zdrowia charakterystyczne dla określonych zbiorowości społecznych, natomiast poszukiwania z obszaru zdrowia publicznego koncentrują się na analizach stopnia przyswojenia określonych elementów wiedzy profesjonalnej (np. znajomości czynników ryzyka lub objawów danej choroby) przez świadomość potoczną[6].

W dotychczasowych badaniach empirycznych dotyczących związków świadomości oraz zachowań wobec zdrowia dokonano wielu interesujących ustaleń szczegółowych, odnoszących się głównie, choć nie tylko, do zachowań związanych z chorobą (np. Becker, 1985; Kirscht, 1988). Jednakże generalna konkluzja z przeglądu badań psychologicznych dotyczących relacji zachowań i świadomości jest taka, że uwzględniane w tych badaniach elementy świadomości wpływają w jakiś sposób na analizowane zachowania, ale trudno jest określić, które elementy i na jakie zachowania (Kirscht, 1988). Podobnie A. Ostrowska (1997) na podstawie kilku ogólnopolskich sondaży socjologicznych odnotowuje duże rozbieżności pomiędzy tym, co w deklaracjach okazuje się dla ludzi ważne a tym, co respondenci rzeczywiście realizują. Stwierdza również brak związku pomiędzy poprawną z medycznego punktu widzenia ogólną wiedzą badanych o czynnikach ryzyka i objawach typowych chorób, a ich zachowaniami zdrowotnymi. Już nie w obszarze społecznych nauk o zdrowiu ale ogólnej teorii działania M. Marody (1987) konkuduje, że "teoria postaw i wartości jako teoria działania jest w stanie dostarczyć nam tylko jednego, dość banalnego twierdzenia, tego mianowicie, że czasami aprobata konkretnych wartości lub posiadanie określonych postaw prowadzi do działań z nimi zharmonizowanych, czasami zaś nie" (s.20).

Ograniczenia ustaleń dokonywanych w omawianym zakresie w powiązaniu z eksponowanym znaczeniem badania świadomości zdro-

---

[6] Zagadnienia dotyczące zdefiniowania i rozróżnienia pojęć świadomości, myślenia i wiedzy indywidualnej, społecznej, potocznej i profesjonalnej oraz ich "zdrowotnego" charakteru przedstawione zostały szczegółowo w innym miejscu: Puchalski (1997).

wotnej skłaniają badaczy do prób poszukiwania bardziej adekwatnych ujęć myślenia potocznego w relacji do działania. M.in. spotkać można postulaty bardziej precyzyjnego definiowania rozpatrywanych zachowań i przekonań zdrowotnych, szerszego opisu świadomości podmiotów badanych zachowań (tzn. nie ograniczonego do analizy tradycyjnie wykorzystywanych zmiennych), stosowania metod i technik badawczych odkrywających "głębszy" niż deklaracje składane w sondażach sens myślenia respondentów czy opisywanie świadomości zdrowotnej w kategoriach procesu (zob. Pili, 1991; Schwarzer, 1997; Kirscht, 1988; Puchalski, 1997). M. Marody proponuje natomiast prowadzenie badań takich aspektów świadomości, które nie są oderwane od kontekstu działania, które **bezpośrednio** towarzyszą realizowanym działaniom w danej sytuacji. Ponadto akcentuje potrzebę zwrócenia znacznie większej uwagi na same treści myślenia składające się na potoczny, subiektywny obraz rzeczywistości (co ludzie myślą, co postrzegają, czego doświadczają), a nie tylko na prawidłowości rządzące procesami psychologicznymi (Marody, 1987).

W nawiązaniu do przytoczonych postulatów dotyczących badania świadomości zdrowotnej podjętych zostało kilka rozstrzygnięć teoretycznych i warsztatowych, zastosowanych w referowanych dalej badaniach.

Podstawowa kwestia odnosi się do bardziej precyzyjnego określenia pojęcia aktywności prozdrowotnej, jako podzakresu w dziedzinie zachowań zdrowotnych.

Wśród wielu tradycji definiowania zachowań zdrowotnych (zob. Puchalski, 1989, 1990) ukształtowały się niewątpliwie dwa główne nurty. Pierwszy związany jest przede wszystkim z dyscyplinami psychospołecznymi oraz etnomedycyną[7]. Drugi charakterystyczny jest dla zdrowia publicznego, epidemiologii oraz medycyny behawioralnej.

Pierwszy ze wskazanych nurtów interesuje się działaniami jednostek lub praktykami rozpowszechnionymi w określonych społecz-

nościach podejmowanymi (zazwyczaj przez nieprofesjonalistów) z **intencją** przywrócenia, ochrony lub umocnienia swojego zdrowia. Dąży głównie do rozpoznania samej treści, ale i charakterystyki tych działań oraz ich psychologicznych, społecznych i kulturowych uwarunkowań. Podstawowe pytania dotyczą tu sposobów, jakimi jednostki i grupy realizują swoje idee oraz potrzeby zdrowotne. Można w uproszczeniu powiedzieć, że nurt ten w większym stopniu nastawiony jest na poszukiwanie wiedzy o człowieku, kulturze i społeczeństwie niż o zdrowiu.

Drugi nurt zachowaniami zdrowotnymi nazywa takie sposoby postępowania, które obiektywnie rzecz ujmując **wpływają** w określony sposób (pozytywny lub negatywny) na właściwe naukom medycznym wskaźniki stanu zdrowia. Badania w tym nurcie koncentrują się na empirycznym ustaleniu względnie uniwersalnej listy zachowań, które sprzyjają lub szkodzą zdrowiu (zob. Kar, Berkanovic, 1987) oraz na ocenach zachowań różnych społeczności z punktu widzenia zgodności z działaniami postulowanymi do realizacji bądź eliminacji. Dla podkreślenia wagi społecznych uwarunkowań, wzajemnych związków oraz trwałości (zwyczaje, nawyki) ocenianych zachowań często pojawia się w tym kontekście kategoria stylów życia związanych ze zdrowiem (Life-styles, 1986). Jednak dominująca praktyka badawcza, jak zauważa A. Ostrowska (1997), daleka jest od uwzględnienia złożonych socjologicznych konotacji tego pojęcia i ogranicza się głównie do analiz sposobu odżywiania się, unikania palenia tytoniu i nadużywania alkoholu, aktywności fizycznej oraz zmagania się ze stresem, w których to obszarach lokują się głównie czynniki ryzyka tzw. chorób cywilizacyjnych (Sadowski, 1995). Omawiany nurt badań nastawiony jest jednoznacznie na budowanie wiedzy nie o

---

[7] Pojęcia etnomedycyna używam tu w znaczeniu ogólnym dla wskazania zainteresowań związanych z rozpoznawaniem sposobów dbania o zdrowie wyrastających z innej tradycji kulturowej niż naukowa medycyna, charakterystycznych dla wyodrębnionych społeczności i kultur. Szczegółowe uwagi na temat etnomedycyny odnaleźć można w pracach D. Penkali-Gawęckiej (1998, 1983).

społeczeństwie ale o zdrowiu jednostek i społeczeństwa, o czym świadczyć może choćby fakt, że rozpowszechnienie w danej zbiorowości zachowań uznawanych tu za związane ze zdrowiem traktowane bywa jako wskaźnik stanu jej zdrowia (zob. Kar, Berkanovic, 1987).

Połączenia obu nurtów, co wydaje się istotnym zadaniem dla promocji zdrowia, można spróbować dokonać posługując się pojęciem **"aktywności prozdrowotnej"**. Z nurtu "medycznego" pozostaje w nim zainteresowanie obiektywnym wpływem zachowań na zdrowie, natomiast z "psychospołecznego" celowym działaniem jednostek. Grupuje ono te zachowania, które realizowane są **w obszarze** ogólnie określanych behawioralnych czynników dobrego stanu zdrowia, uznawanych w nauce za szczególnie istotne z punktu widzenia swojego wpływu na zdrowie (np. sposób odżywiania, konsumpcja tytoniu, reakcje na stres)[8]. Jednak zakres omawianego pojęcia zawężony zostaje do takich działań, które realizowane są **względnie trwale**, systematycznie, i które są wynikiem **celowo dokonywanych** przez jednostkę wyborów. W takim znaczeniu mówić można już nie o sposobie odżywiania się, ale o jego celowej kontroli czy modyfikacji, nie o paleniu tytoniu, ale o rezygnacji z palenia lub o jego ograniczaniu, nie o reakcjach na stres, ale o stosowaniu strategii radzenia sobie ze stresem itp.

Działania, o których mowa nie muszą być w szczegółach swojej treści zgodne z precyzyjnymi zaleceniami nauk medycznych, tym bardziej że zalecenia te dalekie są jeszcze od jednoznaczności i precyzji, w wielu kwestiach bywają niespójne a nawet wzajemnie sprzeczne (zob. Gniazdowski, 1990). Ważny jest tutaj **sam fakt aktywności** we wskazanych ogólnie obszarach zdrowego stylu życia. Podobnie, gdy idzie o zakres pojęcia, mało istotne są również szczegółowe motywy, które kierują

---

[8] Na temat naukowych podstaw uznania wpływu określonych zachowań na stan zdrowia pisze szerzej A.Gniazdowski w rozdziale pt. "Zachowania zdrowotne a zdrowie. Badanie związków" (Zachowania zdrowotne, 1990).

podmiotem omawianej aktywności. Ważny jest natomiast fakt, że są to w ogóle działania celowe, podlegające intelektualnej kontroli ze strony ich podmiotu[9]. W takim znaczeniu aktywną prozdrowotnie będzie osoba, która dla poprawy swojego stanu zdrowia przeszła na wegetarianizm lub stosuje popularną dietę doktora Kwaśniewskiego, choć medyczna ocena tych zachowań jest niejednoznaczna lub negatywna[10]. Podobnie aktywną prozdrowotnie będzie również jednostka, która zrezygnowała z palenia tytoniu np. dla zdobycia nagrody, a nie ze względu na przekonanie o szkodliwym wpływie palenia na zdrowie. Zachowania obiektywnie sprzyjające zdrowiu mogą przecież być realizowane w celach innych niż zdrowie, podobnie jak zachowania szkodliwe dla zdrowia nie są zazwyczaj podejmowane po to, by zdrowiu zaszkodzić.

Scharakteryzowana w powyższy sposób aktywność jest stopniowalna, i to w dwóch wymiarach. Po pierwsze, jednostka może być bardziej lub mniej aktywna w jednej, wybranej dziedzinie. Może np. w dziedzinie odżywiania intencjonalnie i w regularny sposób spożywać duże ilości owoców i warzyw. Może również, w podobny sposób, eliminować ze swojego jadłospisu tłuszcze zwierzęce, sól i cukier, kontrolować datę przydatności do spożycia zakupowanych produktów żywnościowych oraz ich wartość kaloryczną, konstruować swoją dietę głównie z produktów niskoprzetworzonych a napoje zasadniczo sprowadzić do wody mineralnej. Po drugie, aktywność taka może być przejawiana w jednej, dwóch lub wielu dziedzinach spośród behawioralnych uwarunkowań zdrowia wskazywanych

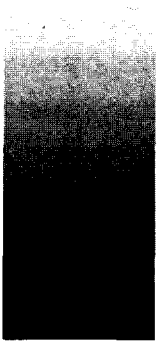
---

[9] Zgodność badanych zachowań z postulatami medycznymi oraz motywy ich realizacji uczynić można oczywiście problemami w badaniach empirycznych - ich treść nie ma jednak wpływu na proponowany zakres pojęcia.

[10] Przykładowo nie podejmuje się tutaj problemu: jakiego rodzaju modyfikacje w odżywianiu sprzyjają zdrowiu (i jakim jego aspektom), uznając za prozdrowotny już sam fakt celowego podjęcia zmian w tym zakresie. Unika się w ten sposób szczegółowych dyskusji mieszczących się w kompetencjach dyscyplin medycznych. Przyjmuje się jednocześnie założenie, że celowe, świadome działanie jednostki w sferach uznawanych za obszary behavioralnych uwarunkowań zdrowia jest bardziej korzystny dla niej od braku tego typu działania.

w dyscyplinach medycznych. Można intencjonalnie kontrolować tylko własny sposób odżywiania, ale jednocześnie aktywność fizyczną, spożycie alkoholu, sposób wypoczynku itp.

Aktywność prozdrowotna jest pojęciem stopniowalnym, ale jest również relatywna. O wysokim lub niskim jej poziomie w przypadku danej osoby można mówić na tle innych osób, np. określonej grupy społecznej. Stąd w kolejnym fragmencie prezentowanego opracowania przedstawione zostaną kryteria oraz metody zastosowane w badaniu empirycznym reprezentacji społeczeństwa polskiego, służące ocenie poziomu scharakteryzowanej dotąd tylko teoretycznie aktywności prozdrowotnej.



2. KRYTERIA OCENY AKTYWNOŚCI PROZDROWOTNEJ I METODY JEJ BADANIA

Badania empiryczne służące rozpoznaniu sposobów myślenia osób aktywnych wobec zdrowia zrealizowane zostały w dwóch głównych etapach.

Pierwszy etap służył zidentyfikowaniu liderów aktywności prozdrowotnej. Aby ograniczyć arbitralność ocen stopnia tej aktywności przyjęto, że w pierwszej kolejności ocenie poddane zostaną wybrane aspekty zachowań zdrowotnych ogółu społeczeństwa polskiego, a dopiero na tym tle wyłoniona będzie grupa liderów - osób wyraźnie bardziej od przeciętnej aktywnych w stosunku do swojego zdrowia. Na tym tle określona została również grupa przeciwstawna, składająca się z osób zdecydowanie pasywnych.

Drugi etap badań polegał na gromadzeniu danych dotyczących świadomości zidentyfikowanych wcześniej osób aktywnych i pasywnych wobec zdrowia.

W 1993 r. techniką ankiety pocztowej zrealizowano badania sondażowe dotyczące wybranych aspektów zachowań i świadomości zdrowotnej społeczeństwa polskiego (Psychospołeczne uwarunkowania, 1995). Objęto nim próbę reprezentatywną dorosłej części społeczeństwa[11],

obejmującą 4062 osoby. Zwrotność na poziomie 48,8% pozwoliła uzyskać do analizy 1984 ankiety. Próba zrealizowana różniła się od populacji generalnej przede wszystkim zwiększonym w niewielkim stopniu udziałem osób z wykształceniem ponadpodstawowym oraz mieszkańców wsi, natomiast zmniejszonym udziałem osób w wieku powyżej 65 lat.

Dane na temat sposobów myślenia liderów i outsiderów aktywności prozdrowotnej zebrane zostały przy zastosowaniu wywiadu swobodnego z 96 osobami. W połowie 1994 roku przeprowadzone były rozmowy z 73 osobami z pierwszej grupy i na początku 1995 r. z 23 reprezentantami drugiej. Liderzy zakwalifikowani do badań rekrutowali się z terenu całego kraju, natomiast niewielka grupa outsiderów głównie z okolic centrum Polski, co podyktowane było ograniczonymi funduszami na realizację projektu.

Jedną z kluczowych kwestii jest niewątpliwie zastosowany w badaniach sposób oceny poziomu aktywności prozdrowotnej. Oparty on został na wyborze sześciu następujących obszarów zachowań zdrowotnych: 1/ kontroli sposobu odżywiania się, 2/ rezygnacji z palenia tytoniu, 3/ uprawiania aktywności fizycznej, 4/ podejmowania zabiegów służących radzeniu sobie ze stresem, 5/ aktywnego poszukiwania informacji na tematy związane ze zdrowiem oraz 6/ realizacji działań i zabiegów wspomagających zdrowie, takich jak np.: uzdatnianie wody pitnej, przyjmowanie parafarmaceutyków, stosowanie zabiegów odnowy biologicznej, akupresury itp. Wybór ten, z jednej strony, nawiązuje do przywołanej wcześniej medycznej koncepcji zachowań zdrowotnych, gdzie kwestią kluczową jest ich potencjalny, naukowo przewidywany skutek dla stanu zdrowia, z drugiej natomiast do koncepcji właściwej naukom psychospołecznym, gdzie zainteresowanie zachowaniami pojawia się ze względu na ich cel, lub innymi słowami potocznie i podmiotowo (su-

---

[11] Próba zakupiona w Zakładzie Badań Społecznych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego

biektywnie) uzasadniany wpływ na stan zdrowia. W oparciu o koncepcję "medyczną" (duże znaczenie przypisywane danym czynnikom oraz tradycja badań) uwzględnione zostały cztery pierwsze obszary zachowań, natomiast dwa ostatnie pojawiły się w nawiązaniu do koncepcji właściwych dyscyplinom psychospołecznym[12].

W każdym z sześciu wyróżnionych obszarów ocenie podlegał poziom aktywności badanych, dokonywany na trzystopniowej skali w oparciu o szczegółowe deklaracje respondentów dotyczące ich zachowań. Trzy punkty w tej ocenie otrzymywała osoba szczególnie aktywna, dwa - mało aktywna i jeden - pasywna.

W zakresie odżywiania najwyższe noty otrzymały osoby, które nie zmuszone złym stanem zdrowia stosowały jakiś specjalny, wybrany przez siebie rodzaj diety oraz, jako dodatkowe kryterium, zadeklarowały w swoim jadłospisie częste spożycie owoców i warzyw oraz razowego pieczywa. Niższe oceny otrzymali respondenci, których zmiany w sposobie odżywiania wynikały z konieczności dostosowania go do posiadanych schorzeń a najniższe ci, którzy nie stosowali żadnego specjalnego sposobu żywienia a ewentualne spożycie owoców i warzyw oraz razowego pieczywa deklarowali na bardzo niskim poziomie.

Aktywność związana z niepaleniem tytoniu oceniona została jako najwyższa w przypadku byłych palaczy (niepalących od conajmniej pół roku) oraz niepalących w ogóle. W środku skali znalazły się osoby podejmujące próby rzucenia palenia oraz nieregularni palacze, na końcu pozostałe osoby palące tytoń, nie podejmujące poważniejszych prób zerwania z nałogiem.

---

[12] Aktywność w poszukiwaniu informacji na tematy zdrowia uwzględniona została głównie z powodu znaczenia, jakie nowe koncepcje edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia kładą na kwestię podmiotowości jednostki w rozstrzyganiu o wyborze sposobu postępowania wobec zdrowia, czego warunkiem jest oczywiście posiadanie przez jednostki odpowiedniej wiedzy w tym zakresie. Z kolei drugi obszar to tradycyjne zainteresowania nauk społecznych dotyczące zjawisk samoleczenia, odniesione tym razem nie do choroby, ale do profilaktyki i umacniania zdrowia.

W ocenie aktywności fizycznej brano pod uwagę czas jej uprawiania (dłużej lub krócej niż trzy miesiące) oraz częstotliwość i czas ćwiczeń za jednym razem. Najwyższą ocenę otrzymały osoby ćwiczące dłużej niż trzy miesiące, conajmniej dwa razy w tygodniu i przynajmniej po 30 minut, środkową badani, którzy nie spełniali jednocześnie wszystkich trzech kryteriów, najniższą natomiast ci, którzy w ogóle nie uprawiali aktywności ruchowej.

Aktywność dotycząca radzenia sobie ze stresem oceniona została w oparciu o realizowaną przez badanych strategię w tym zakresie. Ocena najwyższa przypadała osobie, która próbowała racjonalnie rozwiązywać swoje problemy ("analizuję swój kłopot i planuję dalszy sposób postępowania") oraz poszukiwała społecznego wsparcia ("zwracam się do najbliższych, oczekując od nich pomocy lub współczucia"). W środku skali znalazły się osoby, które działały jedynie tak, by wyprzeć stres ze swojej świadomości. Najniższe noty przyznano badanym, którzy nie stosowali żadnych strategii działania lub uciekali się do alkoholu albo środków uspokajających dla rozwiązania problemów.

Ocenę aktywności dotyczącej poszukiwania informacji o zdrowiu przeprowadzono w oparciu o liczbę wskazanych źródeł, z których czerpali je respondenci. Osoby wykorzystujące regularnie przynajmniej dwa źródła (weryfikowane wskazaniem tytułów czasopism, audycji, odczytów, pokazów, itp.) otrzymywały najwyższą ocenę, najniższą natomiast nie korzystające z żadnych sposobów poszerzania swojej wiedzy o sprawach zdrowia. W podobny sposób oceniono zachowania związane z dodatkowym wspieraniem zdrowia, przyznając trzy punkty osobom wykazującym przynajmniej dwa sposoby działania.

Podstawą do wyboru liderów i outsiderów była liczba uzyskanych trójek, tzn. najwyżej ocenionych zachowań. Aby być zakwalifikowanym do grupy liderów trzeba było uzyskać conajmniej cztery trójki, zaś do grupy outsiderów żadnej. W sumie grupa, która uzyskała conajmniej cztery trójki liczyła 134 osoby, stanowiąc 6,6% zbadanej populacji. Zbiorowość bez trójek była liczniejsza, bowiem obejmowała 285 osób (14,4%).

Zastosowanie wyżej wymienionych kryteriów, zwłaszcza tych szczegółowych, jest niewątpliwie sprawą dyskusyjną. Aby jednak dokonać doboru próby z bardzo dużej zbiorowości stanowiącej reprezentację dorosłej części polskiego społeczeństwa i to nie według jednej zmiennej np. sposobu odżywiania czy aktywności fizycznej (nie chodziło wszak o liderów w zakresie żywienia czy w zakresie aktywności fizycznej) lecz szerszego syndromu charakteryzującego styl życia, przyjęcie jakiegoś kryterium ilościowego wydawało się konieczne.

Najbardziej kontrowersyjne - także w odczuciu członków zespołu badawczego - wydawało się równorzędne potraktowanie mocno w gruncie rzeczy różniących się zachowań, ocenianych ponadto, jak wykazała analiza danych empirycznych, przy pomocy niejednakowo ostrych kryteriów. Rozkłady ocen poszczególnych zachowań okazały się bardzo zróżnicowane. Najlepiej obrazuje to ilość punktów przypadająca średnio (średnia arytmetyczna) na każde z zachowań branych pod uwagę w doborze grupy aktywnych:

sposób odżywiania	(1,32),
aktywność fizyczna	(1,32),
aktywność w poszukiwaniu informacji na tematy związane ze zdrowiem	(1,59),
aktywność w stosowaniu różnych sposobów wspomagających zdrowie	(1,78),
unikanie palenia papierosów	(2,29),
radzenie sobie ze stresem	(2,35).

Najostrzejszymi spośród zastosowanych kryteriów okazały się więc te, które dotyczyły sposobu odżywiania i aktywności fizycznej, najłagodniejszymi - odnoszące się do palenia tytoniu i radzenia sobie ze stresem. To właśnie w dużej mierze zadecydowało o podziale 134 osobowej grupy legitymującej się conajmniej czterema najwyżej ocenionymi - na trójstopiowej skali - zachowaniami na próbę zasadniczą i rezerwę. Do próby zasadniczej zaliczono osoby z sześcioma i pięcioma trójkami oraz te, które

wśród czterech trójek uzyskały conajmniej dwie za zachowania "silniejsze", "rzadsze", za które uznano właśnie stosowanie diety nie związanej z chorobą, aktywność fizyczną spełniającą kryteria medyczne oraz dodatkowo: trwałe rzucenie palenia tytoniu (niepaleniu nigdy nie przyznano takiego statusu). Podział ten jednak miał tylko charakter umowny, jako wskazówka dla ankieterów, dotycząca ważności poszczególnych wywiadów. Bardzo duże rozproszenie próby przy znacznym z niej ubytku resondentów, przede wszystkim z powodu zmiany adresów, spowodowało, iż w kilkunastu przypadkach ze względów technicznych (ograniczenia finansowe oraz czasowe) sięgnięto do rezerwy.

Stanowi to zapewne jedną z przyczyn, że aż sześciu respondentów trudno - w oparciu o wywiady pogłębione - uznać za członków grupy charakteryzującej się prozdrowotnymi zachowaniami, a czterech dalszych mieści się w niej tylko z największym trudem. Fakt ten ma oczywiście także inne źródła, np. nietrwałość realizowanych zachowań, nieadekwatność odpowiedzi na ankietę do rzeczywistych działań[13]. Te dwa ostatnie względy zadecydowały prawdopodobnie, że również w 23 osobowej grupie osób pasywnych znalazły się dwie, które znacznie przewyższały poziom zachowań realizowanych przez pozostałych jej członków.

Grupę osób pasywnych wobec zdrowia dobierano spośród tych respondentów, ktorzy nie uzyskali za żadne z sześciu zachowań najwyższej oceny. Do przeprowadzenia wywiadów kwalifikowano natomiast przede wszystkim te, które charakteryzowały się największą liczbą najniższych ocen.

Zgodnie z przywołanymi wcześniej postulatami dotyczącymi badań potocznego myślenia o zdrowiu, wynikającymi z krytyki ich dotychczasowych rezultatów, w badaniu świadomości liderów i outsiderów aktywności prozdrowotnej ujęto ich refleksję "w kontekście działania".

---

[13] Pierwszym krokiem w procedurze badania jakościowego (wywiadu swobodnego) była weryfikacja trafności dokonanej oceny, tj. sprawdzenie, czy respondent rzeczywiście realizuje takie działania, jakie wskazał w odpowiedzi na pytania ankiety

Po pierwsze oznacza to, że choć celem jest próba zrozumienia ogólnie pojętej aktywności prozdrowotnej, to rozmowy z respondentami (liderami) koncentrowały się wokół konkretnych, wskaznych przez nich w ankiecie wysoko ocenionych zachowań. Chodziło o to, by ich refleksja w możliwie jak największym stopniu dotyczyła konkretnych sytuacji życiowych, natomiast w mniejszym stopniu poruszała się w sferze abstrakcji.

Po drugie, zgodnie z propozycją M.Marody, wyróżnione zostały czynniki **wyzwalające** oraz **ukierunkowujące** działanie. Te pierwsze to treści, które pojawiają się w świadomości w momencie podejmowania decyzji o działaniu. Stąd próba ustalenia, co respondenci myśleli w chwili, gdy rozpoczynali realizację opisywanych zachowań. Drugie czynniki, ukierunkowujące aktywność, to bardziej zgeneralizowane nastawienia poznawczo-emocjonalne towarzyszące określonym działaniom. Pełnią one funkcję psychologicznych racjonalizacji, subiektywnych uzasadnień dla realizacji lub braku działania. Stąd kierowane do respondentów pytania, dlaczego nie zaprzestali wcześniej podjętego działania, dlaczego je kontynuują.

Pytania kierowane do osób pasywnych dotyczyły głównie czynników ukierunkowujących zachowania, to jest przekonań, które pozwalają badanym usprawiedliwiać własny brak aktywności wobec zdrowia. Tu jednak również obowiązywała dyrektywa odnoszenia się do tych zachowań, które w jakiś sposób bliskie były doświadczeniom respondentów.

W rozmowach prowadzonych z dwiema grupami próbowano również ustalić przekonania dotyczące sposobu rozumienia zdrowia, postrzegane uwarunkowania własnego stanu zdrowia a zwłaszcza stopień przekonania o własnych możliwościach wpływania na zdrowie[14]. Założono

---

[14]Analiza wypowiedzi dotyczących sposobów widzenia zdrowia uzyskanych w odpowiedziach na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety pocztowej nie wykazała znaczących różnic pomiędzy grupami "aktywnych" i "pasywnych", które nie byłyby charakterystyczne dla pozycji społeczno-demograficznej badanych.

przy tym, że poszukiwania dotyczącyć będą "szerszych" i "głębszych" podstaw myślenia o tych sprawach, nie ograniczonych do werbalnej reakcji na pytanie zadane w kwestionariuszu[15].

[15] Wcześniejsze analizy wyników różnych badań dotyczących potocznej świadomości zdrowotnej ujawniły silną zależność treści uzyskiwanych odpowiedzi od sposobu sformułowania pytania w kwestionariuszu (szerzej na ten temat zob. Puchalski, 1997). W pracy tej przedstawione zostały również niektóre wyniki dotyczące postrzegania zdrowia, uzyskane w omawianym ogólnopolskim sondażu służącym wyłonieniu liderów aktywności prozdrowotnej.



3. LIDERZY ORAZ OUTSIDERZY NA TLE PRÓBY REPREZENTACYJNEJ

W poprzednim rozdziale wskazane zostały kryteria doboru grup aktywnych (liderów) i pasywnych (outsiderów), z którymi przeprowadzono pogłębione wywiady swobodne. Obecnie grupy te zostaną scharakteryzowane na tle całej próby dorosłej części polskiego społeczeństwa, ze względu na cztery cechy społeczno - demograficzne: płeć, poziom wykształcenia, autoocenę dochodu w rodzinie oraz wiek.

Tab. 1 Rozważane zbiorowości według płci (w %)

Płeć	Próba reprezentacyjna	Liderzy		Outsiderzy	
		Ogółem	Zbadana grupa	Ogółem	Zbadana grupa
Mężczyźni	46,5	28,4	26,0	72,0	73,9
Kobiety	53,0	71,6	74,0	28,0	26,1
Brak danych	0,5	-	-	-	-
	N = 1984	N = 134	N = 73	N = 285	N = 23

O ile w próbie reprezentacyjnej obserwujemy, podobnie jak w obrębie całej dorosłej części polskiego społeczeństwa, nieznaczną przewagę kobiet nad mężczyznami, o tyle w grupie trwale realizującej conajmniej cztery pozytywnie oceniane zachowania - umownie nazwanej liderami - przeważają prawie dwu i półkrotnie. W zbiorowości outsiderów, nie realizującej żadnego zachowania, które uzyskało najwyższą ocenę na zastosowanej trójstopniowej skali, mamy do czynienia z całkowicie odwróconą proporcją według płci. Grupa ta jest zdominowana przez mężczyzn. Pomimo umowności zastosowanego kryterium oraz wyboru grup w oparciu tylko o krańce skali, tendencja ta wydaje się wysoce wymowna.

Grupy, z którymi przeprowadzono wywiady nie odbiegają pod względem tej cechy od zbiorowości z których były dobierane, ale równocześnie bardzo poważnie różnią się od siebie.

Nie mniej istotne różnice związane są z wykształceniem (tab. 2). Grupa liderów charakteryzuje się znacznie wyższym poziomem wykształcenia niż reprezentacja dorosłej ludności polskiego społeczeństwa, outsiderów zaś wyraźnie niższym. Pod tym względem mamy do czynienia z całkiem różnymi zbiorowościami. Związek zachowań z wykształceniem oraz innymi zmiennymi stratyfikacyjnymi zaobserwowano w wielu badaniach, szczególnie zaś prowadzonych w krajach wysokorozwiniętych, w których różnice w zdrowiu związane ze społeczno - ekonomicznym statusem już od szeregu lat stanowią jeden z ważniejszych problemów badawczych.

Wyniki tych badań dostarczyły podstaw empirycznych dla sformułowania hipotezy, że zachowania zdrowotne są ważnym źródłem różnic w zdrowiu grup o odmiennym statusie (Ostrowska, 1997, 1998). Związek zachowań ze zmiennymi stratyfikacyjnymi potwierdził się też w prezentowanych badaniach (zob. Psychospołeczne uwarunkowania, 1995).

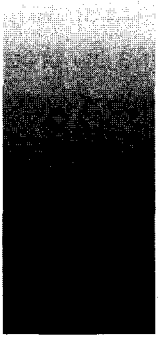
Tab. 2 Rozważane zbiorowości według wykształcenia (w %)

Wykształcenie	Próba reprezentacyjna	Liderzy		Outsiderzy	
		Ogółem	Zbadana grupa	Ogółem	Zbadana grupa
Ukończone i nieukończone podstawowe	28,7	5,2	5,5	11,4	13,0
Zasadnicze zawodowe i niepełne średnie	30,4	9,7	5,5	52,0	47,8
Średnie, policealne i nieukończone wyższe	30,9	58,2	58,9	33,2	39,1
Wyższe	9,2	26,9	30,1	3,43	-
Brak danych	0,8	-	-	-	-
	N = 1984	N = 134	N = 73	N = 285	N = 23

Nieco mniejsze różnice - aczkolwiek także niemałe - obserwuje się pomiędzy grupami ze względu na drugą zmienną stratyfikacyjną, jaką jest ocena dochodu w rodzinie w porównaniu z przeciętnym w skali całego społeczeństwa (tab. 3).

Ocena dochodów w grupie liderów jest wyraźnie korzystniejsza niż w próbie reprezentacyjnej społeczeństwa, nie mówiąc już o zbiorowości outsiderów, wyraźnie zdeprywowanej pod tym względem.

Grupa liderów będąca przedmiotem badań jakościowych nie różni się w sposób istotny od zbiorowości, z której została wyodrębniona. Natomiast zbadana grupa outsiderów w stosunku do tej zbiorowości,



4. CZYNNIKI UKIERUNKOWUJĄCE AKTYWNOŚĆ ZDROWOTNĄ

Prezentację tych treści i sposobów myślenia, które potraktowane zostały jako uwarunkowania aktywności prozdrowotnej rozpocznie omówienie czynników ukierunkowujących, a nie wyzwalających działanie. Chociaż w aspekcie logiki aktu działania kolejność ta wydać się może mało uzasadniona, pozwoli nie tylko lepiej zrozumieć motywy podejmowania interesujących nas zachowań, ale również ich trwałość w czasie.

Analiza wypowiedzi osób z grupy aktywnych pozwoliła podzielić je na trzy podstawowe typy, charakteryzujące się odmiennym stosunkiem do własnej aktywności związanej ze zdrowiem. Z tego punktu widzenia wyróżnione zostały osoby, które nazwać można: **1/ refleksyjnymi, 2/ reaktywnymi i 3/ działającymi spontanicznie**.

Osoby zaliczone do **refleksyjnych** zorientowane są na realizację określonych wartości. Swoje działania prozdrowotne uzasadniają związkiem z owymi wartościami. Omawianą aktywność traktują jako umożliwiającą czy przybliżającą osiągnięcie tych wartości lub przynajmniej logicznie wynikającą z ich akceptacji.

Drugi typ to osoby **reaktywne**, zorientowane na problem zdrowotny. Analizowane działania tych osób wynikają nie tyle z akceptacji takich czy

innych wartości i towarzyszącej im refleksji, ile z dostrzeżenia realnego problemu zdrowotnego i chęci przeciwdziałania owemu problemowi. Są reakcją na ów problem. Jeśli aktywność ludzi refleksyjnych wiąże się raczej z myśleniem o charakterze abstrakcyjnym, to działania ludzi nazwanych reaktywnymi stymulowane są dostrzeżeniem przez nich konkretnych zjawisk wywołujących ich zaniepokojenie i stanowiących dla nich problem, z którym przychodzi im się zmagać.

Trzecia z wyróżnionych grup to osoby działające **spontanicznie**. Aktywność tych osób ma swoje uzasadnienie nie tyle w jakiejś rozbudowanej refleksji (czy to natury ogólnej, czy zogniskowanej wokół konkretnego problemu), ile w poczuciu oczywistości realizowanych działań, w przekonaniu, że to, co robią jest w ich sytuacji naturalne, normalne.

Przyjrzyjmy się bliżej sposobom myślenia charakterystycznym dla trzech wyróżnionych tu grup.

Osoby refleksyjne

Działania osób nazwanych refleksyjnymi stymulowane mogą być poprzez myślenie zogniskowane wokół kilku wartości, będących zasadniczo korelatami zdrowia. Omówione tu zostaną cztery ich grupy.

Pierwszą z nich jest **zdrowie samo w sobie**, rozumiane w sensie ogólnym. Uzasadnieniem dla realizowanej aktywności prozdrowotnej jest w omawianej obecnie sytuacji odwołanie się do zdrowia jako "najważniejszej rzeczy w życiu" (K, 23, średnie)[16] czy innymi słowy przyjęcie, że "zdrowie jest dla człowieka wszystkim, podstawą wszystkiego" (M, 66, średnie). Jednocześnie postawie takiej towarzyszy przekonanie o istotnym wpływie podjętych działań na jego stan. Omawiany sposób myślenia dobrze ilustrują dwie trochę odmienne wypowiedzi: "Zdrowie to najcenniejszy skarb. Wiąże się ze sposobem życia, stosunkiem do życia i jego spraw. Trzeba

[16] Dane w nawiasach oznaczają kolejno: płeć, wiek i wykształcenie respondenta.

wychwytywać to, co najcenniejsze, najpiękniejsze. Zdrowie w tym się właśnie mieści. Wszystko to, co się z nim wiąże" (K, 45, wyższe). "Po skończeniu pracy zawodowej postanowiłem tak spożytkować swój czas, aby być jak najzdrowszym. Chcę tych kilka jeszcze lat przeżyć w dobrym zdrowiu" (M, 65, wyższe).

Warto zauważyć, że aktywność ukierunkowana przez wartość zdrowia może być przez badanych traktowana w dwojaki sposób. Z jednej strony jako **wysoce zracjonalizowana decyzja, realizowana niekiedy z dużym wysiłkiem**, z drugiej natomiast jako **powód do radości, okazja do odczuwania przyjemności**.

Pierwszą sytuację dobrze ilustruje wypowiedź: "Zdrowie jest podstawą wszystkiego, ale trzeba na nie ciężko pracować, bo w życiu nie ma nic za darmo. Bez wysiłku i dyscypliny zdrowia się nie osiągnie, jak i bez przekonania, że się tego chce" (M, 66, średnie). Działania na rzecz zdrowia kontynuowane mogą być nawet wówczas, gdy postrzegane są jako powinność połączona z wyrzeczeniami: "O zdrowie trzeba dbać nawet wbrew upodobaniom. Nie lubię, ale mimo tego wpłycham w siebie te warzywka, bo wiem, że to zdrowo" (K, 27, średnie).

Ilustracją drugiej sytuacji mogą być kolejne wypowiedzi: "Jak robię coś dla zdrowia, to lepiej się wtedy czuję. Nie potrafię jednak uchwycić momentu, w którym przestałam się zmuszać i zaczęłam odczuwać przyjemności" (K, 23, wyższe). "Ważne jest, aby dbanie o zdrowie nie było jakimś obowiązkiem, ale przyjemnością. Ja źle się czuję, gdy się nie ruszam, w psychice czuję, że czegoś mi brak" (K, 22, studentka). Można również wskazać stanowisko pośrednie, gdzie prozdrowotne działania realizowane są niejako beznamiętnie: racjonalnie, ale bez narzucania sobie specjalnych rygorów i bez związanej z nimi radości. "Ja staram się pomyśleć, czy aby to, co robię, wyjdzie mi na zdrowie. Mój tryb życia jest na szczęście taki, że nie muszę z niczego rezygnować dla zdrowia" (K,22, średnie).

Omawiany motyw "dla zdrowia" może przybierać dwa nieco różne znaczenia. W pierwszym oznacza tyle, co **zapobieganie chorobie** lub utracie

zdrowia. Jak wyrażają to badane osoby: "Trzeba myśleć o tym, że za jakiś czas może nas coś spotkać, przyplątać się jakaś choroba i trzeba przeciwdziałać temu" (M, 46, średnie); "Organizm, jak każde urządzenie, może się zepsuć. Staram się więc znaleźć czas na odpoczynek" (K, 28, średnie). W drugim ów motyw może być rozumiany w sensie **pozytywnym**, co oznacza, że w pojęcie zdrowia wpisywane są odmienne treści niż w pojęcie braku choroby. Ten sposób myślenia odnaleźć możemy w wypowiedzi: "Zdrowie to jak ktoś jest wesoły, zaradny, uśmiechnięty, zadowolony z życia. Słabe zdrowie to jakaś konkretna choroba" (K, 48, średnie). Odróżnienie motywu "zapobiec chorobie" od motywu "dla zdrowia" w sensie pozytywnym ma znaczenie o tyle, że ten pierwszy wydaje się skłaniać w większym stopniu do wspomnianych wyżej postaw ascetycznych i powinnościowych, połączonych z akceptacją określonych rygorów postępowania, podczas gdy ten drugi bliższy jest postawom skierowanym na samorealizację i czerpanie zadowolenia z własnej aktywności prozdrowotnej.

Kolejną z czterech wyróżnionych grup wartości, które ukierunkowują aktywność osób nazwanych refleksyjnymi, są: kondycja i sprawność fizyczna, dobre samopoczucie psychiczne, młodzieńczy i atrakcyjny wygląd itp. Określić je można jako **estetyczno-witalistyczno-personalistyczne**. Dążenie do ich osiągnięcia badani wyrażają w następujący sposób: "Staram się dbać o to, co już mam. Człowiek podlega procesowi starzenia i chce jak najbardziej to opóźnić. Chcę być sprawną w sensie ruchowym i zachować młodość" (K, 42, wyższe). "Gramy po to, aby się odprężyć, zapomnieć o codziennych kłopotach. Ruch odpręża człowieka psychicznie, lepsza jest przy tym również sprawność fizyczna - a to jest bardzo ważne. No, i przy okazji, zdrowie" (K, 40, wyższe).

W świadomości badanych wspomniane wartości zostają bardziej lub mniej wyraźnie odróżnione od zdrowia, a nawet mu przeciwstawione. "Nie myślę, że robię coś dla zdrowia, tylko że robię coś dla siebie" (K, 22, studentka). "Tak sobie wyobrażałem, że jak zacznę ćwiczyć, trenować, to

będę sławnym... A teraz to wolę być cichym, uprawiać ten sport i nie żeby się chwalić tym na zabawach... Bo to jest tylko dla mnie... A zdrowie - to nie narzekam" (M, 32, zasadnicze). "Ja to robiłem nie z tego względu, żeby czuć się dobrze. Czułem się dobrze, ale robiłem to dla relaksu, dla własnego ja" (M, 27, średnie).

Nie tyle więc troska o zdrowie czy nawet dobre samopoczucie, ale zainteresowanie własną osobą sprzyja analizowanej tu aktywności. "W pewnym momencie życia człowiek dochodzi do wniosku, że musi zająć się sobą, coś zrobić dla siebie. Wszytko już było poukładane w życiu: dom, dzieci. Stwierdziłam, że czas coś zrobić w innym kierunku" (K, 36, wyższe). W takim kontekście zdrowie pojmowane bywa niekiedy jako coś zewnętrznego, apersonalnego, przeciwstawionego wewnętrznie odczuwanemu, personalnemu "własnemu ja". Zdrowie, określane tu zazwyczaj mianem fizycznego, to procesy biologiczne i sfera powinności, z kolei "własne ja", nazywane niekiedy zdrowiem psychicznym, to podmiotowo definiowany obszar samorealizacji. "Zdrowie to jakaś równowaga fizyczna i psychiczna. Ale musi być zdrowie psychiczne czyli uświadomienie sobie, że postępuję fair, że nie mam obciążeń na sumieniu, że nic mnie nie gryzie, że moje środowisko mnie akceptuje i ja ich akceptuję. Dopiero wtedy można zadbać o zdrowie fizyczne" (K, 22, studentka). Niezależnie jednak od występujących w świadomości badanych relacji pomiędzy zdrowiem a kondycją fizyczną, atrakcyjnym wyglądem, samoakceptacją czy innymi wartościami z tej grupy - **to właśnie one, a nie ogólnie określone zdrowie**, traktowane są przez nich jako czynniki stymulujące prozdrowotną aktywność.

Trzecia kategoria wartości charakterystycznych dla osób nazwanych refleksyjnymi grupuje wszystkie te, dla których zdrowie spełnia **funkcje instrumentalne**. Obrazują tc przedstawione niżej wypowiedzi.

"Nie żyje się tylko po to, aby być zdrowym i pięknym. Ja muszę być zdrowa, bo muszę wychować dziecko, pracować i zarobić. Jak byłam chora, to byłam wściekła. Swoją pracę i tak musiałam wykonać, a choroba

komplikowała mi tylko życie" (K, 42, wyższe). "Trzeba zrobić wszystko, żeby zachować zdrowie. Zwłaszcza wtedy, gdy chce się zapewnić rodzinie godziwe utrzymanie. A mam na utrzymaniu dzieci i chorą, nie pracującą żonę" (M, 44, wyższe). "Ludzie, których nic nie interesuje, są obojętni wobec swojego zdrowia. Trzeba mieć w życiu jakiś cel. Ja zawsze lubiłam jeździć, coś zwiedzać, poznawać. Mam również syna i muszę mu jakoś pomóc, żyć dla niego. Trzeba mieć chęć życia i umieć dostrzegać piękno. Właśnie to sprawia, że jesteśmy również zainteresowani swoim zdrowiem" (K, 64, pomaturalne).

Jeśli więc wcześniej zdrowie czy jego estetyczno-witalistyczno-personalistyczne korelaty okazywały się prawdopodobnie motywem wystarczającym dla ukierunkowania analizowanej aktywności, to obecnie są one tylko wartościami wspomagającymi działanie zasadniczych motywów.

Wspomnieć trzeba jeszcze o czwartej grupie wartości kierujących działaniami osób refleksyjnych. Są to **wartości natury religijnej lub filozoficznej**, wśród których pojawiają się wątki dotyczące zdrowia. To wiara w Boga - czy to chrześcijańskiego, czy jakiegokolwiek innego lub wyznawana doktryna religijna (np. buddyzm) albo filozoficzna (np. wegetarianizm) nakazuje człowiekowi troszczyć się o zdrowie, o swoje ciało i rozwój duchowy. "Ciało jest świątynią ducha świętego, więc trzeba dbać o porządek w świątyni" (K, 53, podstawowe). Tutaj realizacja prozdrowotnych zachowań wynika z akceptacji i podporządkowania się bardziej lub mniej wyraźnie określonym zaleceniom dotyczącym "właściwego" sposobu życia. Dobrze oddaje to wypowiedź osoby należącej do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego. "Dieta ta wywodzi się z Biblii. W naszej religii jest wykaz pewnych mięs, które uważamy za nieczyste i mięs tych po prostu nie jadamy. Nauka zresztą zaczęła potwierdzać słuszność tych diet [...]. Żeby nasze zdrowie było lepsze oboje z mężem nie pijemy i nie palimy. Bardzo w tym umacnia nas religia" (K, 39, średnie).

Podsumowując omówienie wartości ukierunkowujących prozdrowotną aktywność osób nazwanych refleksyjnymi można stwierdzić,

że osoby te realizują swoje działania niejako z racji ideologicznych. Ideologią tą mogą być zarówno pewne przekonania religijne lub doktryny filozoficzne, dążenie do osiągania "doczesnych" celów życiowych (jak choćby wychowanie dzieci, utrzymanie rodziny, realizacja własnych zainteresowań), odwieczne pragnienie bycia pięknym i młodym, zadowolonym z siebie i z życia, czy wreszcie zdrowie rozumiane jako ogólna idea, wplątana w tamte wartości lub sama z siebie generująca imperatywy działania.

Osoby reaktywne

Z innym rodzajem czynników ukierunkowujących aktywność prozdrowotną mamy do czynienia w przypadku osób, które wcześniej nazwane zostały **reaktywnymi**. Tutaj motywem przewodnim omawianych zachowań wydaje się nie tyle jakaś ogólna wartość czy idea (zdrowia bądź jego korelatów), stanowiąca w świadomości badanych przedmiot godny specjalnych zabiegów, ile potrzeba zorganizowania własnych działań pod kątem radzenia sobie z zaobserwowanymi problemami zdrowotnymi. Wyostrzając dla potrzeb teoretycznych ów typ motywacji można stwierdzić, że tutaj działanie stymulowane jest zaistniałym (rzadziej - przewidywanym) bodźcem, generującym poczucie dyskomfortu - w tym znaczeniu, jaki nadawała temu pojęciu M.Sokołowska (1986). Z drugiej strony trzeba zauważyć, że nie chodzi tutaj o czynnik nazwany w koncepcji omawianych badań wyzwalającym działanie, ale o pewien **rodzaj filozofii życiowej**, zgodnie z którą aktywność prozdrowotna ma swój sens zasadniczo dopiero wtedy, gdy realizowana jest jako sposób przezwyciężania zaistniałych problemów, zmagania się z nimi, radzenia sobie w sytuacjach poczucia dyskomfortu. Radykalnie wyraża to wypowiedź jednej z badanych osób. "Na temat zdrowia nie mogę zbyt wiele powiedzieć, bo się nim nie interesuję, dopóki wszystko jest dobrze [...] po co mam się wcześniej interesować" (M, 42, wyższe).

Podstawowym problemem, wokół którego koncentruje się myślenie i działanie osób nazwanych reaktywnymi jest obecność choroby. Jeśli sam fakt jej pojawienia się uznać można za czynnik wyzwalający działanie, to refleksja związana z tym faktem (m.in. dotycząca jego przyczyn, skutków, sposobów radzenia sobie z nim, z jego powtarzaniem się lub stałą obecnością w długim okresie czasu itp.), przeradzając się w bardziej zgeneralizowane nastawienia poznawczo-emocjonalne, staje się niewątpliwie czynnikiem ukierunkowującym aktywność. Tezę tę wydają się potwierdzać wypowiedzi respondentów. "Polak mądry po szkodzie. Wtedy interesuje się sprawami zdrowia, gdy dotyczą bezpośrednio jego. Tak jak ze mną - dopiero po zawale zainteresowałem się sercem. Teraz już inaczej patrzę na swoje życie, na swoje zdrowie. Myślę, że trochę mogę wyprostować jeszcze to, co już się stało [...]. Teraz jak czytam różne rzeczy dotyczące zdrowia to wydaje się, że coś w tym jest z prawdy. To jak gdyby potwierdza się na mojej osobie, że wcześniejsze błędy w żywieniu dają teraz efekty [...]. Szkoda, że człowiek dochodzi do tego i przekonuje się dopiero teraz, pod koniec życia" (M, 65, wyższe). "Kiedyś poszedłem się zbadać i okazało się, że mam wysoki poziom cholesterolu. Później okazało się, że cała moja rodzina ma podwyższony poziom, a mama już miała kłopoty z sercem. Przestraszyłem się tego wszystkiego [...]. Ten strach był chyba tylko takim bodźcem [...]. Jak człowiek zaczyna czytać o tym cholesterolu, a jeszcze doświadczy tego na sobie to później już zwraca uwagę na to, co robi" (M, 46, średnie).

Innym problemem, a właściwie grupą problemów, które zmieniają sposób myślenia i ukierunkowują aktywność badanych osób jest **dyskomfort związany z defektami urody**.

Na plan pierwszy wybija się tu nadmierna tusza. "Decydując się na zmiany w sposobie odżywiania liczyłam na szybkie zauważalne efekty. Wszystko szło jednak bardzo wolno. Ale musiałam schudnąć, więc postanowiłam wytrwać. Fatalnie się czułam z tą swoją tuszą" (K, 25, wyższe). "Mam duże tendencje do tycia. Gdybym sobie popuściła w

odżywianiu to musiałabym siedzieć na dwóch krzesłach. Modyfikacje w odżywianiu wynikają z konieczności walki z nadwagą" (K, 57, wyższe). Jest to nie tylko problem kobiet, bo "nadwaga i perspektywa wiszącego brzucha, jak u kolegów" (M, 44, wyższe) stymuluje również działania podejmowane przez mężczyzn. Mężczyźni częściej jednak usiłują opanowywać nie tyle kłopoty z wyglądem, co z **niedostatkami kondycji fizycznej**.

Ważnym problemem jest również **starzenie się**. "Do działania dopinguje mnie wiek. Mam poczucie, że się starzeję i muszę coś zrobić, aby się nie dać, aby nie czuć upływających lat" (K, 36, wyższe). Wskazać można także szereg innych problemów, jak choćby różne kłopoty z cerą, włosami itp., przybierające bardziej kosmetyczną lub medyczną postać.

W wypowiedzi jednej z badanych osób pojawia się istotne tutaj zagadnienie teoretycznej bądź empirycznej genezy zmagania się z problemem: "Zauważyłam, że są okresy, kiedy objawy mojej łuszczycy pojawiają się i kiedy znikają, i zaczęłam kojarzyć to z różnymi zmianami w moim życiu. Stwierdziłam, że dieta na to wpływa i zaczęłam niektóre rzeczy eliminować. Nawet te, które bardzo lubię [...] Gimnastykuję też oczy. Wyczytałam w jakimś czasopiśmie na temat chorób oczu. Ja jestem krótkowidzem i wada ta u mnie nie postępuje. Te ćwiczenia działają więc fatastycznie [...] Jak przeczytam coś sensownego, co uznam, że może się przydać, to staram się to realizować" (K, 42, wyższe).

Otóż wskazać można osoby, które interesują się swoim problemem (czy to chorobą, czy wyglądem) dopiero **po jego pojawieniu się**, oraz takie, które interesują się potencjalnymi problemami, **na wszelki wypadek**. Rozróżnienie to ilustrują dwie odmienne wypowiedzi. "Kolejne diety podejmowałam wtedy, gdy dochodziłam do wniosku, że z moim organizmem jest coś nie tak, że dotychczasowy sposób żywienia mi nie służy. Po prostu czułam, że muszę coś zmienić" (K, 23, wyższe). "Lubię czytać takie rzeczy, z których można wynieść dla siebie coś konkretnego. A człowiek zawsze ma jakieś problemy. To włosy wypadają, to cera nie taka. Więc warto coś się dowiedzieć, bo kiedyś to może się przydać" (K, 25, wyższe). W tym

kontekście z jednej strony mówić można o osobach **"wsłuchanych w siebie"**. Dobrze wyraża to cytowana już respondentka: "Większość chorób bierze się z zaniedbań. Staram się więc obserwować swój organizm i postępować zgodnie z sygnałami, które od niego dostaję. Czasami organizm aż krzyczy, żeby mu pomóc. Trzeba się wsłuchać w siebie" (K, 42, wyższe). Z drugiej strony ze swoimi problemami zmagają się osoby **"zorientowane na wiedzę teoretyczną"**, gdzie wiedza ta jest często wiedzą zawodową pielęgniarki, położnej, lekarza, np.: "Moja wiedza zawodowa wpłynęła na to, że wycofałam się całkowicie z margaryny. Podobnie z solą i cukrem" (K, 57, wyższe).

W powyższym kontekście warto zauważyć, że wskazane osoby zorientowane na wiedzę teoretyczną wydają się bliskie osobom nazwanym wcześniej refleksyjnymi. Te pierwsze odwołują się jednak do wiedzy konkretnej, dotyczącej określonych, choć w ich przypadku potencjalnych, problemów zdrowotnych, opierają się głównie na informacjach typu wiedza - recepta. Z kolei u licznych osób z tej drugiej grupy brak "wsłuchiwania się w siebie" jest traktowane jako droga wiodąca do zdrowia. Jak mówi jedna z respondentek: "Człowiek może wpływać na swoje zdrowie. Przynajmniej ja tak robię przez oderwanie się od myślenia o chorobie, przez ruch i dietę" (K, 52, średnie). Nie jest to jednak regułą.

Charakterystyka osób reaktywnych, zorientowanych na problem, byłaby z pewnością niepełna gdyby pominąć fakt, że problem ów nie musi być koniecznie ich własnym problemem. Może dotyczyć innych osób, często kogoś z rodziny, przyjaciół, znajomych. "Synowi wyrosło wielkości fasolki coś na prawym ramieniu [...]. Wtedy odrzucił w ogóle mięso i przeszedł na wegetarianizm [...]. To jest bardzo dobra dieta [...] Zaczęliśmy się tak odżywiać ze względu na niego. Gotowanie w dwóch garnkach to kłopot. I wszystkim nam to zaczęło smakować" (K, 62, wyższe).

Osoby spontaniczne

Trzecia, ostatnia z wyróżnionych grup cechujących się wysokim poziomem aktywności prozdrowotnej to **osoby działające spontanicznie**.

Jeśli osoby nazwane refleksyjnymi realizowały swoje działania dlatego, że dążyły do realizacji pewnych idei lub do osiągania określonych wartości (głównie zdrowia), z kolei osoby reaktywne odpowiadały swoimi zachowaniami na zaistniały (rzadziej - wyobrażony, potencjalny) problem i wokół niego organizowały swoją aktywność, to osoby działające spontanicznie czynią to niejako bezrefleksyjnie, nie poszukują jakichś zracjonalizowanych przesłanek mogących uzasadniać ich sposób postępowania. Wskazać warto kilka czynników, które, wydaje się, mogą wywierać znaczący wpływ na kierunek aktywności osób z tej ostatniej grupy.

Po pierwsze, wspomnieć trzeba o trudnych do określenia dla socjologa zmiennych **psychofizjologicznych**, ujawniających się często już we wczesnym okresie dzieciństwa, posiadających być może charakter wrodzony. Do takich wniosków skłaniać mogą przedstawione niżej wypowiedzi. "Zawsze należałam do ludzi, którzy lubią się ruszać. Byłam dzieckiem wiercącym się, pełnym niepokoju. Moje dzieci podobnie, i wnuki też. Jest to pewnie cecha wrodzona" (K, 57, wyższe). "Od dzieciństwa mam we krwi aktywność ruchową. Ja nie potrafię usiedzieć w miejscu i chyba stąd moje zainteresowanie sportem. Ja muszę się ruszać - tak jestem skonstruowana. Nie wiem, kiedy to wszystko się zaczęło - od zawsze. Ruch jest cudowny" (K, 23, studentka). "Nigdy nie przepadałam za mięsem. Zawsze lubiłam jarzyny, owoce, uwielbiam też sery i wszelkie przetwory mleczne. Gdy tylko mogłam decydować sama o sobie, to wyeliminowałam mięso z mojego jadłospisu. Tak więc mięso wyeliminowało się samo. Nie czułam potrzeby jego jedzenia" (K, 42, wyższe). "Gimnastykę lubiłam już w szkole podstawowej. Nigdy nie paliłam, nie piłam, chociaż stać mnie na to. Nie znoszę palenia. Nie wiem dlaczego - chyba mam takie usposobienie" (K, 22, średnie). "Jeśli mi coś nie służy, to ja po prostu tego nie jem. Nie wiem, na czym to polega, ale mam coś wbudowane w organizmie, że ja to wyczuwam" (M, 48, wyższe).

Po drugie, ingeruje tu grupa czynników typowo socjologicznych, określanych mianem **wzorów zachowań i wsparcia społecznego**. Można

powiedzieć, że tutaj osoby aktywne stają się i pozostają takimi niejako poprzez "przesiąknięcie" tym, co robią inni - czy to będzie tradycja rodzinna, czy style życia przyjaciół. "U mnie w domu zawsze był sport. Tata trenował zapasy, siostra lekką atletykę. Jak miałam cztery lata i poszłam z rodzicami na lodowisko to trener stwierdził, że mam predyspozycje do tego sportu. I tak to się zaczęło. Chodziłam do szkoły sportowej, w liceum do klasy sportowej, a później AWF" (K, 23, wyższe). "Kiedy chodziałam do szkoły średniej, mieszkałam u moich nauczycieli. Dom moich nauczycieli pozostaje dla mnie zawsze wzorem, jak należy żyć, jak korzystać z życia. Moi nauczyciele byli bardzo towarzyscy [...]. Od czasu do czasu pojawiał się alkohol, ale nigdy nie zdarzyło się [...], żeby ktoś się upił. A zawsze było bardzo wesoło. To było dla mnie, dziecka wiejskiego, czymś tak zdumiewającym, zupełnie różnym od tego, co w takich wypadkach działo się na wsi [...]. I dla mnie to pozostało na całe życie wzorem" (K, 45, wyższe). "Mój mąż i syn są bardzo aktywni i pływają, grają w siatkówkę. I ja przy nich też. Mam dużo znajomych, którzy jeżdżą na narty. Namówili nas i od lat jeździmy razem. Wystarczy, że komuś chce się coś zorganizować i wtedy znajdują się chętni. Mam wielu znajomych, którzy coś robią: aerobic, siatkówka - takie środowisko. Później człowiek do tego się przyzwyczaja jak do jedzenia chleba (K, 40, wyższe).

Inne osoby są może nieco słabiej "przesiąknięte" omawianymi wzorami, lecz realizują swoje działania głównie jako **formę udziału w życiu zbiorowym**, w swoich kręgach towarzyskich. "Szkoła wybudowała korty, a ja jestem nauczycielem. Inni grali i ja też zacząłem grać. Spodobało mi się, jest fajne towarzystwo - forma rywalizacji [...]. Ja nie myślałem w ogóle, że to ma jakiś wpływ na zdrowie. Ja się po prostu po tym bardzo dobrze czułem" (M, 48, wyższe). "Koleżanki ciągle rozmawiały o różnych wyczytanych nowinkach: dietach, ćwiczeniach itp. I też zaczęłam czytać. A czytam dość regularnie bo siostra dostarcza mi dużo gazet" (K, 25, wyższe).

Po trzecie, co ujawniło się już w wielu wcześniejszych cytatach, prozdrowotna aktywność osób działających spontanicznie jest dla nich

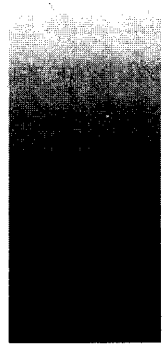
bardzo często formą **autoekspresji**, czerpania przyjemności z życia, robienia po prostu tego, co się lubi. I chociaż to czerpanie przyjemności z własnych działań prozdrowotnych obecne było także u niektórych spośród osób refleksyjnych bądź nawet reaktywnych, to było ono niejako wbudowane w inne motywy. Tutaj natomiast staje się ono właśnie tym, co "napędza" realizowaną aktywność. To nie refleksja dotycząca zdrowia (czy jego korelatów) ale odczucie zadowolenia ukierunkowuje podejmowane działania. Jak wyraża to jedna z badanych osób: "W moim wieku chyba nie zastanawiamy się, co to jest zdrowie. Staramy się tylko, żeby nam było dobrze" (K, 23, wyższe).

Podsumowanie

W podsumowaniu omówienia czynników ukierunkowujących prozdrowotną aktywność osób cechujących się wysokim jej poziomem należy zaznaczyć, że prezentowane tu jako charakterystyczne sposoby myślenia o własnej aktywności są konstruktami analitycznymi, pełniącymi funkcję typów idealnych. Natomiast typy reprezentowane empirycznie są najczęściej w mniejszym lub większym stopniu eklektyczne. Poszczególne osoby w swoim myśleniu posługują się zazwyczaj zarówno elementami charakterystycznymi dla typu refleksyjnego, reaktywnego jak i spontanicznego, w różnych wariantach omówionych stylów refleksji. Tym niemniej u większości badanych wskazać można **dominujący** sposób myślenia odpowiadający któremuś spośród omówionych typów idealnych, wzbogacony o elementy właściwe innemu typowi. W takim kontekście mówić można o zróżnicowaniu stopnia eklektyzmu refleksji ukierunkowującej aktywność prozdrowotną poszczególnych jednostek.

Ów eklektyzm ma dwa główne aspekty. Po pierwsze, realizacja określonego działania może być motywowana jednocześnie różnymi względami. Wówczas dane działanie jest zazwyczaj, jak wydaje się pokazywać zgromadzony materiał, bardziej rozbudowane i trwałe. Po

drugie, osoby realizujące kilka różnych zachowań prozdrowotnych bywają odmiennie motywowane do każdego typu działania. Np. inna motywacja towarzyszy aktywności fizycznej, inna natomiast zmianom w odżywianiu, podejmowanym przez daną osobę. Nie wydaje się jednak, by można było mówić o jakiejś charakterystycznej motywacji dla poszczególnych, gdy idzie o treść, typów zachowań.



5. CZYNNIKI WYZWALAJĄCE PROZDROWOTNE DZIAŁANIE

W kontekście dotychczasowych analiz można częściowo zrozumieć, dlaczego liderzy aktywności prozdrowotnej kontynuują swoje działania. Do wyjaśnienia pozostaje jednak kwestia, dlaczego w ogóle podjęli omawianą aktywność. Innymi słowy, jest to pytanie o czynniki wyzwalające działania sprzyjające zdrowiu.

Analiza okoliczności, w których liderzy aktywności zdrowotnej rozpoczynali realizację omawianych działań pozwoliła dostrzec, że były one podejmowane albo 1/ pod wpływem jakiegoś wyraźnie wyodrębnionego bodźca pojawiającego się w konkretnej sytuacji, albo 2/ jednostka stopniowo, w dłuższym okresie czasu "wchodziła w rolę" lidera aktywności prozdrowotnej, "dojrzewała" do określonych zachowań, albo wreszcie 3/ realizowała interesujące nas działania w sposób naturalny, niejako "od zawsze" i trudno tutaj wskazać okoliczności podjęcia działania. Podział ten zbiega się w jakimś zakresie z wcześniej przedstawioną typologią, wyróżniającą na podstawie uzasadnień kontynuowania aktywności zdrowotnej osoby reaktywne, refleksyjne i działające spontanicznie.

Sytuacje skłaniające do podejmowania działań prozdrowotnych to bodźce płynące z organizmu lub pojawiające się w interakcjach z innymi ludźmi. Często również jest to połączenie obu typów oddziaływań.

Głównym bodźcem pochodzącym z organizmu jest nagła choroba, czy raczej obawa, strach związany z nagłym pojawieniem się choroby bądź dostrzeżonym zagrożeniem zdrowia. Dostrzeżonym samodzielnie lub ukazanym przez innych. Może to być zarówno własny problem zdrowotny, jak również obserwowany u drugiego człowieka, zwłaszcza bliskiej osoby. Ogólnie potwierdza się zatem u części badanych ugruntowane w naszej kulturze stanowisko wyrażone w utworach poetyckich zaczynających się słowami "Szlachetne zdrowie...", lub "Litwo, ojczyzno moja ...".

Sytuację związaną z zaobserwowaniem skutków choroby u innych osób dobrze ukazuje następująca wypowiedź: "Wcześniej próbowałem rzucać palenie wielokrotnie, ale bez skutku. Potrzebna mi była silna motywacja, silny bodziec. Nawracające zapalenia gardła i inne odczuwane na co dzień skutki palenia też nie wystarczały. Przełomem stała się choroba teścia - palacza. Jedno płuco zżarła mu pylica, drugie nikotyna, do tego wdał się rak! Przez kilka miesięcy był rozkładającym się żywym trupem. Jedno płuco wypluł do wiadra. Zmarł przez zaduszenie. Nie tylko sam rzuciłem palenie, ale jeszcze żonę odwiodłem od tego" (M, 45, wyższe).

Własną chorobę jako czynnik wyzwalający działanie opisuje inna osoba: "Ponieważ dostałam strasznych bóli i zaczęła drętwieć mi ręka, więc poszłam do lekarza [...]. Potem okazało się, że mam dyskopatię kręgów szyjnych [...]. Te dolegliwości spowodowały, że zaczęłam ćwiczyć [...]. Głównym powodem był mój stan zdrowia, nic innego. To wyzwoliło ze mnie takie zainteresowania - jak to teraz modne takie hasło, że pomagaj sobie samemu, dbaj sam o zdrowie. Tak też staram się robić" (K, 64, średnie).

Motywem podjęcia działań może być nie tylko dająca wyraźne objawy choroba, ale również inne, bardziej łagodne zmiany zaobserwowane w funkcjonowaniu organizmu. "Jak byłem na badaniach, to lekarz kazał mi wsiąść na taki rower. Od razu wyszło, że mam słabą wydolność. A wcześniej bym nawet nie pomyślał, że tak może być. Przestraszyłem się tego wszystkiego" (M, 47, średnie).

Typową sytuacją sprzyjającą podejmowaniu aktywności prozdrowotnej przez kobiety jest ciąża: "Zaszłam w ciążę i uważałam, że powinnam urodzić zdrowe dzieci. Uznałam, żeby dzieci były zdrowe, nie z jakimiś alergiami, zadymione, ale zdrowe [...]. Definitywnie rzuciłam palenie. Wcześniej też już myślałam o rzuceniu, ale o ostatecznej decyzji to zadecydowała ciąża" (K, 29, średnie). "Jak zaplanowałam dziecko to musiałam się wziąć za siebie. Tak, taki był motyw, bo chciałam, żeby było donoszone [...]. Jak w ciąży leżałam, żeby donosić, i o godz. 13-tej gotowałam sobie budynieczek - i garść pietruchy, której nie znoszę. To mnie podziwiali: Nie lubisz, nie jedz. Ale jak ja wiem, że to jest zdrowe, to w końcu aż nawet lubię. I od tego czasu mi to weszło w krew, że dbam o to, co jem" (K, 28, średnie).

Indywidualna decyzja co do zmiany pewnych elementów stylu życia wspomagana bywa często wpływem innych osób. "Paliłam przed wyjściem za mąż, bo w pracy znalazłam się w towarzystwie osób palących. Później poznałam męża, wielkiego wroga palenia. I namawiał mnie, i wziął sobie to za punkt honoru. No i ja rzuciłam. Ale paliłam w towarzystwie. A później ciąża z Piotrusiem. No i jak mąż mnie przyłapał, to było mi nieprzyjemnie. Nie chciałam stracić zaufania męża i definitywnie potem rzuciłam" (K, 31, pomaturalne).

Generalnie rzecz biorąc, wpływ innych osób na podejmowanie aktywności prozdrowotnej okazuje się dość duży. Wskazać przy tym można trzy podstawowe mechanizmy tego wpływu.

Po pierwsze, są to **bezpośrednio wyrażone sugestie i oczekiwania**, co pozwalają dostrzec następujące wypowiedzi: "Zdecydował narzeczony twierdząc, że jego dziewczyna nie może palić w żadnym wypadku" (K, 37, średnie); "Mama zdopingowała mnie do tego (zmiany sposobu odżywiania - przyp. aut.), bo ona też jest pokaźnej tuszy. Mówiła, żebym zrobiła coś ze sobą, bo będę wyglądała tak jak ona" (K, 26, wyższe). Ważną rolę odgrywają tu również sugestie ze strony **profesjonalnych autorytetów**: "Lekarz powiedział mi, że trzeba kuchnię zmienić, więc co miałam robić. Zmieniłam" (K,63, średnie).

Po drugie, wskazać trzeba **społeczne wzory zachowań**, które występują nie tylko w funkcji ukierunkowującej, ale i wyzwalającej działania. Mogą one wpływać na zachowania w sposób względnie bezpośredni, jak ukazują to następujące wypowiedzi: "Koleżanki zapisały **się** na callanetics, więc ja poszłam razem z nimi" (K, 37, wyższe); "Zaczęłam pić soki owocowe jak przyjechał do mnie kolega z Niemiec i on wprowadził tutaj taką modę" (K, 24, średnie). Mogą również być bardziej odległym motywem: "Byłem w Szwecji i widziałem, że oni prowadzą taki aktywny tryb życia: biegają, spacerują, grają w piłkę. Spodobało mi się to", (M, 66, wyższe); "Byłam na stypendium w Stanach Zjednoczonych i tam zobaczyłam, na ile ich kuchnia odbiega od naszej. Zobaczyłam, że można inaczej. Od tamtej pory zdecydowanie zmieniłam dietę" (K, 58, wyższe). Wzory społeczne mogą również przybrać postać **mody**: "Od jakiegoś czasu jest wyraźna moda na zdrowe żywienie. Nie wypada jadać inaczej." (K, 37, wyższe).

Po trzecie, wpływ innych osób może polegać na tym, że wyzwalają chęć **zaimponowania lub przeciwstawienia się** im. "Mam dobrą znajomą, która ma słabą wolę, ale dużo mówi na temat różnych rzeczy. Pewnego dnia stwierdziła, że ona nie pali. Ona zaczęła odzwyczajać się od palenia, a ja naprawdę przestałam. Na zasadzie - to ja ci pokażę [...]. Ja nie próbowałam na siłę tego zrobić, to było przy okazji, właśnie żeby współzawodniczyć z koleżanką [...]. Ja chciałam jej po prostu coś pokazać, coś udowodnić. To był jedyny powód. Oczywiście nie uważałam tego nałogu za coś dobrego, ale nie chodziło mi o zdrowie [...]. Była to chęć zaimponowania sobie i innym. W moim towarzystwie było wówczas dużo palących, więc chciałam pokazać, że będę tą, która nie pali" (K, 31, wyższe).

W przypadku aktywności prozdrowotnej pojawiającej się jako naśladowanie określonych wzorów zachowań trudno niekiedy wskazać konkretne okoliczności, w jakich została ona zainicjowana. Obserwacja wzoru powszechnie realizowanego w jakimś środowisku społecznym pomaga jednostce "dojrzeć" do naśladowania go we własnych zachowaniach, pozwala stopniowo wejść w jedną z nowo obserwowanych

ról społecznych. Warunkiem jest tu często jakiś rodzaj intelektualnej otwartości i zainteresowania sprawami zdrowia, co było wcześniej omówione jako charakterystyka osób nazwanych refleksyjnymi. "Myślimy o naszym zdrowiu. Stąd nasze innowacje i robienie rzeczy, które sprzyjają zdrowiu" (K, 45, wyższe).

Myślenie o sprawach zdrowia może być zatem nie tylko czynnikiem ukierunkowującym działanie, ale również wyzwalającym. Jak wypowiada się jedna z badanych osób: "Zdałem sobie sprawę, że papierosy niczemu nie służą, że to nałóg, że pali się z głupoty. Chociaż żadnych dolegliwości nie odczuwałem, kilkakrotnie próbowałem ograniczyć palenie, ale bez skutku. W końcu podjąłem stanowczą decyzję, że kończę z tym. Chciałem być zdrowszy" (M, 37, niep. średnie). Działanie pojawia się tutaj nie jako reakcja na zaobserowane objawy chorobowe, ale jako efekt wyrozumowanej decyzji. Tak ujmuje to inna osoba: "Człowiek powiniem sam sobie w swoim stanie zdrowia pomagać, a nie leczyć skutki zanieczyszczenia środowiska. Doszliśmy do wniosku, że trzeba się chronić przed skażeniami i to nas zmobilizowało. Pomóc sobie samemu zanim cokolwiek zacznie się dziać" (K, 44, wyższe).

Liderzy aktywności prozdrowotnej często wskazują, że ich **działania są efektem zdobywanej wiedzy o zdrowiu**: "Zawsze kupowałam dużo książek, które wtedy były tanie, bo bardzo lubiłam czytać, a sprawy zdrowia jakoś szczególnie mnie interesowały" (K, 43, średnie); "Słyszę na temat zdrowego żywienia przez radio. No więc wiem, że trzeba ograniczać tłuszcze, jeść więcej owoców i surówek. Stosuję w związku z tym racjonalny sposób żywienia" (M. 52, wyższe); "Na studiach miałam zadane opracowanie poprawnego schematu żywieniowego. Zauważyłam, że mamy złą tradycję żywieniową, więc staram się coś zmieniać" (K., 24, wyższe); "Jak przeczytam coś sensownego, co uznam, że może się przydać, to staram się realizować" (K, 43, wyższe).

"Dojrzewanie" do decyzji o podjęciu działań sprzyjających zdrowiu następuje również pod wpływem obserwacji własnego organizmu: "Doszłam

do wniosku, że palenie mi nie służy. Czułam taki niesmak w ustach, zaczęłam mieć bóle głowy [...] Później jednak zaczęłam popalać. Gdzie się nie idzie, to namawiają [...]. Ale odczuwałam znowu różne przykre objawy i doszłam do wniosku, że przestanę palić definitywnie i nikt mnie już nie namówi" (K. 43, średnie). Działanie na rzecz zdrowia nie jest tu podejmowane w sytuacji nagłej choroby, ale pod wpływem dłuższej obserwacji własnych problemów zdrowotnych. Decyzja o działaniu nie pojawia się pod wpływem jakiegoś niespodziewanego a jednocześnie silnego bodźca, ale kształuje się stopniowo, w dłuższej perspektywie czasowej, na bazie całego ciągu doświadczeń. W związku z tym, czynnikiem wyzwalającym aktywność prozdrowotną jest tutaj nie tyle choroba, co raczej jakieś problemy, np. z trawieniem, kręgosłupem itp.

W przypadku niektórych osób uznanych za liderów, czy niektórych działań składających się na ich prozdrowotną aktywność, trudno w ogóle wskazać jakikolwiek czynnik wyzwalający ich zachowania. Ma to miejsce zwłaszcza w sytuacji osób (działań) nazwanych wcześniej spontanicznymi. U tych jednostek działania sprzyjające zdrowiu pojawiają się niejako same z siebie. Badane osoby nie potrafią wskazać ani konkretnego momentu, w którym rozpoczęły swoją aktywność ani powodu, dla którego ją zainicjowały. Tutaj czynniki wyzwalające działanie wydają się tożsame z ukierunkowującymi, wśród których na plan pierwszy wybija się tradycja rodzinna oraz predyspozycje organiczno-osobowościowe.



6. TYPY MYŚLENIA OSÓB PASYWNYCH WOBEC ZDROWIA

Brak działań w tych obszarach aktywności prozdrowotnej, które wskazane zostały w koncepcji badań, prowadzący często do realizacji zachowań z medycznego punktu widzenia szkodliwych dla zdrowia (np. nieprawidłowego odżywiania, palenia tytoniu, niskiej aktywności fizycznej) jest cechą wyróżniającą osoby nazwane pasywnymi lub outsiderami. Byli oni kolejną grupą poddaną badaniu przy użyciu wywiadu swobodnego.

Analiza materiałów empirycznych pochodzących z wywiadów wykazała istnienie kilku dominujących sposobów racjonalizacji, którymi posługiwali się respondenci opisując swój stosunek do zdrowia, a przede wszystkim do realizowanych przez siebie (a raczej nie realizowanych) działań na jego rzecz. Na podstawie treści formułowanych uzasadnień, badanych z tej grupy zaliczono do pięciu analitycznie wyróżnionych typów, układających się na continuum. Jeden jego kraniec stanowią osoby reprezentujące myślenie najbardziej dalekie od wzoru postulowanego w prozdrowotnych działaniach oświatowo-promocyjnych, a drugi osoby zbliżające się do niego, ale jeszcze nie spełniające wymogów stawianych liderom, czyli ludziom aktywnym w sferze zdrowia.

Wyróżnione grupy to:

a/ oporni, albo inaczej zbuntowani indywidualiści,

b/ wycofani

c/ tzw. "zwyczajni ludzie"

d/ deklaratywnie prozdrowotni czyli "wierzący niepraktykujący" oraz

e/ praktykujący wycinkowo, tj. realizujący prozdrowotne programy minimum[17].

Myślenie osób nazwanych **"opornymi"** charakteryzowało się znaczną albo nawet pełną akceptacją własnych zachowań (czy braku działań) w sferze zdrowia, akcentowaniem prawa jednostki do dokonywania samodzielnych wyborów w tej dziedzinie (bez względu na zalecenia wynikające z wiedzy medycznej) oraz niechętnym, bądź wrogim stosunkiem do masowej propagandy prozdrowotnej i osób realizujących propagowane strategie prozdrowotne. Szerszą, rzec by można filozoficzną podstawę tego typu sądów stanowiło przeświadczenie negujące sens podejmowania specjalnych, ale podobnych dla wszystkich działań, które w przekazach oświaty zdrowotnej uznawane są za umacniające zdrowie (np. w sferze odżywiania się czy aktywności fizycznej). Wynikało ono z braku przekonania co do ich rzeczywistego wpływu na stan zdrowia jednostek i społeczeństw.

Sposób myślenia osób **"wycofanych"** to, najogólniej mówiąc, wypieranie ze świadomości szeroko rozumianej problematyki zdrowia, a w szczególności kwestii odpowiedzialności człowieka za jego stan. To także ujmowanie uwarunkowań zdrowia w sposób silnie deterministyczny, wyrażający się poczuciem głębokiej niemożności oddziaływania na własne zdrowie. To również uzależnianie go od czynników zewnętrznych, przede wszystkim związanych z poziomem życia w naszym kraju.

"Zwyczajni ludzie" traktowali zdrowie jako pewien dany raz na zawsze (a więc niepomnażalny) zasób, z którego czerpie się w trakcie

---

[17] Współautorem przedstawionej typologii jest Andrzej Gniazdowski

trwania życia i który, naturalną koleją rzeczy, nieuchronnie zużywa się wraz z upływem lat. Z tego powodu opowiadali się za rozsądnym gospodarowaniem tym zasobem. Za naganne uważali więc jego "szarpanie", "niszczenie", ale z drugiej strony nie dostrzegali potrzeby jakiegoś specjalnego zajmowania się nim, jeśli nie wiązało się to z symptomami choroby czyli leczeniem. Tak więc osią porządkującą ich myślenie o zdrowiu był jego stan, dobry bądź zły, i to on wyznaczał sens i zakres ewentualnych działań prozdrowotnych. Jeśli idzie o opinie nt. akcji informacyjno-propagandowych poświęconych zdrowiu to z reguły byli ich zwolennikami, choć uważali, że są one kierowane raczej do innych osób, potrzebujących tego, a nie do nich samych.

Badani zaliczeni do **"deklaratywnie prozdrowotnych"** legitymowali się relatywnie wysokim poziomem wiedzy na temat zdrowego stylu życia i ugruntowanym przekonaniem o rzeczywistym wpływie zachowań zdrowotnych na stan zdrowia. Cechą charakterystyczną dla tego sposobu myślenia było silne rozbudowanie warstwy normatywnej w odniesieniu do działań prozdrowotnych ("powinno się robić", "trzeba ludziom tłumaczyć") oraz motywacyjnej ("chcę robić", "będę robił") - przy jednoczesnym przekonaniu o niemożności realizacji tego typu działań we własnym przypadku. Inny sposób racjonalizacji braku własnego działania oraz pokonywania związanego z tym poczucia dysonansu i winy polegał na "naciąganej" pozytywnej ocenie własnego stylu życia. Cechą wyróżniającą respondentów z tej grupy była deklarowana gotowość do podejmowania działań umacniających zdrowie, ale dopiero przy spełnieniu pewnych dodatkowych warunków lub w jakiejś trudnej do określenia przyszłości.

Ostatni z wyróżnionych typów to osoby **"wycinkowo praktykujące"**, czyli realizujące drobne przedsięwzięcia z myślą o własnym zdrowiu. Ich sposób myślenia zbliżony był do "wierzących - niepraktykujących", ale mogli się oni pochwalić konkretnymi próbami działań prozdrowotnych, zbliżając się w niewielkim zakresie do osób aktywnych prozdrowotnie.

A oto przykłady ilustrujące przedstawione powyżej typy myślenia o zdrowiu w kontekście działania na jego rzecz.

Widzenie spraw zdrowia przez "opornych" charakteryzowało się wyraźnym ukierunkowaniem na zespół wartości związanych z **wolnym wyborem**, prawem jednostki do decydowania o sobie. "Każdy ma prawo robić to co chce" (M, 46, zasadnicze). "Ale czy kto pije czy pali to jego sprawa. [...] Ja tego nie potrzebuję, żadnej diety, sportu. W gazetach ciągle piszą o tym. To odchudzanie, to diety. Mnie to śmieszy, uważam, że to głupota. Każdy jest inny i trudno się z gazet uczyć... to bzdury [...]. W większości te wszystkie diety, wegetarianizmy to są naleciałości z Zachodu. My jako Polacy nie mamy jakiejś specjalnej diety, na mięsie się opieramy. Dwa razy w roku tylko diety kościelne i to wszystko" (M, 48, średnie).

Omawiana grupa szczególnie wyraźnie ujawniła swój dystans w stosunku do przekazów edukacji zdrowotnej, co m.in. jest korelatem przywołanych przekonań o indywidualności każdego człowieka i wolności wyborów. Dystans ten to również pochodna przekonania o stosowaniu w edukacji zdrowotnej zabiegów manipulacyjnych i próba przeciwstawiania się im. "Ci co zachęcają do niepalenia sami wychodzą i palą. [...] Zachęty do zdrowego życia to "fotomontaż"... im płacą za to i oni wychodzą i mówią. Zresztą telewizja to jedna wielka propaganda" (K, 63, średnie).

Ta sama, cytowana osoba, wyraża charakterystyczny dla myślenia "opornych" pogląd na temat znaczenia sposobu postępowania człowieka dla jego stanu zdrowia: "Zdrowie zależy od dzieciństwa, Czarnobyla itp. Człowiek nie może pozytywnie wpływać na zdrowie. Przychodzi okres choroby i koniec. Cóż można dla zdrowia robić?". Zapytana, czy w przyszłości zamierza coś zrobić dla swojego zdrowia stwierdziła: "Nie, po prostu normalnie żyć". Inna osoba ujęła problem w podobny sposób: "Nie wiem czy zdrowie się umacnia. Zdrowie się ma albo się nie ma. Jak można umocnić swoje życie?" (M, 39, zasadnicze).

Opinie "opornych" na temat prozdrowotnych zachowań innych osób są zróżnicowane. Z jednej strony odnaleźć można ton pobłażliwości: "To

wypielęgnowane skowronki [...], szklarniowe chowanie [...], jak taki zachoruje to sobie nie poradzi" (K, 46, zasadnicze). Z drugiej zauważyć można negowanie istnienia takich osób, które robią coś dla zdrowia: "Nie ma ludzi aktywnych na rzecz zdrowia. Są tylko tacy, którzy deklarują, że coś robią, np. że biegają" (M, 46, średnie). Jeżeli już wykonują jakieś prozdrowotne działania to z innych pobudek niż zdrowie: "Każdy człowiek powinien z czegoś zrezygnować [mowa o działaniach antyzdrowotnych - przyp. aut.] po to, żeby sobie zaimponować, że może coś zrobić... Nie zwracam uwagi na programy o zdrowiu. To może jest potrzebne, ale to każdy człowiek sam powinien coś zrobić dla siebie. Nie wtedy jak powiedzą w telewizji, ale sam przed sobą powinien się na coś zdecydować...". (M, 39, zasadnicze).

Kolejną wyróżnioną grupę pasywnych, osoby "wycofane", charakteryzuje dobrze wypowiedź jednej z respondentek. Zapytana, co oznacza dla niej zdrowie, odpowiedziała: "Nie zastanawiałam się, nic mi nie przychodzi na myśl". Na temat zachowań zdrowotnych stwierdziła " Nigdy sama nic takiego nie robiłam i nigdy o tym nie myślałam" (K, 38, zasadnicze). Inna osoba ujęła to tak: "Jak człowiek ma kłopoty, to nie zastanawia się nad tym, czy jego tryb życia jest właściwy" (K, 28, niepełne średnie). Kolejna rozmówczyni wyraziła to jeszcze drastycznej. Mówiąc o sytuacji, gdy natrafia na jakieś informacje związane ze zdrowiem, stwierdziła: "... to wyłączam telewizor. Wolę nie wiedzieć, co mi grozi. Co ma być to będzie" (K, 44, zasadnicze). Tak więc rys charakterystyczny dla tego nastawienia to **wypieranie z pola świadomości sfery zdrowia**, a często także **poddanie się losowi**. A ten los to albo **trudne warunki życia**, albo **silne przyzwyczajenia** czy **cechy charakteru** ("leniwa jestem", "nie chce mi się") lub wszystkie te kwestie łącznie. Ilustrują takie nastawienie wypowiedzi cytowanej już respondentki (K, 38, zasadnicze). Zapytana, od czego zależy jej zdrowie powiedziała: "Teraźniejsze czasy to nerwy, co nasze zdrowie zjadają. Ja już cztery lata nie pracuję ...". Podjęcie jakichkolwiek działań dla swego zdrowia uzależnia od **poprawy bytu**, większej ilości pieniędzy - "forsy tylko". Tak mówi o edukacji prozdrowotnej: "Jednych to zachęci, a

drugich nie. No bo czasem człowiek wysłucha, a swoje robi [...]. Trochę trzeba mieć chęci do wszystkiego. Mnie to się teraz nie chce wyjść, pobiegać [...]. Ćwiczyłam, ale już na drugi dzień mi się nie chciało. To jest dla mnie za męczące [...] Nie chce się. Po prostu się nie chce. Ja wolę sobie usiąść i krzyżówki rozwiązywać". Inna rozmówczyni uogólniła ten punkt widzenia: "Każdy chciałby być zdrowy, ale albo nie wierzy w te swoje możliwości - tak jak ja - albo w ogóle o nich nie myśli. Generalnie wśród moich znajomych prawie wszyscy są przytłoczeni codziennymi kłopotami i myślą, jak przeżyć od pierwszego do pierwszego" (K, 28, średnie). Podobny punkt widzenia odnajdujemy w kolejnej wypowiedzi: "Myślę, że większy wpływ na swoje zdrowie mogą mieć ludzie bogaci [...]. Duże znaczenie ma też zanieczyszczenie środowiska" (M, 56, średnie). Tak więc charakterystyczna dla typu "wycofanego" cecha to unikanie lub wypieranie z pola świadomości zagadnień zdrowia albo całkowite uprzedmiotowienie siebie, dokonujące się poprzez a/ lokowanie kontroli na zewnątrz bądź b/ umiejscowienie jej w niezwykle trwałych i, zdaniem reprezentujących ten punkt widzenia, jakby nie poddających się woli, hamujących działanie psychicznych mechanizmach wewnętrznych.

Myślenie o zdrowiu "zwyczajnych ludzi" nacechowane było głębokim poczuciem oczywistości, towarzyszącym tak opiniom na temat zdrowia jako zjawiska, jak i dotyczącym sposobów jego kształtowania. Wyrażało się to w stwierdzeniach, że myślę i postępuję "normalnie, jak wszyscy przeciętni". Oś porządkującą ten sposób myślenia stanowił subiektywnie postrzegany **stan zdrowia**. To on rzutował na definicję zdrowia i był głównym kryterium lub podstawą ocen i opinii na temat celowości i skuteczności podejmowania zachowań zdrowotnych. Charakterystyczne dla tego toku myślenia wypowiedzi to np.: "Trudno tak ciągle myśleć o zdrowiu, jak człowiekowi nic nie dolega" (M, 31, zasadnicze), "Jak mi zacznie coś dolegać to będę się zastanawiał" (M, 42, podstawowe) czy: "Jestem zdrowy to po co mam się troszczyć o zdrowie... po co mam sobie zaprzątać głowę" (M, 48, zasadnicze).

Przekonanie o dobrym zdrowiu stanowiło także uzasadnienie dla braku działań prozdrowotnych, a nie tylko dla braku myślenia o zdrowiu. "Ja tam jestem zdrowy i mnie nic nie szkodzi" - powiedziała o kontynuowaniu palenia jedna z badanych osób. Natomiast na temat odżywiania następująco wyraziła się inna osoba: "Diety to ja żadnej nie muszę stosować, bo mnie tam nic nie szkodzi. Nie powiem, lubię tłuste mięso, brzuszek, kotlet schabowy. Wołowinę też można zjeść, ale już nie taka smaczna" (M, 49, podstawowe).

Nie tylko dobre zdrowie dawało alibi do niedziałania lub do zachowań antyzdrowotnych. Również jego brak, tj. choroba lub starość (a starzy czuli się już respondenci 40-to letni), dawały wytłumaczenie dla pasywnej postawy. Respondent pytany o aktywność fizyczną stwierdził: "Od kiedy jestem chory to nie ma mowy. No może powinienem chodzić systematycznie na spacery, ale bolą mnie nogi i jakoś mi się nie chce", i dalej:"Nerwowy jestem i chory to muszę zapalić... To już taki ciężki nałóg" (M, 46, średnie). W wypowiedzi innego znajdujemy następującą kwestię: "To już nie te lata. W moim wieku to już żadnych dodatków [tj. zachowań zdrowotnych - przyp. aut]" (M, 49, podstawowe).

"Zwyczajni ludzie" w odróżnieniu od pozostałych wyróżnionych tu grup różnili się między sobą siłą przeświadczenia o słuszności swojego spojrzenia na zdrowie w kontekście własnego działania.

Jedną podgrupę stanowiły osoby w pełni przekonane o prawidłowości swojego postępowania, co wyrażało się słowami: "nic nie robię i nie będą robił, chyba że zachoruję" lub " chory jestem to dla zdrowia nic nie mogę zrobić", a w warstwie normatywnej: "nic więcej nie powinienem robić". Druga podgrupa to osoby nie w pełni zadowolone ze swojego postępowania, używające określeń: "chciałbym coś zmienić" albo "nie w pełni troszczę się o zdrowie" i wskazujące na inne, poza stanem zdrowia, okoliczności, których spełnienie (np. więcej czasu, pieniędzy, silnej woli) b y ć m o ż e spowodowałoby jakieś zmiany w ich dotychczasowym trybie życia.

Zadowolenie z dotychczasowego sposobu obchodzenia się z własnym zdrowiem ilustruje następująca wypowiedź: "Ja jestem szczupły i mogę jeść bez ograniczeń, nic mi nie szkodzi [...], a jeśli chodzi o te różne diety, kiełki, to myślę, że one są dla chorych, zdrowemu są niepotrzebne" (M, 31, zasadnicze).

Pewne niezadowolenie, potrzebę wprowadzenia działań na rzecz zdrowia znaleźć można natomiast w innej wypowiedzi: "Gdybym miał czas to bym stosował takie różne dietki, niedietki", a dalej: "To zależy od samego siebie, od własnej woli" (M, 37, średnie). Kolejna respondetka o zdrowym żywieniu i ćwiczeniach fizycznych powiedziała: "Pewnie, że tak, tylko nigdy nie mam na to czasu [...]. No może trochę z lenistwa bardziej niż z braku czasu. Przecież jak człowiek coś chce to zawsze może" (M, 55, średnie).

"Zwyczajni ludzie" bardzo często przejawiali tendencję do usprawiedliwiania swojego sposobu postępowania przez porównywanie się z gorszymi, niszczącymi zdrowie ludźmi, np.: "No, ale jak mężczyźni nieraz za dużo piją szkodząc zdrowiu, to ja tego nie robię" (M, 48, podstawowe). Często również, myśląc o działaniach sprzyjających zdrowiu, ograniczają się do prostych zachowań higienicznych i reakcji na objawy choroby: "[...] nie przeziębiać się [...]. Jak się człowiek czuje, że coś go łamie to zawsze wcześniej coś wziąć, nie dopuścić, żeby się położyć" (M, 49, podstawowe).

Mówienie na temat zdrowia w środkach masowego przekazu spotykało się u badanych reprezentujących ten sposób myślenia z aprobatą: "Zawsze można się z nich czegoś dowiedzieć, zawsze coś zostanie w głowie, jest chwila zastanowienia się" (M, 42, zasadnicze). Szczególną wagę przykładali do programów dotyczących zapobiegania lub leczenia określonych schorzeń. "Jestem za tym, by mówić o konkretnych problemach zdrowotnych, np. jak ustrzec się zawału serca. W przystępny sposób" (K, 53, średnie). Mniej interesowały ich audycje czy artykuły dotyczące szerzej pojętego, pozytywnie ujętego zdrowia. Używali określeń wskazujących, że te promocyjne przekazy są może i potrzebne społeczeństwu, jakimś bliżej nieokreślonym ludziom, ale nie im samym. Niektóre programy, np. o szkodliwości palenia, u pewnych osób wywoływały

bunt. "Nawet mnie to drażni, chociaż jest w tym dużo racji. Ale, wie Pani, jak się czegoś człowiekowi zabrania, to się jeszcze bardziej chce. Jest taki opór" (K, 55, średnie).

Osoby realizujące jakieś specjalne działania na rzecz umacniania swojego zdrowia nie znajdowały zrozumienia u "zwyczajnych ludzi". Taka aktywność nie dawała sie pogodzić z ich widzeniem zdrowia jako zasobu naturalnie i n i e u c h r o n n i e wyczerpującego się wraz z wiekiem i przebytymi chorobami. Jeden z respondentów tak to ujął: "No, to są tacy co mają takie hobby. A może, też myślę, że to są tacy ludzie, co to są chorzy i lekarz im każe dietę stosować i mieć więcej relaksu na świeżym powietrzu, bo po co innego by to robili" (M, 48, podstawowe).

Sposób widzenia spraw zdrowia przez kolejną grupę ludzi, określonych jako deklaratywnie prozdrowotni, czyli "wierzący - niepraktykujący", można sprowadzić do motywu przewodniego wyrażonego słowami: **"powinienem, chciałbym, nawet wiem jak dbać o zdrowie, ale nie mogę".** A oto wypowiedź tego rodzaju: "Zrozumiałem, że trzeba coś robić [dla zdrowia - przyp.aut.], bo jak człowiek będzie siedział, to wcześniej czy później wywiozą mnie [...]. To życie trzeba sobie poszufladkować ... iść raz w tygodniu na basen, iść raz w tygodniu na salę gimnastyczną. Będzie basen, będzie gimnastyka. Jak dzieci dorosną, to żonę też będę brał" (M, 28, średnie). Z drugiej strony ten sam respondent tak opowiadał o swoim życiu: "Jak się człowiek ożeni, jak sobie siądzie na tyłku, jest żona, są dzieci, są obowiązki, to tylko tak jest: stresy, nerwice, siedzenie w domu, złe odżywianie [...] Ja cały czas gonię za pieniądzem i nie ma czasu żeby iść sobie pobiegać, czy cokolwiek innego robić. A jak ten czas jest, to idzie się do baru i pije się piwo". Refleksje tego rodzaju rozciągano także na szersze zbiorowości, a nawet społeczeństwo. Cytowany tu respondent powiedział "Ja to bym chciał, żeby nikt nie palił [...]. Każdy coś spożywa, ale 95% to w ogóle nie zwraca uwagi na to co je [...]. W innych krajach, np. Niemcy czy Amerykanie, np. idziesz do pracy, palisz, możesz pracy nie dostać. U nas jeszcze kupę lat, żeby to zaczęło funkcjonować".

Pewną odmianę sposobu myślenia "deklaratywnie prozdrowotnego" ukazały wypowiedzi osób, które wyrażały przekonanie, że zdrowie jest dla nich niezwykle cenne, pozytywnie oceniały innych ludzi realizujących działania zdrowotne, optowały za nagłaśnianiem spraw zdrowia w mass mediach, a jednocześnie stosowały różnorakie racjonalizacje dla zdarzających się im działań antyzdrowotnych. Respondent (M, 43, zasadnicze) tak to ujmował opisując sposób, w jaki troszczy się o zdrowie. "Iść odpowiednio spać. Uważać przy robocie. Trzeba mieć stały tryb życia. Nie ma żadnych takich - zawsze pracuję na rano. Zawsze chodzę spać wieczorem - dziesiąta, dziesiąta trzydzieści. Nigdy rano nie zapalę papierosa na czczo. Zawsze muszę przedtem wypić herbatę i zjeść kawałek chleba. Tego pilnuję [...]. Lubię sobie wypić co drugi dzień, bo mi smakuje Tyskie [...]. Ja strasznie cenię sobie zdrowie i pilnuję go. Staram się myśleć o tym zdrowiu, żeby nie zrobić czegoś, co by mi je z a m o c n o [podkreślenie aut.] nadszarpnęło".

Inna osoba (K, 53, średnie) tak uzasadniała swój brak aktywności fizycznej: "Całe moje życie jest sportem, bez przerwy jestem w ruchu". Chwaląc ludzi zdrowo odżywiających się, kolejny respondent stwierdził: "Ja też bym tak robił, gdyby nie brak czasu. Ci co pracują na państwowych posadach mogą sobie na to pozwolić" (M, 44, średnie). Kwestię dbałości o swoje zdrowie ktoś inny ujął w następujący sposób: "W Polsce nie ułatwia się ludziom uprawiania sportu, jak to ma miejsce w Niemczech, gdzie są wyznaczone tory do jazdy rowerem czy biegania. A u nas na takiego, co biega między blokami patrzy się z plitowaniem, że też nie ma co robić. Można się narazić na czyjeś pukanie się po głowie" (M, 46, średnie). "Gdybym ja tak dres ubrał i poszedł biegać, to by tu u nas była taka opinia, że stary Zalewski zgłupiał" (M, 67, średnie).

Stosowanie różnorakich zabiegów racjonalizujących niską dbałość o zdrowie wskazuje na występowanie poczucia winy u reprezentujących ten tok myślenia. Inny wskaźnik niezadowolenia ze swojego trybu postępowania stanowi gotowość, a niekiedy nawet dostrzeganie konieczności podej-

mowania działań promujących zdrowie w przyszłości. "No jednak chciałbym rzucić to palenie, ale to jest trudne [...] strasznie ciągnie człowieka, żeby się czymś zająć i zapalić, ale widzę, że palę coraz więcej, więc muszę coś z tym zrobić" (M, 31, zasadnicze). "Kilka razy próbowałem nie palić [...]. Teraz też muszę spróbować. Może pójdę do jakiejś przychodni..." (M, 49, średnie).

Charakterystyczny, wysoce pozytywny stosunek "deklaratywnie prozdrowotnych" do kampanii na rzecz zdrowia ilustruje następująca wypowiedź: "One są bardzo potrzebne i dobrze prowadzone. Pełnego przeświadczenia, że palenie jest tak szkodliwe to ja naprawdę nabrałem dopiero z telewizji. Nigdy przedtem aż tak bardzo nie chciałem rzucić palenia jak teraz, po tych kampaniach" (M, 56, średnie). W przypadku omawianej grupy osób ta deklarowana chęć działania na rzecz zdrowia nie przeradza się jednakże w samo działanie.

Realizacja działań pojawia się natomiast u kolejnej kategorii osób, nazywanych "wierzącymi i wycinkowo praktykującymi". Sądy ich na temat wpływu stylu życia na zdrowie człowieka zbliżały się do "wierzących - niepraktykujących", ale w odróżnieniu od nich podejmowali oni niewielkie, bo zazwyczaj krótkotrwałe, przedsięwzięcia prozdrowotne.

W podsumowaniu należy zaznaczyć, że wyróżnione tutaj analitycznie typy myślenia osób pasywnych wobec zdrowia, podobnie jak omówione wcześniej typy refleksji osób aktywnych, zazwyczaj nie były jednorodne. Poszczególnie osoby łączyły w swojej świadomości elementy myślenia charakterystyczne dla różnych typów, choć w większości przypadków wskazać można dominujący rys widzenia zdrowotnej rzeczywistości, dający się opisać w jeden z przytoczonych tu pięciu sposobów.



7. POJĘCIE ZDROWIA W ŚWIADOMOŚCI LIDERÓW I OUTSIDERÓW

Sposób rozumienia zdrowia, czy - dokładniej mówiąc - potoczne przekonania odnoszące się do pojęcia zdrowia, potraktować można jako jeszcze jedną, obok refleksji dotyczącej własnych zachowań, grupę czynników ułatwiających zrozumienie aktywności prozdrowotnej. Tak, gdy idzie o jej brak, jak również wysoki jej poziom. Niektóre aspekty przekonań na temat zdrowia, przyjmowanych przez badane osoby, sygnalizowane były już we wcześniejszych analizach przy okazji omawiania typów subiektywnego racjonalizowania własnej aktywności. W tym miejscu natomiast, w charakterze podsumowania akcent zostanie położony na różnice w pojmowaniu zdrowia pomiędzy grupą osób aktywnych i pasywnych. Istnienie takich różnic przyjęto jako jedną z hipotez w realizowanych badaniach.

Zgodnie z przypuszczeniami znaczące różnice tego typu pomiędzy obiema grupami nie ujawniały się w materiałach ilościowych, pochodzących z ogólnopolskich badań ankietowych przeprowadzonych w pierwszym etapie realizacji projektu. Nie znaleziono elementów definicji zdrowia, które były częściej wybierane przez przedstawicieli którejś z grup, nie udało się również zaobserwować, by osoby aktywne lub pasywne częściej przy-

woływały któryś z czynników wśród deklarowanych uwarunkowań stanu ich zdrowia[18]. Spodziewano się natomiast, że analiza wypowiedzi uzyskanych w wywiadach swobodnych pozwoli odnaleźć specyficzne dla poszczególnych grup cechy myślenia o zdrowiu.

Pierwsze wnioski, jakie nasuwają się przy lekturze swobodnych wypowiedzi na temat zdrowia są takie, że poszczególne osoby wewnątrz obu grup wyraźnie odróżniają się swoimi przekonaniami dotyczącymi zdrowia i w związku z tym trudno doszukać się jakiejś specyfiki w myśleniu osób aktywnych oraz pasywnych. Ponadto w wypowiedziach większości osób z obu grup wskazać można szereg treści wspólnych, dotyczących zwłaszcza wysokiej oceny wartości zdrowia oraz uznania istotnej roli stylu życia wśród uwarunkowań stanu zdrowia[19]. Wydaje się jednak, że próby odczytania nie tyle "litery", co "ducha" poszczególnych wypowiedzi pozwalają odkryć w nich pewne cechy, które z jednej strony charakteryzują w znacznie większym stopniu świadomość liderów, z drugiej zaś outsiderów aktywności prozdrowotnej. Wewnętrzne zróżnicowanie każdej z obu grup nie pozwala jednakże na jednoznaczne przypisanie owych cech ogółowi osób aktywnych lub pasywnych. Pozwala jedynie stwierdzić, że w świadomości osób z jednej grupy wyraźniej lub częściej niż w drugiej daje się zauważyć opisywany sposób myślenia.

Generalnie daje się zauważyć, że osoby pasywne częściej skłonne są traktować zdrowie jako pewien **naturalny stan rzeczy**, raczej nie wymagający od zdrowego człowieka jakichś specjalnych starań, podczas gdy u osób aktywnych wyraźniej widać skłonność do ujmowania zdrowia

---

[18] Ogólne dane dotyczące definiowania zdrowia i jego uwarunkowań uzyskane w przywołanym badaniu reprezentacji zostały przedstawione w innym miejscu (Puchalski, 1997)

[19] Należy odnotować, że pierwsze reakcje respondentów, w czasie prowadzenia wywiadów swobodnych, na pytania typu: "czym jest dla P. zdrowie?", "jak P. rozumie zdrowie?", "od czego zależy P. zdrowie?", "dlaczego jedni ludzie mają lepsze, a inni gorsze zdrowie?" itp., są zazwyczaj bardzo powierzchowne i niewiele różniące się między sobą. Trudno dostrzec również specyfikę takich wypowiedzi dla grup aktywnych i pasywnych.

jako **korelatu zaangażowania** jednostki. Przyjrzyjmy się bliżej tej różnicy, która daje się opisywać w kilku **a**spektach.

Pasywne rozumienie zdrowia dość dobrze wyraża wypowiedź jednego z outsiderów: "Dla mnie zdrowie to jest to, co mam. Jeść mogę, pracować mogę i wszystko, co sobie pomyślę, to mogę sobie zrobić. Zjeść sobie mogę, i zapalić, a jak trzeba to i wypić" (M, 48, podstawowe). Widać tu jak gdyby zadowolenie z istniejącego stanu rzeczy, któremu nie towarzyszy dążenie do jego zmiany, do osiągania czegoś ponadto, co już jest. "Żyję, nic mi nie przeszkadza, i nie zmieniam tego, żebym jeszcze nie popsuł" (M, 43, zasadnicze). Nawet, gdy zdrowie uważane jest za coś wysoce cenionego, co w grupie osób pasywnych jest równie często deklarowane jak wśród aktywnych, zainteresowanie nim ogranicza się do **utrzymywania status quo**. "Ja strasznie cenię sobie zdrowie i pilnuję go, staram się tak myśleć o tym zdrowiu, żeby nie zrobić czegoś, co by mi je za mocno nadszarpnęło" (M, 43, zasadnicze).

Widać tu zatem swoisty minimalizm, zgodę na funkcjonowanie w ramach posiadanych możliwości i brak dążeń do rozwoju tych możliwości. Jednocześnie ujawnia się duża ostrożność w dysponowaniu własnym potencjałem zdrowotnym. Ostrożność taka ogranicza się w zasadzie do **eliminowania** ze swojego życia tych działań, które mogą ów potencjał nadszarpnąć. Brak jest tu raczej myślenia o podejmowaniu działań, które mogą ów potencjał pomnożyć, wzmocnić, rozwinąć. Ponadto ostrożność, o której mowa dotyczy eliminacji lub ograniczania tylko takich negatywnych czynników, przed którymi posiadany potencjał, zdaniem badanych, nie jest w stanie się sam obronić. Skoro "zjeść sobie mogę, i zapalić, a jak trzeba to i wypić" - nie ma potrzeby ograniczania tych zachowań dotąd, dokąd nie pojawi się przekonanie, że potencjał zdrowotny zaczyna nie radzić sobie.

Inaczej wygląda, przyjmując wyidealizowane spojrzenie, pojmowanie zdrowia w grupie osób uznanych za liderów aktywności prozdrowotnej.

Jako pierwszy aspekt omawianych różnic można wskazać fakt, że wśród aktywnych zdrowie często oznacza nie tyle "to, co mam", ale **"to, co mogę (chcę) mieć"**. Wyraźniej zaznacza się postrzeganie go w kategoriach nie zawsze zrealizowanych dążeń, pozytywnych wartości. Przykładowo, "Zdrowie to jest to, jak my się czujemy, gdy jesteśmy zadowoleni, szczęśliwi, uśmiechnięci, mamy chęć do zabawy, do wyjścia na spacer" (K, 29, średnie). Przy takim ujęciu zdrowia oczywiście "można być zdrowym mimo chorób, które się przebywa" (M, 45, wyższe). Wydaje się, że w grupie liderów zdrowie (potencjał zdrowotny) posiada ponadto częściej wymiar mentalny, podczas gdy w grupie outsiderów częściej wyrażane są jego aspekty organiczne.

Drugim aspektem analizowanych różnic jest obserwowane często w świadomości liderów zjawisko, które określić można jako wpisanie aktywności w samą definicję zdrowia. Jak wyraża to jedna z respondentek: "Zdrowie to sposób życia. Zdrowym jest ten, kto prowadzi życie aktywne, bierze na siebie obowiązki, nadaje rytm swojemu życiu, jest zdyscyplinowany w zakresie regularności posiłków, snu, zajęć domowych, aktywności fizycznej. To podnosi sprawność życiową, daje dobre samopoczucie, chęć do życia, spycha na dalszy plan myśli o chorobach" (K, 62, wyższe). Tak więc zdrowie to życie realizowane jak gdyby zgodnie z określonym przepisem, to rodzaj **recepty na życie**. Niektóre osoby nie potrafią nawet inaczej zdefiniować zdrowia jak poprzez wskazanie sprzyjających mu działań: "Zdrowie... to życie jak najbliżej natury, z umiarkowanym jedzeniem i snem, to utrzymywanie ciała i psychiki w takim stanie, jaki nas zadowala" (K, 37, średnie). "Zdrowie to dbanie, aby organizm funkcjonował prawidłowo" (K, 24, wyższe). "Zdrowie to odżywianie odpowiednie do wieku, ruch, gimnastyka, taniec, zabawa, sport, nie zamykać się w sobie" (K, 67, pomaturalne). "Zdrowie... to trzeba zachowywać zdrowie, bo w późniejszym wieku jest już za późno" (K, 63, średnie).

W powyższym kontekście warto zauważyć, że owa aktywność wpisywana w definicję zdrowia może oznaczać, z jednej strony, pewne

konkretne elementy stylu życia (np. kontrolę sposobu odżywiania), z drugiej natomiast jakąś bardziej zgeneralizowaną, aktywistyczną postawę psychiczną. Dobrze wyrażają to kolejne wypowiedzi. "Kiepskie zdrowie to dla mnie brak aktywności, ograniczenie się tylko do pracy i domu [...]. O kiepskim zdrowiu można mówić także w przypadku osób bez dolegliwości, ale takich mało aktywnych, czy może pasywnych, nie lubiących siebie" (K, 31, wyższe). "Słabe zdrowie ma słaby człowiek, cały słaby, który musi się kimś podpierać, co jest dla mnie nie do przyjęcia" (K, 42, średnie).

Trzeci, najważniejszy chyba aspekt różnicujący myślenie lidrów i outsiderów o zdrowiu dotyczy przekonania o własnych możliwościach wpływu na jego stan. Charakterystyczną dla świadomości osób pasywnych wydaje się następująca wypowiedź: "Myślę, że każdemu zależy na zdrowiu. Każdy chciałby być zdrowy. Ale albo nie wierzy w swoje możliwości - tak, jak ja - albo w ogóle o nich nie myśli" (K, 28, niep.średnie). Zaznaczyć tutaj trzeba, że osoby pasywne generalnie nie są pozbawione ogólnej wiedzy o wpływie różnych elementów stylu życia na stan zdrowia. Jednakże, o czym była już mowa, albo nie widzą potrzeby lub możliwości realizowania prozdrowotnych zachowań, albo pojmują tę wiedzę - ale już w szczegółach - w specyficzny sposób (np. zdrowe odżywianie to obfite posiłki).

Z kolei w myśleniu osób aktywnych dość często, co nie oznacza powszechnie, spotkać można pogląd zbliżony do następującego: "Moje zdrowie zależy głównie od tego, jak sama zadbam o siebie, co dla siebie zrobię. Czuję w wyraźny sposób skutki tego, jak o siebie zadbam. Chociaż zdrowie zależy nie tylko od nas samych, to nasz wpływ jest zasadniczy" (K, 24, wyższe). "Są różne choroby od człowieka niezależne, ale w wielu przypadkach od człowieka dużo zależy. Ma on wpływ na to, żeby nie był chory. Wiadomo, że każdy kiedyś się zestarzeje. Ale to można opóźniać przez higieniczny i racjonalny tryb życia. W miarę możliwości i chęci" (M, 47, średnie). Spotkać można również bardziej radykalne wypowiedzi: "Wszystko zależy od mojego stylu życia. Nawet jak ktoś ma genetycznie słabe zdrowie, to też może je poprawić przez wysiłek fizyczny" (K, 24,

wyższe). "Wpływ na zdrowie ma tylko i wyłącznie człowiek. Nikt nie może mieć wpływu na moje zdrowie o ile ja tego zdrowia nie chcę mieć. A jeśli ja chcę być zdrowy i będę robił wszystko to, co służy zdrowiu, poprzez higienę osobistą, sposób bycia, jedzenia, nabywania sił motorycznych w postaci ruchu, pracy, to wyłącznie moja zasługa" (M, 63, średnie). "Ja uważam, że nie tylko mogę wpływać na zdrowie, ale ono głównie ode mnie zależy. Najwięcej zależy od samego człowieka, od konsekwencji i silnej woli. Trzeba przede wszystkim mieć silną wolę a wskazówek trzeba szukać w książkach, czasopismach" (K, 23, średnie).

W opiniach wielu liderów zdrowie uzależniane jest nie tylko od realizacji konkretnych działań, ale również od posiadania określonej postawy psychicznej. Postawa ta obejmuje przekonanie, że coś się robi dla zdrowia: "Człowiek sam wpływa na zdrowie [...]. Sens życia i przekonanie, że coś, co się robi jest dobre i to pomaga w przezwyciężaniu chorób" (K, 29, wyższe). "Duże znaczenie ma tutaj świadomość, że zdrowo się odżywiam, i dzięki tej świadomości czuję się zdrowo" (K, 37, wyższe).

Optymizm co do własnej roli w kształtowaniu stanu zdrowia wydaje się szczególnie charakterystyczny dla liderów nazwanych wcześniej refleksyjnymi oraz spontanicznymi, nieco mniej natomiast dla osób reaktywnych, zorientowanych na problem zdrowotny - zwłaszcza w sytuacjach, gdy choroba jest odbierana jako dająca się wyraźnie we znaki. Wiara we własne możliwości dotyczy bowiem głównie u m a c n i a n i a zdrowia i z a p o b i e g a n i a chorobie. Sytuacja zmagania się z zaistniałą chorobą u jednych osób przyczynia się do umacniania przekonań o jej behawioralnym podłożu, o czym była mowa już wcześniej, u innych natomiast bardziej sprzyja myśleniu fatalistycznemu: "Człowiek jest zapracowany, nie ma na nic czasu, nie ma nawet czasu pomyśleć o swoim zdrowiu" (K, 40, średnie). Jednakże nawet w takich fatalistycznych postawach pojawiają się często elementy wiary w siebie: "W dzisiejszych czasach człowiek ograniczony jest środkami materialnymi. Ale trzeba starać się jak można, aby nie dać się stłamsić" (K, 42, średnie). "Zdrowie trzeba

pielęgnować takie, jakie się ma. Nie wszyscy rodzą się zdrowi. Jacyś się rodzimy, jakieś choroby mogą nas zaatakować, a my musimy sobie radzić, nie denerwować się. O zdrowie trzeba dbać. Po prostu zachować dietę, czystość, nie pić alkoholu, nie palić. To na pewno. A jak będzie rak, no to nie ze swojej winy" (K, 49, średnie). "Szkodzi nam zanieczyszczone środowisko, chemia w domu, dziura ozonowa. I to też trzeba brać pod uwagę, ograniczać ten wpływ przez moje postępowanie" (K, 28, średnie).

Podsumowując analizę różnic w sposobach myślenia o zdrowiu obserwowanych pomiędzy grupami osób aktywnych i pasywnych można stwierdzić, że dla tej pierwszej grupy zdrowie zazwyczaj stanowi coś w rodzaju **wyzwania, któremu trzeba sprostać** (utrzymać lub umocnić zdrowie), **problemu, z którym trzeba się zmagać** (choroba), bądź źródła pozytywnych **doznań, o które warto zabiegać** (zadowolenie z efektów lub z samej realizacji aktywności prozdrowotnej). Natomiast w myśleniu charakterystycznym dla osób pasywnych zdrowie wydaje się danym człowiekowi raz na zawsze **zasobem, z którego w bezrefleksyjny sposób się czerpie**, w związku z czym jest raczej pomijane w refleksji życia codziennego. Jeżeli pojawia się w polu uwagi to głównie rozumiane na jeden z dwóch przeciwstawnych sposobów. Albo jest to coś bardzo zindywidualizowanego, do czego nie odnoszą się ogólne wskazania dotyczące zdrowego stylu życia ("każdy człowiek jest przecież inny"), albo z kolei jest to coś tak ogólnego (coś, o co "powinno się dbać"), że odnosi się do jakichś "innych", "ludzi", a nie do konkretnej osoby - przez co czuje się ona zwolniona od powinności wspierania **własnego** zdrowia, dbania o siebie.

8. PODSUMOWANIE. WNIOSKI DLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Jednym z celów przeprowadzenia przedstawionych w tym opracowaniu analiz było sformułowanie wniosków pozwalających doskonalić działania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Przesłanką dla potrzeby doskonalenia tych działań jest niezadowalająca ocena stanu zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, jakiej można dokonać na podstawie wielu badań opisujących elementy stylu życia naszego społeczeństwa, analizowane z punktu widzenia ich związku ze zdrowiem. Ocenny obraz, jaki wyłania się z tych badań, ująć można w trzech aspektach. Po pierwsze, wskazać należy duże rozpowszechnienie niekorzystnych dla zdrowia zachowań, takich jak m.in. palenie tytoniu czy brak aktywności fizycznej, zwłaszcza, gdy ujmuje się te zachowania na tle różnych niekorzystnych ich trendów rozwojowych oraz wskaźników stanu zdrowia społeczeństwa[20]. Po drugie, co było przedmiotem uwagi referowanych tutaj badań, mało rozpowszechnione są działania podejmowane w celu aktywnego kształtowania poszczególnych, istotnie wpływających

[20] Niektórzy autorzy dopatrują się pozytywnych zmian w tych obszarach (np. Zatoński, 1999).

na zdrowie, elementów stylu życia. Zdecydowana większość społeczeństwa jest w swoich zachowaniach obojętna wobec możliwości wspomagania własnego zdrowia bądź przeciwdziałania jego zagrożeniom. Po trzecie, zaledwie w przypadku kilku procent dorosłych Polaków można mówić o prozdrowotnym stylu życia w takim znaczeniu, jakie wiąże się z używanym tu pojęciem lidera aktywności prozdrowotnej, a więc o kompleksowo realizowanej (w różnych obszarach życia codziennego) trosce o własne zdrowie. Fakt, że istotna część osób o wysokim poziomie aktywności prozdrowotnej staje się takimi dopiero w konsekwencji ataku choroby (osoby nazwane "reaktywnymi"), obraz ten czyni jeszcze bardziej pesymistycznym.

Dążenie do zmiany wyżej opisanej sytuacji w **praktyce** działań na rzecz ochrony zdrowia objawia się głównie próbami doskonalenia działalności z zakresu edukacji zdrowotnej, bo społeczno-środowiskowy paradygmat zdrowia (zob. Noack, 1987), zgodnie z którym efektywna promocja zdrowia polegać powinna przede wszystkim na skoordynowanym wprowadzaniu zdrowia w logikę funkcjonowania różnych podsystemów społecznych (Grossman, Scala, 1993), nie zdążył jeszcze zadomowić się w polityce zdrowotnej, choć szeroko opisany został już w literaturze (np. Włodarczyk, 1988). Dlatego właśnie z punktu widzenia potrzeb edukacji zdrowotnej najczęściej jeszcze obecnie dokonuje się interpretacji ustaleń empirycznych dotyczących zachowań i świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Należy tu jednakże, za C.Włodarczykiem (1988, s. 98), zauważyć, że w omawianym kontekście sposoby interpretacji ustaleń z badań i ostateczne konkluzje często zależą bardziej od postaw i wartości akceptowanych przez interpretatora, niż od treści uwzględnianych przez niego informacji. Wydaje się, że owe postawy i wartości ujawniają się już w samej koncepcji działań, które nazywamy edukacją zdrowotną.

Edukacja zdrowotna tradycyjnie pojmowana jest jako działalność polegająca na intencjonalnym przekazywaniu ludziom usankcjonowanych autorytetem medycyny informacji, co powinni robić aby ustrzec się chorób

i zachować zdrowie. Ten model edukacji zdrowotnej J.K.Davies (1990) nazywa "prewencyjnym". Grupuje on działania, których celem jest przekonanie jednostek o konieczności dokonania takich zmian w ich zachowaniach, jakie - zdaniem profesjonalistów z kręgu medycyny - przyczyniać się będą do zmniejszenia ryzyka związanego z określoną jednostką chorobową. Davies przywołuje również inne spojrzenie na edukację zdrowotną i ten jej model nazywa "autokreacyjnym (self-empoverment)". Tutaj działania koncentrują się nie tyle na przekonywaniu ludzi o konieczności takich czy innych zmian w ich zachowaniach, ale na dostarczaniu im różnego typu przesłanek pozwalających samodzielnie podejmować decyzje co do zdrowego stylu życia i radzenia sobie z codziennymi problemami. Celem jest tutaj ogólne uaktywnienie jednostek i grup społecznych oraz kształtowanie ich samodzielnego, krytycznego myślenia, w tym zdolności określenia, co jest korzystne dla ich zdrowia.

Edukacja zdrowotna pojęta zgodnie z modelem autokreacyjnym nie musi ograniczać się do intencjonalnego przekazywania wiedzy. Może to być, jak ujmuje ów problem Smith, suma wszelkich wpływów, które kształtują naszą wiedzę, przekonania, emocje, wartości i zachowania odnoszące się do spraw zdrowia. Wpływy te obejmują formalne i nieformalne wychowanie w rodzinie, instytucjach edukacyjnych i w całym życiu społecznym, jak również specjalne działania inspirowane przez system opieki zdrowotnej. W takim znaczeniu wszyscy otrzymujemy edukację zdrowotną przechodząc przez nasze życie w społeczeństwie (Downie, Fyfe, Tannahil, 1993). Częściej jednak pod pojęciem edukacji zdrowotnej rozumie się intencjonalnie prowadzoną działalność komunikacyjną, której celem jest umocnienie zdrowia pozytywnego i zapobieżenie chorobie lub ograniczanie jej u jednostek i grup, poprzez wpływanie na sposoby myślenia i zachowania społeczeństwa w ogóle, ze szczególnym uwzględnieniem osób sprawujących władzę (w tym liderów opinii). Ów ostatni aspekt J.K. Davies nazywa "radykalnym" lub "politycznym" modelem edukacji zdrowotnej. Zmierza on do wywoływania i

stymulowania działań zbiorowych na rzecz przekształceń o charakterze społeczno-politycznym, które sprzyjać będą eliminacji zagrażających zdrowiu czynników szeroko pojętego środowiska (społecznego, ekonomicznego, przyrodniczego). Idzie tu również o takie przekształcenia, które ułatwiać będą promowanie mechanizmów społecznych sprzyjających zdrowiu.

Przywołana wielość koncepcji edukacji zdrowotnej powoduje, że przedstawione w tym opracowaniu ustalenia empiryczne mogą stanowić podstawę do formułowania różnych, często odmiennych wniosków na temat postulowanych kierunków działalności edukacyjnej w obszarze zdrowia. Dotyczy to zwłaszcza danych na temat świadomości zdrowotnej, bo dane opisujące zachowania społeczeństwa zazwyczaj, niezależnie od akceptowanego modelu edukacji zdrowotnej, skłaniają do wniosków postulujących intensyfikację i doskonalenie działań edukacyjnych, cokolwiek by one miały oznaczać. W związku z powyższym w tym miejscu na ustalenia dotyczące potocznego myślenia o zdrowiu (i zachowaniach z nim związanych) można spojrzeć z punktu widzenia tego modelu edukacji zdrowotnej, który J.K.Davies nazywa autokreacyjnym.

Wybór tego właśnie modelu zbieżny jest z generalną koncepcją referowanego tematu. Przedmiotem uwagi są w nim bowiem nie tyle konkretnie określone zachowania, szczegółowo oceniane z punktu widzenia zgodności z kanonami ustalonymi w naukach medycznych, ile ogólnie pojęta aktywność w obszarach życia uznawanych - przynajmniej od czasów Hipokratesa i Platona (Jaeger, 1964) - za istotnie związane ze zdrowiem. W mniejszym stopniu interesująca była ocena medyczna badanych zachowań, co sam fakt i przyczyny ich realizacji. Wiąże się to z akceptacją stanowiska, że podstawowym problemem praktycznym, przed którym obecnie stoi system edukacji zdrowotnej w Polsce (jeśli w ogóle można mówić o takim systemie) jest w ogóle motywowanie ludzi do działania na rzecz zdrowia, natomiast szczegółowe modelowanie treści tych działań jest niejako celem drugoplanowym. Innymi słowy, przykładowo, ważniejszym w skali

społecznej wydaje się obecnie to, aby ludzie w swoich działaniach interesowali się tym, co jedzą i dlaczego dokonują w swoim sposobie odżywiania takich czy innych wyborów, niż to, aby spożywali określony produkt bądź go unikali. Pogląd ten nie oznacza oczywiście, że "wiedza - recepta" jest mało istotna jako czynnik prozdrowotnego stylu życia. Może ona przecież być ważnym elementem motywacyjnym. Z drugiej strony wielość tego typu recept o wzajemnie sprzecznej treści, bombardujących nieustannie świadomość potoczną jest czynnikiem zniechęcającym do korzystania z zawartej w nich wiedzy.

Referowane stanowisko pozwala na wyróżnienie dwóch obszarów działań z zakresu edukacji zdrowotnej (pojętej jako oddziaływania skierowane na rozwijanie indywidualnych prozdrowotnych stylów życia w większym stopniu niż na interwencje w systemie społecznym). Pierwszy to wyzwalanie motywacji społeczeństwa do aktywności we wpływających na stan zdrowia sferach życia. Drugi to dostarczanie przesłanek do wyboru konkretnych działań w tych sferach (głównie wiedzy - recepty) oraz nauczanie umiejętnej ich realizacji. Zgromadzone w wyniku przeprowadzonych badań dane empiryczne pozwalają sformułować kilka uwag związanych z pierwszym obszarem postulowanych przedsięwzięć edukacyjnych. W tym kontekście można m.in. postawić dwa pytania: 1/ co robić, aby stymulować aktywność oraz 2/ co robić, aby eliminować pasywność w sferze stylu życia związanego ze zdrowiem?

Stymulowanie aktywności prozdrowotnej w skali społecznej[21] poprzez edukację zdrowotną wymaga uwzględnienia złożoności i zróżnicowania świadomościowych czynników warunkujących działania na rzecz zdrowia. Idzie tu, po pierwsze, o fakt, że poszczególne osoby motywowane są wewnętrznie na nieco różne sposoby (co stało się

---

[21] Przedstawione dalej uwagi mogą zostać wykorzystane zarówno przy formułowaniu treści przekazów edukacyjnych w dużych ogólnospołecznych kampaniach, jak również w działaniach skali mikro, polegających często na udzielaniu poradnictwa przez pracowników służby zdrowia, bądź w bardziej zaawansowanych działaniach, np. warsztatach kreowania liderów promocji zdrowia.

podstawą wyróżnienia osób refleksyjnych, reaktywnych i spontanicznych). Po drugie, różne zachowania tych samych osób stymulowane mogą być w odmienny sposób. Po trzecie, te same zachowania warunkowane mogą być wieloma różnymi czynnikami.

Złożoność, o której mowa, skłania do prowadzenia takich kampanii edukacyjnych, które odwoływać się będą do jak najszerszego zakresu świadomościowych uwarunkowań aktywności prozdrowotnej. W świetle zgromadzonych ustaleń empirycznych najważniejszym wydaje się kreowanie u jak największej grupy osób przekonania o ich **własnych dużych możliwościach** wpływania na stan swojego zdrowia. Właśnie to przekonanie najwyraźniej odróżnia sposoby myślenia osób aktywnych od pasywnych. Należy przy tym podkreślić, że omawiane przekonanie powinno w wyraźny sposób odnosić się do możliwości i zdrowia **adresata** przekazu, a nie do ludzi i zdrowia w ogóle.

Ta ostatnia uwaga wiąże się z kolejną ogólną dyrektywą mówiącą o konieczności takiego formułowania przekazu edukacyjnego, aby był odbierany jako dotyczący bezpośrednio osoby, do której jest adresowany. Jak wyraziła to jedna z badanych osób: "Polak wtedy interesuje się sprawami zdrowia, gdy dotyczą bezpośrednio jego". Takie zindywidualizowanie przekazu polegać powinno m.in. na zastąpieniu ogólnych, abstrakcyjnych kategorii zdrowia czy choroby - odległych od osobistego doświadczenia edukowanych osób - pojęciami opisującymi doświadczane przez adresatów stany rzeczy. Wydaje się, że miejsce groźnej choroby powinny zająć (przynajmniej w jakiejś części, bo w stosunku do niektórych osób informacja o zagrożeniu określoną chorobą lub strach przed ogólnie postrzeganym groźnym schorzeniem, np. zagrażającym życiu, może być także czynnikiem motywującym do pewnych działań) doświadczane czasami w życiu codziennym, odczuwane jednocześnie jako przykre bądź uciążliwe, dolegliwości. Potencjalne osłabienie sprawności fizycznej, kondycji, przemęczenie, defekty urody itp. wydają się w tym kontekście bliższe indywidualnemu doświadczeniu adresatów edukacji zdrowotnej, a

przez to skuteczniej motywujące do działań na rzecz zdrowia, niż np. odległa perspektywa choroby niedokrwiennej serca bądź skrócenia trwania życia o kilka lat. (Jak pokazały ustalenia empiryczne pochodzące z sondażu przeprowadzonego w pierwszym etapie badań, długość życia nie jest bynajmniej postrzegana w naszym społeczeństwie jako istotny aspekt zdrowia. Wskazuje go jedynie 8% próby reprezentacyjnej). Podobnie w miejsce ogólnej kategorii dobrego zdrowia częściej powinny pojawiać się indywidualnie doświadczane jego aspekty, bogatsze w treści niż tylko pojęcie braku choroby. Badania pokazują, że w świadomości naszego społeczeństwa właśnie one, tzn. sprawność, dobre samopoczucie, brak dolegliwości i dystresu są najczęściej eksponowanymi w życiu codziennym kryteriami dobrego zdrowia (Puchalski, 1994).

W związku z powyższą uwagą pojawia się kolejne zadanie stojące przed edukacją na rzecz zdrowia. Jest to potrzeba uczynienia dbania o zdrowie i samego zdrowia **wartością atrakcyjną** dla jednostek i grup społecznych. Jak mówi jedna z badanych osób: "Ważne jest, aby dbanie o zdrowie nie było jakimś obowiązkiem ale przyjemnością". Stąd postulat szerszego wykorzystania motywacji pozytywnej (w miejsce wciąż jeszcze dominującej w praktyce edukacji zdrowotnej w Polsce motywacji odwołującej się do zakazów i zastraszania), odwołującej się do ukazywania korzyści, jakich dostarcza zdrowie i systematyczna realizacja zachowań zdrowotnych. Idzie przy tym nie tyle o wskazywanie korzyści dla zdrowia, ale **dla człowieka** - konkretnej jednostki (lub grupy społecznej, np. rodziny), do której kierowany jest przekaz edukacyjny.

Edukacja zdrowotna nie może być oczywiście prowadzona z pominięciem jednej z jej podstawowych a jednocześnie tradycyjnych funkcji, którą jest popularyzowanie wiedzy na temat działań, jakie poszczególne osoby mogą realizować by sprzyjać swojemu zdrowiu (a tym samym i sobie). "Bo wiem, że to zdrowe" - mówią niektóre osoby zapytane o uzasadnienie ich prozdrowotnej aktywności. Tu jednak szczególnie istotnym postulatem wydaje się konieczność wykorzystywania takich metod

edukacyjnych, które pozwolą wprowadzać i utrwalać określone przekonania w świadomości jednostek nie tyle w charakterze wiedzy apriorycznej, co opartej na ich indywidualnym doświadczeniu lub choćby (czy raczej: a także) doświadczeniu bliskich im osób (za trafnością tego podejścia wydaje się przemawiać wykorzystywana w marketingu niezwykle efektywna metoda tzw. reklamy poświadczonej).

Operowanie w procesach edukacji zdrowotnej indywidualnym doświadczaniem zdrowotnych efektów takich czy innych działań, a tym samym doświadczaniem zjawisk zdrowia, wydaje się ważne z wielu punktów widzenia. To właśnie pozwala uczynić zdrowie atrakcyjnym a jednocześnie konkretnym, niejako **namacalnym przedmiotem**. To również czyni przekazywaną wiedzę o zachowaniach zdrowotnych bardziej wiarygodną i lepiej ugruntowaną. Dalej, co szczególnie wyraźnie widać było u osób z grupy reaktywnych, choć nie tylko, odczuwanie zjawisk zdrowia stanowi istotny czynnik motywujący do podejmowania i realizowania aktywności prozdrowotnej. Wreszcie indywidualne doświadczanie tego, co nazywamy stanem zdrowia, stymuluje myślenie o zdrowiu. A właśnie to myślenie o zdrowiu, w połączeniu z wiarą we własne możliwości sprzyjania mu i wiedzą, w jaki sposób można je wspomagać, okazuje się szczególnie istotnym czynnikiem wyznaczającym poziom aktywności na rzecz zdrowia. Jak mówi jedna z badanych osób: "Myślimy o zdrowiu. Stąd nasze innowacje i robienie rzeczy, które sprzyjają zdrowiu".

Edukacja zdrowotna nie może oczywiście ograniczać się do oddziaływania na osoby, u których zamierza się stymulować indywidualną aktywność na rzecz zdrowia. Osoby te powinny uzyskać możliwie wszechstronne wsparcie dla swoich już realizowanych, czy potencjalnych, prozdrowotnych zachowań. Szczególnie idzie tu o potrzebę kreowania społecznego wsparcia dla działań służących zdrowiu, co wchodzi m.in. w zakres tego modelu edukacyjnego, który Davies nazywał "politycznym". Jak pokazał zgromadzony materiał empiryczny, to właśnie wsparcie w wielu sytuacjach było istotnym czynnikiem ukierunkowującym, a nawet wyzwalającym analizowaną tu aktywność. Ono oddziaływało także na osoby

nazwane wcześniej spontanicznymi, w stosunku do których działania edukacyjne wydają się mało efektywne, a przynajmniej znacznie mniej efektywne niż w stosunku do osób refleksyjnych a nawet reaktywnych.

Ostatnie z przedstawionych tu uwag wiążą się z szerszą konkluzją, że stan zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego w znacznym stopniu zależeć będzie nie tylko od świadomości zdrowotnej tzw. szarego człowieka, ale także od szeregu czynników środowiska, zwłaszcza społeczno-ekonomicznego, w którym przychodzi żyć temu człowiekowi. Zależeć będzie m.in. od poziomu ogólnego wykształcenia, którego podnoszenie A.Ostrowska (1998) uznaje za podstawową, najbardziej efektywną strategię przeciwdziałania nierównościom w sferze zdrowia, związanym z różnicami w aktywności na rzecz zdrowia i realizowanymi wzorami dbania o zdrowie grup odmiennych pod względem poziomu wykształcenia. Uzależniony również będzie od stopnia zamożności, sposobów funkcjonowania opieki medycznej, zabezpieczeń społecznych, dostępności środków spożycia i innych czynników, wyróżnionych choćby w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, a zwłaszcza od rozwiązań systemowych w tych i innych obszarach życia społecznego (zob. Ostrowska, 1998). I tu rysuje się rola wspomnianej "politycznej" edukacji zdrowotnej, co jednak wykracza poza przedmiot zainteresowania przedstawionych badań i tym samym możliwości wypowiadania się w oparciu o zaprezentowany materiał empiryczny.

BIBLIOGRAFIA

1. Becker M.H., Patient adherence to prescribed therapies, "Medical Care", 1985, 5

2. Cialdini R., Wywieranie wpływu na ludzi, GWP, Gdańsk, 1996

3. Davies J.K., Health education: its strengths and limitations, paper on International Conference on Healthy Lifestyles, Leningrad, 1990 (tekst powielony)

4. De Vries H., Oświata zdrowotna i promocja zdrowia. Teoria i praktyka, w: Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia, pr. zb. pod red. M.Miller i D.Cianciary, PZH, Warszawa, 1999

5. Downie R.S., Fyfe C., Tannahil A., Health Promotion. Models and Values, Oxford Medical Publ., Oxford - New York - Tokyo, 1993

6. Gniazdowski A., Zachowania zdrowotne a zdrowie. Badanie związków, w: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, red. A.Gniazdowski, IMP, Łódź, 1990

7. Gniazdowski A., Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne, IMP, Łódź, 1995

8. Gochman D.S.,Health Behavior: Plural Perspectives, w: Health Behavior. Emerging Research Perspectives (D.S. Gochman, ed.) Plenum Press, New York and London, 1988

9. Grossmann R., Scala K., Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 1997

10. Health Behavior. Emerging Research Perspectives, ed. D.S. Gochman, Plenum Press, New York and London, 1988

11. Jaeger W., Paideia, t. II, PAX, Warszawa, 1964

12.Kar S.B., Berkanovic E., Indicators of behaviour conductive to health promotion, Measurement in health promotion and protection, (T.Abelin, Z.J.Brzeziński, V.D.L.Carstairs, eds) WHO, Copenhagen, 1987

13.Kirscht J.P, The health belief model and predictions of health actions, Health Behavior, Plenum Press, New York and London, 1988

14. Korzeniowska E., Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy, IMP, Łódź, 1997

15.Lau R.R., Beliefs about control and health behavior, Health Behavior (D.Gochman, ed.) Plenum Press, NY and London, 1988

16.Life - Styles and health, "Social Science and Medicine", no 2, 1986

17. Ostrowska A., Prozdrowotne style życia, "Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", Nr 10-11, 1997

18. Ostrowska A., Nierówności w sferze zdrowia, "Kultura i Społeczeństwo", Nr 2, 1998

19. Penkala-Gawęcka D., Antropologia medyczna i etnomedycyna. Rozwój, stan badań, perspektywy, "Lud", t.67, 1983

20. Penkala-Gawęcka D., Badania etnologiczne nad medycyną komplementarną, w: Szkice z socjologii medycyny, pr. zb. pod red. M. Libiszowskiej-Żółtkowskiej, M.Ogryzko-Wiewiórowskiej, W. Piątkowskiego, UMCS, Lublin, 1998

21. Pike S., Forster D., Promocja zdrowia dla wszystkich, Czelej Wydawn., Lublin, 1998

22. Pill R., Issues in lifestyles and health: lay meanings of health and health behaviour, w: Health promotion research (B.Badura, I.Kickbusch, eds.), WHO, Copenhagen, 1991

23. Psychologia zdrowia, pr. zb. pod red. I.Heszen-Niejodek i H.Sęk, PWN, Warszawa, 1997

24. Pschospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Raport końcowy z realizacji projektu badawczego nr 110819101, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, 1995 (m- pis)

25. Puchalski K., Pojęcie zachowań związanych ze zdrowiem. Geneza i próba typologii, Socjologia zdrowia i medycyny. Konwersatorium 1988-89. Materiały, IFIS, Warszawa, 1989

26. Puchalski K., Kryteria zdrowia w świadomości potocznej, "Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna" 1994, Nr 1-2

27. Puchalski K., Zdrowie w świadomości społecznej. IMP, Łódź, 1997

28. Sadowski Z., Promocja zdrowia. Szansa i konieczność, "Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna", Nr 3-4, 1995

29. Schwarzer R., Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście teoretyczne i nowy model, w: Psychologia zdrowia, pr. zb. pod red. I.Heszen-Niejodek i H.Sęk, WN PWN, Warszawa, 1997

30. Sęk H., Psychologia wobec promocji zdrowia, w: Psychologia zdrowia, pr. zb. pod red. I.Heszen-Niejodek i H.Sęk, WN PWN, Warszawa, 1997

31. Sokołowska M., Socjologia medycyny, PZWL, Warszawa, 1986

32. Włodarczyk W.C., Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce, IMP, Łódź, 1988

33. Zatoński W., Czy w demokracji żyje się zdrowiej, Fundacja "Promocja Zdrowia", Warszawa, 1999

34. Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, red. A.Gniazdowski, IMP, Łódź, 1990