

ANTONINA OSTROWSKA

## Prozdrowotne style życia

### WPROWADZENIE

Od połowy lat 70. na Zachodzie, a od końca lat 80. w Polsce, problem udziału jednostki w kształtowaniu własnego zdrowia jest przedmiotem licznych debat specjalistów. Bezpośrednio wywołały je wyniki badań epidemiologicznych kwestionujących tzw. wielkie równanie (dobra opieka medyczna = dobre zdrowie). Były to, z jednej strony, wyniki trwających ponad czterdzieści lat badań we Framingham, dotyczące związków elementów stylu życia z występowaniem chorób układu krążenia (Kannel 1978), z drugiej – prace McKeowna (1973) analizujące wpływ medycyny na podnoszenie zdrowotności społeczeństw. Analizując procesy demograficzne i obrazy chorób mieszkańców Anglii i Walii na przestrzeni 150 lat wykazał on, że od czasu wyraźnego obniżenia się współczynnika zgonów wskutek chorób zakaźnych i ostrych, związanego z odkryciem antybiotyków i szczepionek, postęp medycyny ma niewielki statystyczny wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego. Obserwacje te potwierdzone zostały badaniami prowadzonymi w Stanach Zjednoczonych, porównującymi zbliżone dane dla okresu blisko 80 lat (McKinlay i McKinlay 1977).

Największe znaczenie w prowadzonej debacie miał prawdopodobnie jednak tzw. Raport Lalonda (1978), który wykazał, że w krajach rozwiniętych (a więc takich, które uporały się z ostrymi chorobami zakaźnymi) można wyróżnić cztery grupy czynników warunkujących „pole zdrowia” człowieka: czynniki biologiczne (genetyczne), czynniki środowiska zewnętrznego, czynniki związane ze stylem życia i efekty działalności medycyny, a także dał próbę oszacowania ich wpływu. Model Lalonda był następnie podejmowany i uszczegółowiany w wielu innych badaniach empirycznych, które potwierdziły decydującą rolę

stylu życia w kształtowaniu zdrowia. Aktualne oszacowania udziału poszczególnych czynników w polu zdrowia przypisują największą rolę stylom życia, odpowiedzialnym za kształtowanie go w ok. 50%, następnie czynnikom środowiskowym (ok. 25–35%), czynnikom biologicznym (10–15%) i opiece zdrowotnej (10–20%) (Sadowski 1995).

Doniosłość wspomnianych prac polegała nie tylko na ukazaniu nowych czynników ryzyka zagrażających zdrowiu i sposobów ich przewycięzania, ale także na przeniesieniu ciężaru gatunkowego walki o zdrowie z instytucji medycyny na instytucje życia społecznego i indywidualne zachowania jednostek. Karta Ottawska (1986) obliguje szereg instytucji społecznych do wspomagania ludzi w realizowaniu przez nich prozdrowotnego stylu życia (Słońska 1994).

Styl życia w terminologii specjalistów z zakresu zdrowia publicznego przybrał nieco okrojoną formę w stosunku do treści, jaką się temu pojęciu przydaje w socjologii. Socjolog niewiele znajdzie tu wspólnego z przedstawioną w *Wirtschaft und Gesellschaft* koncepcją Webera, odnoszącą styl życia nie tyle do zachowań jednostek, ile grup społecznych, do koncepcji Ossowskiej (1963) wiążącej styl życia z realizacją wzoru osobowego czy Sicińskiego (1978) łączącego styl życia z zachowaniami manifestującymi położenie społeczne. Prozdrowotne style życia, jak rozumiano je w powyższych pracach, sprowadzają się bowiem niemal wyłącznie do określonego sposobu odżywiania, unikania tytoniu i alkoholu, aktywności fizycznej i – w nowszych pracach – umiejętności zwalczania stresu. Niewątpliwie jednak i te selektywne elementy stylu życia są uwarunkowane społecznie, strukturalnie i kulturowo.

Wyniki omawianych badań doprowadziły do konstatacji, że nieprzestrzeżenie dyrektyw prozdrowotnego stylu życia, a więc wszelkie zachowania im przeciwnie, stanowią czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych, określanych w związku z powyższym mianem „chorób z wyboru”. Takie sformułowanie stawiało jednak problem określenia granic indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie i nie pozbawione było pewnych pułapek. Przypisanie jednostce – poprzez dokonywanie przez nią wyborów – tak dużej odpowiedzialności za osiągnięte efekty zdrowotne w swej skrajnej postaci prowadzić bowiem może do syndromu „obwiniania ofiary” i przerzucania na nią całej winy za występowanie chorób (Milio 1986). Analiza zachowań realizowanych w ramach prozdrowotnych stylów życia niewątpliwie powinna uwzględniać okoliczności komplikujące tę zależność, a pozostające często poza sferą wpływu jednostek. Zachowania zdrowotne, jak inne zachowania ludzkie, osadzone są na fundamencie społecznym i kulturowym, który determinuje i ogranicza indywidualne wybory. Określone praktyki zdrowotne są często nie tyle efektem zamierzonych, celowych działań, ile wynikają z ich związku z bardziej ogólnymi „sposobami na

życie” ludzi (Mechanic 1989). Obiektywne możliwości realizowania określonych zachowań uwarunkowane są ponadto pozycją społeczną i czynnikami makrostrukturalnymi, stwarzającymi niejednokrotnie bariery realizacji dokonanych wyborów. Wreszcie wskazać także trzeba na manipulowanie konsumentami przez wytwórców określonych dóbr i usług (choćby sugestywne reklamy papierosów). Chwytlive hasło promocji zdrowia „Twoje zdrowie w twoich rękach” ma więc bardziej znaczenie propagandowe niż diagnostyczne. Jak zauważa Gniazdowski (1990), dla niektórych jednostek jest to istotnie sprawa prosta, dla masowych populacji jednak rzecz nie sprowadza się wcale do prostej chęci i zaangażowania poszczególnych jednostek. Musi zostać spełnionych szereg innych złożonych warunków, by istotnie osiągnąć, choćby w części, założenia promocyjne.

Mimo powyższych zastrzeżeń, to właśnie rozpoznanie społecznych czynników ryzyka najgroźniejszych dzisiaj chorób, a także sprecyzowanie zaleceń prozdrowotnego stylu życia stwarza największe szanse radykalnej poprawy stanu zdrowia społeczeństw. Doświadczenia krajów, które potrafiły je wdrożyć, pokazują już wyraźne efekty takich działań – w przypadku samej tylko choroby wieńcowej w Stanach Zjednoczonych w ciągu 10 lat obniżono umieralność o 25%. Zachorowalność i umieralność z powodu udaru mózgu obniżono w Japonii o 75% w Finlandii zaś w ciągu 20 lat o 32% (Sadowski 1995).

Idea wdrażania prozdrowotnych stylów życia jako sposobu na podnoszenie zdrowotności społeczeństwa trafiała jednak na odmienny grunt w krajach Europy Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych niż w Polsce. W krajach wysoko rozwiniętych, stabilnych, nasyconych usługami medycznymi i charakteryzujących się najwyższymi na świecie wskaźnikami poziomu zdrowia odejście od paradygmatu medycyny naprawczej było zanegowaniem jej dalszych możliwości w sferze zdrowia publicznego, a społeczne inwestycje w promowanie zdrowia – poszukiwaniem nowych źródeł powiększających i tak relatywnie wysoki potencjał zdrowotny. Obraz ten przedstawia się z gruntu inaczej dla Polski przełomu lat 80. i 90. Nieustabilizowana sytuacja społeczno-ekonomiczna, niższy poziom życia, jedne z gorszych w Europie wskaźniki stanu zdrowia, wysoka umieralność, ograniczony dostęp do usług medycznych i drastyczne pogorszenie się ich jakości, a ponadto załamywanie się państwa opiekuńczego gwarantującego „minimum zdrowotne” – to ważniejsze z charakterystyk, wyznaczających kontekst przejmowania we własne ręce swojego zdrowia w naszym kraju.

Niewątpliwie zła sytuacja materialna ogranicza możliwości wyborów, jednak z kolei niefunkcjonalność służby zdrowia czy wysokie koszty opieki

medycznej mogą prowadzić do prób uniezależnienia się od nich i upowszechnienia się przeświadczenia, że należy w większym stopniu liczyć na siebie samego. Ponadto wśród procesów zachodzących w naszym kraju w ciągu ostatnich lat można zidentyfikować takie, które są zdecydowanie spójne z wzorcem zachowań składających się na prozdrowotny styl życia. Demokratyzacja życia stwarza szanse indywidualnego rozwoju, możliwości pełniejszego wykorzystania swoich sił i zdolności, zwiększa poczucie odpowiedzialności za własne działania. Jeżeli nawet w początkowym okresie oznacza to wiele napięć i stresów dla znacznej części społeczeństwa, w dalszej perspektywie sprzyja aktywnej postawie wobec życia i kreowaniu własnego zdrowia. Można także przyjąć, że rola zdrowia będzie coraz częściej brana pod uwagę jako czynnik kształtujący indywidualne kariery, jako modyfikator szans i osiągnięć życiowych. Zdrowie z wartości w znacznej mierze autotelicznej będzie się więc dla wielu osób przekształcać w wartość bardziej instrumentalną. Dobre zdrowie jest potrzebne, aby poprawić swoją pozycję społeczną, zarabiać pieniądze, zrobić karierę. Można założyć, że nośnikiem tych idei będzie nowo tworząca się u nas klasa średnia, a przede wszystkim jej młodszy przedstawiciele, nawiązując w tym względzie do stylów życia wykreowanych przez zachodnich *yuppies*.

Na tym tle interesująca jest odpowiedź na pytanie, jak obecnie kształtują się postawy wobec zdrowia i świadomość zdrowotna Polaków? Na ile powszechne są indywidualne zachowania prozdrowotne, które mogłyby świadczyć o dokonywaniu się zmian w stylach życia? Jakie czynniki mają na nie wpływ? W dalszej części tekstu przedstawię dane empiryczne, które pozwolą naświetlić te kwestie.

## STAN ZDROWIA I ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA JAKO KONTEKST PROZDROWOTNYCH STYLÓW ŻYCIA

Przeciętny Polak ma ostatnio wiele okazji, aby dowiedzieć się, że stan zdrowia naszego społeczeństwa jest zły i stale się pogarsza. Wypowiedzi na ten temat, formułowane niekiedy przez wybitnych specjalistów, często pojawiają się w prasie i telewizji. Wyniki badań potwierdzają powszechność takiego przeświadczenia. Przeważająca większość społeczeństwa (84%) wyraża przekonanie, że w ciągu ostatnich 10 lat stan zdrowia ludności naszego kraju uległ pogorszeniu. Wini się za to przede wszystkim ubożenie społeczeństwa i bezrobocie (53,1%), zanieczyszczenie środowiska (47,4%), stresy życia codziennego (37,7%). Przekonanie o pogarszającym się stanie zdrowia społeczeństwa, które tak wyraziście odnosi się do ostatnich lat, odzwierciedla jednak bardziej

– jak można sądzić – wielość informacji pojawiających się na ten temat niż stan faktyczny. Porównanie dynamiki zachorowalności i umieralności w ciągu ostatnich 35 lat nie potwierdza jednoznacznie tej sytuacji. Tabela 1 przedstawia dane na temat umieralności w Polsce z powodu tzw. trzech głównych zabójców.

Tabela 1. *Umieralność w Polsce w latach 1960–1993 (wybrane przyczyny w %)*

Przyczyny zgonów	1960	1970	1980	1985	1990	1995
Choroby układu krążenia	27,4	38,1	48,2	51,0	52,4	50,4
Nowotwory złośliwe	11,8	17,5	17,0	17,6	19,0	20,2
Wypadki i zatrucia	5,7	7,4	7,7	7,1	7,7	7,5

Źródło: *Raport Rządowej Komisji Ludnościowej*, Warszawa 1993. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski w 1995 roku*. PZH 1997.

Choć dane na temat zgonów są tylko jednym ze wskaźników stanu zdrowia, pokazują jednak, że wprawdzie sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego jest krytyczna – szczególnie jeśli chodzi o choroby układu krążenia – to jednak wskaźniki te w ostatnich latach nie miały wyraźniejszej tendencji wzrostowej. Warto dodać, że także subiektywne oceny stanu zdrowia w dłuższym czasie nie wykazują większych różnic. Sugeruje to, że powszechne odczucie pogarszania się zdrowia społeczeństwa nie jest efektem uogólnienia własnych doświadczeń w tym względzie. Porównanie ocen własnego zdrowia ze stanem zdrowia innych (w podobnym wieku), dokonanych w 1976 i 1995 r.<sup>1</sup> wskazuje, że proporcje osób, które oceniły swój stan zdrowia jako relatywnie lepszy, wyniosły odpowiednio 18% i 16,3%, a jako gorszy 22% i 20,6%, a więc były zbliżone. Podobne porównanie przeprowadzone w celu oceny samopoczucia psychicznego wskazuje, że przeciętnie jest ono obecnie nawet lepiej oceniane niż blisko 20 lat temu. Skrajne oceny samopoczucia dla obu omawianych okresów przedstawiają się dla lat 1976 i 1995 odpowiednio: bardzo dobre i dobre – 37% i 49,1%, a złe i bardzo złe – 4% i 3,9%.

Paradoksalnie więc, w okresie, gdy media prezentowały ideologię sukcesu w służbie zdrowia, a złe wskaźniki stanu zdrowia nie były udostępniane opinii

<sup>1</sup> Badania zrealizowane przez OBOP na ogólnopolskiej próbie reprezentacyjnej (Ostrowska 1980), „Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego”. W obu badaniach zadano identycznie brzmiące pytania na temat oceny stanu zdrowia oraz oceny samopoczucia psychicznego.

publicznej, subiektywne, indywidualne odczucia zdrowotne nie prezentowały się lepiej niż obecnie, gdy przekonani jesteśmy, że stan zdrowia społeczeństwa jest niemal katastrofalny.

Niezależnie jednak od obiektywnych i subiektywnych wskaźników zdrowia, popularność przekonania o gwałtownie pogarszającej się sytuacji zdrowotnej społeczeństwa rodzi zarówno powszechne poczucie konieczności podjęcia działań na szczeblu makrosocjalnym czy instytucjonalnym, jak i sprzyja (lub winno sprzyjać) indywidualnej, zapobiegającej grożącemu złu, aktywności. Aktywność ta może iść – generalnie rzecz biorąc – w dwóch nie wykluczających się wzajemnie kierunkach: intensyfikacji kontaktów z medycyną i realizacji prozdrowotnego stylu życia. Na wybór sposobu postępowania ma tu wpływ szereg czynników; nie bez znaczenia jest jednak niewątpliwie przekonanie o ich skuteczności, a więc wiara we własne możliwości oraz zaufanie do medycyny.

Badanie zrealizowane w 1995 r. przez IFiS PAN pokazuje powszechną akceptację dla hasła „Twoje zdrowie w twoich rękach”; 83,1% badanych uważa je za słuszne, potrafi uzasadnić, a także wymieniać poszczególne podstawowe elementy składające się na prozdrowotny styl życia. Podobnie liczna grupa osób (80,2%) wierzy, że zdrowie człowieka zależy w większym stopniu od jego sposobu życia niż działalności medycyny. Za najważniejsze, najczęściej wskazywane zachowania służące zdrowiu uznano właściwe odżywianie, unikanie stresów, a następnie aktywność fizyczną. Natomiast unikanie używek (alkohol, papierosy) znalazło się na dalszej pozycji. Uznanie wagi poszczególnych zachowań nie oznacza jednak, że próbuje się je realizować we własnym życiu. Stosunkowo najczęściej wdrażaną praktyką prozdrowotną jest ruch i aktywność fizyczna. Dłuższe spaceruje odbywa co najmniej kilka razy w tygodniu 37,3% osób. O dobrym odżywianiu dla swego zdrowia mówi 28,9% osób, jednak nie mamy tu pewności, czy chodzi o dobre, czyli racjonalne, odżywianie, czy też dobre – w sensie kaloryczne i solidne. Jeżeli za wskaźnik właściwego, racjonalnego odżywiania uznać eliminację z diety tłuszczów zwierzęcych, to stara się to robić 47,5%, a więc znacznie więcej. Aktywność fizyczna w połączeniu z dietą nie jest jednak mocną stroną naszego społeczeństwa; świadczyć o tym może także fakt, że ponad 1/3 dorosłej ludności samokrytycznie przyznaje się do zbyt wysokiej wagi ciała. Rozbieżność między tym, co ważne, a tym, co realizowane, jest największa w przypadku unikania stresu. Prawie czterokrotnie więcej osób uznaje doniosłość bezstresowego życia dla zdrowia niż próbuje to realizować w praktyce (38,6% i 10,4%). Ocena możliwości medycyny naprawczej jest w naszym społeczeństwie raczej wysoka, ale niebezpieczna. Porównanie z cytowanymi już uprzednio wynikami badań sprzed 20 lat wskazuje na dokonanie się pewnych przewartościowań w widzeniu poszczególnych skład-

ników zaufania do medycyny. Więcej osób wierzy w efektywność leczenia najgroźniejszych chorób (w uleczalność wcześniej wykrytego raka wierzyło w 1967 r. 27% osób, a 67% w 1995 r.), jednocześnie jednak notuje się pewien nawrót do wiary w tradycyjne środki lecznicze, porzucone przez współczesną, zorientowaną technologicznie medycynę. Częściej dostrzega się jatrogenne działanie medycyny („większość lekarstw lecząc jedno schorzenie szkodzi na coś innego”) i nieco mniejszym zaufaniem darzy kompetencje lekarzy. W sferze zachowań przejawia się to we wzrastającej w porównywanym okresie częstości samodzielnego modyfikowania bądź w ogóle niestosowania się do zaleceń lekarza. Różnice te są szczególnie wyraźne w takich zachowaniach, jak zmniejszanie przepisanych dawek leków z obawy przed ich ubocznymi skutkami, a także dodatkowe stosowanie posiadanych w domu leków (w obu wypadkach różnice ok. 15 punktów procentowych). Wzrost częstości stosowania posiadanych już leków jest niewątpliwie także reakcją na wzrost ich kosztów.

Przedstawienie kontekstu, w jakim podejmowane są w Polsce indywidualne decyzje prozdrowotne, byłoby niepełne bez ukazania ocen związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Badanie CBOS realizowane także w 1995 r. informuje, że system ten w opinii większości społeczeństwa jest zły (79%) i faworyzuje przede wszystkim tych, którzy mają pieniądze i znajomości (78%) (CBOS 1995).

Jeżeli więc porównać rolę czynnika ograniczonych możliwości medycyny naprawczej, który odegrał istotną (choć nie wyłączną) rolę w determinowaniu prozdrowotnych stylów życia w krajach zachodnich, w Polsce mamy do czynienia nie tyle ze zmniejszoną wiarą w medycynę, ile kryzysem wydolności służb medycznych i utrudnionym do nich dostępem. Ponad połowa badanych przez IFiS PAN stwierdziła, że w przypadku pojawienia się choroby czy dolegliwości idzie do lekarza dopiero w ostateczności.

Na tle wyżej zarysowanego obrazu spróbujemy teraz odtworzyć działania prozdrowotne Polaków i sposób realizacji wzorów prozdrowotnego stylu życia.

## PROZDROWOTNE DZIAŁANIA POLAKÓW

Realizując określone wzory działań na rzecz zdrowia na ogół dokonujemy wyborów spośród różnych alternatywnych możliwości. Już sam fakt podejmowania takich decyzji pozostawia jakąś część naszego zdrowia w naszych rękach, niezależnie od tego, czy decyzje te będą dotyczyły pasywnego poddania się medycznemu autorytetom, czy aktywnego budowania własnego potencjału zdrowotnego poprzez realizację wzorów określonych codziennych zachowań.

Jak wspominałam wcześniej, autonomia jednostki w dokonywaniu wyborów jest funkcją możliwości i ograniczeń istniejących w otaczającym ją świecie zewnętrznym, ale także efektem odczuwanej zgodności bądź współzawodnictwa między zdrowiem a możliwością realizacji innych wartości, nawyków zdrowotnych przyswajanych w procesie socjalizacji, konstytucji poznawczej i emocjonalnej oraz wielu innych zmiennych.

Nie jesteśmy tu w stanie odtworzyć całej złożoności czynników, które mają swe autorstwo w indywidualnych scenariuszach zdrowotnych, ani nawet zrekonstruować pełnej listy choćby celowościowych tylko działań, które się na nie składają. Odtwarzając prozdrowotne style życia ograniczymy się więc do „medycznego” sposobu operacjonalizacji tego terminu (a więc zrelatywizowanego do czterech podstawowych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych) i scharakteryzujemy wzory korzystania z opieki zdrowotnej. Ważne są także ich uwarunkowania, których poszukiwać będziemy przede wszystkim wśród zmiennych charakteryzujących położenie społeczne jednostek.

Na początek warto zauważyć, że istnieje w naszym kraju wcale niemała frakcja osób (orientacyjnie co piąta), które na podstawie ich własnych deklaracji można by określić jako reprezentantów swoistej zdrowotnej abnegacji. Osoby te nie robią nic, co byłoby nakierowane na zachowanie zdrowia, unikają też kontaktów z medycyną. Zdrowotni abnegaci rekrutują się z osób o różnym wykształceniu i różnej pozycji zawodowej. Są to jednak nieco częściej mężczyźni, a szczególnie w wieku 30–50 lat. Nie kusząc się tu o przyczynowe łączenie tych faktów odnotujemy jednak, że właśnie w tej grupie wiekowej wśród mężczyzn obserwujemy w Polsce zjawisko nadumieralności z powodu chorób układu krążenia, a więc chorób, którym stosunkowo najskuteczniej można zapobiegać (Kuch 1995). „Zdrowotni abnegaci” nieco częściej niż inni wyrażają troskę o swoją sytuację materialną i gorzej ją oceniają. Różnice te nie są znaczne, jednak mogą świadczyć o tym, że gorsza sytuacja materialna nie sprzyja dbałości o zdrowie.

Znaczna większość osób (78,8%) deklaruje wykonywanie co najmniej jednej czynności nakierowanej na ochronę zdrowia, przy czym są to zarówno działania profilaktyczne, jak i umacniające w ich opinii ogólny potencjał zdrowotny. Dodajmy, że indywidualne sposoby na zachowanie zdrowia znacznie przekraczały zalecenia sformułowane przez medycynę w ramach lansowania prozdrowotnych stylów życia, a niekiedy pozostawały z nimi w pewnej sprzeczności (np. „staram się jak najwięcej pracować, aby nie myśleć o chorobach”).

Po wstępnej analizie wszystkich deklaracji dokonano wyboru 11 czynności ilustrujących trzy sfery działań prozdrowotnych:



1. Korzystanie z opieki zdrowotnej.
2. Zwalczanie bądź zapobieganie stresom.
3. Dieta, aktywność fizyczna, unikanie używek.

Następnie – w poszukiwaniu syntetycznych osi różnicujących te czynności – poddano je analizie czynnikowej, której wynik pozwolił wyodrębnić dwa wymiary, charakteryzujące dwa odmienne i istniejące niezależnie od siebie sposoby dbania o zdrowie. Przedstawia je poniższa tabela.

Tabela 2. *Sposoby dbania o zdrowie. Wagi czynnikowe w dwóch wymiarach<sup>2</sup>*

Częstość lub intensywność cechy	I	II
Częstość wizyt u lekarza	0,73	–
Wizyty profilaktyczne	0,54	–
Częstość pomiaru poziomu cholesterolu	0,73	–
Częstość pomiaru ciśnienia krwi	0,70	–
Przyjmowanie środków uspokajających	0,42	–
Liczba realizowanych działań prozdrowotnych	–	0,76
Aktywność ruchowa	–	0,72
Zwalczanie stresu	–	0,44
Niepalenie bądź ograniczanie liczby papierosów	–	0,34

Jak więc widać, pierwszy i dominujący typ działań prozdrowotnych tworzą zachowania związane z medycyną (także przyjmowanie środków uspokajających jest odwołaniem się do farmakologii i na ogół wymaga recepty lekarskiej). Drugi wymiar tworzą zachowania składające się na prozdrowotny styl życia. Fakt, że oba typy zachowań tworzą niezależne od siebie wymiary, należy tu uznać za wynik interesujący. Świadczy on o tym, że nie istnieje aktualnie jeden zuniformizowany wzorzec dbania o swoje zdrowie, w którym współgrałyby ze sobą aktywny, prozdrowotny styl życia z aktywnym (także profilaktycznym) korzystaniem z medycyny. Oba czynniki istnieją niezależnie od siebie i każdy z nich determinuje inne parametry społeczne. Pierwszy z nich określam jako czynnik zachowań medycznych, drugi natomiast – zachowań prozdrowotnych.

<sup>2</sup> W wyniku analizy wyodrębnił się także trzeci czynnik, wyjaśniający 10% wariacji (dwa pierwsze wyjaśniły odpowiednio 21% i 13%), który różnicował badanych ze względu na dążność do utrzymania należytej wagi ciała i unikanie bądź ograniczenie spożycia tłuszczów. Czynnik ten, który można by nazwać czynnikiem „odchudzających się grubasów”, nie będzie przedmiotem naszego zainteresowania.

Jest rzeczą oczywistą, że korzystanie ze służby zdrowia, częste wizyty u lekarzy związane są z gorszym stanem zdrowia, a także z bardziej zaawansowanym wiekiem. Potwierdzają to nie najniższe współczynniki korelacji między zachowaniami medycznymi a oceną stanu zdrowia (-0,34) i wiekiem badanych (0,24). Charakterystyczne jest jednak, że osoby starsze i o gorszym stanie zdrowia koncentrują się przede wszystkim na leczeniu, nie podejmując działań na rzecz wzmocnienia potencjału zdrowia, choć idee promocji zdrowia nie dotyczą przecież wyłącznie ludzi młodych i sprawnych. Pewną rolę może tu odgrywać obniżone samopoczucie towarzyszące osobom intensywnie korzystającym z opieki medycznej (0,18), niezależnie od tego, czy jest ono skutkiem gorszego stanu zdrowia czy innych przyczyn. Towarzyszące mu na ogół stany apatii i przygnębienia nie sprzyjają rozwijaniu indywidualnej aktywności. Kontakt z lekarzem może tu natomiast pełnić pewne funkcje psycho-terapeutyczne.

Analizując zachowania medyczne i ich korelaty warto zwrócić także uwagę na zjawisko, które można określić jako uzależnienie się pewnej liczby klientów od instytucji. Uzależnienie to może być co najmniej dwojakie. Niewątpliwie więc w przypadku znacznej części osób poważnie chorych ich rytm życia wyznaczany jest chorobą i określonym reżimem medycznym – terapiami, zabiegami, przyjmowaniem leków. Często więc nie tylko ich komfort, możliwość funkcjonowania, ale i życie zależy od medycyny. Uzależnienie to może jednak także wynikać z dyspozycji do poszukiwania kontaktu z lekarzem, gdyż sam ten kontakt zaspokaja jakąś ważną dla ludzi potrzebę. Uzależnienie takie, jak można wnioskować, jest istotnym elementem częstego odwoływania się do instytucji medycyny. Świadczyć o tym mogą dwa wyniki badania. Po pierwsze, większa intensywność zachowań medycznych współwystępuje z tendencją do poszukiwania kontaktu z lekarzem w sytuacji każdej odczuwanej delegliwości, bez względu na jej rodzaj (współczynnik korelacji wynosi tu 0,32). Po drugie, nie zanotowano żadnej zależności między tymi zachowaniami a stopniem zaufania do medycyny i wiary w nią<sup>3</sup>. Warto też

<sup>3</sup> Skala zaufania do medycyny zbudowana była z siedmiu następujących stwierdzeń, z którymi respondent mógł się zgodzić lub nie:

1. Większość lecząc jedno schorzenie szkodzi na co innego.
2. Przy obecnym rozwoju medycyny za kilkanaście lat wszystkie groźniejsze choroby będą uleczalne.
3. Wszystkie tzw. domowe środki leczenia są nic niewarte.
4. Lekarz wie najlepiej co jest najważniejsze dla chorego.
5. Rak wcześniej wykryty jest uleczalny.
6. Zdrowie człowieka bardziej zależy od jego sposobu życia niż możliwości medycyny.
7. Istnieje wiele wypróbowanych starych sposobów leczenia, które niesłusznie się dziś lekceważą.

dodać, że orientacyjnie co piąta osoba przyznaje, że zdarza się jej w ogóle nie przyjmować przepisanego przez lekarza leku czy nie wykupić recepty.

Wiele kontaktów z medycyną wynika więc – być może – raczej z pewnego nawyku odwoływania się do medycznego autorytetu niż autentycznej potrzeby uzyskania konkretnej pomocy medycznej, w której skuteczność się zresztą nieraz powątpiewa. Być może, wynika to z braku alternatywy na rozwiązywanie różnych problemów życiowych, które ludzi trapią, a które psychosomatyka określa jako „ucieczkę w chorobę”. Oszacowania dokonane w połowie lat 70. wskazywały, że co najmniej 30% pacjentów korzystających z porad lekarzy (nie psychiatrów) nie posiadało organicznego tła zaburzeń będących przedmiotem konsultacji (Bejnarowicz i Sokołowska 1976). Nie posiadamy niestety bardziej aktualnych danych na ten temat, niewątpliwie jednak proporcja pacjentów nie wymagających *stricte* medycznego leczenia jest obecnie także znacząca. Wydaje się ponadto, że zmniejszone poczucie bezpieczeństwa społecznego towarzyszące okresowi transformacji, pogłębiające u części społeczeństwa odczucie zagubienia, nieadekwatności do nowych wyzwań czy bezradności (Brodniak i Ostrowska 1993) jest okolicznością sprzyjającą uciekaniu w chorobę. Choroba usprawiedliwia bowiem niepowodzenia życiowe, zwalnia od aktywnej postawy wobec rzeczywistości lub, w krańcowych przypadkach, stanowi jedyny dostępny jednostce sposób rozwiązania problemów życiowych czy konfliktów. Tendencja do częstego przyjmowania środków uspokajających, współtworząca czynnik zachowań medycznych, może być tego wyrazem.

Intensywność zachowań medycznych nie wiąże się w żaden wyraźniejszy sposób z pozycją społeczno-zawodową i wykształceniem. Niewielki, choć istotny statystycznie wpływ na ich intensyfikację ma lepsza sytuacja materialna (współczynnik korelacji wynosi 0,09) i mieszkanie w większym mieście (0,09). Odzwierciedlają one niewątpliwie większą łatwość korzystania z medycyny, gdy warunki te są spełnione. Intensywniejsze zachowania medyczne czy też uzależnienie od medycyny jest także nieco częstsze wśród kobiet i osób samotnych.

W przeciwieństwie do osób „uzależnionych od medycyny” wyznawcy „prozdrowotnego stylu życia” stanowią kategorię silniej wyodrębnioną ze względu na pozycję społeczną. Są to osoby o relatywnie wyższym wykształceniu (0,21), wyższej pozycji społeczno-zawodowej (0,19), a także mieszkańcy większych miast (0,14). Prozdrowotny styl życia realizowany jest w równym stopniu przez kobiety i mężczyzn, choć nieco inne zachowania się na to składają. Kobiety palą rzadziej i mniej papierosów, mężczyźni są przeciętnie bardziej aktywni fizycznie. Zachowaniom tworzącym prozdrowotny styl życia sprzyja także nieco młodszy wiek (0,14), a także lepsza sytuacja materialna, choć zależność ta jest raczej niska (0,10).

To, co jednak zdaje się dodatkowo wyróżniać aktywnych zwolenników prozdrowotnych stylów życia, to zestaw orientacji życiowych, ocen i sposobów postrzegania swoich możliwości. Na obraz, który się tu jawi, składa się dobre samopoczucie, wiara we własne możliwości, posiadanie celu w życiu, poczucie zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych i brak obaw o sytuację materialną w przyszłości, a także – co warto dodać – przekonanie o pozytywnej roli prozdrowotnych zachowań dla utrzymania zdrowia. Aktywność prozdrowotna jest także pozytywnie skorelowana z dobrymi ocenami swojego zdrowia, jednak korelacja ta jest dwukrotnie słabsza niż ma to miejsce w przypadku związku zachowań medycznych ze złymi ocenami zdrowia. Wybrane dane na ten temat przedstawia poniższa tabela.

Tabela 3. *Współczynniki korelacji (Pearsona) między wybranymi ocenami i orientacjami a intensywnością prozdrowotnego stylu życia*

Oceny i orientacje	Wymiar prozdrowotnego stylu życia
Ocena samopoczucia	0,28
Obawa o swoją sytuację materialną	-0,20
Ocena stanu zdrowia	0,18
Wiara w skuteczność zachowań prozdrowotnych	0,17
Poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych	0,16
Skłonność do polegania na sobie <sup>4</sup>	0,15

Wszystkie zależności istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,001$ .

Dobre samopoczucie, zadowolenie z życia i wiara w to, co się robi, sprzyjają niewątpliwie codziennej aktywności prozdrowotnej, choć jej rola jest szczególnie ważna dla radzenia sobie z potencjalnie stresującymi wydarzeniami. Analizowane wyżej cechy składają się zresztą na dyspozycje sprzyjające zdrowiu, nawet gdy nie towarzyszą im celowe, prozdrowotne zachowania (Kobasa 1982; Antonovsky 1995).

<sup>4</sup> Skala skonstruowana z wag uzyskanych po zastosowaniu analizy czynnikowej dla następujących stwierdzeń:

(1) gdy coś planuję, jestem przekonany, że to zrealizuję, (2) chętnie wprowadzam zmiany do swojego życia, jeśli widzę w tym korzyści, (3) często zdarza mi się, że coś rozpoczynam, ale ogarnia mnie zniechęcenie i rezygnuję zanim osiągnę cel (korelacja negatywna), (4) uważam, że mogę zdobyć w życiu to, co zechcę, jeżeli tylko będę nad tym pracował.

Reasumując, możemy więc powiedzieć, że osoby realizujące prozdrowotne style życia wyróżnia miejsce zajmowane przez nie w hierarchii społecznej, a więc czynniki determinujące szerzej rozumiany styl życia w ogóle. Istotne znaczenie mają tu jednak także zmienne psychospołeczne, związane z poziomem satysfakcji życiowej i oceną samego siebie. Szczególnie wyraźny związek dobrego samopoczucia z aktywnością zdrowotną ma niewątpliwie wzmacniający, dwukierunkowy charakter; dobre samopoczucie pomaga w mobilizacji do działań na rzecz zdrowia, a działania te wzmagają z kolei dobre samopoczucie. Ważna rola samopoczucia w wyjaśnianiu różnic w aktywności prozdrowotnej Polaków utrzymuje się niezależnie od cech położenia społecznego – przy ich kontroli. Odgrywa więc tu większą rolę niż w przypadku analizowanych wcześniej zachowań medycznych. Ilustrują to przedstawione poniżej wyniki analizy regresji wielorakiej.

Tabela 4. *Standaryzowane współczynniki regresji (beta) dla cech różnicujących zachowania medyczne i zachowania prozdrowotne*

Cechy wyjaśniające	Wagi beta	
	zachowania medyczne	zachowania zdrowotne
Ocena stanu zdrowia	-0,33	0,06
Ocena samopoczucia	-0,08	0,16
Wiek	0,16	-0,09
Wykształcenie	0,08	0,09
Dochód	0,08	0,02
Brak obaw o byt materialny	-0,01	0,06
Wielkość miejsca zamieszkania	0,08	0,08
Wiara w skuteczność zachowań zdrowotnych	0,03	0,09
Wiara we własne możliwości	-0,03	0,04
Poczucie osiągnięcia sukcesu życiowego	0,04	0,09
R <sup>2</sup>	0,19	0,15

Stosunkowo niewielki zakres sumy wyjaśnionego zróżnicowania pokazuje jednak, że zrozumienie skomplikowanych zjawisk regulujących sferę zdrowia wymagałoby uwzględnienia znacznie szerszego wachlarza zjawisk, także kulturowych, a szczególnie związanych ze sferą wyznawanych wzorów, norm i wartości. Tym samym, we wniosku zawiera się postulat niesprowadzania

– wzorem medycyny – koncepcji stylu życia do kilku czynności, a rozpatrywania ich w całym bogactwie treści, jakie zawiera się w tym pojęciu w rozumieniu socjologii. Problem ten jest niewątpliwie wart dalszych pogłębionych badań.

## KONKLUZJE

Kreowanie i lansowanie prozdrowotnych stylów życia – na wzór zachodni – wywołuje skojarzenia z nowo tworzącą się u nas klasą średnią, powszechnie uznawaną za czołową siłę podstawowych przeobrażeń społecznych, a zatem i wzorotwórczą. Jeżeli uznać, że klasa ta wyodrębnia się u nas z inteligencji i pracowników umysłowych w postaci *knowledge class* (Mokrzycki 1995), a także części przedsiębiorców i prywatnych właścicieli, można założyć, że grupy te już teraz wyróżniać się mogą większą orientacją na prozdrowotne style życia. Porównanie pozycji poszczególnych grup społeczno-zawodowych na skali zachowań prozdrowotnych zdaje się świadczyć o tym, że taka tendencja istotnie występuje. Wzory te bowiem są najczęściej realizowane kolejno wśród inteligencji, pozostałych pracowników umysłowych i prywatnych przedsiębiorców, następnie na nieco niższym i nie zróżnicowanym poziomie częstotliwości wśród pracowników fizyczno-umysłowych i robotników i, wreszcie, ze znacznie niższą częstotliwością wśród rolników. Rolnicy stanowią więc grupę, którą dzieli największy dystans od w miarę powszechnej realizacji „nowego” stylu życia, a – być może – także innych wzorów adaptowanych czy tworzonych przez „klasę średnią”.

Reasumując, należy stwierdzić, że sposoby Polaków na dbanie o zdrowie pozostają w znacznym stopniu w obrębie działań medycyny. Wprawdzie świadomość wagi własnych działań w tym względzie jest powszechna, to nie wywołuje ona jednak szerszych reperkusji w sferze codziennych zachowań. Zalecenia promocji zdrowia wdrażane są wybiórczo i w przypadku większej części społeczeństwa można mówić raczej o obecności w ich życiu poszczególnych zachowań zdrowotnych niż realizacji prozdrowotnego stylu życia, który – nawet w uproszczonym jego rozumieniu – zakłada realizowanie pewnego spójnego wzoru, na który składa się jednocześnie kilka elementów. Można oczekiwać, że w najbliższej przyszłości style te będą się jednak upowszechniać i znaczne nadzieje można tu wiązać z przejmowaniem i lansowaniem ich przez tworzącą się *middle class*.