

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/305789907>

# Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia – szkic socjologicznego modelu

Chapter · January 2008

---

CITATIONS

3

READS

94

1 author:



[Krzysztof Puchalski](#)

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

65 PUBLICATIONS 132 CITATIONS

SEE PROFILE

Opublikowany w: Heszen I., Życińska J. (red.) (2008). *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica (s. 205-222)

Krzysztof Puchalski

## **Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia – szkic socjologicznego modelu**

Zachowania, działania oraz style życia związane ze zdrowiem – najczęściej nazywane zdrowotnymi – coraz częściej stają się przedmiotem refleksji i badań różnorodnych dyscyplin. Stają się również obiektem oddziaływań, podejmowanych by skłonić ludzi do postępowania oczekiwanego przez „inżynierów dusz”. Rolę tych inżynierów zazwyczaj przyjmują medycy, wychowawcy, terapeuci, czy – ogólnie mówiąc – promotorzy zdrowia, zatroskani o dobrostan swoich pacjentów, podopiecznych, klientów lub ogółu społeczeństwa. Są nimi również specjaliści marketingu, działający na dynamicznym „rynku zdrowia” („zdrowa żywność”, usługi rekreacyjne, „przemysł urody”, leki OTC *etc.*). Ci drudzy realizują precyzyjnie wyznaczony cel, jakim jest wykreowanie konkretnych zachowań konsumenckich, dysponują nagrodami dla klientów za ich „poprawne” reakcje (oferowany towar lub usługa), posiadają przynajmniej podstawowe umiejętności wywierania wpływu społecznego i, co niemniej ważne, mają na ogół wsparcie kapitału finansowego, znacznie ułatwiające osiągnięcie ich zamierzeń. Natomiast pierwsza grupa „inżynierów” ma skłonność do porywania się na cele równie ambitne, jak mało realistyczne („zdrowo postępujące społeczeństwo”). Swoje umiejętności oddziaływania na innych wywodzi głównie z wiedzy o zdrowiu (zamiast z teorii działania i wpływu społecznego). Rzadko też dysponuje znaczącymi nagrodami za „prawidłowe” zachowanie klienta (funkcję takiej nagrody słabo wypełnia ulotna obietnica „być-może-dobrego-zdrowia-w-nieokreślonej-odległej-przyszłości”), a przy tym zazwyczaj nie posiada zaplecza finansowego, które w systemie ochrony zdrowia ulokowane jest głównie po stronie medycyny naprawczej, a nie dziedzin kształtujących zachowania (tzn. profilaktyki, edukacji czy promocji zdrowia). Stąd oni głównie, jeżeli skłonni są zauważać wątpliwe efekty własnej syzyfowej pracy, zwracają się ku nauce po pomoc w ustaleniu, dlaczego ludzie postępują (a częściej: dlaczego nie postępują) w oczekiwany przez nich – korzystny dla zdrowia – sposób (lub dlaczego postępują w sposób

niekorzystny). Problem tkwi jednak w tym, że nauka – przynajmniej ta w obszarze psychologii czy socjologii „dla promocji zdrowia” (Murphy, Bennett 2002; Thorogood 2002) – też nienajlepiej radzi sobie z odpowiedzią na tego typu zapotrzebowanie.

Artykuł, pisany z perspektywy socjologa, przedstawia szkicową propozycję modelu porządkującego psychospołeczne uwarunkowania aktywności związanej ze zdrowiem, podejmowanej przez „zwykłych” ludzi w kontekście ich „codziennego” życia. Model ten (konstruowany na tle krytyki jednostronnych ujęć problemu dominujących w medycynie, psychologii i socjologii) służyć ma zastosowaniom w projektach z obszaru promocji zdrowia.

W pierwszej części tekst przedstawia analizę pojęcia zachowań ważnych dla zdrowia. Rozwój promocji zdrowia nadał temu pojęciu nowe odcienie znaczeniowe, które wynikają m.in. z rozszerzania się zainteresowań poszczególnych dyscyplin badających te zachowania, z postępującej integracji owych nauk, z dążeń do wzrostu skuteczności działań służących kształtowaniu tych zachowań, z rozwoju refleksji etycznej towarzyszącej działaniom socjotechnicznym, z przemian paradygmatów nauk o zdrowiu, w tym dostrzeżenia nadmiernych uproszczeń w teoretycznych koncepcjach człowieka i jego zachowania. Drugi wątek artykułu jest próbą przeciwstawienia się tym uproszczeniom. Podnosi problem, na ile koncepcje i modele działania dominujące w dyscyplinach badających zachowania zdrowotne są adekwatne do rzeczywistego postępowania ludzi w sferze zdrowia oraz do potrzeb związanych z kreowaniem zdrowego stylu życia, eksponowanych w promocji zdrowia. Ostatni fragment tekstu to zarys propozycji modelu, który pomóc ma w próbach przezwyciężenia wspomnianych uproszczeń. Ale z racji na założoną jego ogólność, model ten popadnie niewątpliwie w inne uproszczenia.

Przedstawiona tu analiza ma charakter metarefleksji. Pominięte w niej zostały zarówno prezentacje poszczególnych koncepcji teoretycznych spotykanych w omawianej problematyce (Glanz i in. 2002; Gochman 1988), jak ustaleń empirycznych dotyczących uwarunkowań różnorodnie definiowanych działań związanych ze zdrowiem.

### **Pojęcie zachowań związanych ze zdrowiem**

W bogatej tradycji badań dotyczących pojęcia, stanu i uwarunkowań zachowań związanych ze zdrowiem (Gochman 1988; Heszen, Sęk 2007; Ostrowska 1999; Puchalski 1989; Sęk 2000) odnotować można dwa najbardziej wyraziste nurty.

Pierwszy, w psychologii nazywany skutkowym (Heszen, Sęk 2007), wywodzi się głównie z medycyny oraz epidemiologii i zdrowia publicznego. Ulokowany jest w badaniach poszukujących determinant zdrowia społeczeństwa i w politykach oddziaływania na te determinanty. Kładzie nacisk na takie zachowania, które – obiektywnie rzecz ujmując (tzn. niezależnie od przekonań czy intencji ich podmiotu) – znacząco wpływają (pozytywnie oraz negatywnie) na wskaźniki stanu zdrowia populacji (charakterystyczne dla nauk medycznych). Nie ma tu znaczenia, co o przyczynach zdrowia i choroby myślą ludzie realizujący te działania, jak je uzasadniają i interpretują, czy w ogóle wiążą je ze zdrowiem. Problemem badawczym jest tu ustalenie, jakie zachowania rzeczywiście wpływają na stan zdrowia i w jakim kierunku (oraz jakie są ich rozkłady w populacji). Wśród zachowań zidentyfikowanych w tej funkcji przywoływane są różne, bardziej lub mniej szczegółowo określone działania dotyczące m.in.: sposobu odżywiania się, palenia tytoniu, używania leków, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, rekreacji i wysiłku fizycznego, zmagania się ze stresem, bezpieczeństwa w kontaktach seksualnych, w ruchu drogowym, przy wykonywaniu pracy, kontrolowania stanu własnego zdrowia. W obszarach tych lokują się ustalane w badaniach epidemiologicznych czynniki ryzyka głównych chorób i przyczyn zgonów (rzadziej – przeciwdziałające im potencjały). Tu również mieszczą się zachowania, które profesjonaliści medyczni *a priori* traktują jako korzystne (lub niekorzystne) dla zdrowia – m.in. higiena ciała, korzystanie w chorobie z opieki medycznej, aktywny stosunek do zagrożeń środowiska i in.

Drugi nurt, zakorzeniony zwłaszcza w tradycji psychologii zdrowia, nazywany bywa celowościowym (Heszen, Sęk 2007). Ważne w nim stają się te działania, które są efektem względnie swobodnego wyboru, dokonywanego przez indywidualny (rzadko zbiorowy) podmiot w sytuacjach powiązanych przez niego (lub przez zewnętrznego obserwatora) ze zdrowiem. Tak pojmowane zachowania zdrowotne mogą mieć zróżnicowany status. Przede wszystkim są to celowe działania (lub unikanie działań) z intencją przywrócenia, utrzymania bądź umocnienia zdrowia (głównie swojego, także bliskich lub innych osób). Ale mogą to być również działania ukierunkowane w intencji ich podmiotu na cele nieco inne niż zdrowie (np. szczupła sylwetka), choć oceniane jako korzystne lub szkodliwe dla zdrowia. To także mogą być czynności automatyczne, bezrefleksyjne, naśladowcze lub nawykowe, wykonywane bez angażowania mechanizmów poznawczo-wolicjonalnych, częstokroć powielające kulturowe wzory zachowań. Czynności takie, gdy zostają uświadomione przez podmiot, potraktowane mogą zostać przez niego jako związane ze zdrowiem.

Ten ostatni typ działań, obserwowany w wyodrębnionych środowiskach społecznych, zwraca uwagę etnologii i socjologii. Wówczas mamy najczęściej do czynienia z podmiotem zbiorowym, a znaczenie działania nabiera sensu kulturowego w miejsce psychologicznego – bardziej uzasadnia je treść świadomości grupowej, przekonania i normy społeczne, czy inne treści przekazywane w procesach socjalizacji, niż indywidualnie określony cel. Tak rozumiane zachowania zdrowotne zbliżają się do poprzedniego (skutkowego) ujęcia, gdyż badacz może interesować się nie tyle działaniami, którym towarzyszy podmiotowa refleksja na temat zdrowia, ile po prostu takimi, które w danej kulturze (lub świadomości społecznej) uznawane są za ważne dla zdrowia. Może także zwrócić uwagę na unikanie działań, które kulturowo uchodzą za sprzyjające zdrowiu, co nazwać można nie-działaniem zdrowotnym (Puchalski 1997; Puchalski, Korzeniowska 2004)

Niezależnie od preferencji poszczególnych dyscyplin oraz badaczy można przyjąć, że omawiana teraz aktywność polega na podejmowaniu albo unikaniu, kontynuowaniu bądź modyfikacji określonego sposobu postępowania, który w czasie realizacji lub *ex post* podlega intelektualnej kontroli ze strony jego podmiotu i subiektywnej ocenie, że jest realizowany w związku ze zdrowiem lub że wpływa znacząco na jego stan. Nie muszą to być zatem (choć częstokroć są) czynności intencjonalne, a tym bardziej nie muszą być podejmowane z intencją zdrowotną – jednak przekonania aktora tych działań (lub pogląd ugruntowany w świadomości zbiorowej), że są one związane ze zdrowiem, że wpływają na jego stan, mają tutaj kluczowe znaczenie dla wyodrębnienia owych zachowań spośród innych. Takie podejście pozwala abstrahować od problemu, czy lub na ile owa wiedza lub intencja podmiotu jest zgodna z wiedzą profesjonalistów medycznych. Pomijanie wiedzy medycznej przy konstruowaniu pojęcia nie wyklucza w dalszej perspektywie zainteresowania badaczy problemem zgodności obu typów wiedzy i zgodności zachowań, którym z jednej strony medycy, a z drugiej aktorzy potocznej sceny przypisują status zdrowotny (wpływ na zdrowie). Ale podstawowym tematem jest tutaj ustalenie, jakie działania traktowane są w danej społeczności jako istotne dla zdrowia i jakie działania są w tym celu podejmowane. O ile jednak socjologię i etnologię bardziej interesuje treść takich działań oraz ich formy, o tyle psychologia skupia się raczej na ich przebiegu i mechanizmach psychicznych prowadzących do ich podjęcia (rzadziej także kontynuacji).

Jeżeli dyscypliny medyczne raczej zamykają się na zagadnienia potocznych przekonań generujących zachowania zdrowotne (ewentualnie badają te przekonania dla oceny kompetencji „laików”), to nauki społeczne zazwyczaj poszukują punktów wspólnych z medyczną definicją tych zachowań. Przykładowo, według Heleny Sęk (2000) zachowania zdrowotne to „reaktywne,

nawykowe i celowe formy aktywności człowieka, które pozostają na gruncie wiedzy obiektywnej i subiektywnego przekonania w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem”. Przy takim ujęciu powstaje problem, jakie są relacje pomiędzy wiedzą medyczną a podmiotową, gdy idzie o ocenę wpływu określonych zachowań na stan zdrowia. Relacje te przedstawić można w następujący sposób (tab. 1).

Tab. 1. Relacje obiektywnej i podmiotowej definicji zachowań zdrowotnych

KRYTERIUM OCENY		OCENA (lub intencja) PODMIOTU DZIAŁANIA		
		Sprzyjające zdrowiu (podejmowane jako prozdrowotne)	Obojętne dla zdrowia (pozbawione refleksji zdrowotnej)	Szkodliwe dla zdrowia (podejmowane jako ryzykowne)
OCENA NAUKOWA (medyczna)	Sprzyjające zdrowiu	A	B	C
	Obojętne dla zdrowia	D	E	F
	Szkodliwe dla zdrowia	G	H	I

Źródło: opracowanie własne

W perspektywie promocji zdrowia najbardziej optymalna sytuacja wystąpi zapewne wówczas, gdy oba typy wiedzy – naukowa i potoczna – będą ze sobą zbieżne. Tego typu zachowania znajdą się w polu A (uznane za korzystne zarówno przez medycynę, jak podmiot działania)<sup>1</sup> oraz E (obojętne dla zdrowia z obu punktów widzenia – przez co obce naukom o zdrowiu). Mogą to być również działania ulokowane w polu I (nauka i aktor zgodnie uznają je za ryzykowne), jeżeli potoczna ich ocena powstrzyma będzie przed ich realizacją. Natomiast

<sup>1</sup> Większą zgodność obu perspektyw uzyskamy wtedy, gdy treść zachowań opiszemy w jak najbardziej ogólnych kategoriach (np. zdrowe odżywianie). Natomiast im bardziej szczegółowo chcemy określić tę treść (np. co oznacza zdrowe odżywianie), tym większe rozbieżności pojawiają się pomiędzy opcją naukową i podmiotową. Różnice te mogą wynikać nie tylko z natury obu odmiennych typów wiedzy, ale także z faktu, że wiedza naukowa przekazuje uogólnione ustalenia, podczas gdy podmiot działania może odnosić się do własnej sytuacji zdrowotnej, odbiegającej od typowej. Im bardziej precyzyjnie usiłujemy określać interesujące nas zachowania, tym wyraźniej zaznaczają się również różnicowania i rozbieżności wewnątrz obu typów wiedzy. W nauce powodem tego jest nie tylko różnorodność teorii, ale także jej uogólniona natura. Gdy zdrowie ujmowane jest w kategoriach ogólnych, a nie konkretnej jednostki patologicznej, to trudno niekiedy pogodzić np. ustalenia mówiące, że niewielkie dawki alkoholu mogą ograniczać ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, podczas gdy jednocześnie powodują wzrost ryzyka innych schorzeń, m.in. marskości wątroby czy nowotworów. Owe wewnętrzne rozbieżności w różnym stopniu dotyczą różnych treściowo zachowań (np. relatywnie mało problematyczne jest palenie tytoniu, podczas gdy odżywianie wciąż wzbudza liczne kontrowersje tak wśród naukowców, jak w świadomości potocznej).

najmniej optymalna sytuacja wystąpi wtedy, gdy zachowania ocenione w nauce jako szkodliwe uznane zostaną potocznie za prozdrowotne i będą podejmowane dla poprawy zdrowia (pole G)<sup>2</sup>.

Kontrowersje wzbudzać też mogą działania w polach B i C. Są one korzystne z punktu widzenia medycyny, a podmiot traktuje je jako pozbawione zdrowotnego znaczenia lub nawet szkodliwe. Ta ostatnia sytuacja sprzyjać może unikaniu działań rekomendowanych przez medycynę lub generować różne formy dysonansu poznawczego. Z kolei pola D i F, choć nieistotne z medycznego punktu widzenia, mogą zainteresować badaczy społecznych. Pierwsze jako potoczny (kulturowy, grupowy) przejaw troski o zdrowie lub (w terminologii Karola Marksa) typ fałszywej świadomości. Drugie – gdy są realizowane – to nie tyle fałszywa świadomość, co forma zdrowotnego hazardu (choć tutaj, zdaniem medycyny, nieszkodliwego).

Promotorów zdrowia zainteresują też działania z pola H – bo choć nauka ocenia je jako ryzykowne, to aktorzy potocznej sceny bądź to nie posiadają tej wiedzy, nie dają wiary jej ustaleniom, wypierają ją ze swojej świadomości czy w inny sposób racjonalizują swoje opinie i zachowania, bądź po prostu nie uwzględniają jej w swoim postępowaniu. Większym problemem stać się mogą – jeżeli zostaną podjęte – działania w polu I, gdzie czynnościom obiektywnie ryzykownym towarzyszy świadomość tego faktu, a nawet cel jakim jest zaszkodzenie zdrowiu<sup>3</sup>.

## **Promocja zdrowia a koncepcje zachowań zdrowotnych**

Promocja zdrowia, tak w propozycjach teoretycznych, jak w aplikacjach, pojmowana jest w wielce zróżnicowany sposób (Bunton, Macdonald 2002; Puchalski 2005). Dalej odwołuję się do tego z jej licznych ujęć, które obecnie zajmuje główne miejsce w jej oficjalnym nurcie, tzn. do koncepcji „siedliskowej” (np. Grossmann, Scala 1997). Kładzie ona nacisk na kreowanie oraz wspieranie i utrwalanie takiej aktywności jednostek i grup w środowisku społecznym

<sup>2</sup> Przykładem takich rozbieżności może być zjawisko ujawnione wśród mieszkańców gminy Szczucin, narażonych środowiskowo na pył azbestowy, który powoduje multiplikowane działanie rakotwórcze w interakcji z dymem tytoniowym. Otóż znalazły się tam osoby przekonane, że palenie tytoniu ochrania przed rakotwórczym wpływem azbestu. W uzasadnieniu swoich opinii i zachowań osoby te przywoływały argument, jakoby smoła zawarta w dymie tytoniowym powlekała układ oddechowy warstwą ochronną, uniemożliwiająca zagnieżdżanie się wewnątrz organizmu włókien azbestu (informacja uzyskana w rozmowie z Andrzejem Gniazdowskim). Nieco mniej drastyczne zjawiska wynikają np. z przekonań o prozdrowotnej funkcji palenia tytoniu w redukcji poziomu stresu lub przeciwdziałaniu otyłości. Z drugiej strony w niektórych doniesieniach medycznych nikotyna uznawana jest jako czynnik zmniejszający ryzyko kilku chorób układu nerwowego.

<sup>3</sup> W tym kontekście rodzi się oczywiście pytanie, czy można mówić realnie o działaniach celowo podejmowanych z intencją antyzdrowotną, a nie tylko ze świadomością ryzyka zdrowotnego? Wydaje się, że tak. Przykładem mogą być samookaleczenia dokonywane w celu uniknięcia służby wojskowej, działania osób celowo poszukujących okazji do zarażenia się wirusem HIV, czy manifestacyjne antyzdrowotne zachowania przedstawicieli ruchów społecznych w Stanach Zjednoczonych, przeciwstawiających się ideologii kultu zdrowia.

(rozumianym jako społeczność lub organizacja – nazywana siedliskiem), która obiektywnie sprzyja zdrowiu (wzmacnia jego potencjały i zmniejsza ryzyko choroby), a jednocześnie jest przedmiotem względnie świadomego wyboru (co wynika m.in. z postulatu etycznego, by uzyskiwać akceptację dla planowanych interwencji ze strony reprezentantów tego środowiska, którego ona dotyczy – zob. np. De Vries 1999). Akcentuje też potrzebę tworzenia barier dla tych zachowań, które obiektywnie szkodzą zdrowiu. Koncepcja ta podkreśla również znaczenie działań, które są formą organizowania się społeczności wokół spraw zdrowia, choćby wykraczały poza obszary eksponowane w priorytetach medycznych. Działania będące przedmiotem uwagi rozumiane są przy tym szeroko – raczej jako całościowo ujęty styl życia wyróżnionych grup społecznych (Ostrowska 1999), w jego aspektach pozytywnie oraz negatywnie wpływających na zdrowie, niż jako wyodrębnione ze względu na swą treść i okazjonalnie realizowane czynności poszczególnych jednostek. Stymulacje dla działań prozdrowotnych (oraz utrudnienia dla ryzykownych) wprowadzane są – zgodnie z przywołaną koncepcją – zarówno dzięki szeroko pojętej edukacji, realizowanej na wielu poziomach systemu społecznego (Słońska 1999), jak poprzez przekształcenia warunków życia oraz infrastruktur (politycznej, ekonomicznej, społecznej, kulturowej, organizacyjnej, technologicznej i in.) tego systemu. Tak rozumiana promocja odróżnia się od wąsko zarysowanych interwencji, ograniczonych m.in. do przekazu informacji, pracy terapeutycznej z klientem, marketingu produktów powiązanych ze zdrowiem, czy nawet prób zmiany wyodrębnionego zachowania.

O ile ogólne założenia siedliskowej promocji zdrowia mogą wydawać się spójne, o tyle brakuje teorii zachowań zdrowotnych – obejmującej całą ich różnorodność i wskazującej na liczne ich uwarunkowania – która byłaby odpowiednia dla jej praktycznych potrzeb. Sama promocja zdrowia wydaje się obecnie rozwijać bardziej w kierunku polityki zdrowotnej i teorii zarządzania zmianą społeczną, niż teorii zachowań (stylów życia) związanych ze zdrowiem. Natomiast dyscypliny tradycyjnie badające takie zachowania, choć próbują przekraczać istniejące pomiędzy nimi granice, częściej zamykają się we własnych wąskich opcjach.

Nauki medyczne bądź to w ogóle nie podejmują refleksji na temat istoty i przyczyn zachowań ważnych dla zdrowia, bądź przyjmują jednostronną i wielce uproszczoną koncepcję działania. Styl życia, czy inaczej nazwane zachowania zdrowotne, to dla nich tyle co „zewnątrzny” opis kilku wyodrębnionych form aktywności (m.in. palenie tytoniu, sposób odżywiania, aktywność fizyczna), bez wnikania w ich psychologiczne czy społeczne aspekty. Aktor działań zdrowotnych w ujęciu medycyny jest raczej mało skomplikowaną istotą – swobodnie wybiera swój sposób postępowania, czyniąc to pod wpływem posiadanej wiedzy o



zdrowiu lub na skutek jakichś zewnętrznych bodźców (głównie ekonomicznych). Mała skuteczność interwencji opartych na takiej teorii działania (obserwowana w praktyce i w wynikach badań) powinna raczej zniechęcać do jej stosowania w promocji zdrowia. Jednak teoria ta, chyba dzięki swej prostocie, jest w systemie ochrony zdrowia najbardziej popularną.

Z kolei psychologia zachowań zdrowotnych koncentruje się na poszukiwaniu uniwersalnych mechanizmów działania. Na jej gruncie najsilniej rozwinęły się różne warianty teorii poznawczej. Stąd interesuje się ona głównie działaniami racjonalnymi (których celem jest zdrowie bądź jego aspekty) (np. Łuszczynska 2004). Spoglądając krytycznie na ów stan rzeczy – mimo fundamentalnego wkładu psychologii do omawianej problematyki – można z przymrużeniem oka stwierdzić, że aktor (obiekt badań poznawczej psychologii zdrowia) nie tylko że znajduje się w izolacji od własnych emocji oraz większości wpływów swojego otoczenia, to jeszcze cały czas intensywnie myśli. A myśli zwłaszcza o sprawach zdrowia, bo główną formą jego aktywności życiowej jest analiza otaczającej go sytuacji z tego właśnie punktu widzenia. Dodatkowo charakteryzuje go niepoohamowana skłonność do wytyczania sobie celów zdrowotnych oraz do racjonalnej i uporządkowanej kalkulacji wszystkich „za” i „przeciw” związanych z tymi celami. Pomimo takiego zaangażowania poznawczego refleksja owego aktora jest raczej uboga pod względem treści, o czym świadczy zestaw zmiennych zawartych w najbardziej znanych teoretycznych modelach psychologii zachowań zdrowotnych.

Odnotować jednak należy, że w psychologii od pewnego czasu zaznacza się też zainteresowanie stylem życia związanym ze zdrowiem. Obejmuje on „charakterystyczny dla jednostki system zachowań zdrowotnych uwarunkowanych cechami temperamentu, wiedzą, uogólnionymi poglądami i przekonaniem na temat świata, życia i własnej osoby, kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi” (Sęk 2000). Pojawiają się zatem nowe wątki w stosunku do dominującego nurtu: próba kompleksowego ujęcia zachowań w całej ich złożoności oraz znacznie szersze spojrzenie na zakres ich uwarunkowań (Heszen-Niejodek 1997).

Socjologia, na tle medycyny i psychologii, jest tutaj najmniej skonsolidowaną dziedziną. Interesuje ją m.in., czy zachowania obiektywnie ważne dla zdrowia układają się w społeczeństwie w jakieś spójne style lub wzory (Ostrowska 1999), w jaki sposób kontekst społeczno-kulturowy wpływa na wzory postępowania wobec zdrowia (Gniazdowski 1995) i jak w związku z tym różnicują się i zmieniają takie wzory (Kaiser 2005), jakie zachowania wpływające na zdrowie można odnaleźć w stylu życia wyodrębnionych grup społecznych (Palska 2002), jaki wpływ na zachowania zdrowotne wywierają grupy odniesienia

(Korzeniowska 2005), jak treści przekonań potocznych wpływają na zaangażowanie – czy raczej brak zaangażowania – w działania prozdrowotne (Puchalski, Korzeniowska 2004), *etc.* W większości jednak badania utożsamiane z socjologicznymi koncentrują się na wyjaśnianiu zachowań poprzez odniesienie ich do zmiennych makrostrukturalnych, bardziej o charakterze demograficznym niż społecznym *sensu stricte*. Tak więc praktycy promocji zdrowia, poszukując oparcia w socjologii, stają przed wyzwaniem dokonania przeobrażeń społeczeństwa z jego kulturą, strukturą i makromechanizmami, bez instrukcji wprowadzania tych skomplikowanych przekształceń. Nie dostają też jednolitej koncepcji przedmiotu ich oddziaływań (zachowań zdrowotnych, stylu życia związanego ze zdrowiem), co może dziwić z uwagi na wkład socjologii ogólnej w opracowanie teorii stylu życia.

Uciekając się do metafory „motoryzacyjnej”, stan naukowego ujęcia zachowań zdrowotnych określić można następująco: medycyna wierzy, że dojedzie do bardzo odległego celu, nie interesując się, jak działa pojazd; psychologia szukając drogi zapuszcza się często w wąskie, jednokierunkowe i czasami ślepe uliczki; socjologia natomiast bez mapy jedzie po bezdrożach i często traci przyczepność z nawierzchnią.

Analizując niedostatki najbardziej znanych teoretycznych koncepcji wyjaśniania zachowań zdrowotnych Irena Heszen (por. Heszen-Niejodek 1997) wskazuje kilka spraw, które warto uwzględnić przy próbach budowania nowych propozycji. Pierwsza to potrzeba lepszego dopasowania teorii do jej przedmiotu: typu wyjaśnianych zachowań, ich treści, specyfiki podmiotu działania i środowiska, w którym się ono odbywa, a także do celu, któremu teoria ma służyć. Druga to sugestia, by teoria odnosiła się nie tylko do wąsko wydzielonych klas zachowań, ale w miarę możliwości uwzględniała całą złożoność zachowań ważnych dla zdrowia, aby pozwalała wyjaśniać zróżnicowane działania w obszarze stylu życia. Trzecia to uznanie społeczno-kulturowego kontekstu, w którym działa aktor i odbywa się proces promocji zdrowia, za element równoprawny lub nawet ważniejszy niż procesy poznawcze w jego świadomości. Czwarta dotyczy uwzględnienia instytucji promotora zdrowia wśród uwarunkowań zachowań zdrowotnych i osadzenia jej we wspomnianym kontekście społeczno-kulturowym.

## Propozycja teoretyczna: założenia, schemat modelu i opis grup zmiennych

Zanim przedstawiony zostanie proponowany tu model, warto zwrócić uwagę na kilka założeń leżących u jego podstaw.

Użyteczność w promocji zdrowia oznacza, że model wyjaśniać ma te zachowania, które chce ona kształtować. A kształtować chce głównie takie, które istotnie wpływają na stan zdrowia i jednocześnie – co jest nieco mniej kategorycznym warunkiem – mogą stać się przedmiotem refleksji ich podmiotu (niekoniecznie w chwili realizacji). Jest to szeroki zakres różnorodnych i względnie trwałych działań, ujętych w ramach stylu życia. Ów kompleks potencjalnych lub realizowanych zachowań nazywam tu nie tyle stylem życia, co aktywnością zdrowotną (dla uniknięcia skojarzeń ze słowem „styl”, które może zakładać jakąś spójną charakterystykę zachowań zdrowotnych realizowanych przez dany podmiot, czego jako powszechnego zjawiska raczej nie potwierdzają badania). Koncentruję się ponadto na tym jej obszarze, który (na poziomie ogólnym – zob. przypis 1) uznawany jest zarówno przez podmiot, jak przez wiedzę medyczną jako wpływający na zdrowie. Aktywność taka jest zjawiskiem stopniowalnym: może charakteryzować się większą lub mniejszą trwałością, obejmować większy lub mniejszy zakres w różny sposób wyodrębnianych typów działań, a w każdym z tych typów może bardziej lub mniej angażować aktora.

Koncepcja siedliskowa kieruje się bardziej ku społecznościom niż ku jednostkom, a więc przedmiotem uwagi stają się tu zachowania powszechnie realizowane (lub oczekiwane jako takie) w danej zbiorowości, a nie działania pojedynczych osób. Proponowane wyjaśnienia aktywności zdrowotnej ulokowane będą zatem w czynnikach zagregowanych na poziomie społeczności, bądź w zjawiskach społecznych *sensu stricte*.

Jeżeli aktywność zdrowotna jest złożonym i polimorficznym zjawiskiem, to zapewne jest uwarunkowana wieloma przyczynami. Stąd nie zostają tu uznane za trafne takie teorie, które odwołują się do jednej, homogenicznej grupy czynników i przyjmują jako uniwersalną jakąś jednowymiarową koncepcję człowieka. Idąc dalej, jeżeli prawdą jest, że tylko część spośród zachowań zdrowotnych (w znaczeniu interesującym medycynę) to te, które podejmowane są w racjonalnie sprecyzowanym celu, to istnieje potrzeba szerszego uwzględnienia czynników pozawolicjonalnych (*vide* słynny slogan reklamowy „palę, bo lubię”) wśród zmiennych wyjaśniających. Dotyczy to m.in. emocji, utrwalonych oraz automatycznych stylów działania, kompetencji poznawczych i behawioralnych, bodźców z interakcji społecznych, wpływów kultury i struktury społecznej, bezpośredniej presji instytucji społecznych, warunków

materialnych *etc.* Jeżeli prawdą jest także to, że działaniom wpływającym na zdrowie, także refleksyjnym, często nie towarzyszy myślenie o ich związku ze zdrowiem i że wiele spośród nich podejmowanych jest z innych niż zdrowie powodów<sup>4</sup>, to nie jest trafne odwoływanie się w ich wyjaśnianiu wyłącznie do tego obszaru świadomości (wiedzy, przekonań, wartości, postaw *etc.*), który dotyczy spraw zdrowia. Ponadto myślenie aktora związane z omawianymi działaniami (jak w ogóle myślenie potoczne) nie zawsze jest spójne i racjonalne, nie zawsze zgodne z uniwersalną logiką imputowaną mu przez autorów konstruujących dla niego teoretyczne schematy poznawcze.

Potrzeba szerokiego spojrzenia wynika również z faktu, że u podstaw różnych typów zachowań mogą leżeć odmienne, ale swoiste dla nich czynniki i mechanizmy (inne mogą być swoiste uwarunkowania niepalenia tytoniu, a inne prozdrowotnej diety, inne wyjaśniają utrwalanie się nawyku a inne celową jego zmianę itp.), a intencją podjętych tu prac jest ukazanie potencjalnych uwarunkowań całego obszaru aktywności zdrowotnej. Ponadto działania podobne pod względem treści różne osoby realizują pod wpływem odmiennych czynników motywacyjnych. Często też decyduje tu nie pojedynczy czynnik, a cały splot uwarunkowań. I chociaż wszystkie te założenia wydają się potwierdzone i oczywiste, to praktyka badań i wdrożeń w dziedzinie promocji zdrowia sugeruje coś innego.

Postulat praktycznej użyteczności modelu oznacza, że pomyślany został jako pomoc przy konstruowaniu, realizacji i ocenianiu programów promocji zdrowia. Pozwala gromadzić, porządkować i uzgadniać ustalenia empiryczne oraz może stanowić matrycę obszarów działań w programach promocji zdrowia (działania ukierunkowane na determinanty zachowań). Kluczowe elementy w nim zawarte to te, które przynajmniej w jakimś stopniu poddają się modyfikacji w zorganizowanych procesach promocji zdrowia, realizowanych nie tylko na poziomie makrospołecznym, co w węższej skali. Jako mniej istotne potraktowane zostają te czynniki, na które promotorzy zdrowia zasadniczo nie mogą mieć wpływu (np. struktura płci czy wieku w zbiorowości) lub wpływ ich jest raczej znikomy (np. polityka fiskalna państwa).

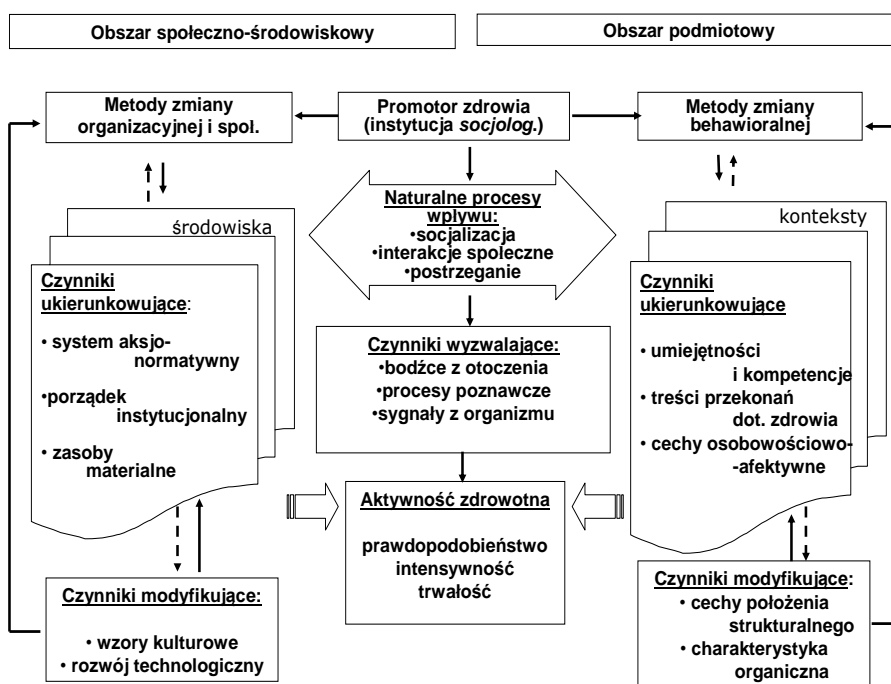
Aktywność zdrowotna aktora społecznego potraktowana została tu (rys. 1) jako efekt czynników (w tym celowych interwencji) zlokalizowanych w dwóch obszarach: (1) społeczno-

---

<sup>4</sup> Przykładowo, ponad 2/3 pracowników dużych przedsiębiorstw przyznaje, że rzadko lub w ogóle nie myśli o wpływie własnych zachowań na zdrowie i co drugi potwierdza tezę, że bardzo rzadko zastanawia się, czy jego zachowania szkodzą zdrowiu – przyznając się jednocześnie do wielu działań ryzykownych (Puchalski 2004). Podobnie blisko czterokrotnie więcej osób z reprezentacji społeczeństwa polskiego przy wyborze menu kieruje się tym, by jedzenie było smaczne, niż by było zdrowe. I chociaż mało która z badanych tam osób uważa, że mięso smażone jest zdrowe, to 1/3 deklaruje, że chce jeść je częściej, a ok. 70% przyznaje, że szczególnie je lubi. Odwrotnie z mięsem gotowanym, które ok. 70% uznaje za zdrowe, a tylko kilkanaście procent chce jeść je częściej (Pentor 2005).

środowiskowym oraz (2) podmiotowym. W każdym z nich wyróżnione zostały, po pierwsze, zastane zjawiska i cechy ukształtowane w naturalnych procesach rozwoju osób i społeczności oraz, po drugie, działania podejmowane w celowych projektach promocji zdrowia, służące modyfikacji tych zastanych uwarunkowań (ujęte w górnej części schematu).

Tak społeczno-środowiskowe jak podmiotowe wyznaczniki aktywności zdrowotnej podzielone zostały na dwie grupy. Pierwsza to czynniki nazwane ukierunkowującymi, które m.in. wyznaczają możliwości realizacji, treści oraz intensywność zachowań w obszarze zdrowia. Ale to również są te, które w mniejszym lub większym zakresie poddają się celowym oddziaływaniom promocyjnym. Drugą grupę tworzą czynniki nazwane modyfikującymi, leżące raczej poza wpływem promotorów zdrowia. Oddziałują one zarówno na owe ukierunkowujące, jak wyznaczają ogólne ramy zastosowania przywołanych działań socjotechnicznych.



Rys. 1. Model uwarunkowań aktywności zdrowotnej (Źródło: opracowanie własne)

Czynniki społeczno-środowiskowe ułożone mogą być w różnych analitycznie wyodrębnionych środowiskach, w których funkcjonuje aktor. Generalnie odnoszą się one do tego środowiska, w którym realizowany jest program promocji zdrowia, ale uwzględnić należy również wpływy pozostałych (m.in. rodzinnych, zawodowych, rówieśniczych) znaczących dla działającego aktora. Wpływy te niekiedy wzajemnie nakładają się, ale mogą być też

przeciwstawne. Podobnie czynniki podmiotowe mogą ujawniać różne swoje odmienne aspekty w zależności od kontekstu sytuacyjnego, w którym znajduje się aktor. Kontekst taki (np. kontekst zabawy, konsumpcji, miłości, pracy) może być pochodną realnego przebywania w danym środowisku czy sytuacji, jak również intencjonalnego przyjęcia tej czy innej postawy<sup>5</sup>.

Oba obszary czynników ukierunkowujących, społeczno-środowiskowy i podmiotowy, powiązane zostały trzema procesami. Pierwszy – najbardziej rozległy, złożony i długotrwały – to socjalizacja, w wyniku której jednostki internalizują normy, wzory, oczekiwania, wartości obecne w społeczeństwie. W przypadku promocji zdrowia i jej oddziaływań należy tu mieć na uwadze raczej socjalizację wtórną. Drugim mechanizmem, wyabstrahowanym z poprzedniego, są interakcje społeczne (te powtarzające się i często uregulowane), w których aktorzy szybciej niż w procesie socjalizacyjnym kształtują i weryfikują swoje przekonania, schematy postępowania, rozpoznają możliwości lub bariery działania, nabywają umiejętności, ulegają wzorom, normom i oczekiwaniom, doświadczają presji społecznej, uzyskują stymulację i wsparcie. Trzeci mechanizm, znów wydzielony z poprzedniego, to procesy związane z percepcją sytuacji (własnej i środowiska), polegające na aktualnym doświadczaniu oraz interpretowaniu napływających informacji, pozwalające aktorom na bieżąco orientować się w potrzebach i możliwościach działania oraz dokonywać intencjonalnych wyborów. Te trzy hierarchiczne procesy i mechanizmy sprawiają, że aktywność zdrowotna jest efektem współdziałania czynników społeczno-środowiskowych i podmiotowych. Z jednej strony transmitują do świadomości aktora wpływy zmiennych społeczno-środowiskowych, a z drugiej wskazują na jego aktywną rolę w doświadczaniu i przetwarzaniu tych wpływów.

Wyjaśniane zachowania są nie tylko efektem wskazanych już, względnie utrwalonych czynników (ukierunkowujących i modyfikujących) lub celowych oddziaływań promocyjnych, ale także incydentalnie pojawiających się bodźców do podjęcia aktywności, nazwanych czynnikami wyzwalającymi. Pojawiają się one zazwyczaj w sposób naturalny, ale niektóre z nich mogą być również celowo wywoływane w programach promocji zdrowia. Pochodzić mogą

---

<sup>5</sup> Wskazanie zróżnicowanych kontekstów, generujących u tego samego człowieka zróżnicowane, czasami odmienne dyspozycje psychiczne, wynika z przyjęcia koncepcji polimorfizmu natury ludzkiej (Ossowski 1967). Koncepcja ta – ogólnie rzecz ujmując – głosi, że człowiek ma w sobie ukształtowanych wiele różnorodnych, często wzajemnie niespójnych przekonań, dążeń czy postaw, wynikających z socjalizacji przebiegającej w różnych środowiskach społecznych. Środowisko społeczne, w którym aktualnie przebywa – realnie lub tylko mentalnie – albo działania, które wykonuje, wywołują (aktualizują) w człowieku te spośród wielu nabytych w socjalizacji postaw i dyspozycji (pozostających niejako w stanie recesji), które charakterystyczne są dla danego środowiska, działania czy ogólniejszego stanu mentalnego. Przykładem może tu być przypadek osoby X, która na co dzień niemal fanatycznie przestrzega zasad zdrowego odżywiania się, intensywnie uprawia aktywność fizyczną, stroni od alkoholu i dymu tytoniowego oraz wyznaje zasady bezpieczeństwa kontaktów seksualnych, to gdy przeniesie się z kontekstów codzienności (pracy, rodziny) w kontekst zabawy, wtedy radykalnie zmienia swoje postawy i działania.

tak ze środowiska, jak z procesów zachodzących w obszarze podmiotowym (np. zaobserwowanie objawów choroby lub wydarzenie medialne ukazujące określony problem).

Aktywność zdrowotna – prawdopodobieństwo jej pojawienia się, intensywność i trwałość – traktowana jest jako efekt wskazanych uwarunkowań oraz interakcji pomiędzy nimi (także innych relacji pomiędzy zmiennymi modelu, pominiętych dla uproszczenia prezentacji). Można ogólnie założyć, że im więcej spośród różnorodnych czynników sprzyjających działaniom zdrowotnym wystąpi w każdej z wyróżnionych grup oraz im bardziej będą one wzajemnie spójne (pod względem treści i łączących je procesów), tym większa jest szansa, że aktor będzie aktywny w sferze zdrowia.

Przedstawiony dalej wielce skrótowy opis poszczególnych czynników zawartych w wyróżnionych grupach zmiennych (elementach modelu) wiąże się z próbą dokonania analitycznych podziałów skomplikowanej i powiązanej rzeczywistości. Jest także próbą zasygnalizowania hipotez na temat roli określonych zmiennych w podwyższaniu prawdopodobieństwa aktywności zdrowotnej (mowa o hipotezach, bo przeglądy stanu ustaleń empirycznych na temat uwarunkowań zachowań zdrowotnych pokazują daleką ich niejednoznaczność). Jeszcze raz należy podkreślić, że opisywane dalej zmienne modelu traktowane są jako wpływające na zaistnienie, intensywność i trwałość ogólnie pojętej aktywności prozdrowotnej, bardziej niż na szczegółowo wyodrębnione działania (choć można oczywiście próbować uszczegółowić te zmienne pod kątem wybranego typu aktywności – np. palenia tytoniu, utrzymywania prawidłowej masy ciała, poddawania się regularnym badaniom profilaktycznym). Warto przy tym pamiętać, że zmienne, które niosą ładunek treściowy (np. przekonania zdrowotne, wzory zachowań) będą oddziaływać również na treść aktywności zdrowotnej.

#### Podmiotowe uwarunkowania aktywności zdrowotnej

W obszar ten włączone zostały takie analitycznie wyodrębnione grupy czynników ukierunkowujących, jak: (a) treści przekonań zdrowotnych, (b) umiejętności i kompetencje, (c) cechy osobowościowo-afektywne (rys. 1).

Treści przekonań zdrowotnych to przede wszystkim: uznawane wartości i cele (zarówno te zbieżne, jak alternatywne w stosunku do zdrowia), przyjmowana koncepcja zdrowia, przekonania dotyczące uwarunkowań jego stanu, uznawane normy społeczne dotyczące

zachowań zdrowotnych i wyobrażenia na temat oczekiwań ze strony znaczących innych w tym zakresie. Wyróżnić można także racjonalizacje przyjmowane dla uzasadnienia własnej aktywności lub jej braku w sferze zdrowia, a także postrzegane korzyści i straty wynikające z takiej aktywności oraz przewidywane bariery i ułatwienia w jej realizacji. To również przekonania dotyczące własnej osoby, takie jak: samoocena, ocena stanu własnego zdrowia i samopoczucia oraz posiadania problemów podatnych na modyfikację (np. spadku kondycji, przyrostu wagi), przekonanie o własnych możliwościach wywierania wpływu na zdrowie (umiejscowienie kontroli), o własnej skuteczności w realizacji działań związanych ze zdrowiem oraz o podatności na choroby związane ze stylem życia. Czynniki z tej grupy są zmiennymi najczęściej pojawiającymi się w badaniach uwarunkowań zachowań zdrowotnych.

Umiejętności i kompetencje obejmują, z jednej strony, bardziej lub mniej utrwalone wyuczone sposoby reagowania (np. umiejętność jazdy na nartach, rozładowania napięcia, nawiązywania znajomości, asertywność), z drugiej wiedzę typu *know-how* w obszarze różnych zachowań ważnych dla zdrowia (m.in. umiejętność poruszania się w systemie instytucji opieki medycznej, korzystania z Internetu, przygotowywania zdrowych posiłków, zdobywania i przyjmowania narkotyków). To także ogólna umiejętność rozumienia i korzystania z treści przekazów dotyczących zdrowia (*health literacy*). Jako sprzyjające aktywności zdrowotnej uznać można posiadanie przez jednostkę tego typu ogólnych dyspozycji, a także dotyczących jak największego zakresu potencjalnych zachowań ważnych dla zdrowia.

Cechy nazwane osobowościowo-afektywnymi obejmują m.in. poziom zainteresowania sprawami własnego zdrowia, stosunek emocjonalny do różnorodnych zachowań pro- i antyzdrowotnych oraz do przekazów nakłaniających do takich zachowań, podatność na tego typu przekazy i naciski społeczne, odczuwane potrzeby (w odróżnieniu od przekonań na temat potrzeb i wartości) związane z czynnikami wpływającymi na zdrowie oraz – dla socjologa trudne do sprecyzowania – cechy charakterologiczne (jak m.in. wytrwałość, ciekawość, otwartość na zmiany). Zmienne z tej grupy są niewątpliwie najmniej podatne na modyfikacje.

Natomiast czynniki modyfikujące obejmują strukturalne cechy położenia społeczno-demograficznego i charakterystykę organiczną. Pierwsze to przede wszystkim poziom wykształcenia oraz sytuacja materialna (zwłaszcza oceniana subiektywnie), które w najszerszym zakresie różnicują ogólną aktywność zdrowotną, a także wiek oraz płeć. Druga grupa to zarówno aktualny, szeroko określony stan zdrowia (wyznaczający m.in. potrzeby i możliwości działań), jak również doświadczenia z minionej biografii zdrowotnej.



## Spoleczno-środowiskowe uwarunkowania aktywności zdrowotnej

W obszarze społeczno-środowiskowym (rys. 1) wyróżnić warto trzy grupy wzajemnie powiązanych czynników ukierunkowujących aktywność zdrowotną: (a) system aksjo-normatywny i wzory zachowań, (b) porządek instytucjonalny oraz (c) zasoby materialne.

W pierwszej grupie znajdują się główne elementy systemu aksjo-normatywnego: normy prawne, reguły moralności, zwyczaje oraz mody dotyczące zachowań ważnych dla zdrowia. Tu mieszczą się także stojące za tymi normami mechanizmy wsparcia i kontroli społecznej, decydujące o sile ich oddziaływania. Osobno wskazać można społeczne wzory zachowań związanych ze zdrowiem – zarówno te charakterystyczne dla ogółu danej społeczności, jak właściwe dla „znaczących innych” i grup odniesienia (pozytywnego i negatywnego). To także wzory oraz wartości celowo rozpowszechniane w różnorodnych przekazach medialnych, m.in. kreowane poprzez marketing. Zwrócić należy uwagę, że zmienne tego typu opisywane są w modelu jako charakterystyczne dla środowiska społeczno-kulturowego, a nie dla świadomości aktora.

O ile powyższe uwarunkowania lokują się w sferze kultury, to kolejna grupa obejmuje te, które bliższe są strukturalnemu ujęciu społeczeństwa. Tu uwzględnić trzeba obecność i status w strukturze społecznej ról, grup, organizacji i instytucji kreujących (do wewnątrz i na zewnątrz) wartości, normy, wzory, oczekiwania, ułatwienia i ograniczenia dotyczące aktywności zdrowotnej (także aktywności konsumenckiej). Przywołać można m.in. polityki (państwa, pracodawców, firm ubezpieczeniowych, koncernów przemysłowych i in.) promujące zdrowy lub niezdrowy styl życia, procedury działań (m.in. programy prozdrowotne, ścieżki kształcenia) oraz związane z nimi formy organizacyjne, bezpośrednio angażujące ludzi lub tylko wzorcotwórcze (m.in. ruchy społeczne, organizacje obywatelskie, role profesjonalne i przywódcze).

Z kolei zasoby materialne, w odróżnieniu od wyżej przywołanych społecznych, to dostępność w danym środowisku produktów, infrastruktury i usług, wykorzystywanych do realizacji aktywności pro- lub anty- zdrowotnej. Ta grupa zmiennych obejmuje zarówno samą obecność (podaż) tych elementów (zdrowej lub niezdrowej żywności, tras turystycznych, wyrobów alkoholowych), jak fizycznie rozumiane możliwości ich wykorzystania (dostępność).

Oddziaływanie wszystkich przywołanych wyżej czynników modyfikowane jest głównie poprzez: wzory kulturowe globalizującego się społeczeństwa, często zaburzające zastany ład normatywny i strukturalny, oraz przez pojawiające się nowe technologie zmieniające zarówno

społeczną, jak materialną stronę stylu życia (oraz oczywiście wpływające na podmiotowe uwarunkowania, co jednak – dla uproszczenia wyводу – zostało tu pominięte).

### Działania promotora zdrowia jako uwarunkowania aktywności prozdrowotnej

Jeżeli promocja zdrowia jest działalnością praktyczną, służącą głównie kształtowaniu aktywności zdrowotnej osób, grup i organizacji, to trudno pomijać jej rolę wśród ogółu uwarunkowań tej aktywności, branych pod uwagę przy okazji realizacji projektu promocyjnego. Brak uwzględniania działań interwencyjnych podejmowanych pod szyldem promocji zdrowia byłby *de facto* stwierdzeniem, że nie mają one istotnego wpływu na kształtowane zachowania, albo wprost przeciwnie – że są one tak doskonale skuteczne, iż nie ma potrzeby w ogóle zastanawiać się nad ich wpływem. Projekt promocyjny jest przecież pod wieloma względami takim samym elementem rzeczywistości otaczającej człowieka, jak inne jej elementy brane pod uwagę w modelach uwarunkowań zachowań zdrowotnych.

W modelu tym zasadnicze działania promotora zdrowia (rozumianego raczej jako instytucja społeczna, niż konkretna osoba) potraktowane zostają dwutorowo. Po pierwsze, są to przedsięwzięcia z zakresu wywierania wpływu społecznego, w praktyce skoncentrowane na szeroko pojętej edukacji zdrowotnej (Słońska 1999), skierowanej głównie (choć nie tylko) w obszar podmiotowy. Drugie to działania polegające na wprowadzaniu zmian społeczno-organizacyjnych, kierowane w obszar środowiskowy. W idealnym ujęciu mogą to być również oddziaływania dotyczące procesów socjalizacyjnych, interakcyjnych i percepcyjnych, wymykające się z popularnego pojmowania socjotechniki (np. procesy wychowania).

Ta pierwsza grupa, służąca przekształceniom zastanego stanu czynników podmiotowych (głównie tych mentalnych) obejmuje m.in. tradycyjnie pojętą oświatę zdrowotną (rozumianą jako przekazywanie teoretycznej wiedzy na temat zdrowia), działania marketingowe służące kształtowaniu postaw emocjonalnych wobec zdrowia, zachowań zdrowotnych i związanych z nimi obiektów, treningi rozwoju umiejętności dotyczących pożądanych działań i radzenia sobie z niepożądanymi, czy ukazywanie tzw. grupom celowanym wyników badań stanu ich zdrowia.

Drugi obszar działań promujących zdrowie, dotyczących stymulowania rozwoju społeczności i organizacji w kierunku tzw. zdrowych środowisk (Grossmann, Scala 1997), obejmuje m. in. lobbing oraz rzecznictwo, kreowanie liderów, budowanie koalicji i struktur, aktywizowanie społeczności, stymulowanie tworzenia polityk, wprowadzanie norm i regulacji oraz inne formy wsparcia dla innowacji (zarządzania zmianą) w sferze zdrowia.

## Podsumowanie

Jeżeli przedstawiona tu szkicowa propozycja uzyska akceptację, to dalsze prace mogłyby zmierzać w tym kierunku, aby – w oparciu o dostępne wyniki badań na temat uwarunkowań różnego typu działań zdrowotnych – wypełnić i uszczegółowić charakterystyki zmiennych ujętych w modelu oraz – także w oparciu o nowe badania – zweryfikować trafność dokonanego już wyboru zmiennych wyjaśniających. Z tego punktu widzenia obecnie mniej istotne wydaje się dążenie do wzajemnego uzgodnienia różnorodnych ustaleń poczynionych już w odniesieniu do wąsko wyodrębnionych zachowań, ile w ogóle o gromadzenie potwierdzonych empirycznie danych ukazujących zależności pomiędzy zmiennymi zasygnalizowanymi w modelu a szeroko pojętą aktywnością ważną dla zdrowia. W dalszej perspektywie większą uwagę warto będzie zapewne poświęcić też rozwinięciu dynamicznego spojrzenia na przedstawione w modelu relacje. Idzie zwłaszcza o dokładniejsze analizy procesów łączących zjawiska z obszaru społeczno-środowiskowego i podmiotowego oraz ich wpływ na aktywność zdrowotną.

Przedstawiony szkic modelu (bo bardzo daleko mu jeszcze do dojrzałej koncepcji uwarunkowań aktywności zdrowotnej) ma do wypełnienia kilka podstawowych funkcji.

Po pierwsze, próbuje przełamywać tradycyjną izolację dyscyplin i teorii w tej problematyce oraz dość jednostronne ujęcie tak samych zachowań, jak ich uwarunkowań. I choć przez to narażony zostaje na zarzut eklektyzmu oraz niedostatków naukowej precyzji, to jego rolą jest właśnie przeciwstawienie się takim punktom widzenia, które w dążeniu do precyzji gubią gdzieś istotę przedmiotu swoich badań i starają się powiedzieć coraz więcej o czymś, co staje się coraz mniej ważne z punktu widzenia potrzeb praktyki.

Po drugie, co dotyczy szczególnie polskiej socjologii, wskazuje na te zjawiska i procesy, które (choć eksponowane w socjologii ogólnej) warto lepiej opracować teoretycznie z punktu widzenia ich wpływu na zachowania dotyczące zdrowia. Z kolei w perspektywie empirycznej jest ogólną matrycą zjawisk wartych szczegółowego rozpoznania przy budowaniu wiedzy o współczesnym społeczeństwie i jego zachowaniach, związanych z wartością od lat najczęściej wybieraną spośród innych cenionych obiektów (Czapiński, Panek 2007).

Po trzecie, model wskazuje zjawiska, które winny zostać uwzględnione jako przedmiot kompleksowo pojętego projektu promocji zdrowia w społeczności lub organizacji, nawet gdyby brak było empirycznych przesłanek do ich precyzyjnego scharakteryzowania w określonym środowisku społecznym. Są to również te zmienne, które (jeżeli zostanie sporządzona ich

empiryczna charakterystyka w danym środowisku) mogą służyć do oceny efektów realizowanego projektu wdrożeniowego. Przedmiotem tej oceny może być nie tylko sama zmiana zachowań zdrowotnych, ale także trwała zmiana uwarunkowań tych zachowań w kierunku stymulującym aktywność prozdrowotną.

Przedstawiony szkic modelu można wykorzystać zarówno pod kątem potrzeb dotyczących ogólnie pojętej aktywności pro- lub (i) anty- zdrowotnej, albo w kontekście badania i wyjaśniania lub kształtowania wybranego, wąsko zdefiniowanego zachowania (zajmując się osobno ustaleniami na temat np. regularnej aktywności fizycznej).

Patrząc na uwarunkowania aktywności zdrowotnej (pojętej ogólnie lub wężiej) z punktu widzenia potrzeb praktyki – to znaczy wdrożeń projektów promocji zdrowia – warto na koniec zwrócić jeszcze uwagę na rozróżnienie zjawisk sprzyjających oraz niesprzyjających danej formie aktywności (tab. 2).

Tab. 2. Matryca analizy uwarunkowań aktywności zdrowotnej

<b>Uwarunkowania:</b>	<b>sprzyjające</b>		<b>niesprzyjające</b>	
	łatwe do modyfikacji	trudne do modyfikacji	łatwe do modyfikacji	trudne do modyfikacji
<b>aktywności prozdrowotnej</b>	A1	A2	B1	B2
<b>aktywności antyzdrowotnej</b>	C1	C2	D1	D2

Źródło: opracowanie własne

W takiej perspektywie wśród zarysowanych w modelu uwarunkowań (tych realnie występujących w środowisku wdrażania projektu lub tylko opisywanych teoretycznie) można wyodrębnić i analizować te, które z punktu widzenia promocji zdrowia powinny stać się obiektem wsparcia (pola A i D), celem przekształceń (pola B) lub nawet eliminacji (pola C). Dodatkowo można zwrócić uwagę na fakt, w jakim stopniu poddają się one metodom (czy szerzej – możliwościom działania), jakimi dysponuje promocja zdrowia w ogóle lub jakie ma do dyspozycji w ramach konkretnego projektu.

Jednocześnie warto pamiętać, że każdy projekt promocji zdrowia jest także efektem działań o charakterze twórczym, wymykających się systematycznym procedurom naukowym. W

związku z tym nie wszystko można, jak również nie wszystko zawsze trzeba podporządkowywać takim procedurom. Z drugiej jednak strony, chociaż przedstawione tu schematy (tab. 1-2 oraz rys. 1) konstruowane były dla potrzeb nauki, można próbować je wykorzystać w programach promocji zdrowia właśnie jako narzędzia aktywizacji społecznej i pracy twórczej w gronie animatorów i uczestników projektu (przy jego planowaniu i ewaluacji).

### **Literatura:**

Bunton, R., Macdonald G. (red.). (2002). *Health Promotion. Disciplines, diversity, and developments* (wyd. 2). London and New York: Routledge

Czapiński, J., Panek, T. (red.). (2007). *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. [http://www.diagnoza.com/files/diagnoza2007/raport\\_11.11.2007.pdf](http://www.diagnoza.com/files/diagnoza2007/raport_11.11.2007.pdf)

De Vries, H. (1999). *Promocja zdrowia w chwili obecnej i zasady jej planowania*. W: M. Miller, D. Cianciara (red.). *Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia* (s. 82-137). Warszawa: Państwowy Zakład Higieny

Glanz, K., Rimer, B. K., Lewis, F. M. (red.). (2002). *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (wyd. 3). San Francisco: Jossey-Bass

Gniazdowski, A. (1995). *Rola wybranych czynników psychospołecznych w procesie promocji zdrowia w Polsce*, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 7, s. 22 - 28.

Gochman, D. S. (red.). (1988). *Health Behavior. Emerging Research Perspectives*. New York and London: Plenum Press.

Grossmann, R., Scala, K. (1997). *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka

Heszen-Niejodek, I. (1997). *Psychologiczne modele teoretyczne leżące u podstaw promocji zdrowia*. W: Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.). *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Kaiser, A. (2005). *Stosunek do zdrowia w okresie przemian społeczno-gospodarczych na przykładzie rodzin przedsiębiorców*. W: W. Piątkowski, W. A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna* (s.73-91). Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza

Korzeniowska, E. (2005). Grupy odniesienia jako subiektywne determinanty działań w sferze zdrowia. W: W. Piątkowski, W. A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna* (s. 119-133). Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza

Łuszczyńska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP

Murphy, S., Bennett, P. (2002). *Psychology and health promotion*. W: R. Bunton, G. Macdonald (red.) *Health Promotion. Disciplines, diversity, and developments* (wyd. 2, s. 31-52). London and New York: Routledge

Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN

Ossowski, S. (1967). *Dzieła*. T. 3. *Z zagadnień psychologii społecznej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe

Palska, H. (2002). *Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce lat dziewięćdziesiątych*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN

Pentor (2005). *Zwyczaje żywieniowe Polaków – raport Knorra*. <http://www.pentor.pl/19956.xml>

Puchalski, K. (1989). *Pojęcie zachowań związanych ze zdrowiem. Geneza i próba typologii*. W: *Socjologia zdrowia i medycyny. Konwersatorium 1986-88. Materiały*. (s. 29-59) Warszawa: Sekcja Socjologii Medycyny PTS, Instytut Filozofii i Socjologii PAN

Puchalski, K. (2004). *Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw*. *Medycyna Pracy*: 2004; 55 (5), s. 417-424

Puchalski, K. (2005). *Promocja zdrowia w poszukiwaniu tożsamości*. W: W. Piątkowski, W. A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna* (s.73-91). Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza

Puchalski, K., Korzeniowska, E. (2004). *Dlaczego nie dbamy o własne zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych*. W: W. Piątkowski (red.). *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny* (s. 107-126). Lublin: Wydawnictwo UMCS

Sęk, H. (2000). *Zdrowie behawioralne*. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

Słońska, Z. (1999). *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*. W: J. B. Karski (red.) *Promocja zdrowia* (wydanie nowe) (s. 304-318). Warszawa: Wydawnictwo Ignis

Thorogood, N. (2002). What is the relevance of sociology for health promotion? W: R. Bunton, G. Macdonald (red.) Health Promotion. Disciplines, diversity, and developments (wyd. 2) (s. 53-79). London and New York: Routledge

### Health behaviours conditions in the context of health promotion – an attempt to construct the sociological explaining model

In the interdisciplinary field of health behaviours research there are two main approaches. In the first one, typical of health sciences, the most crucial are those activities which, according to the scientific findings, have a significant (positive or negative) impact on the society's health. In the second, typical of social and behaviour sciences, the most vital are those which are treated by a person undertaking them as important to health, especially that are undertaken as influencing health. Combination of both approaches (scientific and subjective ones) gives the opportunity of outlining behaviours which have a health impact from a person (group) and sciences points of view.

The paper makes an attempt to construct a model explaining this behaviours. The aim is to outline the array of various conditions of such behaviours and to outline a whole range of ways of a health promotion influence. It also organises those variables which in researches are treated as explanation of such behaviours. Moreover, it distinguishes conditions located in a person (competences, beliefs, personal and affective features) as well as those of social-environmental character (norms and values, social institutions, material surrounding). The paper outlines also their coexistence resulting from socialisation, social interactions and individual's perception.