

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/305789996>

Dlaczego nie dbamy o własne zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych

Chapter · January 2004

CITATIONS

2

READS

181

2 authors, including:



Krzysztof Puchalski

Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź, Poland

65 PUBLICATIONS 132 CITATIONS

SEE PROFILE

Krzysztof Puchalski, Elżbieta Korzeniowska

**DLACZEGO NIE DBAMY O ZDROWIE?
ROLA POTOCZNYCH RACJONALIZACJI W WYJAŚNIANIU
AKTYWNOŚCI PROZDROWOTNEJ¹**

TEKST OPUBLIKOWANY W: W. Piątkowski (red.), Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004, s. 107-126

Wstęp

W ostatniej dekadzie ubiegłego stulecia odnotowano w Polsce wyraźną i dynamiczną poprawę wskaźników stanu zdrowia społeczeństwa, następującą po skumulowaniu się na przełomie lat 80. i 90. wielu niekorzystnych zjawisk w tym obszarze (Zatoński, 2002; Ostrowska, 2000). Ta poprawa, wyrażająca się głównie spadkiem współczynników umieralności z powodu głównego „zabójcy” społeczeństwa – chorób układu krążenia, tłumaczona jest na dwa podstawowe sposoby. Pierwszy dotyczy bezpośredniego wpływu zachodzących w Polsce przemian społeczno-gospodarczych na stan zdrowia (takich jak poprawa poziomu życia i warunków środowiskowych, normalizacja sytuacji społecznej, lepsze przystosowanie się obywateli do zachodzących zmian, redukcja poziomu stresu społecznego itp.). Drugi ukazuje wpływ owych zmian systemowych na sprzyjającą zdrowemu życiu ofertę rynkową, a przez nią na niektóre zachowania

¹ Praca wykonana w 2003 r. w ramach projektu IMP 8.13 „Diagnoza barier rozwoju promocji zdrowia występujących w świadomości zdrowotnej populacji pracujących”, finansowanego z dotacji KBN na działalność statutową Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

zdrowotne społeczeństwa. Dzięki ogólnej redukcji spożycia alkoholu i tytoniu, wzrostowi konsumpcji owoców, a przede wszystkim tłuszczów roślinnych udało się, zdaniem specjalistów zdrowia publicznego, uzyskać znaczącą i szybką poprawę kondycji zdrowotnej społeczeństwa (Zatoński, 2002)²

Ten optymistyczny obraz psuje nieco obserwacja, że przywołane przemiany społeczno-gospodarcze w początkach lat 90. miały wyraźniejszy niż obecnie wpływ na zachowania konsumentów. Prawdopodobnie więc, jak prognozuje A.Ostrowska (2000, dalsze prozdrowotne zmiany w zachowaniach będą następować wolniej, a ich stymulatorem w większym stopniu stanie się świadomość zdrowotna, niż elementy rynkowe.

Z drugiej strony autorzy obszernych badań nt. warunków i jakości życia Polaków (Diagnoza społeczna, 2003) ukazują dwa ważne w tym kontekście zjawiska. Pierwsze obejmuje dużą i wzrastającą aktywność społeczeństwa w zakresie zdobywania wykształcenia. Drugie to postępujący wzrost poziomu zamożności obywateli. Oba, zwłaszcza poziom wykształcenia, traktowane są jako podstawowe, strukturalne wyznaczniki realizacji zachowań sprzyjających zdrowiu (Ostrowska, 1999, 2000)³.

Przedmiotem dalszej uwagi będzie próba odpowiedzi na pytanie o bariery, które na tle wskazanych wyżej optymistycznych zjawisk utrudniają nam indywidualną troskę o własne zdrowie, przejawianą w formie zachowań opisywanych pojęciem prozdrowotnego stylu życia (Gniazdowski, 1990). Bariery tych poszukiwać będziemy w obszarze treści i korelatów świadomości społecznej, uznając wzrastającą jej rolę w generowaniu zachowań

² Przykładowo, tempo spadku współczynników umieralności z powodu chorób układu krążenia w latach 1991–1999 w Polsce należało do najwyższych kiedykolwiek obserwowanych na świecie. Nie dziwi zatem, że opracowanie omawiające te zagadnienia nosi podtytuł „Cud zdrowotny nad Wisłą” (Zatoński, 2002)

³ Jednocześnie autorzy raportu (Diagnoza społeczna, 2003) odnotowują wysoki a zarazem wzrastający realny popyt na usługi medyczne, przejawiany nie tylko przez osoby z zaburzeniami ale także dobrze oceniające stan swojego zdrowia. Ponadto prognozują, że gdyby nie było różnego typu ekonomicznych i administracyjnych barier w dostępie do medycyny, należałoby jeszcze oczekiwać istotnego wzrostu tego popytu.

zdrowotnych⁴. Skupimy się zatem nie tyle na czynnikach sprzyjających prozdrowotnym lub antyzdrowotnym działaniom, co eksploruje zdecydowana większość badań z tego zakresu, ale na zasadniczo pomijanych uwarunkowaniach pasywnych postaw wobec zdrowia. Spróbujemy zrozumieć, w oparciu o perspektywę uczestników życia społecznego, a więc ich potoczną świadomość, dlaczego liczne grupy nie realizują tych działań, które w opinii ekspertów wpływają na poprawę zdrowia. Ponadto postaramy się dowieść, że pomijane w dotychczasowych badaniach treści myślenia o zdrowiu – wyrażone w potocznych racjonalizacjach – są ważnym czynnikiem wyjaśniającym omawiany brak aktywności prozdrowotnej⁵

Materiał wykorzystany w tym tekście pochodzi głównie z kilku ogólnopolskich badań realizowanych przez autorów w minionej dekadzie, dotyczących zachowań i świadomości zdrowotnej dużych grup społecznych, zwłaszcza osób pracujących. Większość ustaleń opiera się o dane z sondażu przeprowadzonego w 2002 roku w losowo dobranej grupie 1134 pracowników ponad 250 średnich i dużych przedsiębiorstw z terenu całego kraju⁶. Materiał ten, z oczywistych względów, nie upoważnia do formułowania wniosków reprezentatywnych dla polskiego społeczeństwa. Pozwala jednak poprzez zestawienie wyników różnych badań dużych liczebnie zbiorowości, stawiać hipotezy na temat skali opisywanych zjawisk w społeczeństwie oraz, w zdecydowanie bardziej ugruntowanej formie, na temat związków pomiędzy analizowanymi zmiennymi.

⁴ Według H. Sęk (1997) pomijanie świadomości podmiotów działania w wyjaśnianiu oraz próbach modyfikowania zachowań zdrowotnych w programach promocji zdrowia uznać należy za istotny „błąd sztuki”, popełniany nagminnie na polu polityki zdrowotnej.

⁵ Pojęcia aktywności prozdrowotnej i nie działania zdrowego omówione zostały szczegółowo w innych opracowaniach (Puchalski, Korzeniowska, Piwowarska–Pościk, 1999, Puchalski, 1997). To ostatnie zawiera również omówienie pojęcia świadomości zdrowotnej oraz w jej zakresie relacji pomiędzy świadomością społeczną i potoczną, wiedzą i myśleniem

⁶ Badanie zrealizowane poprzez sieć ankieterską Zakładu Badań Naukowych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego w projekcie PCZ–21–21 pt. „Aktywność zawodowa pracowników w aspekcie problematyki starzejącego się społeczeństwa”

Na czym polega troska o własne zdrowie?

W pierwszej kolejności przyjrzyjmy się, w jaki sposób troska o zdrowie pojmowana jest w świadomości potocznej.

Wyniki wielu badań, posługujących się różnymi typami narzędzi, wydają się zgodne gdy idzie o odtworzenie treści potocznie definiowanego zdrowego życia w ujęciu, modelowym (jak należy zdrowo żyć?). Zdrowe życie, ogólnie rzecz ujmując, to przede wszystkim prawidłowe odżywianie się, rekreacja (czyli troska o wypoczynek i kondycję fizyczną) oraz umiejętne radzenie sobie ze stresem (ujmowane często w kategoriach dążenia do harmonii w życiu, ustabilizowania życia). Tu także ważne, choć już rzadziej eksponowane miejsce zajmuje unikanie używek (tytoniu i alkoholu). Poboczna rola przypada natomiast przestrzeganiu zasad higieny (to staje się chyba rzeczą nader oczywistą) oraz spożyciu parafarmaceutyków (co w sugestywny sposób wzmacniają liczne przekazy reklamowe). Korzystanie z opieki medycznej wskazują w tym kontekście tylko nieliczne osoby (Puchalski, 1997; Ostrowska, 1999).

Przywołany obraz troski o zdrowie ulega jednak zmianie wówczas, gdy w miejsce abstrakcyjnie pojętego zdrowego życia pojawia się myślenie o własnym zdrowiu i własnych działaniach⁷. Wówczas ważną pozycję wśród pożądaných zachowań zajmuje również kontakt z instytucjami opieki medycznej (głównie badania stanu zdrowia, ale także podjęcie lub kontynuacja leczenia).

⁷ W badaniu pracowników przedsiębiorstw z 2002 r. na pytanie: „Gdyby chciał(a) Pan(i) bardziej zadbać o własne zdrowie, to które z wymienionych niżej zachowań są najlepsze w P. sytuacji? Proszę wskazać nie więcej niż trzy takie działania” uzyskano następujące wybory (w kolejności od najczęściej wskazywanych): prawidłowe odżywianie się (68%), ćwiczenia kondycji i sprawności fizycznej (46%) zapewnienia sobie niezbędnego relaksu, wypoczynku (45%), umiejętne radzenie sobie ze stresem (35%), wykonywanie badań stanu zdrowia (34%), niepalenie tytoniu, rzucanie palenia, unikanie zadymionych miejsc (20%), zażywanie witamin, odżywek, ziół bez zalecenia lekarza (14%), stosowanie zabiegów i leków przepisanych przez lekarza (12%), umiarkowanie w picie alkoholu (8%), bardziej skrupulatne przestrzeganie przepisów bhp (2%), inne (1%). Zmienność treści myślenia potocznego w zależności od kontekstu ogólnego (zdrowie człowieka) lub indywidualnego (moje zdrowie) omówiona została szczegółowo w innym miejscu (Puchalski, 1997)

A.Ostrowska (1997; 1999, 2000) wskazuje, że aktualnie w naszym społeczeństwie występują dwa odmienne i istniejące niezależnie od siebie sposoby dbania o zdrowie. Pierwszy, w praktyce dominujący, polega na korzystaniu z różnego typu usług instytucji medycznych. Częściej charakteryzuje on osoby starsze, gorzej oceniające swój stan zdrowia. Drugi, relatywnie rzadszy, obejmuje działania związane z omawianym ogólnym pojęciem prozdrowotnego stylu życia. Bardziej charakterystyczny jest dla osób o relatywnie lepszym wykształceniu, wyższej pozycji społeczno-zawodowej, mieszkańców większych miast, z młodszych grup wiekowych, dobrze oceniających własną sytuację materialną, samopoczucie oraz stan zdrowia. Związany jest także z bardziej generalnymi orientacjami życiowymi dotyczącymi postrzegania własnych możliwości i zaspokojenia potrzeb.

Odrębność obu sposobów dbania o zdrowie znajduje potwierdzenie w innych ustaleniach. W badaniu reprezentacji osób aktywnych zawodowo przeprowadzonych w 1996 r. aż 45% respondentów jako planowany sposób zatroszczenia się o własne zdrowie w nadchodzącym roku wymieniło wyłącznie różne aspekty korzystania z usług medycznych, 20% ograniczyło swoje preferencje do zmian w zachowaniach, głównie takich jak odżywianie się, palenie tytoniu i aktywność fizyczna, a tylko 6% połączyło usługi medyczne ze zmianami w elementach swojego stylu życia. Natomiast w odpowiedzi na pytanie o działania na rzecz własnego zdrowia podjęte w roku poprzedzającym badanie już tylko 23% przyznało, że korzystało wyłącznie z jakichś usług medycznych, 4% obok leczenia lub diagnostyki realizowało również zachowania prozdrowotne i tyleż samo co poprzednio, a więc 20% dbało o swoje zdrowie zmieniając sposób odżywiania, rezygnując z palenia, podejmując aktywność fizyczną itp. (tab. 1). Osoby, które deklarowały, że w roku poprzedzającym badanie realizowały zachowania prozdrowotne, generalnie wskazywały również te zachowania jako najlepszy sposób zadbania o zdrowie w nadchodzącym roku. Natomiast osoby, które za najlepszy sposób zadbania o

zdrowie uznały korzystanie z usług medycznych, rekrutowały się głównie spośród już korzystających z medycyny oraz tych, które zadeklarowały, że w minionym roku nic nie robiły dla swojego zdrowia ($p < 0,001$, $C = 0,524$)⁸. Świadczy to niewątpliwie o przywołanym wcześniej zjawisku odrębności dwóch wzorów dbania o zdrowie, które A. Ostrowska nazwała zachowaniami medycznymi i zachowaniami prozdrowotnymi (1997).

Tab. 1

Realizowana i planowana troska o własne zdrowie w deklaracjach reprezentacji osób w wieku produkcyjnym – w % (N = 1668)

Kierunek aktywności	Działania planowane dla zdrowia w nadchodzącym roku	Dziania realizowane dla zdrowia w minionym roku
Brak działań	27	52
Korzystanie tylko z usług medycznych	45	23
Tylko realizacja zachowań prozdrowotnych	20	20
Korzystanie z usług medycznych i realizacja zachowań prozdrowotnych	6	4
Inne	2	1
Ogółem	100	100

W dalszych fragmentach tekstu uwaga zostanie zwrócona na ten drugi typ zachowań, a dokładniej na ich brak lub nikłą realizację.

⁸ Badanie zrealizowano w 1996 r. metodą ankiety pocztowej, rozesłanej do liczącej 4 050 osób próby reprezentatywnej Polaków w wieku produkcyjnym (zwrotność wyniosła 45,2%). Przywołane dane uzyskano w odpowiedzi na następujące pytania:

1. „Gdyby w nadchodzącym roku chciał(a) P dobrze zatroszczyć się o swoje zdrowie, zadbać o nie możliwie najlepiej, to co by P. robił(a) przede wszystkim? a) Nie widzę potrzeby zatroszczenia się o swoje zdrowie. b) Proszę napisać, co by P. robił(a)?”
2. „Czy robił(a) P. coś w ubiegłym roku dla swojego zdrowia, w trosce o utrzymanie go w dobrym stanie?: a) Nie, nic nie robiłem(am). b) Tak. Proszę napisać, co P. robił(a) ...”

Co oznacza brak troski o zdrowie i jaka jest skala tego zjawiska?

Troska społeczeństwa o własne zdrowie, przejawiana w formie indywidualnych zachowań prozdrowotnych, oceniana może być na dwa sposoby. Z jednej strony można analizować, na ile działania poszczególnych osób zgodne są z bardziej lub mniej szczegółowo określonymi postulatami formułowanymi w naukach medycznych. Z drugiego punktu widzenia, zaakceptować można opcję działających podmiotów i polegać na ich ocenie, czy realizują działania ich zdaniem służące zdrowiu, czy nie. W oparciu o przedstawione wcześniej potoczne poglądy na zdrowy styl życia można uznać, że przyjęcie wysokiego poziomu ogólności, bez wnikania w szczegóły zaleceń medycznych, zbliża do siebie oba punkty oceny.

A.Ostrowska (1997) oszacowała, że co piąta osoba w naszym społeczeństwie nie robi nic, co byłoby nakierowane na zachowanie zdrowia, łącznie z unikaniem wszelkich kontaktów z medycyną. Podobnie w badaniach pracowników przedsiębiorstw częściej niż co piąty deklarował bądź to brak jakichkolwiek intencjonalnie prozdrowotnych praktyk w swoim stylu życia (15%), bądź podejmowanie ich dopiero wówczas, gdy ze zdrowiem dzieje się już coś naprawdę złego (7%). Warto zauważyć, że wśród pozostałych osób, a więc cokolwiek robiących dla swojego zdrowia, blisko połowa uznała się za mało wytrwałych w tego typu działaniach, a tylko kilkunastoprocentowa grupa za zdecydowanie wytrwałych.

Zwrócić należy uwagę na rozbieżności pomiędzy ogólnymi deklaracjami a faktycznie realizowanymi działaniami. Chociaż tylko nieco częściej niż co czwarta osoba w wieku produkcyjnym wprost twierdziła, że nie widzi potrzeby, by w nadchodzącym roku troszczyć się o własne zdrowie, to już ponad połowa przyznała, że w minionych dwunastu miesiącach faktycznie nie zrobiła nic dla

utrzymania swojego zdrowia w dobrym stanie (tab. 1)⁹. Zatem im bliżej dotykamy realnych działań, tym grupa osób nie dbających o swoje zdrowie wydaje się coraz większa.

O tym, że często nie dbamy o własne zdrowie świadczy nie tylko brak realizacji zachowań prozdrowotnych, ale także to, że świadomie postępujemy w sposób szkodliwy dla zdrowia, a przy tym nie robimy nic lub niewiele, aby zmienić taki stan rzeczy. Ponad 42% pracowników przedsiębiorstw oceniło swoje codzienne zachowania jako generalnie niekorzystnie wpływające na zdrowie, a kolejne 6% nie potrafiło dokonać oceny ich wpływu. W odpowiedzi na inne pytanie tylko 12% stwierdziło, że nigdy nie postępuje w sposób szkodliwy dla zdrowia¹⁰. Pozostałe osoby swoje antyzdrowotne zachowania uzasadniały przede wszystkim przyzwyczajeniem (62%), przyjemnością z nich płynącą (56%), niechęcią do ograniczania się (54%), brakiem refleksji nad zdrowotnymi skutkami własnych działań (52%), wynikającym z nich poczuciem odprężenia (52%) czy przekonaniem, że zdrowiu bardziej szkodzą inne rzeczy niż takie zachowania (47%). Są to czynniki w dużej mierze zależne od jednostek, a więc wyjaśniane nimi zachowania są przedmiotem względnie nieskrępowanego wyboru. Tezę taką wzmacnia obserwacja, że uzasadnienia odwołujące się np. do presji społecznej, czy choćby przyjętych w rodzinie wzorów zachowań, pojawiają się już zdecydowanie rzadziej.

Badania pokazują, że osoby względnie trwale prowadzące kompleksowo rozumiane zdrowe życie, a więc realizujące łącznie różnego typu działania prozdrowotne stanowią kilkuprocentową grupę naszego społeczeństwa (Piątkowski, 2002, Puchalski, Korzeniowska, Piwowarska–Pościk, 1999). Ze

⁹ Wydaje się to zbieżne z ustaleniami reprezentacyjnych badań z 1993 r., gdzie tylko 58% społeczeństwa uznało siebie za osoby dbające o zdrowie (za: Ostrowska, 1999).

¹⁰ Spośród własnych zachowań uznawanych za szkodliwe najczęściej wskazywanymi (przy ograniczeniu ich liczby do trzech) były: niedostatek wypoczynku (50%), brak dbałości o kondycję fizyczną (38%), palenie tytoniu (34%), niezdrowe odżywianie (33%) oraz lekceważenie objawów choroby (28%) – inne działania wskazywały już tylko nieliczne odsetki badanych.

względu na różnorodność możliwych kryteriów oceny omawianych zachowań trudno jednak precyzyjnie określić jej wielkość¹¹.

Dlaczego oczekujemy od ludzi troski o ich własne zdrowie?

Już samemu pojęciu zdrowia nieodłącznie towarzyszy imperatyw działania. Jako synonim wszechobejmującego dobrostanu, niekiedy szczęścia, najwyższej wartości, nie tylko usprawiedliwia realizację nie zawsze akceptowanych zachowań (np. wycofania się z pełnienia ról zawodowych, spożywania nieprzyjemnie pachnącego dla wielu osób czosnku), ale obliguje do działań służących utrzymaniu go w dobrym stanie. Obligacja taka dotyczy zarówno wielu instytucji społecznych (nie tylko opieki medycznej, bo np. samorządów terytorialnych, zakładów pracy, placówek oświatowych), jak również, chociaż w innej postaci, odnosi się właśnie do poszczególnych osób, od których oczekuje się troski o własne zdrowie¹². Tego typu oczekiwania adresowane do „zwykłych ludzi”, doprowadzone niekiedy do skrajnej postaci, przybierają formę opisywaną w zachodniej literaturze pod pojęciem „obwiniania ofiary” lub, w szerszym kontekście, jako aspekt „healthismu”.

Przekonanie, że powinniśmy dbać o własne zdrowie znajduje uzasadnienie nie tylko w różnych poglądach naukowych (dotyczących uwarunkowań stanu zdrowia) i politycznych (dotyczących odpowiedzialności za zdrowie), ale jest elementem świadomości społecznej. Badania pokazują, że zdrowie od wielu lat uznawane jest niezmiennie przez blisko 2/3 mieszkańców naszego kraju za jeden z trzech podstawowych warunków udanego, szczęśliwego życia i nie ma żadnej innej wartości tak powszechnie wskazywanej

¹¹ A. Ostrowska (1999) również wyraża pogląd, że w naszym społeczeństwie dominują osoby realizujące jakieś pojedyncze działania prozdrowotne, natomiast niewiele jest osób prowadzących kompleksowo pojęty prozdrowotny styl życia

¹² Problem: kto, z jakich powodów i w jakich formach oczekuje od nas troski o własne zdrowie byłby niewątpliwie interesującym przedmiotem osobnych dociekań

w tej roli (Diagnoza społeczna, 2003). Sondaże bezpośrednio dotyczące problematyki zdrowia ukazują rozpowszechnienie uznania dużej jego wartości na znacznie wyższym poziomie. Przykładowo, w badaniu pracowników przedsiębiorstw tylko 8% respondentów zgodziło się z tezą, że realizacja ich celów, dążeń i pragnień bardziej zależy od innych rzeczy i okoliczności, niż od zachowania zdrowia.

Równolegle z tak wysoką oceną wartości zdrowia ok. 80% naszego społeczeństwa wyraża przekonanie, że stan zdrowia w większym stopniu zależy od samego człowieka, niż od innych czynników (Ostrowska, 1997). Podobnie 2/3 pracowników przedsiębiorstw uznało zdrowie za efekt własnych starań człowieka a nie dar, który otrzymuje się od losu. Tyleż samo respondentów odrzuciło przekonanie, że zdrowie podlega nieuchronnemu zużyciu i wyczerpaniu, akceptując w to miejsce pogląd że można je utrzymywać, doskonalić i wzmacniać. I chociaż myśląc o własnym zdrowiu (a nie zdrowiu w ogóle, zdrowiu innych ludzi) na początku lat 90. zazwyczaj nieco rzadziej wyrażaliśmy tak optymistyczne poglądy (Puchalski, 1997), to aktualnie tylko 1/4 pracowników przedsiębiorstw oceniła, że sytuacja życiowa w jakikolwiek znaczący sposób ogranicza im możliwości dbania o własne zdrowie, natomiast 1/5 nie dostrzega tu żadnych ograniczeń, a ponad połowa dobrze radzi sobie z większością problemów.

W kontekście powyższych ustaleń pojawia się problem, jak wyjaśnić współwystępowanie owych przekonań dotyczących wysokiej oceny wartości zdrowia i dużej roli człowieka w utrzymywaniu dobrego stanu zdrowia z generalnie niskim poziomem realizowanej dbałości o zdrowie. Przyjrzyjmy się kilku popularnym sposobom wyjaśniania zachowań zdrowotnych.

Socjomedyczne wyjaśnienia problemu

Jedno z często przywoływanych wyjaśnień tłumaczy ów stan rzeczy niedostatkami wiedzy medycznej społeczeństwa, dotyczącej uwarunkowań stanu zdrowia i roli zachowań zdrowotnych wśród tych uwarunkowań. Badania ukazują jednakże brak związku pomiędzy poprawną z medycznego punktu widzenia ogólną wiedzą o czynnikach ryzyka i objawach typowych chorób, a realizowanymi zachowaniami zdrowotnymi (Ostrowska, 1997). Tego typu ogólna wiedza stała się już, co było sygnalizowane, powszechnym elementem świadomości społecznej, a ewentualna odmienność treści wiedzy potocznej od medycznej dotyczy raczej zagadnień szczegółowych (np. co oznacza zdrowe odżywianie). Z drugiej strony w innym kontekście dowiedziono, że wiedza o zagrożeniach nie przekłada się na gotowość do przeciwdziałania im (Gasparski, 2003). Wcześniejsze badania pokazały też, że ogólna wiedza społeczeństwa na temat uwarunkowań zdrowia, poprawna z medycznego punktu widzenia, odbiega od tej, którą odnosimy do własnego stanu zdrowia (Puchalski, 1997). Zatem brak troski o zdrowie tłumaczyć można nie tyle niedostatkami ogólnej wiedzy o roli zachowań zdrowotnych dla zdrowia, ale być może nieznaną szczegółowych ustaleń medycznych w tym zakresie lub wypieraniem tej wiedzy z myślenia o własnej osobie.

Inne wyjaśnienie odwołuje się do wartości przypisywanej zdrowiu. Trudno jednak odnaleźć w ustaleniach z badań udokumentowane związki pomiędzy deklarowaną wartością zdrowia a realizowanymi zachowaniami są również dane ukazujące, że liczne zbiorowości skłonne są do wysokiej oceny wartości zdrowia i jednocześnie wyrażają gotowość poświęcenia go dla osiągnięcia innych celów (Korzeniowska, 1990). Stąd tradycyjne sposoby ustalania wartościowania zdrowia trudno jest wykorzystać do wyjaśniania aktywności zdrowotnej w badaniach sondażowych – bo trudno chyba byłoby przyjąć, że wartości nie wpływają na zachowania.

Kolejny sposób wyjaśniania odwołuje się do tezy wyrażonej w znanej fraszce Jana Kochanowskiego. Otóż twierdzi się, że do działania na rzecz zdrowia mobilizuje nas dopiero jego utrata. Tak więc dominacja w skali społecznej dobrych ocen stanu zdrowia uzasadniać by miała niską aktywność prozdrowotną. Tymczasem przywołane badanie populacji w wieku produkcyjnym wyraźnie wykazało, że zarówno deklarowana jak realizowana skłonność do troski o własne zdrowie częściej co prawda występuje wśród osób gorzej oceniających jego stan, ale osoby te jako sposób zadbania o zdrowie preferowały kontakt z medycyną. Tymczasem osoby preferujące zachowania prozdrowotne dwukrotnie częściej ($p < 0,001$) rekrutowały się spośród dobrze oceniających swoje zdrowie niż z grupy wyrażającej złe jego oceny. Z kolei tyłuż samo pracowników przedsiębiorstw deklarowało podejmowanie działań prozdrowotnych w sytuacji, w której oceniają swoje zdrowie jako całkiem dobre, jak w sytuacji, w której zauważają coś niepokojącego w swoim zdrowiu.

Kolejna grupa wyjaśnień odwołuje się do psychologicznej teorii umiejscowienia poczucia kontroli (Walston, 1978, Gochman, 1988). W innych wariantach mówi się tu o wyuczonej bezradności (Seligman, 1996), czy poczuciu podmiotowości w sferze zdrowia. Nie wdając się w szczegóły można stwierdzić, że w świetle tej koncepcji o zdrowie dbają głównie te osoby, które mają poczucie, że same kierują swoim życiem, że stan ich zdrowia zależy od tego, co same dla niego zrobią i że mają duże możliwości realizowania działań prozdrowotnych. Warto podkreślić, że wiele badań dobrze potwierdziło związki pomiędzy różnie mierzonym poczuciem kontroli, a zachowaniami prozdrowotnymi (Lau, 1988, Schwarzer, 1997)¹³.

Rozwinięciem koncepcji umiejscowienia kontroli jest koncepcja wyjaśniająca aktywność prozdrowotną przekonaniem o samoskuteczności czyli ogólnie mówiąc o tym, że celowo podjęte i realizowane działania odniosą

¹³ W badaniach populacyjnych silniejszy związek z aktywnością na rzecz zdrowia wykazują przekonania na temat własnych możliwości oddziaływania na swoje zdrowie, niż ogólne sądy dotyczące roli zachowań człowieka wśród ogółu uwarunkowań zdrowia.

zamierzony skutek (Schwarzer, 1997). O zdrowie nie dbamy zatem wtedy, gdy nie wierzymy w skuteczność swoich działań, gdy nie jesteśmy w stanie doprowadzić ich do końca, brakuje nam silnej woli, umiejętności lub nie dostrzegamy zewnętrznych możliwości dla ich realizacji.

W psychologii zdrowia powstało wiele rozbudowanych konstruktów wyjaśniających zachowania związane ze zdrowiem, czerpiących inspirację ze znanego modelu przekonań zdrowotnych (Heszen–Niejodek, 1997). O ile niektóre zmienne z nich pochodzące zostały w wielu badaniach pozytywnie zweryfikowane w roli korelatów różnych form aktywności prozdrowotnej, o tyle całościowo pojęte modele nie doczekały się jednoznacznej pozytywnej oceny z punktu widzenia ich roli eksplanacyjnej. Wydaje się, że podstawowa trudność weryfikacji wynika tu z ukrytego w nich założenia, że racjonalność działającego podmiotu jest tożsama z racjonalnością autora modelu. Zakłada się, że zanim podmiot podejmie działanie, dokonuje wielu skomplikowanych ocen własnej sytuacji zdrowotnej, korzyści i strat związanych z podjęciem lub zaniechaniem działania, możliwych reakcji ze strony otoczenia itp. Tymczasem, jak sugerują niektórzy (Cialdini, 1996), często mamy tendencję do działania „na skróty”, bez uaktywniania owych skomplikowanych mechanizmów poznawczych. Uciekamy się do licznych uproszczeń, dodatkowych sądów, które często stoją w sprzeczności z posiadaną przez nas wiedzą i jak gdyby usprawiedliwiają jej pomijanie w sytuacji podjęcia lub unikania działania¹⁴. Ponadto modele tego typu tworzone były raczej dla wyjaśniania okazjonalnie podejmowanych działań niż bardziej spontanicznych, rutynowych zachowań związanych ze stylem życia.

W badaniach populacyjnych, prowadzonych głównie przez socjologów, zróżnicowanie aktywności na rzecz zdrowia tłumaczone jest miejscem jednostki w strukturze społecznej. Zgromadzono już szereg ustaleń, z których generalnie

¹⁴ Tego typu koncepcja potocznej świadomości zdrowotnej, nawiązująca do St.Ossowskiego koncepcji polimorfizmu natury ludzkiej, wykorzystująca analogię do gry w kości, przedstawiona została w innym miejscu (Puchalski, 1997)

wynika, że aktywności prozdrowotnej sprzyja wzrost poziomu wykształcenia, ale także lepsza sytuacja materialna. Rola innych cech jest słabiej zaznaczona i zrelatywizowana do treści poszczególnych analizowanych zachowań, stąd trudno wskazać inne ogólne, a zarazem jednoznaczne tendencje. Oczywistą jest teza, że zmienne strukturalne traktowane są jako korelaty różnych odmian świadomości grupowej czy społecznego habitusu (Ostrowska, 1999). Związane są z szerszym kulturowym kontekstem funkcjonowania poszczególnych grup i środowisk, stymulującym bądź ograniczającym indywidualne wybory w obszarze zachowań związanych ze zdrowiem.

Wyjaśnienia aktywności związanej ze zdrowiem dokonuje się wreszcie poprzez odwołanie do procesów zachodzących w skali makro w płaszczyźnie ekonomicznej, legislacyjnej czy politycznej. Zmiany w tych obszarach traktowane są przede wszystkim jako czynniki wymuszające określony typ zachowania, korzystnego lub szkodliwego dla zdrowia.

Szersze omówienie zasygnalizowanych sposobów wyjaśniania aktywności prozdrowotnej wykracza poza ramy niniejszego tekstu.

Potoczne racjonalizacje

Próba zastosowania innego typu wyjaśnień podjęta została w badaniu, którego celem było m.in. zrozumienie, dlaczego niewielka część naszego społeczeństwa względnie trwale realizuje w swym codziennym życiu kompleksowe działania prozdrowotne, podczas gdy zdecydowana większość tylko w niewielkim stopniu lub w ogóle nie troszczy się w taki sposób o swoje zdrowie¹⁵. Analizie poddane zostały „głębsze” treści myślenia o sprawach zdrowia, które – retrospektywnie odtwarzane – towarzyszyły działaniom

¹⁵ Projekt badawczy nr 110819109 pt. „Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego”, finansowany ze środków KBN w latach 1992–1995. Omawiany tu fragment badania to analizy o charakterze jakościowym, w których poszukiwano typów myślenia charakterystycznych dla obu odmiennych grup.

prozdrowotnym osób o dużej aktywności w tym zakresie oraz refleksja uzasadniająca bierne postawy wobec zdrowia, towarzysząca wyborom sposobu życia dokonywanym przez osoby pasywne. Nacisk położono na opis charakterystycznych typów myślenia oraz poszukiwanie różnic pomiędzy dwiema skrajnie odmiennymi grupami (szersza prezentacja metody i wyników badania zob. Puchalski i wsp., 1999).

Z uwagi na problem podjęty w niniejszym tekście przywołamy jedynie ustalenia charakteryzujące sposoby myślenia osób pasywnych wobec zdrowia.

Po pierwsze należy stwierdzić, że nie jest to grupa jednorodna. Poszczególne osoby różnią się pomiędzy sobą, rzecz można, stopniem swej pasywności wobec zdrowia. Na jednym krańcu kontinuum spotkać można tych, którzy zdecydowanie docinają się od jakichkolwiek praktyk prozdrowotnych, na drugim natomiast tych, którzy chcieliby działać na rzecz zdrowia lub nawet podejmują takie próby, ale wykazują bierność w dłuższej perspektywie czasowej¹⁶ Te różne typy osób różnią się także argumentacją wyjaśniającą ich sposób postępowania.

Po drugie, osoby bierne generalnie myślą o swoim zdrowiu jako o zasobie, z którego w bezrefleksyjny sposób się czerpie, a co najwyżej można go ochraniać, w przeciwieństwie do osób aktywnych, które traktują zdrowie jak rodzaj recepty na życie, jako wyzwanie, któremu trzeba sprostać, problem, z którym trzeba się zmagać lub źródło doznań, o które warto zabiegać. Osobom pasywnym często natomiast towarzyszy brak wiary we własne możliwości wpływania na zdrowie i podanie się losowi lub ułomnościom własnego charakteru, albo generalny brak refleksji na temat zdrowia w większości sytuacji życia codziennego.

¹⁶ Z tego punktu widzenia wyróżnić można było na wspomnianym kontinuum pięć typów, nazwanych kolejno: osobami opornymi, wycofanymi, tzw. zwyczajnymi ludźmi, deklaratywnie prozdrowotnymi oraz praktykującymi wycinkowo. Warto przy tym zauważyć, że ewentualna aktywność tej grupy polega przede wszystkim na działaniach ochraniających zdrowie, głównie rezygnacji z używek (tamże)

Po trzecie, osoby te wydaje się charakteryzować albo generalna postawa wycofania, która daje różnego typu usprawiedliwienia dla braku własnej aktywności, bądź to akcentowanie dużego poczucia indywidualizmu, co pozwala im nie przywiązywać zbytniego znaczenia do ogólnych zaleceń prozdrowotnych. Ponadto nie dbający o zdrowie wyrażają cały szereg innych przekonań utwierdzających ich w owej postawie wycofania, poszukują subiektywnych racjonalizacji dla braku troski o zdrowie.

O ile omawiane badanie dostarczyło informacji o charakterze jakościowym, to w badaniu pracowników przedsiębiorstw chcieliśmy m.in. sprawdzić, jak popularne są w świadomości społecznej owe racjonalizacje, usprawiedliwiające pasywny stosunek do zdrowia. W tym celu respondenci otrzymali listę szesnastu stwierdzeń (opracowanych w oparciu o poprzednie badanie) z prośbą, by wskazali te, z którymi się zgadzają (tab. 2).

Tab. 2

Częstość wskazań na potencjalne uzasadnienia małej aktywności w sferze zdrowia

Stwierdzenie	% wskazań na "tak"
nie wiem komu wierzyć, bo eksperci różnie mówią na temat tego, jak zdrowo żyć (np. masło czy margaryna)	52
mam zbyt mało silnej woli by prowadzić zdrowy tryb życia	52
nie mam czasu na prowadzenie zdrowego trybu życia	48
Prowadzenie zdrowego trybu życia jest dla mnie zbyt drogie	38
Codzienne problemy i kłopoty tak mi dokuczają, że nie myślę o zdrowym trybie życia	37
Zdrowy tryb życia wymaga ode mnie rezygnacji ze zbyt wielu przyjemności	37
myślę, że odziedziczyłem taki organizm, że mój tryb życia niczego u mnie nie zmienia	32
jestem tak zmęczony pracą, że nie mam siły by prowadzić zdrowy tryb życia	31
dla mnie ważniejszy jest dobry dostęp do świadczeń medycznych niż zdrowy tryb życia	29
Prowadzenie zdrowego trybu życia utrudnia mi niedostatek sklepów ze zdrową żywnością, obiektów sportowych itp.	26
Zdrowy tryb życia wydaje mi się bez sensu w zatrutym środowisku, w którym żyję	23
moim zdaniem propagowanie zdrowego stylu życia to próba odwrócenia uwagi od naprawdę istotnych problemów	20
Zdrowy tryb życia do dla mnie chwilowa moda, której nie warto ulegać	13
Trudno mi prowadzić zdrowy tryb życia ponieważ moi najbliżsi tego nie rozumieją	13
Prowadzenie zdrowego trybu życia powoduje, że inni śmieją się, uznają cię za dziwaka	12
w moim wieku nie ma sensu prowadzić zdrowego trybu życia	12
inna odpowiedź	1

Ponad połowa badanych narzeka na sprzeczne opinie ekspertów na temat tego, jak zdrowo żyć, co niewątpliwie utrudnia im podejmowanie decyzji związanych z aktywnością prozdrowotną. Równie często przywoływany jest brak silnej woli albo czasu, by prowadzić zdrowy tryb życia. Są typowe uzasadnienia pasywnej postawy życiowej nie tylko w obszarze zdrowia. Pierwsze szuka usprawiedliwienia w trudnych do zmiany cechach charakteru ("taki już jestem"), druga w niezależnych od jednostki cechach społeczeństwa ("tempo życia"). Kolejne trzy opinie, z których każdą podziela blisko 40%

badanych, ukazują podobny, choć bardziej skonkretyzowany sposób myślenia. Mała aktywność tłumaczona jest teraz niedostatkami pieniędzy i codziennymi kłopotami (a więc w dużym stopniu umiejscowieniem jednostki w systemie społeczno–kulturowym) oraz przekonaniem, że działania prozdrowotne ograniczają i tak nikłą radość życia. W podobnym duchu ponad 30% przywołuje przemęczenie pracą jako barierę dla zdrowego aktywnego życia.

Generalnie dominuje postawa, która przybiera różne warianty, ale którą można scharakteryzować w następujący sposób: życie jest ciężkie więc nie ma sensu z własnej woli narażać się na dodatkowych dyskomfort. Dyskomfort ów wynikać może zarówno z konieczności podejmowania decyzji w sytuacji dużej niepewności (sprzeczne opinie ekspertów), zmagania się z niedostatkami finansów i silnej woli lub odbierania sobie liczących się przyjemności.

Tego typu postawa wzmacniana jest u wielu osób dodatkowymi przekonaniem, które układają się w trzech grupach. Pierwsza subiektywnie pomniejsza znaczenie zachowań dla stanu zdrowia. Może to być wiara w odporność własnego organizmu, jego małą podatność na wpływ stylu życia (32%), przekonanie o większym wpływie na zdrowie opieki medycznej niż własnych zachowań (29%), uznanie przemożnego wpływu zatrutego środowiska (23%) bądź kondycji zdrowotnej immanentnie związanej z wiekiem (12%). Druga grupa wskazuje na niedostatki wsparcia w systemie społecznym. Jest to słabość infrastruktury dla realizacji zdrowego stylu życia (26%), brak psychologicznego wsparcia ze strony najbliższych (13%) lub osób z dalszego otoczenia (12%). Przekonania trzeciego typu sprawiają, że wiedza dotycząca wpływu zachowań na zdrowie potraktowana zostaje w indywidualnej refleksji jako rodzaj “fałszywej świadomości” – coś, co ma odwracać uwagę od naprawdę istotnych problemów (20%) lub coś, co jest tylko chwilową modą, której nie warto ulegać (13%).

Racjonalizacje a zachowania

Wyjaśniając brak lub niski poziom aktywności prozdrowotnej poprzez odwołanie do przedstawionych racjonalizacji należy stwierdzić, czy i na ile pojawiają się one częściej w świadomości osób pasywnych wobec zdrowia, rzadziej natomiast wśród osób dbających o zdrowie. Hipotezę tę, wynikającą z omówionych badań jakościowych, sprawdzaliśmy w dużej populacji pracowników przedsiębiorstw.

Analizy wykazały, że uznawanie bądź nie większości spośród szesnastu przekonań hipotetycznie ograniczających aktywność prozdrowotną pozostawało w istotnych statystycznie zależnościach¹⁷ zarówno w odniesieniu do stanu zachowań podejmowanych z myślą o wzmocnieniu zdrowia, jak i szkodliwych dla zdrowia¹⁸.

Gdy idzie o związek omawianych racjonalizacji z aktywnością prozdrowotną to okazało się, że niedziałający częściej od działających wskazywali 9 z 16 analizowanych powodów. Większe różnice stwierdzono przy porównaniu osób, które deklarowały swoją aktywność prozdrowotną nawet w sytuacji dobrego zdrowia z grupą, która podejmuje działania prozdrowotne dopiero wtedy, gdy ze zdrowiem zaczyna dziać się coś złego. Wówczas aż 14 powodów podawały częściej te osoby, które reagują zmianami w zachowaniach dopiero, gdy mają kłopoty ze zdrowiem. Różnice te były szczególnie duże w przypadku przekonania, że nadmiar codziennych problemów i kłopotów spycha zdrowie na dalszy plan (odpowiednio 48 i 22%), że zdrowy tryb życia to tylko odwracanie uwagi od naprawdę istotnych problemów (odpowiednio 24 i 11%) oraz że jest to tylko chwilowa moda (13 i 7%).

¹⁷ We wszystkich omawianych dalej sytuacjach $p < 0,0001$ lub $p < 0,001$

¹⁸ Zachowania badanych osób oceniane były na podstawie ich deklaracji, że podejmują lub zasadniczo nie podejmują działań prozdrowotnych („Niektórzy ludzie wprowadzają różne zmiany w swoim trybie życia z myślą o zdrowiu, np. inaczej odżywiają się, zaczynają ćwiczyć, ograniczają palenie. Jak to jest w P. sytuacji?) lub, że realizują któreś z wymienionych zachowań szkodliwych dla zdrowia albo nie postępują w taki sposób („Czy i w

Porównanie osób deklarujących aktywność prozdrowotną w sytuacjach, gdy ich zdrowie jest całkiem dobre i tych, które w ogóle nie podejmują takich działań wykazało z kolei, że bierni częściej wybierali 12 analizowanych tu powodów. Szczególnie duże różnice dotyczyły uznawania dbałości o zdrowie za chwilową modę (odpowiednio 24 i 7%). Różnice dwukrotne dotyczyły racjonalizacji związanych z rezygnacją z przyjemności (45 – 22%), decydującą rolą organizmu (49 – 25%) bądź wieku (18 – 7%), uznawaniem troski o zdrowie za odwracanie uwagi od istotniejszych problemów (26 – 11%), czy wykręcaniem się szkodliwością zatrutego środowiska (15 – 32%) i nadmiarem codziennych kłopotów (44 – 22%) albo cenieniem sobie szczególnie dostępności do świadczeń medycznych (38 – 18%). Generalnie zatem tylko 2 z wyróżnionych 16 powodów wskazywały podobne odsetki osób aktywnych, jak pasywnych wobec zdrowia. Były to kwestie dotyczące infrastruktury i tego, że prowadzenie zdrowego trybu życia może narażać na śmieszność.

Gdy idzie o zależności pomiędzy racjonalizacjami, a realizowaniem zachowań szkodliwych dla zdrowia to okazało się, że osoby postępujące niewłaściwie wskazywały częściej po 15 powodów, przy czym w 7 przypadkach były to różnice trzykrotne. Dotyczyło to braku czasu (52 – 18%), utraty przyjemności (41 – 14%), braku infrastruktury (28 – 11%), braku silnej woli (56 – 19%), niezrozumienia wśród najbliższych (14 – 4%), nadmiaru codziennych kłopotów (40 – 14%), zatrucia środowiska (25 – 9%).

Tak więc osoby deklarujące, że należą do grupy aktywnych prozdrowotnie, zwłaszcza te, które działają na rzecz zdrowia ciesząc się dobrym jego stanem, rzadziej od pozostałych posługiwały się większością analizowanych tu racjonalizacji. Odwrotnie – osoby pasywne wobec zdrowia częściej uciekały się do omawianych uzasadnień. Podobnie ci, którzy postępowali w antyzdrowotny sposób wyrażający się np. paleniem, niezdrowym

jaki sposób zdarza się P. szkodzić swojemu zdrowiu? Proszę wskazać nie więcej niż trzy własne zachowania najbardziej niekorzystne dla P. zdrowia”)

odżywianiem, brakiem wypoczynku, lekceważeniem objawów choroby wyraźnie częściej przywoływali większość spośród hipotetycznych motywów niedziałania niż ci, którzy nie realizują zachowań antyzdrowotnych¹⁹

Racjonalizacje a inne psychospołeczne wyznaczniki działania

Innym sposobem sprawdzenia eksplanacyjnej roli potocznych racjonalizacji względem unikania działań zdrowotnych, tym razem sposobem pośrednim, może być konfrontacja ich z tymi zmiennymi, które wcześniej już uzyskały potwierdzenie jako dobre wyjaśnienia aktywności w obszarze zdrowia. W tym celu wykorzystamy kilka tego typu czynników, które uwzględnione zostały w badaniu pracowników przedsiębiorstw.

Pierwszy, nazwany tu poczuciem podmiotowości, jest próbą opracjonalizacji koncepcji umiejscowienia kontroli²⁰. Drugi nawiązuje do koncepcji samoskuteczności i wytrwałości²¹. Trzeci, nazwany refleksyjnością, znalazł potwierdzenie w badaniach osób aktywnych prozdrowotnie (Puchalski i wsp., 1999) i sugeruje, że zachowaniom zdrowotnym sprzyja refleksja na ich temat, przejawiająca się w sytuacjach życia codziennego²². Czwarty czynnik to

¹⁹ Ustalenia te, oparte na introspekcyjnej ocenie zachowań, należałoby jeszcze zweryfikować w oparciu o miary ekstraspekcyjne

²⁰ W tym kontekście zastosowano dwa pytania. Pierwsze sprawdzało uogólnione poczucie podmiotowości: „Od czego najbardziej zależy zdrowie? Czy od samego człowieka, jego postępowania, czy od innych spraw, np. opieki medycznej, środowiska, dziedziczenia?”. Drugie odnosiło się do podmiotowości realizowanej, zrelatywizowanej do osoby respondenta: „Proszę pomyśleć o sobie i ocenić, czy w sytuacji życiowej, w której się P. znajduje, zdrowie jest rzeczywiście w P. rękach?”

²¹ Zastosowano tu następujące pytanie: „Jeśli uznaje P. że warto coś dłużej robić dla swojego zdrowia, sprawności lub dobrego wyglądu, np. zmienić dietę, ćwiczyć, to czy jest P. wytrwały(a) w takim sposobie postępowania?”

²² Tutaj respondentów zapytano: „Jak często zastanawia się P., czy codzienne zachowania wpływają na P. zdrowie?”

potoczna koncepcja zdrowia²³. Znalazł on potwierdzenie w przywołanych analizach jakościowych, ale jest elementem wykorzystywanym również przez innych autorów. Piąty obejmuje autoocenę stanu zdrowia²⁴. Szósty dotyczy poziomu wykształcenia, który jest chyba najmniej kontrowersyjnym czynnikiem decydującym o poziomie rzeczywistej aktywności prozdrowotnej, siódmy natomiast obejmuje mniej już jednoznaczny wpływ sytuacji materialnej²⁵.

W wyniku przeprowadzonych analiz okazało się, że prezentowane racjonalizacje pozostawały w zdecydowanej większości w statystycznie istotnych związkach z wyżej wymienionymi elementami. Generalnie, większość hipotetycznych racjonalizacji niedziałania znacznie częściej wskazywana były przez osoby, które charakteryzowały się innymi czynnikami niesprzyjającymi aktywności prozdrowotnej (o niskim poczuciu podmiotowości, małej wytrwałości, rzadkiej refleksyjności, pasywnej koncepcji zdrowia i niskiej jego autoocenie, niższym poziomie wykształcenia i sytuacji materialnej).

²³ Jako wskaźnik uznawanej koncepcji zdrowia przyjęto wybór jednego z pary następujących stwierdzeń: a) „zdrowie w toku życia nieuchronnie się zużywa i niewiele można na to poradzić” oraz b) „zdrowie można zachować do późnej starości, a w niektórych sytuacjach można je wzmacniać, doskonalić”

²⁴ W badaniu zapytano o zadowolenie ze swojego stanu zdrowia wyrażone na czteropunktowej skali Autoocena okazała się zmienną najsilniej różnicującą tendencję do działań prozdrowotnych spośród wszystkich zmiennych uwzględnionych w cytowanym badaniu osób w wieku produkcyjnym. Jej rolę potwierdzają również inne analizy strukturalne.

²⁵ W badaniu uwzględniono subiektywną ocenę sytuacji materialnej gospodarstwa domowego respondenta

Tab. 3

Związki pomiędzy przekonaniem wyjaśniającymi brak aktywności prozdrowotnej, a wybranymi zmiennymi psychospołecznymi

Przekonania	Podmiotowość	Wytrwałość	Autoocena stanu zdrowia	Refleksyjność	Rozumienia zdrowia	Ocena sytuacji materialnej	Wyszktałce nie
	$p, \chi^2 P, df = 1$	$p, \chi^2 P, df = 4$	$p, \chi^2 P, df = 3$	$p, \chi^2 P, df = 3$	$p, \chi^2 P, df = 1$	$p, \chi^2 P, df = 3$	$p, \chi^2 P, df = 3$
Nie wiem komu wierzyć, bo eksperci różnie mówią na temat tego jak zdrowo żyć (np. masło czy margaryna)	Nieistotny	$p < 0,0002$; 23,047	Nieistotny	$p < 0,001$; 16,252	$p < 0,01$; 6,550	$p < 0,05$; 8,376	$p < 0,0001$; 25,817
Mam zbyt mało silnej woli by prowadzić zdrowy tryb życia	$p < 0,00006$; 16,432	$p < 0,00001$; 129,430	$p < 0,001$; 16,391	$p < 0,001$; 16,484	$p < 0,01$; 3,270	$p < 0,05$; 10,734	Nieistotny
Nie mam czasu na prowadzenie zdrowego trybu życia	$p < 0,00001$; 72,850	$p < 0,00001$; 33,944	$p < 0,001$; 15,687	$p < 0,004$; 13,579	$p < 0,004$; 8,776	$p < 0,0001$; 20,471	$p < 0,0005$; 18,600
Prowadzenie zdrowego trybu życia jest dla mnie zbyt drogie	$p < 0,00001$; 88,293	$p < 0,00001$; 34,410	$p < 0,0005$; 17,88	$p < 0,003$; 14,274	$p < 0,0003$; 13,787	$p < 0,0001$; 111,472	$p < 0,0001$; 70,607
Codzienne problemy i kłopoty tak mi dokuczają, że nie myślę o zdrowym trybie życia	$p < 0,00001$; 103,715	$p < 0,00001$; 43,205	$p < 0,00001$; 32,616	$p < 0,00002$; 24,512	$p < 0,0001$; 19,196	$p < 0,0001$; 61,836	$p < 0,0001$; 26,409
Zdrowy tryb życia wymaga ode mnie rezygnacji ze zbyt wielu przyjemności	$p < 0,006$; 7,576	$p < 0,00001$; 50,784	$p < 0,03$; 9,113	$p < 0,0001$; 21,503	$p < 0,00005$; 17,031	$p < 0,0001$; 28,164	$p < 0,0001$; 36,798
Myślę, że odziedziczyłem taki organizm, że mój tryb życia niczego nie zmienia	Nieistotny	$p < 0,0005$; 20,444	$p < 0,03$; 8,769	$p < 0,00001$; 29,232	$p < 0,02$; 6,173	$p < 0,05$; 9,026	$p < 0,0001$; 56,936
Jestem tak zmęczony pracą, że nie mam siły by prowadzić zdrowy tryb życia	$p < 0,00001$; 65,112	$p < 0,004$; 20,872	$p < 0,00001$; 36,810	$p < 0,01$; 11,200	$p < 0,00007$; 16,087	$p < 0,005$; 10,043	$p < 0,0001$; 30,053
Dla mnie ważniejszy jest dostęp do świadczeń medycznych niż zdrowy tryb życia	$p < 0,00001$; 39,008	$p < 0,00001$; 64,771	$p < 0,007$; 12,181	$p < 0,0005$; 23,185	$p < 0,00001$; 49,749	$p < 0,0001$; 31,848	$p < 0,0001$; 64,771
Prowadzenie zdrowego trybu życia utrudnia mi niedostatek np. sklepów ze zdrową żywnością, obiektów sportowych	$p < 0,00001$; 47,830	Nieistotny	$p < 0,0003$; 18,525	Nieistotny	$p < 0,004$; 8,347	$p < 0,005$; 15,537	$p < 0,005$; 13,227
Zdrowy tryb życia wydaje mi się bez sensu w zatrutym środowisku, w którym żyję	$p < 0,009$; 6,701	$p < 0,00003$; 27,414	nieistotny	$p < 0,003$; 14,167	$p < 0,002$; 10,31	$p < 0,001$; 18,741	$p < 0,0001$; 39,149
Moim zdaniem propagowanie zdrowego stylu życia to próba odwrócenia uwagi od naprawę istotnych problemów	$p < 0,003$; 9,082	$p < 0,0001$; 22,359	nieistotny	$p < 0,001$; 16,252	$p < 0,02$; 6,550	$p < 0,001$; 17,828	$p < 0,0001$; 91,902
Zdrowy tryb życia to dla mnie chwilowa moda, której nie warto ulegać	$p < 0,01$; 6,715	$p < 0,002$; 17,894	nieistotny	$p < 0,00001$; 33,888	$p < 0,0005$; 12,098	$p < 0,0001$; 22,445	$p < 0,0001$; 59,215
Trudno mi prowadzić zdrowy tryb życia ponieważ moi najbliżsi tego nie rozumieją	$p < 0,03$; 4,981	$p < 0,002$; 17,249	$p < 0,00004$; 18,385		Nieistotny	Nieistotny	$p < 0,0001$; 33,041
Prowadzenie zdrowego trybu życia powoduje, że inni śmieją się, uznają cię za dziwaka	$p < 0,02$; 6,627	Nieistotny	nieistotny		Nieistotny	$p < 0,005$; 13,053	$p < 0,0001$; 23,940
W moim wieku nie ma sensu prowadzić zdrowy tryb życia	$p < 0,04$; 4,415	$p < 0,02$; 11,750	nieistotny	$p < 0,00001$; 33,045	$p < 0,00002$; 18,442	$p < 0,001$; 19,317	$p < 0,0001$; 60,228

Związek poczucia podmiotowości z częstością wskazań na wyznaczniki niepodjęcia działań prozdrowotnych zmieniał się w zależności od tego, czy było ono zrelatywizowane do respondenta, czy generalnej sytuacji człowieka. I tak uogólnione poczucie podmiotowości różnicowało wskazania tylko 7 powodów bierności. Odniesienie się do własnej sytuacji różnicowało wskazania aż 14 przyczyn braku aktywności prozdrowotnej (tab. 3). Tak więc osobiste poczucie braku wpływu na zdrowie bardziej niż uogólnione sprzyjało poszukiwaniu uzasadnień dla niepodjęcia działań. Osoby traktujące się przedmiotowo dwukrotnie częściej przywoływały wysokie koszty dbania o zdrowie, brak infrastruktury do prowadzenia zdrowego stylu życia, codzienne kłopoty, zmęczenie pracą i uznawały, że dostęp do świadczeń medycznych jest ważniejszy niż zdrowy tryb życia.

Przekonanie na temat małej własnej wytrwałości okazało się związane z tendencją do częstszego wyboru aż 14 powodów niedziałania (tab.3). Tylko dwie racjonalizacje – dotyczące braków w infrastrukturze i obawy przed ośmieszeniem nie były powiązane z tym czynnikiem zachowań zdrowotnych jakim jest wytrwałość.

Uzasadnień swojej bierności częściej w 13 przypadkach poszukiwali też pracownicy, którzy w ogóle lub tylko rzadko zastanawiają się na wpływem swoich sposobów postępowania na zdrowie. Największe różnice dotyczyły opinii, że zdrowy tryb życia to tylko chwilowa moda (25% w ogóle nie zastanawiających się na wpływem własnych zachowań na zdrowie i 7% mających ten problem stale na uwadze) przekonania, że i tak wiek decyduje (odpowiednio 22% i 6%) oraz usprawiedliwiania się nadmiarem kłopotów (43% i 18%) i zmęczeniem pracą (34% i 18%). Także osoby niezadowolone ze swego zdrowia w przypadku 10 na 16 analizowanych usprawiedliwień wskazywały je częściej (tab.3). Można więc uznać, że gorsza ocena stanu zdrowia sprzyjała poszukiwaniu racjonalizacji wyjaśniających brak dbałości o nie.

W aspekcie rozumienia (potocznej definicji) zdrowia okazało się, że osoby przekonane o jego „zużywaniu” się aż 13 analizowanych tu powodów wybierały częściej, choć nie były to bardzo duże różnice (z wyjątkiem, gdzie różnica była dwukrotna, opinii o decydującej roli świadczeń medycznych i wieku człowieka). Zatem pojmowanie zdrowia jako czegoś, co się głównie traci również wiązało się z tendencją do poszukiwania usprawiedliwień własnej bierności w sferze zdrowia.

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia generalnie maleje częstość akceptowania przekonań ograniczających aktywność prozdrowotną (tab. 3). Dotyczy to wszystkich wyróżnionych stwierdzeń, przy czym tylko w przypadku jednego (mam zbyt mało silnej woli) zależność okazała się statystycznie nieistotna²⁶.

Także wraz z pogarszaniem się oceny własnej sytuacji materialnej w 15 przypadkach wzrasta skłonność do wyrażania przekonań niesprzyjających aktywności prozdrowotnej. Dotyczy to zwłaszcza, co wydaje się oczywiste, poglądu o niedostatku środków finansowych na zdrowe życie oraz o przytłoczeniu codziennymi problemami i kłopotami. W im gorszej sytuacji materialnej znajdują się respondenci, tym zdecydowanie częściej wyrażają pogląd, że ważniejszy jest dobry dostęp do świadczeń medycznych niż zdrowy tryb życia oraz, że prowadzenie zdrowego życia wymaga rezygnacji ze zbyt wielu przyjemności.

²⁶ Osoby o wykształceniu podstawowym wyraźnie częściej na tle innych eksponują bezsensowność prowadzenia aktywności prozdrowotnej z powodu swojego wieku, relatywnie rzadko natomiast mówią o niedostatkach infrastruktury i przytłoczeniu codziennymi problemami. Osoby z wykształceniem zawodowym stosunkowo częściej mówią o braku czasu na zdrowe życie i o wątpliwym sensie takiego życia w ich wieku. Ponadto częściej traktują propagowanie zdrowego życia jako próbę zamaskowania innych problemów i rzadziej zwracają uwagę na niejednoznaczność informacji na ten temat. Osoby z ukończoną szkołą średnią ujawniają tendencję odwrotną – wspomniany szum informacyjny posiada dla nich wyraźnie najistotniejsze znaczenie. Respondenci o wyższym poziomie wykształcenia relatywnie częściej są przekonani o braku czasu na zdrowe życie, usprawiedliwiają się przemęczeniem związanym z pracą oraz niedostatkiem infrastruktury dla działań służących zdrowiu. Stosunkowo rzadziej usprawiedliwiają się brakiem środków finansowych oraz odziedziczoną odpornością organizmu.

Przy równoczesnym uwzględnieniu poziomu wykształcenia i dochodów okazało się, że tendencja do usprawiedliwiania bierności w sferze zdrowia w przypadku 14 z 16 analizowanych racjonalizacji wzrasta wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia i zamożności. Obie te cechy łącznie nie różnicowały tylko wskazań dotyczących braku silnej woli jako przyczyny nie realizowania prozdrowotnego stylu życia. Generalnie potwierdziła się teza o wiodącej roli wykształcenia w myśleniu o powodach nie podejmowania zachowań prozdrowotnych. Dochód okazał się być bardziej znaczącym czynnikiem tylko gdy idzie o podzielenie opinii, że prowadzenie zdrowego trybu życia jest zbyt drogie oraz niemożliwe ze względu na nadmiar codziennych problemów i kłopotów. W obu przypadkach biedniejsi (zarówno lepiej jak i gorzej wykształceni) częściej akceptowali te kwestie jako przyczyny bierności.

Podsumowanie

Przeprowadzone analizy wykazały, że opisywane racjonalizacje mogą zostać potraktowane jako ważny element wyjaśniający niski poziom potocznej aktywności na rzecz zdrowia. Upoważniają do tego stwierdzone zależności pomiędzy omawianymi sposobami myślenia a zachowaniami oraz pomiędzy przywoływaniem owych racjonalizujących przekonań a innymi zmiennymi, których związek z zachowaniami został dość dobrze potwierdzony w innych, niezależnych badaniach.

Racjonalizacje te występują częściej w myśleniu osób gorzej dbających o swoje zdrowie, to jest u tych, które bądź to nie podejmują działań dla jego umocnienia bądź świadomie realizują działania szkodliwe dla zdrowia. Konkluzja ta, póki co, odnosi się do generalnie pojętej aktywności, której stan diagnozowano na podstawie autooceny badanych, a nie do poszczególnych, wyodrębnionych zachowań. Można zatem postulować, by w dalszych badaniach

zweryfikować te ustalenia w odniesieniu do działań opisywanych w bardziej precyzyjnych kategoriach i diagnozowanych również innymi metodami.

Przekonania sprzyjające małej trosce o własne zdrowie częściej towarzyszą osobom gorzej wykształconym i gorzej oceniającym swoją sytuację materialną oraz stan zdrowia. Częściej także pojawiają się u osób, które pojmują zdrowie jako coś, co w naturalny sposób zużywa się w toku życia. Bardziej charakteryzują również osoby o niskim poczuciu własnego wpływu na zdrowie, rzadko zastanawiające się na temat wpływu ich postępowania na stan zdrowia oraz gorzej oceniające swoją wytrwałość w realizacji działań prozdrowotnych. Po raz kolejny okazało się, że badana w tradycyjny sposób subiektywna ocena wartości zdrowia (także pojmowanego jako warunek realizacji celów, dążeń i pragnień) nie wiąże się znacząco ani z zachowaniami, ani z innymi aspektami świadomości zdrowotnej.

Niezależnie od częstości wyborów poszczególnych racjonalizacji w całej zbiorowości, najslabiej związanymi z pasywnym stosunkiem do zdrowia jak z jego korelatami, wydają się²⁷ przekonania dotyczące słabości infrastruktury dla aktywności zdrowotnej, obawy o śmieszność działań na rzecz zdrowia, niezrozumienia takich działań w gronie najbliższych osób oraz niejednoznaczności zaleceń na temat tego, jak zdrowo żyć. Te właśnie przekonania z najmniej zróżnicowaną częstotliwością pojawiały się w świadomości grup o odmiennych sposobach zachowania, położenia społecznego, oceny zdrowia i typach myślenia

Aczkolwiek przekonanie o braku posiadania jednoznacznej wiedzy na temat tego, jak zdrowo żyć, wyrażane było przez ponad połowę populacji, to okazało się ono jednym ze słabiej różnicujących zarówno samą aktywność, jak inne jej korelaty. Można na tej podstawie postawić hipotezę, że przekonanie to, choć tak popularne, w małym stopniu wpływa na nasz sposób postępowania względem zdrowia. Tak więc konkluzja ta wydaje się stawiać w wątpliwość

²⁷ Teza ta wymaga jeszcze dodatkowych pogłębionych analiz

słuszność tego kierunku eksperckiego myślenia o edukacji zdrowotnej, zgodnie z którym polegać by ona miała przede wszystkim na popularyzowaniu medycznej wiedzy o uwarunkowaniach zdrowia. Być może, jeśli uznamy sygnalizowaną na wstępie tezę o wzrastającym znaczeniu edukacji dla zdrowia, warto koncentrować większą uwagę na rozwijaniu innych struktur i treści myślenia (szerzej: Puchalski, Korzeniowska, Piwowarska–Pościk, 1999), które sprzyjać będą ogólnie aktywnym postawom wobec zdrowia. Być może, co sugerowała A.Ostrowska (1998), najbardziej efektywną strategią będzie tu wszechstronne systemowe działanie na rzecz podnoszenia ogólnego poziomu wykształcenia społeczeństwa i włączenie nowoczesnie pojętej edukacji zdrowotnej (Słońska, 1999) w ten właśnie system.

Piśmiennictwo

- Cialdini R., Wywieranie wpływu na ludzi, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996
- Diagnoza Społeczna, 2003, Konspekt raportu. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek (red.), Warszawa, 29 lipca 2003 (www.diagnoza.com)
- Gasparski P., Psychologiczne wyznaczniki gotowości do zapobiegania zagrożeniom, wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa, 2003
- Gochman D.S., Health Behavior. Emerging Research Perspectives Plenum Press, New York and London, 1988
- Gniazdowski A. (red), Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne i próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, IMP, Łódź, 1990
- Heszen–Niejodek J., Psychologiczne modele teoretyczne leżące u podstaw promocji zdrowia w: Promocja zdrowia. Prace naukowe Uniwersytetu Śląskiego, 1997)
- Juczyński Z., Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1998, 14
- Korzeniowska E., Pozycja zdrowia w społecznych systemach wartości pracowników przemysłu w: A. Gniazdowski (red.), Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne i próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, IMP, Łódź, 1990
- Lau R.R., Beliefs about Control and Health Behavior w: D.S. Gochman (red.), Health Behavior, Emerging Research Perspectives, Plenum Press, new York and London, 1988
- Ostrowska A., Prozdrowotne style życia, Promocja Zdrowia 1997 nr 10/11

Ostrowska A., Nierówności w sferze zdrowia, *Kultura i Społeczeństwo*, 1998, 2

Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, PWN, Warszawa, 1999

Ostrowska A., Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 2000, nr 19

Piątkowski W., W stronę socjologii zdrowia, W. Piątkowski, A. Titkow (red), *W stronę socjologii zdrowia*, UMCS, Lublin, 2002

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

Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L., *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna*, IMP, Łódź, 1999

Słońska Z., *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, J. Karski (red.) *Promocja zdrowia*, Ignis, Warszawa 1999

Szwarzer R., *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia i nowy model w: J. Heszen-Niejodek i H. Sęk (red.), Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa, 1997

Seligman M.E.P., *Optymizmu można się nauczyć.*, Media Rodzina, Poznań, 1996

Sęk H., *Psychologia wobec promocji zdrowia w: J. Heszen-Niejodek, H.Sęk (red.) Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997

Wallston K.A., Wallston B.S., De Velus R., *Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales*, *Health Education Monographs* 6 (2), 1978

Zatoński W., *Demokracja jest zdrowsza, Cud zdrowotny nad Wisłą*, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2002