

Wydawnictwo IFiS PAN

ANTONINA OSTROWSKA

Połączone Biblioteki WFIS UW, IFIS PAN i PTF

U.77164



39077164000000

# ŻYCIE A ZDROWIE





INSTYTUT  
FILOZOFII  
I SOCJOLOGII  
POLSKIEJ  
AKADEMII  
NAUK

# STYL ŻYCIA A ZDROWIE

Andrzej  
Siciński







ANTONINA OSTROWSKA

# STYL ŻYCIA A ZDROWIE

Z ZAGADNIEŃ PROMOCJI ZDROWIA

U77 164



Wydawnictwo IFiS PAN  
Warszawa 1999

Publikacja finansowana przez Komitet Badań Naukowych  
w ramach projektu badawczego nr 1 H02E 015 15



**COMMERCIAL UNION**

*Ubezpieczenia na Życie*

**U.77164**



39077164000000



Wydawnictwo wyraża podziękowanie  
Commercial Union Polska  
–Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie SA,  
którego wsparcie finansowe przyczyniło się  
do wydania książki.

DAR  
16.11.99  
A 58/99

<http://rcin.org.pl>

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	7
<b>I. Prozdrowotne style życia</b> .....	13
1. Związki stylu życia ze zdrowiem .....	13
2. Styl życia - koncepcje teoretyczne w socjologii .....	18
3. Treści składające się na prozdrowotne style życia .....	26
<b>II. Realizacja prozdrowotnego stylu życia w Polsce</b> .....	33
1. Stan zdrowia i świadomość zdrowotna Polaków jako kontekst prozdrowotnego stylu życia .....	33
2. Czy Polacy realizują prozdrowotny styl życia? .....	40
3. Zachowania związane ze zdrowiem - elementy stylu życia Polaków .....	50
3.1. Sposób odżywiania .....	52
3.2. Palenie tytoniu .....	62
3.3. Picie alkoholu .....	69
3.4. Aktywność fizyczna .....	79
3.5. Badania kontrolne .....	90
3.6. Sen .....	98
3.7. Życie seksualne .....	100
3.8. Posługiwanie się wsparciem społecznym .....	108
3.9. Zachowania związane ze zdrowiem a oceny stanu zdrowia .....	116
<b>III. Zróżnicowania stanu zdrowia a style życia</b> .....	121
1. Różnice i nierówności w sferze zdrowia .....	121
2. Nierówności społeczno-ekonomiczne a zdrowie .....	123



2.1. Czynniki wyjaśniające zależność między pozycją społeczno-ekonomiczną a zdrowiem .....	123
2.2. Nierówności społeczne a zdrowie w Polsce .....	129
2.3. Różnice pozycji społecznej a zachowania związane ze zdrowiem .....	136
3. Zróżnicowania stanu zdrowia a płeć .....	140
3.1. Różnice w obrazie chorób mężczyzn i kobiet .....	140
3.2. Płeć a zachowania związane ze zdrowiem .....	149
3.3. Płeć a różnice i nierówności stanu zdrowia .....	158
<b>IV. Styl życia a promocja zdrowia .....</b>	<b>163</b>
1. Miejsce kategorii „styl życia” w promocji zdrowia ....	163
2. Systemowe przesłanki realizacji promocji zdrowia w Polsce .....	173
3. Możliwości kształtowania zachowań prozdrowotnych	180
4. Etyczne problemy promowania prozdrowotnych stylów życia .....	188
5. Prozdrowotne style życia i promocja zdrowia. Wymiar społeczno-kulturowy .....	192
<b>Literatura cytowana i wykorzystana .....</b>	<b>199</b>
<b>Aneks .....</b>	<b>219</b>

## Wstęp

Wiek XX przyniósł ogromny postęp w zwalczaniu chorób i epidemii nękających ludzkość. Stało się to przede wszystkim za sprawą uporania się z chorobami zakaźnymi (takimi jak gruźlica, tyfus czy choroby dziecięce), opanowania skali zakażeń, zmniejszenia umieralności niemowląt. Na ogół zasługi te przypisuje się medycynie, łącząc obserwowany spadek umieralności z narodzinami biotechnologii medycznej; oba te zjawiska zbiegły się bowiem w czasie.

Niewątpliwie masowe wprowadzenie do praktyki medycznej szczepionek i antybiotyków przyczyniło się do przedłużenia życia niezliczonej liczbie ludzi. Szczegółowe, prowadzone w aspekcie historycznym badania wykazały jednak, że poprawa stanu zdrowia, jaka dokonana się w XX wieku, wiązała się przede wszystkim ze wzrostem higieny i stanu sanitarnego ludności (oczyszczanie wody, tworzenie systemów kanalizacyjnych, poprawa norm sanitarnych żywności i warunków higienicznych otoczenia, wzrost higieny osobistej). Znaczący spadek zachorowań na wszystkie główne choroby zakaźne odnotowano bowiem na długo przed wprowadzeniem zarówno szczepionek, jak i antybiotyków (McKeown 1973).

Przykład powyższy, a także późniejsze badania nad relacjami między medycyną a zdrowiem skłaniały zatem do wyciągnięcia wniosku, że o ile konkretne zabiegi biomedyczne są w stanie ratować życie i zdrowie w indywidualnych przypadkach, o tyle ich rola dla zdrowotności całych populacji jest



znikoma (Capra 1987). Konieczność „uzdawiania” środowisk, w których żyją ludzie, oraz uwzględnienie wpływu ich własnego postępowania na zdrowie zaczęły być traktowane przez medycynę na serio dopiero w latach siedemdziesiątych XX wieku. Przez poprzednie dziesięciolecia królowała medycyna naprawcza, biotechniczna w swym charakterze.

Coraz bardziej spektakularnym osiągnięciem medycyny towarzyszyło przekonanie i nadzieja ludzi, że to właśnie one stanowią podstawowy klucz do zdrowia i długowieczności. Transplantacje, dializy, inżynieria genetyczna, komputerowa diagnostyka wytyczały nową drogę w walce z chorobami. Równocześnie jednak koszty opieki medycznej wzrastały w tak ogromnym tempie, że stawały pod znakiem zapytania możliwości poprawy stanu zdrowia całych populacji za pomocą metod naprawczych. Co więcej, prowadzone równoległe analizy zależności między kosztami funkcjonowania medycyny i ilością zaangażowanych w nią zasobów a poprawą stanu zdrowia nie wykazały oczekiwanego związku. Odkrycie to – zwane anomalią Cochrane’a – zmuszało do krytycznego spojrzenia na dotychczasowe koncepcje polityki zdrowotnej. Także wnikliwe obserwacje skutków działania biomedycyny wykazały, że obok efektywnych sukcesów uszkadza ona niejednokrotnie ludzkie zdrowie, doprowadzając do niepotrzebnych cierpień, kalectwa, a nawet śmierci. Ówczesne oszacowania wykazały, że co piąty pacjent przyjęty do szpitala opuszczał go z dodatkowymi jatrogennymi komplikacjami zdrowotnymi, będącymi przede wszystkim skutkiem stosowanych leków, ale także błędów w leczeniu i diagnozowaniu (Illich 1975).

W miejsce chorób ostrych, do których zwalczania medycyna była dobrze wyposażona, pojawiły się nowe choroby cywilizacyjne, z trudem poddające się leczeniu. Ratowane ludzkie życie przedłużało okres starości, której towarzyszyło wiele niełatwych do leczenia chorób i dysfunkcji. Dołączyły do nich problemy zdrowotne specyficznych populacji – biednych, bezrobotnych, emigrantów. Także postępujące skażenie środowiska przysparzało nowych problemów zdrowotnych, z którymi medycyna naprawcza nie była w stanie się uporać. Nie oznacza to, że rozwój medycyny osiągnął już kres swych możliwości biotech-



nicznych. Jednak ciągle jeszcze nie wypracowano efektywnych sposobów leczenia lub zapobiegania chorobom, będącym przyczyną 80% zgonów we współczesnych społeczeństwach uprzemysłowionych (Sokołowska 1986). Wszystko to przyczyniało się do rozczarowania i frustracji ufnych w możliwości medycyny pacjentów, traktowanych często przez biotechnicznie nastawionych lekarzy wyłącznie jako „posiadacze” pewnych chorób czy chorych tkanek, które należało „zreperować”, natomiast rzadko budzących holistyczne zainteresowanie jako przede wszystkim ludzie.

Łączny efekt powyższych czynników sprowokował pod koniec lat siedemdziesiątych falę krytyki pod adresem instytucji medycyny. Nie dotyczyła ona jednak wyłącznie sposobu realizowania stojących przed medycyną zadań, ale także definicji i zakresu tych zadań, odpowiedzialności i roli medycyny w kształtowaniu zdrowia społeczeństwa. Stało się oczywiste, że potrzebne są całkiem nowe oddziaływania, zmiana dominującej, naprawczej orientacji medycyny na orientację koncentrującą się wokół oddziaływań podtrzymujących i kreujących zdrowie, a w konsekwencji zapewniających zwiększoną odporność na choroby, których w skali masowej nie można wyleczyć.

Jeżeli jednak przyjrzeć się tym chorobom, które stanowią taką trudność dla medycyny (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, zaburzenia psychiczne), przekonamy się, że są one ściśle związane z warunkami życia, środowiskiem, określonymi zachowaniami ludzi, wzorami konsumpcji – paleniem tytoniu i piciem alkoholu, nadużywaniem leków, zbyt obfitym lub niewłaściwie dobranym jedzeniem, skażeniem środowiska, brakiem aktywności fizycznej, trudnościami w uporaniu się ze stresem. Konieczność zmiany tych zachowań wydawała się początkowo sprawą oczywistą i prostą w realizacji. Można było ją skwitować – jak Aaron Wildawsky (1986) – stwierdzeniem: „Matka miała rację! Powinniście jeść codziennie dobre śniadanie; nie powinniście palić; powinniście spać siedem lub osiem godzin na dobę, a nie cztery czy czternaście; i nie powinniście się denerwować, bo to wam szkodzi”. Początkowo wierzone, że czynnikiem sprawczym pożądanых zmian będzie edukacja zdrowotna. Konstruowano i wdrażano programy edukacyjne,

publikowano broszury, plakaty, ulotki, doskonalono techniki przekazu. Praktyka dostarczyła jednak dowodów, że sama edukacja nie wspierana szerszymi działaniami polityki społecznej, a także funkcjonowanie medycyny w jej tradycyjnym nie zmienionym kształcie nie zapewnią sukcesów. Na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych zaczęły się krystalizować podstawowe idee ruchu promocji zdrowia. I tu korygowanie indywidualnych zachowań związanych ze zdrowiem postrzegano jako jeden z podstawowych czynników poprawy jego stanu w skali masowej; dostrzegano jednak także wagę innych czynników, ulokowanych na różnych poziomach organizacji społeczeństwa. Musiały być one spełnione, aby ludzie rzeczywiście mogli realizować style życia sprzyjające zdrowiu. Wiele bowiem działań jednostkowych mających wpływ na zdrowie jest funkcją decyzji politycznych i ekonomicznych państw, w których owe jednostki żyją, osiągniętego poziomu rozwoju gospodarczego, posiadanej przez społeczeństwo infrastruktury i zasobów, istniejących nierówności socjoekonomicznych, czy wreszcie poziomu rozwoju społeczeństwa obywatelskiego i stopnia jego zdolności do samoorganizacji. Eliminacja zagrożeń, jakie stwarzają dla zdrowia ubóstwo, bezrobocie, degradacja środowiska naturalnego czy procesy dezorganizacji społecznej, jest przede wszystkim zadaniem dla polityki społecznej państwa (Frąckiewicz 1989).

Studia nad zachowaniami sprzyjającymi lub szkodzącymi zdrowiu pokazały ponadto, że nie są to na ogół wyizolowane działania, lecz powiązane ze sobą elementy większych całości – stylów życia jednostek. Dostrzeżenie tego szerszego kontekstu zachowań związanych ze zdrowiem stworzyło nadzieję na lepsze zrozumienie ich uwarunkowań, na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego ludzie świadomie działają na szkodę swojego zdrowia i dlaczego niezdrowe style życia rozpowszechniły się tak szeroko w świecie. To ostatnie pytanie jest szczególnie ważne, jeżeli wziąć pod uwagę, że kraje uprzemysłowione „eksportują” w szybkim tempie niekorzystne dla zdrowia style życia do uboższych części świata (Kickbusch 1986).

Książka ta wyrasta z nurtu poszukiwań społecznych uwarunkowań zachowań związanych ze zdrowiem, a także wychodzi naprzeciw jego praktycznym potrzebom. Wiedza na temat wzo-



rów tych zachowań, ich tendencji do współwystępowania ze sobą, ich dystrybucji w społeczeństwie, powiązań z bardziej ogólnymi stylami życia jednostek i warunkami, w jakich żyją, powinna być istotnym elementem programów i strategii działań promujących zdrowie.

Wykorzystuję tu materiał empiryczny zgromadzony w badaniach dotyczących różnych aspektów zdrowia i wtórną analizę tego materiału. Główny trzon stanowiły badania realizowane w połowie lat dziewięćdziesiątych i przedstawiona tu diagnoza dotyczyć będzie przede wszystkim tego okresu. Podstawową koncepcją teoretyczną i ramą organizującą materiał empiryczny jest koncepcja stylu życia. Styl życia wyznacza bowiem rozmaite rodzaje zachowań; jest tłem, na które składają się doświadczenia jednostki, tradycje kultury, w której wzrastała, normy przyświecające jej postępowaniu, powiązania społeczne, mody, którym podlega, i wzory konsumpcji. A prozdrowotne elementy obecne w stylach życia są w znacznej mierze wypadkową tych stylów jako całości.

\*

Książka składa się z czterech części. W pierwszej analizuję związki stylu życia ze zdrowiem i zastanawiam się, czym właściwie jest prozdrowotny styl życia. W drugiej części, opartej na wynikach badań empirycznych (charakterystyka tych badań zamieszczona jest w aneksie), przedstawiam poszczególne zachowania związane ze zdrowiem, składające się na styl życia. Prezentuję ich kontekst społeczny, szukam uwarunkowań i korelatów. Trzecia część poświęcona jest zagadnieniu nierówności w sferze zdrowia, występujących pomiędzy poszczególnymi warstwami społecznymi, a także między mężczyznami a kobietami. Staram się odpowiedzieć na pytanie, czy owe nierówności mogą być w jakimś stopniu wyjaśniane różnicami w stylach życia i zachowaniach zdrowotnych. Wreszcie ostatnia część książki pokazuje miejsce stylu życia w założeniach ruchu promocji zdrowia, możliwości i problemy związane z jego kształtowaniem na użytek praktyki społecznej. Próbuję tu także spojrzeć na prozdrowotny styl życia jako na zjawisko społeczno-kulturowe, na fenomen naszych czasów – czasów ponowoczesności.



Chciałabym więc zaprosić Czytelnika do wspólnych rozważań na temat roli czynników społecznych – a zwłaszcza stylu życia – w kształtowaniu zdrowia, a także do wspólnych poszukiwań zależności między realizacją prozdrowotnych stylów życia a położeniem społecznym jednostek.

# I

## Prozdrowotne style życia

### 1. Związki stylu życia ze zdrowiem

Można powiedzieć bez przesady, że niewiele pojęć, posiadających swój rodowód w naukach społecznych, zrobiło w sferze zdrowia publicznego tak zawrotną karierę jak style życia. Od połowy lat osiemdziesiątych pojawia się ono systematycznie w publikacjach naukowych i oficjalnych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization). Jest to wyraz poszukiwania przez medycynę nowych dróg wiodących do poprawy zdrowotności społeczeństw, a zarazem symptomem jej przemian, przechodzenia od „ery medycznej” do „postmedycznej” (Kickbusch 1986). Bodźcem do dokonania się tych przemian stały się wyniki badań epidemiologicznych, kwestionujących tzw. wielkie równanie, utożsamiające dobrą opiekę medyczną z dobrym zdrowiem. Prace McKeown'a (1973), McKinleyów (1977) i Kannela (1978), oparte na wynikach długofalowych badań epidemiologicznych, wykazały, że postęp medycyny ma mniejszy wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego niż czynniki środowiskowe, a wśród nich także te, które określilibyśmy jako elementy stylu życia.

Największą popularność, a także znaczenie dla miejsca, jakie style życia zajmują obecnie w problematyce zdrowotności społeczeństw, miał prawdopodobnie tzw. Raport Lalonda (1978). Wykazał on, 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 oraz efekty działalności medycyny, a także podjął próbę oszacowania ich wpływu. Model Lalonda był następnie podejmowany i uszczegóławiany w dalszych badaniach i wszystkie one potwierdziły decydującą rolę stylu życia w kształtowaniu zdrowia. Aktualne oszacowania udziału poszczególnych czynników w polu zdrowia<sup>1</sup> przypisują największą rolę stylom życia, odpowiedzialnym za kształtowanie go w około 50%, następnie czynnikom środowiskowym (25–35%), czynnikom biologicznym (10–15%) i opiece zdrowotnej (10–20%) [Sadowski 1994].

Styl życia w terminologii specjalistów z zakresu zdrowia publicznego przybrał nieco okrojoną formę w stosunku do treści, jaką się temu pojęciu przypisuje w socjologii. Niewiele wspólnego znajdziemy tu z pracami teoretyków socjologii, dla których kategoria „styl życia” stanowi wykładnię położenia społecznego i podstawę identyfikacji społecznej jednostek i zbiorowości. Prozdrowotne style życia w opracowaniach medycznych sprawdzają się bowiem prawie wyłącznie do określonego sposobu odżywiania się, unikania tytoniu i alkoholu, aktywności fizycznej i – w nowszych pracach – umiejętności zwalczania stresu. Niewątpliwie jednak i te selektywne elementy stylu życia posiadają wyraźną komponentę społeczną – uwarunkowania strukturalne i kulturowe.

Doniosłość przytoczonych powyżej prac polegała jednak nie tylko na ukazaniu czynników ryzyka związanych ze stylem życia 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 obliuguje szereg instytucji społecznych do wspomagania ludzi w realizowaniu przez nich prozdrowotnego

---

<sup>1</sup> Postępując się oszacowaniami tego typu należy pamiętać, że posiadają one tylko orientacyjny charakter. Wielozmiennowy model przyczynowy chorób przewlekłych, które koncepcja pola zdrowia bierze przede wszystkim pod uwagę, uniemożliwia (w odróżnieniu od chorób infekcyjnych) precyzyjne zidentyfikowanie „patogenów” – kombinacji i siły oddziaływania czynników sprawczych, odpowiedzialnych za wystąpienie choroby.



stylu życia (Słońska 1994), wyznaczając tym samym szczególną rolę polityce społecznej i jej działaniom zarówno w skali makrospołecznej, jak i lokalnej.

Wyniki wspomnianych badań, a także późniejsze prace (Berkman i Breslow 1983) doprowadziły do konstatacji, że nieprzestrzeganie dyrektyw prozdrowotnego stylu życia, a więc wszelkie zachowania im przeciwne stanowią czynnik 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 – ze względu na dokonywane przez nią wybory – 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 powinna więc niewątpliwie uwzględniać okoliczności komplikujące zależność między stylem życia i zdrowiem, a pozostające często poza sferą wpływu jednostek.

Zachowania zdrowotne są wyznaczane w znacznej mierze przez kontekst społeczny i kulturowy, który kształtuje i ogranicza indywidualne wybory. Określone praktyki zdrowotne ludzi są więc często nie tyle efektem zamierzonych, celowych działań, ile wynikają z ich spójności 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 trzeba także wskazać na nacisk wywierany na konsumentów 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 Andrzej Gniazdowski (1990), dla niektórych jednostek jest to istotnie sprawa prosta, dla masowych populacji jednak rzecz się wcale nie sprowadza do prostej chęci i zaangażowania poszczególnych jednostek. Trzeba spełnić szereg innych złożonych warunków, by istotnie osiągnąć

choć w części założenia promocyjne. Ów skomplikowany charakter kształtowania zachowań prozdrowotnych jest coraz wyraźniej dostrzegany przez ideologię promocji zdrowia, wskazującą choćby na konieczność partnerstwa polityki społecznej z instytucjami życia społecznego i gospodarczego w tworzeniu warunków umożliwiających dokonywanie prozdrowotnych wyborów życiowych (Słońska 1994).

Mimo całej złożoności sfery zachowań zdrowotnych, to właśnie rozpoznanie społecznych czynników ryzyka najgroźniejszych dzisiaj chorób, a także sprecyzowanie i wdrażanie 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%, w Finlandii w ciągu 20 lat o 32%, a w Japonii obniżono zachorowalność i umieralność z powodu udarów mózgu o 75% (Sadowski 1994).

Idea wdrażania prozdrowotnych stylów życia jako sposobu na podnoszenie zdrowotności społeczeństwa trafiała jednak w krajach Europy Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych na odmienny grunt 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, wzrastających kosztów i jej często jatrogennego charakteru<sup>2</sup> (Illich 1975), a społeczne inwestycje w promowanie zdrowia – poszukiwaniem nowych źródeł, powiększających i tak relatywnie wysoki potencjał zdrowotny. W Polsce obraz ten przedstawia się zupełnie inaczej w początkach lat dziewięćdziesiątych. Nieustabilizowana sytuacja społeczno-ekonomiczna, niższy poziom życia, jedne z gorszych w Europie wskaźniki stanu zdrowia,

---

<sup>2</sup> Analizując jatrogenne działanie medycyny Illich wskazywał przede wszystkim na uboczne, negatywne skutki stosowanych terapii, zakażenia wewnątrzszpitalne, popełniane błędy w sztuce lekarskiej i zaniedbania opieki, a także na ryzyko nadużywania zaawansowanych technicznie środków, podczas gdy znacznie prostsze są wystarczające.



wysoka umieralność, ograniczony dostęp do usług medycznych i drastyczne pogorszenie się ich jakości – to tylko ważniejsze z charakterystyk naszego kraju, wyznaczających odmienny kontekst przejmowania we własne ręce swojego zdrowia. Nawiązując raz jeszcze do koncepcji „pól zdrowia” Lalonda i biorąc pod uwagę powyższe różnice można postawić tezę, że rola opieki medycznej dla kształtowania zdrowia społeczeństwa jest ciągle większa w społeczeństwie polskim niż w społeczeństwach zachodnich, a szczególnie Kanady (raport Lalonda dotyczył przede wszystkim tego kraju), charakteryzującej się nie tylko wysokim poziomem usług medycznych, ale także brakiem nierówności w dostępie do nich (Marmor i Weale 1991).

Ta odmienna sytuacja niekoniecznie jednak musi stanowić w Polsce źródło barier w realizacji prozdrowotnych stylów życia. Bez wątplenia zła sytuacja materialna ogranicza możliwości wyborów, jednak niefunkcjonalność służby zdrowia czy wysokie koszty opieki medycznej mogą z kolei prowadzić do prób uniezależnienia się od nich i 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. I nawet jeżeli w początkowym okresie dla znacznej części społeczeństwa oznacza to wiele napięć i stresów, w dalszej perspektywie sprzyja aktywnej postawie wobec życia i kreowania własnego zdrowia. Można także przyjąć, że rola zdrowia będzie coraz częściej brana pod uwagę jako czynnik kształtujący indywidualne kariery, jako modyfikator naszych szans i osiągnięć życiowych. Zdrowie z wartości w znacznej mierze autotelicznej będzie więc dla wielu osób przekształcać się 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, nawiązujący w tym względzie do stylów życia wykreowanych przez zachodnich *yuppies*.

Na tym tle interesująca jest odpowiedź na pytania: 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? Jaki jest w Polsce społeczny kontekst podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem? W dalszej części tego tekstu przedstawimy dane empiryczne, które pozwolą naświetlić te kwestie. Omówimy także – istotne z punktu widzenia polityki społecznej – problemy nierówności społecznych w sferze zdrowia. Będziemy się starali odpowiedzieć na pytanie – do jakiego stopnia za owe nierówności mogą być odpowiedzialne różnice w stylach życia. Na razie jeszcze pozostanemy przy rozważaniach teoretyczno-pojęciowych, związanych z kategoriami „styl życia” i „prozdrowotny styl życia”.

## 2. Styl życia – koncepcje teoretyczne w socjologii

Jak wspominaliśmy uprzednio, rozumienie pojęcia „styl życia” obecne w pracach z zakresu zdrowia publicznego zostało znacznie zubożone w stosunku do treści przypisywanej mu w socjologii. Stało się to z pewną stratą dla możliwości poznawczych i aplikacyjnych związku stylu życia ze zdrowiem, są one bowiem niewątpliwie głębsze i zasługują nie tylko na badania epidemiologiczne, ale i socjologiczne, zwłaszcza oferowane przez socjologię jakościową. Warto więc, aby nasze dalsze rozważania nad tym problemem uzupełnić ramą teoretyczną, jaką stanowić tu mogą wybrane koncepcje stylu życia, istniejące w socjologii<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Pojęcie stylu życia funkcjonuje także na gruncie psychologii gdzie oznacza zespół jawnych, manifestowanych zachowań, typowych reakcji i pewnych elementów osobowości (Wrześniewski 1993) czy zdolności przewidziania trudności i mobilizowania się do ich pokonania oraz aktywnego radzenia sobie z nimi (Rodin i Salovey 1997).

Na uwagę zasługują tu przede wszystkim pochodzące z początku tego wieku prace klasyka socjologii – Maxa Webera, a następnie bardziej współczesne koncepcje takich socjologów, jak Pierre Bourdieu czy Anthony Giddens, którzy uznają style życia za najbardziej znaczącą indywidualną i zbiorową ekspresję społecznych różnic i podobieństw między ludźmi (Bourdieu 1984; Giddens 1991). Warto wreszcie nawiązać do dorobku socjologii polskiej i istniejących tu koncepcji badawczych stylu życia (Ossowski 1986; Siciński 1978, 1988).

Posługując się Weberowskim pojęciem „styl życia” należy na wstępie zastrzec, że jego oryginalny sens ma dla nas raczej wartość historyczną i może być współcześnie traktowany bardziej jako źródło inspiracji niż narzędzie badania struktury społecznej (Tyszka 1971). Znacznemu zatarciu i uniformizacji uległa odrębność między poszczególnymi stanami, nie zachowały one swojego hierarchicznego układu, a także osłabieniu uległa spójność poszczególnych warstw, zbudowana w oparciu o wspólnotę stylu życia. Koncepcja ta zachowuje jednak nadal swoją żywotność w badaniach zróżnicowań społecznych i wyborów, jakich dokonują ludzie znajdujący się różnych sytuacjach i porządkach społecznych.

Ważną obserwacją Webera, która miała znaczące konsekwencje dla dalszych badań nad stylem życia, było stwierdzenie, że zróżnicowania społeczne przejawiające się w różnych stylach życia nie są w tak znacznym stopniu uzależnione od stosunku do produkcji, co od konsumpcji. O ile klasy społeczne są usytuowane wobec siebie ze względu na swoje relacje do produkcji i dystrybucji dóbr, o tyle grupy wyróżnione na podstawie statusu społecznego różnią się między sobą zasadami i wzorami konsumpcji dóbr, reprezentujących specjalne style życia (Weber 1978).

W koncepcji stylów życia Webera ważne są pojęcia: sposób życia i szanse życiowe. Sposób życia odnosi się do wyborów różnych dóbr i zachowań (*life choices*), podczas gdy szanse życiowe (*life chances*) odnoszą się do prawdopodobieństwa realizacji tych wyborów i są związane z sytuacją życiową. Nie są to – jak zauważa Ralf Dahrendorf (1979) – wyłącznie czynniki ekonomiczne, ale także normy, wzory i układy relacji społecznych, które uprawdopodobniają dokonywanie takich a nie



innych wyborów. Ludzie mają określone potrzeby, cele, dążenia czy pragnienia, które są przez nich urealniane ze względu na szanse ich osiągnięcia. Realistyczne wybory bazują więc na tym, co jest przede wszystkim strukturalnie, ale nie tylko, możliwe.

Z punktu widzenia naszych dalszych rozważań koncepcja Webera zawiera kilka istotnych elementów: wiąże style życia z grupami o podobnym statusie, przez co są one raczej zjawiskiem zbiorowym niż indywidualnym, odnosi je do sfery konsumpcji i określa jako wypadkową preferencji i wyborów, z jednej strony, a realnych szans na ich realizację – z drugiej. William Cockerham (i in. 1997) zauważa jednak, że ta niezmiernie doniosła koncepcja stylu życia nie jest całkowicie wystarczająca, aby wyjaśnić istniejące różnicowania zachowań, związanych ze zdrowiem. Główny problem stanowi tu brak takich zmiennych – jak choćby wiek, płeć czy rasa – które także w wyraźny sposób wpływają zarówno na dokonywane wybory, składające się na styl życia, jak i określone szanse ich realizacji. Badania empiryczne nad stylem życia identyfikują wiele czynników charakterystycznych dla stylu życia i nieobojętnych dla zdrowia (sposób odżywiania, aktywność fizyczna, używki, praktyki seksualne) jako typowych dla różnego rodzaju grup czy zbiorowości społecznych (np. płci – Dean 1989), niezależnie od ich statusu społecznego. Wpływ tych zmiennych na ludzkie zachowania nie był jednak uwzględniany ani przez Webera, ani przez współczesnych mu socjologów (Cockerham i in. 1997).

Pierre Bourdieu widzi różnicowania społeczne przez stratyfikację stylów życia, opartych na wyborach i upodobaniach kulturowych. Charakteryzuje on owe upodobania jako zespół symbolicznych lub materialnych preferencji charakterystycznych i właściwych dla członków pewnej klasy i odzwierciedlających tym samym ich pozycję społeczną. Interesuje go także kwestia, w jaki sposób i do jakiego stopnia rutynowe zachowania jednostek są warunkowane czynnikami strukturalnymi i, z kolei, w jakim stopniu przyczyniają się do zachowania i utrwalania tych struktur. W odpowiedzi na ten problem Bourdieu przedstawia koncepcję „habitusu” jako pewnej trwałej, choć niekoniecznie uświadomionej orientacji poznawczej organizującej prak-



tykę i wyobrażenia, a wynikającej ze znajomości struktury społecznej i reprodukującej tę strukturę. Percepcja człowieka jest bowiem wyznaczana jego poprzednim doświadczeniem i wychowaniem, które są w znacznej mierze zdeterminowane społecznymi i ekonomicznymi warunkami, w jakich żyje. Dla jednostki habitus stanowi rodzaj poznawczej mapy świata – otwartego systemu dyspozycji i procedur postępowania zapewniających ich poprawność w określonych, różnych sytuacjach. Habitus jest więc odpowiedzialny za styl życia – za praktyki podyktowane różnymi upodobaniami. Może to być określony sposób ubierania się, zainteresowania artystyczne, uprawiane sporty, sposób spędzania wolnego czasu, wybór odpowiednich potraw, sposób korzystania z opieki medycznej oraz wszelkie inne preferencje, które odzwierciedlać będą klasę społeczną, płeć, wiek czy grupę etniczną. Wszystkie te upodobania lub zachowania mogą przekraczać linie podziałów klasowych, jednakże są one „źródłowo” przypisane grupie o określonym statusie społecznym.

Anthony Giddens analizuje wpływ ery ponowoczesności na formowanie się współczesnych stylów życia. Zauważa on, że im mniejsza staje się rola tradycji w naszym życiu, tym bardziej pluralistyczne stają się wybory związane ze stylem życia i tym większa ich różnorodność. „Nie mamy wyboru, musimy stale wybierać” – stwierdza (1991). Wzrastająca liczba opcji dotyczy nawet najniższych klas społecznych, które na różne sposoby mogą starać się przetrwać czy uporać z ubóstwem. Chociaż wybory stylu życia poddane są różnym presjom zewnętrznym w stosunku do jednostek (choćby presji czynników ekonomicznych), muszą one tych wyborów dokonywać, a te z kolei stanowią o ich przynależności do określonych grup społecznych i identyfikacji z nimi. Przy ogromnej liczbie istniejących możliwości wyboru styl życia – na który składają się codzienne rutynowe praktyki i preferencje z nimi związane – stanowi pewien schemat organizujący życie jednostek, ujmując je w pewne wzorce i prawidłowości. Wzorce te ułatwiają następnie dokonywanie kolejnych wyborów na zasadzie ich przystawalności bądź nie do określonego, realizowanego stylu życia. Styl życia – także zrelatywizowany do sfery zdrowia – jest więc tu kwestią

indywidualnej odpowiedzialności i wyboru. Wskazanie na zmniejszającą się rolę tradycji i autorytetów w postmodernistycznej rzeczywistości na rzecz wzrostu indywidualnych decyzji i wyborów odnosi się także do zmieniających się relacji między instytucją medycyny a jej klientami. Notuje się spadek autonomii i obniżenie statusu medycyny na rzecz wzrostu podmiotowości pacjentów, ich własnych wyborów prozdrowotnych, często wykraczających poza środki proponowane przez medycynę oficjalną. Składają się one także na większą różnorodność prozdrowotnych elementów stylu życia.

Koncepcja stylu życia u Giddensa jest więc konstruktem znacznie bardziej indywidualistycznym, niż miało to miejsce u omawianych wcześniej autorów. Koncepcja ta – jakkolwiek istotna w punkcie, w którym wskazuje na możliwość wyborów związanych z prozdrowotnym stylem życia – poza zasięg uwagi przenosi jednak odpowiedzialność za działania makrospołeczne, wpływające na stan zdrowia społeczeństw, a szczególnie warunków życia klas niższych. Wprawdzie mają one zawsze jakieś możliwości wyboru – wydaje się jednak, że taki sposób myślenia o czynnikach kształtujących prozdrowotne style życia – znajduje swoje większe uzasadnienie, gdy mówimy o klasie średniej. Przedstawiciele klas niższych mogą bowiem mieć swobodę dokonywania wyborów, ale nie mają kontroli nad zasadami czy warunkami tworzącymi istniejące alternatywy (Cockerham i in. 1997). Z powyższych powodów w dalszych naszych rozważaniach będziemy się odwoływać głównie do koncepcji uwzględniających w większym stopniu rolę warunków, w jakich określone style życia mogą być realizowane.

W socjologii polskiej problematyka stylu życia łączy się przede wszystkim z grupą badaczy skupionych wokół Andrzeja Sicińskiego, choć już wcześniej pojawiała się ona w literaturze socjologicznej, odnoszącej się do sfery zjawisk związanych ze zróżnicowaniem społecznym. Stanisław Ossowski (1986) posługiwał się kategorią stylu życia rozumiejąc przezeń pewien spójny system norm, zwyczajów, wskazówek i konwenansów, stanowiących cechę przynależności klasowej. Styl życia pełnił tu przede wszystkim funkcje wewnętrznie integrujące i stabilizujące poszczególne klasy społeczne, wyznaczał i utrzymywał granice między



nimi. Ossowski zwracał także uwagę na różnorodność i rozmiary konsumpcji jako istotne elementy stylu życia.

W pracach Andrzeja Sicińskiego (1978, 1980, 1988) styl życia rozumiany jest jako zakres i formy codziennych zachowań, swoistych dla określonej zbiorowości społecznej lub określonej jednostki, tj. charakterystyczny „sposób bycia” w społeczeństwie. Autor wskazuje tu na trojaki funkcje stylu życia, który:

- jest oznaką, świadectwem przynależności do danej grupy społecznej, a przez to stwarza poczucie więzi społecznej, zapewnia jednostkom możliwości samoidentyfikacji społecznej, dając im w ten sposób poczucie bezpieczeństwa itp;
- wyodrębnia daną grupę z szerszej zbiorowości (obejmującej także inne grupy), przyczynia się do trwałości owej grupy, jej ciągłości mimo „wymienialności”, w miarę upływu czasu, poszczególnych jednostek na nią się składających;
- zakreśla możliwości ekspresji osobowości jednostki w sposób społecznie akceptowany.

Pierwsze dwie funkcje ukazują przede wszystkim aspekt zbiorowy stylu życia, trzecia – indywidualny. O ile pierwsza funkcja ma zasadnicze znaczenie dla integracji i afiliacji społecznej – szczególnie w dobie natężenia zjawisk społecznych, które tę integrację osłabiają, jak na przykład ruchliwość społeczna i przestrzenna, kształtowanie się nowych zasad strukturalizacji społeczeństwa, rozpad istniejących i tworzenie się nowych systemów wartości (Siciński 1977) – to jednak z punktu widzenia elementów związanych ze zdrowiem na uwagę zasługują dwie pozostałe. Druga z wymienionych funkcji pozwala nam dostrzec, że zachowania związane ze zdrowiem mogą w ramach stylu życia stanowić charakterystykę określonej grupy, mogą być przekazywane i utrwalane doświadczeniem grupowym – specyficzną socjalizacją norm, wzorów i praktyk, obowiązujących w tej grupie. Trzecia funkcja natomiast ma istotne znaczenie dla zdrowia psychicznego jednostek.

W koncepcji tej styl życia nie jest powiązany tylko ze strukturą klasowo-warstwową; mówi się tu także o zróżnicowaniach stylu życia w zależności od przynależności narodowej, płci, wieku, miejsca zamieszkania i innych cech usytuowania społecznego, co czyni ją atrakcyjną dla badaczy prozdrowotnych stylów



życia. Wśród postulatów badawczych określających właściwe podejście do tej problematyki wskazuje się zarówno na potrzeby tworzenia typologii stylów życia na podstawie badania zachowań wzorów i wartości charakterystycznych dla określonych zbiorowości społecznych, jak i konstruowanie typów idealnych określonych stylów życia, a następnie poszukiwanie dla nich korelatów grupowych. (W niniejszej książce zastosowane jest to drugie podejście). W późniejszych pracach Andrzeja Sicińskiego (1988) styl życia analizowany jest w kategoriach procesu i rezultatu dokonywania wyborów w życiu codziennym (koncepcja „homo eligens”). Ujęcie to jest także interesujące dla obserwacji związków między stylem życia a zdrowiem; pozwala ono bowiem śledzić rolę psychospołecznego kontekstu sytuacyjnego dla dokonywania określonych wyborów, a także ich konsekwencje<sup>4</sup>.

Sposób konceptualizowania zachowań zdrowotnych czy prozdrowotnych stylów życia w modelu promocji zdrowia jest najbliższy niektórym elementom wywodzącym się koncepcji stylów życia Maxa Webera. Wprawdzie wybory życiowe i zachowania, które Weber umieściłby na liście istotnych i wskaźnikowych dla stylu życia, byłyby odmienne od tych, które tej kategorii przypisuje promocja zdrowia, to jednak przejęty tu został mechanizm strukturalnego kreowania stylów życia, który – jak wspominaliśmy – u Webera składa się z dwóch podstawowych komponentów: dokonywanych przez człowieka ukierunkowanych wyborów i szans życiowych (strukturalnie zdeterminowanych prawdopodobieństw realizacji tych wyborów). Wolność ludzi w dokonywaniu wyboru określonego stylu

---

<sup>4</sup> Kończąc ten przegląd ujęć teoretycznych warto dodać, że ostatnie lata przyniosły ogromną popularność stylu życia jako perspektywy używanej do opisu i analizy ludzkich zachowań nie tylko w nauce, ale także doświadczeniu potocznym. Sobel (1981) wręcz zauważa, że styl życia jest jednym z terminów nadużywanych w codziennym języku. Przedstawiciele nauk społecznych, dziennikarze czy zwykli ludzie używają go w odniesieniu niemal do wszystkiego, co jest przedmiotem ich zainteresowania – mody, zen buddyzmu czy kuchni francuskiej. Doprowadzi to wkrótce – jego zdaniem – do sytuacji, w której termin ten będzie oznaczał wszystko i jednocześnie nic. Aktualnie, najczęściej spotykane rozumienia stylu życia podkreślają, że są to różnicujące ludzi wzory działań (zachowań) odnoszące się przede wszystkim do sfery konsumpcji dóbr i usług (Vander Zanden 1990; Miller 1991).

życia jest ograniczona; ograniczona do alternatyw wyznaczanych ich miejscem w strukturze społecznej, ich sytuacją życiową. Sytuacyjne uwarunkowania wyborów podkreśla także Andrzej Siciński w swojej koncepcji „homo eligens” (1988). Jeżeli więc nawet ludzkimi wyborami kieruje jakaś racjonalność, to nie wyznacza ich do końca. Są one w znacznym stopniu determinowane także określonymi możliwościami życiowymi (związanymi zarówno ze środowiskiem społecznym, jak i fizycznym). To istotne rozróżnienie pomaga w praktyce znacznie bardziej realistycznie dostrzegać możliwości kształtowania zachowań ludzkich. Nie do końca jednak wyjaśnia sytuacje, w których właściwe prozdrowotne decyzje leżą całkowicie w zasięgu (strukturalnych) możliwości jakiejś osoby, a mimo wszystko nie są podejmowane.

Głębsze spojrzenie na zachowania zdrowotne jako element stylu życia umożliwia nam odwołanie się do habitusu Pierre’a Bourdieu (1984). Nasza percepcja otaczającego świata, dokonywane przez nas wybory są w znacznej mierze zdeterminowane niezależną od świadomości strukturą (kulturową strukturą zawierającą uogólnione reguły, symbole, normy, wzory, sposoby postrzegania i oceny zjawisk), nazwaną tu habitusem. Jest ona swojego rodzaju symbolicznym kapitałem, w który wyposażeni są wszyscy członkowie społeczeństwa, odziedziczonym lub nabytym przez ludzi w toku socjalizacji. Wymusza ona wiele zachowań w sposób niemal automatyczny, nie zawsze intencjonalny czy wręcz uświadomiony. Stanowi pewną matrycę dla sposobu bycia-w-świecie, zespół nieświadomych strategii i predyspozycji naszych działań we wszystkich dziedzinach życia. Jest podstawą tego, co kreuje „reguły gry”, co jest czynnikiem klasotwórczym, co wyznacza style życia określonych grup.

Wiele naszych zachowań, w tym także związanych ze zdrowiem, wynika z naszej dyspozycyjności do określonych zachowań, z pewnego wewnętrznego nakazu, którego nie analizujemy, a niemal automatycznie i odruchowo spełniamy. Regulacja wielu ludzkich (społecznych) zachowań wymaga więc sięgania do tej głębokiej i nieświadomionej struktury, która ustala dla nas własne wzorce racjonalności i w jakimś sensie także decyduje o tym – by przywołać jeden z poprzednich przykładów – że w sytuacji stresu sięgamy właśnie po papierosa.



Według Bourdieu, to, co różnicuje społeczeństwo – to właśnie różne style życia, bazujące na zróżnicowanych kulturowo upodobaniach, smakach i gustach, które – dodajmy – mają też wyraźne znaczenie dla sfery zdrowia. Preferencje w zakresie, na przykład, odżywiania pozostają w związku ze zróżnicowanymi koncepcjami, jakie mają poszczególne klasy społeczne na temat ciała i efektów, będących wynikiem określonej diety. Robotnicy, bardziej zorientowani na męską siłę i witalność, będą mieli tendencję do wybierania jedzenia obfitego, kalorycznego, a przy tym niedrogiego. Przedstawiciele klas średnich, przywiązujący większą wagę do kształtu ciała, będą raczej optować za jedzeniem lekkim, smacznym i niskokalorycznym. To, co jednak będzie kierować ich wyborem, może się właśnie niejednokrotnie lokować na poziomie habitusu, a więc być czynnością rutynową, wynikającą z nie do końca uświadomionych schematów percepcyjnych.

Pomimo tego, że Bourdieu dopuszcza możliwość zmiany w obrębie habitusu – który nie jest wszakże mechaniczną reakcją na określony bodziec czy sytuację, a raczej otwartym systemem dyspozycji – jego koncepcja spotkała się z zarzutem nadmiernego determinizmu (Alexander 1995). Analizując jednak sposób realizowania przez ludzi ich prozdrowotnych zachowań i możliwości oddziaływania na nie, nie należy lekceważyć postulatów płynących z tej teorii; choćby argumentów, aby odwoływać się do kulturowo ukształtowanych procesów wczesnej socjalizacji.

### 3. Treści składające się na prozdrowotne style życia

Podobnie jak różne są koncepcje stylu życia w poszczególnych teoriach, nie ma też zgody w kwestii tego, co składa się na to pojęcie w praktyce, a tym samym – co jest treścią pojęcia „prozdrowotny styl życia”. Światowa Organizacja Zdrowia posługuje się najczęściej definicją Nancy Milio (1986), która definiuje styl życia jako „wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania nad inne”. W literaturze socjomedycznej pojawia się także często bardziej specyficzna

definicja Cockerhama (1995), który podejmuje próbę zdefiniowania prozdrowotnego stylu życia. Składają się nań wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw. Według Abela (1991) na prozdrowotne style życia składają się nie tylko wzory zachowań związanych ze zdrowiem, ale także wartości i postawy reprezentowane przez ludzi w odpowiedzi na warunki ich społecznego, kulturowego i ekonomicznego środowiska.

Wszystkie przytoczone wyżej definicje zawierają wspólne elementy, które wywieść można również z przedstawionego uprzednio klasycznego Weberowskiego ujęcia. Będą one stanowić dla nas punkt wyjścia do dalszych podejmowanych w tej książce rozważań. Postaramy się analizować poszczególne elementy stylu życia ludzi w odniesieniu do zmiennych charakteryzujących ich miejsce w społeczeństwie i określające tym samym dostępne dla nich alternatywy. Będą to przede wszystkim zmienne charakteryzujące położenie społeczne ludzi, a więc ich wykształcenie, dochód, miejsce zamieszkania, a także wiek, płeć, stan cywilny<sup>5</sup>. Reprezentują one różne rodzaje zasobów, jakimi dysponują ludzie przy dokonywaniu wyborów życiowych. Jest to zarówno kapitał posiadanej wiedzy, doświadczeń życiowych, zasoby i możliwości materialne, a także różnie uwarunkowane kulturowo normy i wartości wdrożone w procesie socjalizacji.

Zgodnie z przedstawionymi w poprzednim podrozdziale koncepcjami badawczymi, o stylu życia powinniśmy mówić wtedy, gdy mamy do czynienia z pewnymi konfiguracjami

<sup>5</sup> Z listy tych zmiennych wyłączone zostały dane na temat zawodu. Wprawdzie rodzaj wykonywanej pracy niewątpliwie jest istotnym elementem stylu życia, a także może oddziaływać na stan zdrowia i praktyki zdrowotne, jednak wpływ ten jest bardzo specyficzny i bardzo różnorodny w przypadku poszczególnych zawodów, w zależności od charakteru wykonywanej pracy, miejsca pracy itd. Przy wtórnej analizie danych pochodzących z różnych badań dodatkową komplikację stanowi fakt, że przyjęte w nich klasyfikacje zawodów (czy grup przynależności społeczno-zawodowej) różnią się od siebie w znacznym stopniu. Wskaźnikiem pozycji społecznej będzie dla nas zatem posiadane wykształcenie i wysokość dochodu. Rola tych zmiennych dla sfery zdrowia będzie szczegółowo przedstawiona w rozdziale „Nierówności społeczno-ekonomiczne a zdrowie”



w miarę stałych wzorów zachowań ludzkich (a nie fragmentarycznymi, wyizolowanymi działaniami), całościami, które w znacznej mierze wyznaczają sposób życia jednostki w społeczeństwie. Oczywiście, w przypadku prozdrowotnego stylu życia jego rekonstrukcja może być dokonana na podstawie zachowań związanych przede wszystkim ze sferą zdrowia, a więc tzw. „zachowań zdrowotnych” i „zachowań związanych ze zdrowiem”.

Mianem zachowań zdrowotnych określa się każde intencjonalnie podjęte działanie jednostki, którego celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności. Istotnym elementem tej definicji jest stan świadomości jednostki i celowość jej działania. Oczywiście – niezależnie od zachowań intencjonalnych – jednostki w życiu codziennym podejmują rozmaite formy aktywności, która ma także wpływ na zdrowie, choć nie towarzyszy jej żaden uświadomiony zamiar. Określa się je jako zachowania związane ze zdrowiem. Ich skutki dla zdrowia mogą być pozytywne lub negatywne. Te ostatnie są nazywane zachowaniami zagrażającymi zdrowiu lub też zachowaniami ryzykownymi (*risk behaviour*).

Prowadzenie prozdrowotnego stylu życia zakłada więc realizację celowych działań nakierowanych na zdrowie i eliminację zachowań zagrażających mu. Lista tych działań i zachowań może być oczywiście zróżnicowana – w świetle przytoczonych definicji decyduje tu bowiem poziom wiedzy i świadomości zdrowotnej jednostek. Również w publikacjach naukowych poświęconych temu zagadnieniu – a reprezentujących oficjalną wiedzę medyczną na ten temat – listy działań i zachowań składających się na prozdrowotny styl życia różnią się między sobą. Warto jednak zauważyć, że konstruowane są one na ogół spośród zachowań uznanych przez ekspertów za zachowania zdrowotne – a więc na przykład spośród takich, które udowodniły w badaniach epidemiologicznych swoją skuteczność w chronieniu ludzi przed konkretną chorobą (przeważnie „cywilizacyjną”) czy pojawieniem się czynników jej ryzyka. Tym samym są one ograniczone do pomysłowości badaczy, a także tematu podejmowanych badań (Anderson 1984). Charakterystyczne jest na przykład, że wypracowane w ten sposób listy prozdrowot-

nych zachowań nie zawierają elementów higieny osobistej, choć ich związek ze zdrowiem jest oczywisty. Prosta interpretacja zaleceń prozdrowotnego stylu życia mogłaby więc doprowadzić do konstatacji, że można się w ogóle nie myć tylko zachowywać odpowiednią dietę, zrezygnować z używek, wykonywać ćwiczenia fizyczne – a zachowa się zdrowie. Uwzględniają one także przede wszystkim profesjonalną, a nie laicką perspektywę w traktowaniu spraw zdrowia, choć wiadomo, że subiektywne koncepcje zdrowia oraz jednostkowa i potoczna świadomość zdrowotna są istotnym elementem krzewienia zdrowia (Puchalski 1994; Sęk 1997).

Sytuacja powyższa sprawia, że rekonstruowanie dla naszych celów „prozdrowotnych stylów życia”, na które składać się mają trwałe i spójne zachowania zdrowotne, jest trudnym zadaniem. Po pierwsze, nie jest jasne, jakie i ile zachowań powinno się brać pod uwagę, a po drugie należałoby do takiej rekonstrukcji użyć także „laickich” sposobów dbania o zdrowie, uwzględniających wiedzę i doświadczenie ludzi w tym względzie. Ludzie bowiem rzadko kiedy organizują swoje życie w oparciu o wskazania medycyny naukowej. Na własny użytek realizują holistyczne sposoby dbania o zdrowie, składające się z elementów wiedzy potocznej i profesjonalnej. Charakteryzuje je pewna wewnętrzna spójność – co nie oznacza oczywiście, że wyodrębnione z nich dla celów badań sposoby zalecane przez profesjonalistów będą także układać się w jakiś spójny wzór. Potwierdzają to wyniki badań (Mechanic 1979), które pokazują, że aktywne oddawanie się jednej czynności, uznanej przez medycynę za korzystną dla zdrowia, nie zwiększa prawdopodobieństwa zaangażowania się w inne. (Dla analizowanego tu problemu adekwatne są nasze rozważania z poprzedniego podrozdziału na temat różnic rozumienia pojęcia „styl życia” w socjologii i zdrowiu publicznym). Chociaż więc, zgodnie z modą na prozdrowotne style życia, wiele badań tym terminem się posługuje, w zasadzie rozpatruje jednak tylko różne zachowania związane ze zdrowiem.

Po uczynieniu tego zastrzeżenia – ze względu na konwencjonalną wygodę – przy referowaniu wyników przedstawianych dalej badań posługiwać się będziemy terminologią stosowaną na ogół przez ich autorów, a zatem upraszczającą rozumienie stylu życia.



Rozpoczęte jeszcze w 1948 roku i trwające do dziś badanie mieszkańców miasta Framingham w USA (Kannel 1978), jedno z klasycznych badań epidemiologicznych poświęconych wykryciu czynników ryzyka chorób układu krążenia, zapoczątkowało podejmowany w dalszych badaniach proces identyfikacji zachowań odpowiedzialnych za negatywne konsekwencje zdrowotne. Na liście tych czynników znalazło się palenie tytoniu, picie alkoholu, niewłaściwa dieta i niska aktywność fizyczna, a w konsekwencji tych ostatnich – także otyłość. Rola tych czterech, najwcześniej zidentyfikowanych, zachowań do dziś jest najczęściej rozpatrywana w kategoriach zagrożeń zdrowotnych, tym bardziej że późniejsze badania potwierdziły także ich negatywny wpływ na powstawanie innych schorzeń i długość trwania życia w ogóle.

Badanie prospektywne zrealizowane w Alameda County w Kalifornii (Berkman i Breslow 1983) wykazało związek następujących siedmiu zachowań z ogólnym stanem zdrowia i długością życia: 7–8 godzin nocnego snu, codzienne spożywanie śniadania, unikanie lub rzadkie jedzenie snacków, utrzymywanie wagi w normie, aktywność fizyczna w czasie wolnym, umiarkowane spożywanie alkoholu i niepalenie nigdy papierosów. Różnice w przeciętnym trwaniu życia między osobami w średnim wieku – realizującymi co najmniej sześć z przytoczonych praktyk, a mniej niż trzy – wynosiły 11 lat dla mężczyzn i 7 lat dla kobiet.

Należy jednak odnotować, że zarówno te, jak i inne rewelacyjne badania spotykały się także z krytyką zarzucającą im niespójność wniosków i ogłaszanie prawd absolutnych, które takimi nie są. Wskazywano, że pewne zachowania (szczególnie dotyczące określonych elementów diety, na przykład tłuszczów wielonienasyconych, cholesterolu) korzystne z punktu widzenia prewencji jednej choroby mogą zwiększyć ryzyko powstania innej i że generalnie nasza wiedza na temat wzajemnej roli czynników stylu życia i czynników genetycznych nie jest wystarczająca (Oliver 1984 za Gniazdowskim 1990). Określone zachowania, rozpatrywane ponadto we wzajemnych relacjach, pokazują, że mogą one niejako redukować lub wzmacniać swoje negatywne efekty. Dieta określana mianem śródziemnomorskiej wydaje się mieć ochronny efekt dla skutków palenia. Palenie papierosów jest szkodliwe, ale pozwala zredukować także szkod-

liwy stres. Zaprzestanie palenia może natomiast sprzyjać przybieraniu na wadze. Niewielkie ilości alkoholu nie muszą być groźne dla zdrowia, jednak intensywne palenie i picie alkoholu stwarza negatywny efekt synergistyczny. Sprawa ma tu przede wszystkim wymiar etyczny: czy wolno skłaniać ludzi do wprowadzania do swego życia zmian – często wymagających drastycznych rezygnacji – skoro do końca nie wiadomo, czy racje za nimi stojące są właściwie udokumentowane?

Zdaniem większości ekspertów, pozytywna rola zachowań zdrowotnych nie może być jednak dziś kwestionowana. Nie ma tylko zgody co do tego, jaka jest hierarchia ważności tych zachowań. Znana i powszechnie cytowana praca Mildred Blaxter *Health and Lifestyles* (1995) bierze pod uwagę cztery klasyczne zachowania związane ze zdrowiem: dietę, aktywność fizyczną, palenie tytoniu i konsumpcję alkoholu. (Prozdrowotna rola tych zachowań – jak dotychczas – jest najlepiej udokumentowana zarówno przez badania epidemiologiczne, jak i testy laboratoryjne prowadzone na zwierzętach). Lista ta pokrywa się z koncepcją prozdrowotnego stylu życia, lansowanego na przykład przez Światową Organizację Zdrowia (Kickbusch 1986), choć w niektórych dokumentach wymienia się także sposób radzenia sobie z problemami życiowymi (stressem), a zwłaszcza posługiwanie się wsparciem społecznym<sup>6</sup>. Stosunkowo najobszerniejszą, pokrywającą się częściowo z badaniem Alameda County, listę zachowań bierze natomiast pod uwagę European Health and Behaviour Research Survey (Wardle i Steptoe 1991). Prowadzenie prozdrowotnego stylu życia zakłada tu: niepalenie tytoniu, ograniczone spożywanie alkoholu, aktywność fizyczną, zdrową,

<sup>6</sup> Podobnie też przedstawia się zawartość prozdrowotnego stylu życia według Health Evaluation and Lifestyle Promotion (HELP) opracowanego w Kanadzie. Ponieważ ma on postać akrostychu, przytaczam go jako ciekawostkę w języku angielskim.

SADNESS	}	SAD	}	Smoking
		NESS(ecary)		}
		Drugs		
		Nutrition		
		Exercise		
			}	Stress and life management skills
				Safety



zbalansowaną dietę (ze szczególnym uwzględnieniem właściwego śniadania i niejedzenia między posiłkami), bezpieczne zachowania seksualne, unikanie stresu i umiejętność jego rozładowania, umiarkowana ekspozycja na słońce, stosowanie się do zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego, wreszcie wykonywanie okresowych badań profilaktycznych oraz samobadanie (samokontrola) ciała, na przykład piersi u kobiet.

W tym ostatnim ujęciu prowadzenie prozdrowotnego stylu życia wprowadza tak wiele różnorodnych elementów, że konsekwentne ich przestrzeganie dla wielu osób musi oznaczać zasadnicze zmiany w aktualnym stylu życia – zmiany nawyków, upodobań i preferencji. Badania społeczeństw zachodnich wykazują jednak, że w praktyce konsekwentnie realizowane prozdrowotne style życia (w oparciu o pewien homogeniczny wzór) są rzadkością (Blaxter 1995).

Różne grupy społeczne w rozmaity sposób łączą zachowania prozdrowotne i ryzykowne dla zdrowia, co nie znaczy oczywiście, że nie są one elementami innych spójnych całości składających się na style życia tych grup wraz z innymi zachowaniami odzwierciedlającymi ich „sposób bycia” w społeczeństwie. Odtworzenie ich różnych konfiguracji i miejsca, jakie pełnią w nich zachowania związane ze zdrowiem, wymagałoby tym samym ogromnego materiału empirycznego, którym na ogół socjologowie nie dysponują. Dodatkowym ograniczeniem dla podjęcia takiego zadania jest to, że w dotychczasowych socjologicznych badaniach stylu życia zdrowie uwzględniane było w niewielkim stopniu lub też – raczej – gdy uwzględniano zdrowie, analizowano *de facto* chorobę i zachowania ją otaczające. (Na usprawiedliwienie tych badań trzeba jednak powiedzieć, że było to zgodne z paradygmatem zdrowia i choroby – postrzeganych jako wzajemne opozycje, dominującym przez wiele lat w oficjalnych koncepcjach zdrowia publicznego i socjologii medycyny).

W następnym rozdziale spróbuję pokazać, jak przedstawiają się w społeczeństwie polskim zachowania związane ze zdrowiem, czy współwystępują one ze sobą i czy układają się w jakieś określone wzory, o których moglibyśmy powiedzieć, że spełniają warunki realizacji prozdrowotnego stylu życia.

## II

# Realizacja prozdrowotnego stylu życia w Polsce

### 1. Stan zdrowia i świadomość zdrowotna Polaków jako kontekst prozdrowotnego stylu życia

Postrzeganie zachowań współtworzących prozdrowotne style życia ludzi na tle parametrów określających ich położenie społeczne pozwala odnosić je do zakresu dostępnych dla poszczególnych osób alternatyw. Jednak posiadanie – większych czy mniejszych – możliwości wyboru, a więc sama ich dostępność, nie przesądza jeszcze o podejmowaniu takich czy innych zachowań związanych ze zdrowiem. Impulsem do działania jest tu świadomość zdrowotna, ocena własnego stanu zdrowia, wartości przydawane aktualnie dobremu zdrowiu i stopień zaabsorbowania związanymi z nim problemami. Te właśnie charakterystyki stanowią zatem bezpośredni, najbliższy kontekst podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem. Przybliżmy obecnie ów kontekst, na podstawie wyników dostępnych badań.

Próbując określić stan zdrowia wybranej populacji możemy się posłużyć – najogólniej rzecz biorąc – dwoma rodzajami wskaźników. Pierwsze z nich, najpowszechniej stosowane w statystykach medycznych, opierają się na zarejestrowanych przypadkach chorób, przyczynach zgonów, przeciętnej długości życia itd. Druga grupa wskaźników to dane oparte na samoocenie – na postrzeganiu swoich dolegliwości i własnego stanu zdrowia, na samoocenie dokonanej przez populację. Jedne i drugie wskaźniki odzwierciedlają nieco inne koncepcje zdrowia, charaktery-



zują się odmiennymi wartościami poznawczymi, możliwościami ich wykorzystania i wreszcie są obarczone odmiennymi błędami<sup>1</sup>. W socjologicznych badaniach zdrowia dominują te ostatnie, uzyskiwane na ogół za pomocą badań ankietowych. Pozwalają one tym samym na połączenie danych o zdrowiu z wieloma danymi społecznymi (klasa społeczna, styl życia, zdrowie jako wartość, doświadczenia socjalizacji itp.) i ukazanie ich na tle znacznie szerszego kontekstu.

Dla potrzeb naszych dalszych rozważań będziemy się posługiwać wyłącznie subiektywnymi wskaźnikami stanu zdrowia<sup>2</sup>. Na wstępie należy jednak przypomnieć, że analizy zdrowotności mieszkańców Polski prowadzone z uwzględnieniem wskaźników obiektywnych wskazywały, że ich stan zdrowia jest zły i ulega ciąglemu pogorszeniu. Dopiero w ciągu ostatnich kilku lat dają się zaobserwować pewne symptomy zahamowania tej niekorzystnej tendencji<sup>3</sup>. Także w społeczeństwie, w połowie lat dziewięćdziesiątych, powszechne jest przekonanie, że stan zdrowia Polaków jest zły i ulega pogorszeniu (IFiS PAN 1995; CBOS 1995). Przeważająca większość społeczeństwa (84%) wyraża opinię, że w ciągu ostatnich 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%). Około 1/3 badanych określa swój własny stan zdrowia – w porównaniu z innymi osobami w podobnym wieku – jako nienajlepszy lub zły. Natomiast najczęściej wymieniane odczuwane dolegliwości – to choroby serca i układu krążenia (40%), dolegliwości reumatyczne, choroby kości, kręgosłupa, stawów, korzonków nerwowych (38%) oraz dolegliwości gastryczne (11%).

<sup>1</sup> Szerzej na temat zalet i wad obu typu wskaźników piszę w: Ostrowska (1992). Por. także Bejnarowicz i Sokołowska (1976).

<sup>2</sup> Szczegółową analizę stanu zdrowia, jego przemian i uwarunkowań w odniesieniu do społeczeństwa polskiego początku lat dziewięćdziesiątych, przeprowadzoną w oparciu o wskaźniki obiektywne, czytelnik znajdzie w: Bejnarowicz (1994).

<sup>3</sup> Dla przykładu od roku 1990 umieralność w Polsce z powodu trzech „głównych zabójców” (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, urazy i zatrucia) kształtuje się na niezmiennym w zasadzie poziomie (*Sytuacja zdrowotna...* 1998).

W badaniu stanu zdrowia ludności Polski (GUS 1996) za złe lub bardzo złe uznało swoje zdrowie 21,8% badanych, jednak około 2/3 jednocześnie zadeklarowało dolegliwości z powodu chorób przewlekłych. Choroby te (zwłaszcza w starszym wieku) nie przesądzają więc subiektywnych ocen stanu zdrowia, a być może składają się na pewną normę zdrowotną. Koresponduje to z koncepcją zdrowia jako pewnego stanu równowagi, w której kategorii zdrowia i choroby są od siebie logicznie niezależne i obecność jednej nie kłóci się z drugą (Herzlich 1973). Podobnie jak w przypadku poprzednio omawianego badania, do najczęściej wymienianych chorób należały choroby układu krążenia (34,6%), choroby stawów, kości i kręgosłupa (38,6%), choroby przewodu pokarmowego (18,6%), a także nerwice (13,7%). Niezależnie od rozpoznanych chorób przewlekłych zachęcano także badanych do mówienia o swoim zdrowiu i wymieniania odczuwanych często dolegliwości. Tylko 19% osób oceniło, że takich dolegliwości nie odczuwa, przeważnie zaś wymieniano po kilka (prawie połowa powyżej trzech). Do najczęstszych należały objawy psychosomatyczne (częste zmęczenie, rozdrażnienie), bóle kręgosłupa, kości i mięśni, drętwienie kończyn, ucisk w klatce piersiowej, a także bóle głowy i bezsenność.

W kontekście przedstawionych wyżej danych warto jednak zasygnalizować interesujące zjawisko. Mimo ogólnego przeświadczenia o złym i pogarszającym się zdrowiu społeczeństwa, jego subiektywne oceny zestawione dla dłuższego odcinka czasu nie wykazują większych różnic. Zestawienie ocen stanu zdrowia<sup>4</sup> dokonanych w roku 1976 i 1995 (Ostrowska 1980, 1997) wskazuje, że proporcje osób, które oceniły swój stan zdrowia jako relatywnie lepszy, wynosiły odpowiednio 18% i 16,3%, jako gorszy 22% i 20,6%, a więc były zbliżone. Podobne porównanie oceny samopoczucia psychicznego wskazuje, że przeciętnie jest ono obecnie nawet lepiej oceniane niż blisko dwadzieścia lat temu. Skrajne oceny samopoczucia dla omawianych okresów przedstawiają się w roku 1976 i 1995 odpowiednio: bardzo dobre

<sup>4</sup> Badania zrealizowane przez OBOP w roku 1976 oraz IFiS PAN w roku 1995 na ogólnopolskich próbach reprezentacyjnych. W obu badaniach zadano identycznie brzmiące pytania na temat oceny stanu zdrowia oraz oceny samopoczucia psychicznego.



i dobre 37% i 49,1%, a złe i bardzo złe 4% i 3,9%. Sugerować to może, że powszechne odczucie na temat pogarszającego się zdrowia społeczeństwa nie jest efektem uogólnienia własnych doświadczeń w tym względzie, lecz raczej elementem bardziej ogólnych ocen dotyczących zmieniającej się rzeczywistości społecznej.

Powszechność przekonania o gwałtownie pogarszającej się sytuacji zdrowotnej społeczeństwa stwarza zarówno ogólne poczucie konieczności podjęcia działań na szczeblu makrosocjalnym (CBOS 1995), jak i sprzyja (lub winno sprzyjać) indywidualnej, zapobiegającej grożącemu złu, aktywności. Aktywność ta może iść – generalnie rzecz biorąc – w dwóch niewykluczających się wzajemnie kierunkach: intensyfikacji kontaktów z medycyną i realizacji prozdrowotnego stylu życia. Na wybór sposobu postępowania ma tu wpływ wiele czynników; nie bez znaczenia jest jednak niewątpliwie przekonanie o ich skuteczności, a więc wiara we własne możliwości oraz zaufanie do medycyny.

Badanie IFiS PAN (1995) pokazuje powszechną akceptację hasła „Twoje zdrowie w twoich rękach”; 83,1% badanych uważa je za słuszne, potrafi uzasadnić, a także wymienić 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 od medycyny. Za najważniejsze, najczęściej wskazywane zachowania służące zdrowiu uznano właściwe odżywianie (48,7%), unikanie stresów (38,6%), a następnie aktywność fizyczną (24,5%). Natomiast unikanie używek (alkohol, papierosy) znalazło się na dalszej pozycji (14%)<sup>5</sup>. Uznanie wagi poszczególnych zachowań nie oznacza jednak, że próbuje się je realizować we własnym życiu. Praktyką stosunkowo najczęściej wdrażaną świadomie w celach prozdrowotnych jest ruch i aktywność fizyczna. Dłuższe spacerowanie z myślą o zdrowiu odbywa co najmniej kilka razy w tygodniu 37,3% osób. O wpływie dobrego odżywiania dla swego zdrowia mówi 28,9% osób, jednak nie mamy tu pewności, czy chodzi o dobre, czyli racjonalne, odżywianie, czy też dobre

<sup>5</sup> Dane uzyskane w odpowiedzi na pytanie otwarte „Co Pana/i zdaniem jest najważniejsze, aby człowiek miał dobre zdrowie?”

w sensie – kaloryczne i solidne. Jeżeli jednak za wskaźnik właściwego, racjonalnego odżywiania uznać eliminację ze swojej diety tłuszczów zwierzęcych, to stara się to robić 47,5%, a więc znacznie więcej.

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 (lub jest w stanie) realizować to w praktyce (38,6% i 10,4%). Najmniejszą natomiast rozbieżność notujemy między postrzeganą doniosłością unikania używek a ich unikaniem w rzeczywistości (14,0% i 14,8%). Dodać tu można, że 45% badanych stwierdziło, że pali stale papierosy, a około połowa z nich wypala dwadzieścia lub więcej sztuk dziennie. Na częstość poszczególnych zachowań, zarówno prozdrowotnych, jak i zagrażających zdrowiu, nie ma wyraźniejszego wpływu znajomość czynników ryzyka czy poziom ogólnej wiedzy medycznej, mierzony znajomością objawów chorób<sup>6</sup>. Dla informacji dodajmy, że ponad połowa badanych (59%) potrafiła wymienić co najmniej cztery czynniki ryzyka choroby wieńcowej i zawału serca.

Przytoczone wyżej dane wyraźnie wskazują na istnienie rozbieżności między deklaracjami na temat tego, co warto zrobić dla zdrowia, a co się faktycznie robi. W badaniu CBOS (1993) spróbowano naświetlić przyczyny istnienia tej rozbieżności w dwóch wymiarach: indywidualnych „zaniechań” respondentów i ogólnych powodów, dla których zdrowy styl życia nie jest w Polsce popularny (66% wskazań). W wymiarze indywidualnym dominowało powoływanie się na czynniki obiektywne, niezależne od respondentów – a więc przede wszystkim brak czasu, dużo pracy i obowiązków (38%) – odzwierciedlające jednak hierarchie ważności poszczególnych spraw i wskazujące te

<sup>6</sup> Badanym przedstawiono listę różnych objawów i poproszono o wybranie tych, które są najbardziej typowe dla zapalenia płuc, zawału serca, wrzodu żołądka i cukrzycy. Na liście znajdowało się 12 różnych objawów, a wśród nich także takie, które nie były specyficzne dla żadnej z analizowanych chorób (np. krew w moczu). Otrzymane wyniki wskazały, że najpowszechniejsza była znajomość objawów zapalenia płuc, następnie zawału serca, wrzodu żołądka, a na końcu objawów cukrzycy.



spośród nich, które w codziennym życiu wygrywają ze zdrowiem. Wskazywano także na negatywne opinie o funkcjonowaniu służby zdrowia (16%) oraz na brak pieniędzy (13%). Ten ostatni wynik wskazuje, że zdrowy styl życia jest przez co ósmego Polaka traktowany jako sprawa kosztowna, wymagająca nakładów finansowych. Warto wreszcie wskazać na stosunkowo często rozpowszechnione przekonanie (10%), że o zdrowie nie należy specjalnie dbać, gdy jest się zdrowym i nic nie dolega. W wymiarze ogólnym najczęściej powoływano się na nasze narodowe tradycje, upodobania i zwyczaje, które nie korespondują z prozdrowotnym stylem życia (61%) oraz zbyt niską rangę zdrowia w hierarchii wartości naszego społeczeństwa (44%). I tu także pojawił się problem wysokich kosztów dbania o zdrowie; 42% badanych wyraziło pogląd, że Polacy są zbyt biedni, aby realizować zdrowy styl życia. W przypadku obu wymiarów dominuje tendencja do szukania przyczyn stosunkowo małego rozpowszechnienia prozdrowotnych zachowań w przyczynach zewnętrznych, na które nie ma się wpływu i za które nie ponosi się odpowiedzialności. Opinia, że zdrowy styl życia „kosztuje”, oznacza, że nie dostrzega się (a w każdym razie nie dostrzegało się jeszcze w 1993 roku), że zmiana diety czy rezygnacja z używek może właśnie prowadzić do oszczędności. Innym pojawiającym się ograniczeniem w realizacji prozdrowotnego stylu życia jest postrzeganie go jako wymagającego wyrzeczeń i pozostającego w konflikcie z kulturowym wzorem przyjemnego życia (Kawczyńska-Butrym 1995).

Przy powszechnym przekonaniu, że to właśnie realizacja odpowiedniego stylu życia jest najskuteczniejszym sposobem zachowania zdrowia (IFiS PAN 1995), większość ludzi jest skłonna troszczyć się o zdrowie w oparciu o kontakt z lekarzem wtedy, gdy coś im już dolega. W ciągu ostatnich dwóch lat ponad 80% badanych odwiedzało lekarzy, ale tylko 32,3% w celach profilaktycznych (z własnej woli).

Ocena możliwości medycyny naprawczej jest w polskim społeczeństwie raczej wysoka, ale niebezkrytyczna. Porównanie z cytowanymi już uprzednio wynikami badań sprzed dwudziestu lat wskazuje na dokonanie się pewnych przewartościowań w dostrzeganiu poszczególnych składników zaufania do medycyny.

Więcej osób wierzy w efektywność leczenia najgroźniejszych chorób (dla przykładu w uleczalność wcześniej wykrytego raka wierzyło w 1967 roku 27% osób, a 67% w roku 1995), 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 wzrastającą w porównywanym okresie częstością samodzielnego modyfikowania bądź w ogóle nie stosowania 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 około 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. Wyniki realizowanych badań (CBOS 1995) informują, że system ten w opinii większości społeczeństwa jest zły (79%) i faworyzuje przede wszystkim tych, którzy mają pieniądze i znajomości (78%). Jeżeli więc porównać rolę czynnika ograniczonych możliwości medycyny naprawczej, który odegrał istotną (choć niewyłączną) rolę w determinowaniu prozdrowotnych stylów życia w krajach zachodnich, w Polsce mamy – jak się wydaje – raczej do czynienia nie tyle ze zmniejszoną wiarą w medycynę, ile kryzysem wydolności służb medycznych i utrudnionym dostępem do nich. Potwierdzają to wyniki badania IFiS PAN (1995), gdzie ponad połowa badanych stwierdziła, że w przypadku pojawienia się choroby czy dolegliwości dopiero w ostateczności idzie do lekarza.

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



## 2. Czy Polacy realizują prozdrowotny styl życia?

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 medycznym autorytetom, czy aktywnego budowania własnego potencjału zdrowotnego przez realizację wzorów określonych, codziennych zachowań. Jak wspominaliśmy wcześniej, autonomia jednostki w dokonywaniu wyborów jest funkcją możliwości i ograniczeń istniejących w otaczającym ją świecie zewnętrznym; jest 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 pełną listę choćby tylko celowościowych działań, które się na nie składają. Odtwarzając – na samym początku naszych rozważań – prozdrowotne style życia, ograniczymy się więc do „medycznego” sposobu operacjonalizacji tego terminu i szcharakteryzujemy wzory korzystania z opieki zdrowotnej. Ich uwarunkowań będziemy poszukiwać przede wszystkim wśród zmiennych charakteryzujących położenie społeczne jednostek. Będziemy się także zastanawiać, czy w przypadku społeczeństwa polskiego można odnotować bardziej spójne wzory dbania o zdrowie, które można określić mianem pewnego całościowego stylu, czy też należy mówić raczej o występowaniu poszczególnych, rozproszonych zachowań.

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 (IFiS PAN 1995). Osoby te nie robią nic, co byłoby nakierowane na zachowanie zdrowia, unikają też kontaktów z medycyną. Zdrowotni ab-

negaci rekrutują się z osób o różnym wykształceniu i różnej pozycji zawodowej. Są to nieco częściej mężczyźni, a szczególnie znajdujący się w przedziale 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 oraz wskazywać na dokonujący się, negatywny społecznie, proces kumulacji ubóstwa ze złym stanem zdrowia.

Znaczna większość osób (78,8%) deklaruje świadome 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 analiza indywidualnych sposobów na zachowanie zdrowia pokazała, że znacznie przekraczają one zalecenia sformułowane przez medycynę w ramach lansowania prozdrowotnych stylów życia, a niekiedy pozostają z nimi w pewnej kontrowersji (np. „staram się jak najwięcej pracować, aby nie myśleć o chorobach”). Po wstępnej analizie wszystkich deklaracji, dokonano wyboru jedenastu 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 tabela 1.

Jak więc widać pierwszy i dominujący typ działań prozdrowotnych utworzony jest przez zachowania związane z medycyną (także przyjmowanie środków uspokajających jest odwołaniem się do farmakologii i na ogół wymaga recepty lekars-



**Tabela 1.** Sposoby dbania o zdrowie. Wagi czynnikowe w dwóch wymiarach\*

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

\* W wyniku analizy wyodrębnił się także trzeci czynnik, wyjaśniający 10% wariancji (dwa pierwsze wyjaśniły odpowiednio 21% i 13%), który różnicował badanych ze względu na dążność do utrzymania należytnej wagi ciała i unikanie bądź ograniczenie spożycia tłuszczów.

Źródło: IFiS PAN 1995.

kiej). Drugi wymiar tworzą zachowania składające się na prozdrowotny styl życia.

Podobną niezależność obu wzorów dbania o swoje zdrowie zaobserwować możemy także w przeprowadzonym wcześniej badaniu CBOS (1993). Poproszono tam badanych o charakterystykę własnego stosunku do dbania o zdrowie, a następnie o wymienienie realizowanych przez nich czynności, które mają temu służyć. W badaniu tym najliczniejsza grupa respondentów uznała się za osoby dbające o zdrowie (58%), a najczęściej wymienianymi formami aktywności były wszelkiego rodzaju zachowania oparte na kontakcie z lekarzem i medycyną. Spośród elementów zaliczanych przez nas do prozdrowotnego stylu życia najczęściej wspomniano odpowiednie, racjonalne odżywianie, ograniczanie używek i aktywność fizyczną na świeżym powietrzu. Po poddaniu tych zmienionych analizie czynnikowej okazało się, że zachowania związane z medycyną tworzą ponownie niezależny wymiar od pozostałych zachowań prozdrowotnych. Wyniki tej analizy ukazuje tabela 2.

W tabeli tej zwraca także uwagę fakt, że wprawdzie zwolennicy obu sposobów są przekonani, iż dbają o swoje zdrowie,

Tabela 2. Sposoby dbanie o zdrowie. Wagi czynnikowe w dwóch wymiarach\*

Częstość lub intensywność cechy	I	II
Poczucie dbania o własne zdrowie	0,71	0,49
Częste kontakty z medycyną	0,84	–
Oszczędzający tryb życia, spokój	0,35	–
Racjonalne odżywianie	–	0,74
Uprawianie sportu	–	0,62
Aktywności ruchowe na powietrzu	–	0,41
Ograniczanie używek	–	–

\* W wyniku analizy wyodrębnił się także trzeci czynnik, definiowany przede wszystkim ze względu na unikanie używek (waga 0,86), skorelowany w istotny sposób z płcią (byciem kobietą  $r=0,18$ ). Wszystkie trzy czynniki wyjaśniały 55,6% ogólnej zmienności (odpowiednio: 23%, 18% i 14%).

Źródło: CBOS 1993.

jednak przekonanie to występuje silniej u osób kontaktujących się często z medycyną.

Fakt, że oba typy zachowań tworzą niezależne od siebie wymiary w obu przytaczanych badaniach, należy tu uznać za ciekawy. Świadczy on o tym, że nie istnieje obecnie jeden zuniformizowany wzorec 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 – jak ukażemy dalej – każdy z nich determinowany jest innymi parametrami społecznymi. Pierwszy z nich określimy czynnikiem zachowań medycznych, drugi natomiast – zachowań prozdrowotnych.

Jest rzeczą oczywistą, że korzystanie ze służby zdrowia, częste wizyty u lekarzy są związane z gorszym stanem zdrowia, a także z bardziej zaawansowanym wiekiem. Potwierdzają to stosunkowo wysokie współczynniki korelacji, stwierdzone w badaniu IFiS PAN, między zachowaniami medycznymi a oceną stanu zdrowia ( $r=0,34$ ) i wiekiem badanych ( $r=0,24$ ). Charakterystyczne jest jednak, że osoby starsze i w gorszym stanie zdrowia skupiają 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 ( $r=0,18$ ); 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 psychoterapeutyczne.

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 ich życie zależy od medycyny. Uzależnienie to może jednak wynikać także z dyspozycji do poszukiwania kontaktu z lekarzem, gdyż ów kontakt zaspokaja jakąś ważną dla ludzi potrzebę. Wreszcie, jak można wnioskować, jest ono 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 dolegliwości, 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>7</sup>.

<sup>7</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 coś innego;
- 2) przy obecnym rozwoju medycyny za kilkanaście lat wszystkie groźniejsze choroby będą uleczalne;
- 3) wszystkie tzw. domowe środki leczenia są nic nie warte;
- 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 lekceważy.

Warto też dodać, że orientacyjnie co piąta osoba przyznaje, że zdarza się jej w ogóle nie przyjmować przepisanego przez lekarza leku lub nie zrealizować 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 innej alternatywy na rozwiązywanie różnych problemów życiowych, które trapią ludzi, a które psychosomatyka określa jako „ucieczkę w chorobę”. Oszacowania dokonane w połowie lat siedemdziesiątych 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 wymagająca *stricte* medycznego leczenia jest obecnie także znacząca. Wydaje się ponadto, że zmniejszone poczucie bezpieczeństwa społecznego towarzyszące okresowi transformacji, pogłębiające u pewnej 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 dla jednostki 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 w omawianym badaniu z pozycją społeczno-zawodową, wykształceniem i zamożnością. Intensywniejsze zachowania medyczne czy też uzależnienie od medycyny jest natomiast nieco częstsze wśród kobiet i osób samotnych.

W przeciwieństwie do osób „związanych z medycyną” wyznawcy „prozdrowotnego stylu życia” stanowią kategorię silniej wyodrębnioną ze względu na ich pozycję społeczną, w sposób widoczny w obu badaniach. W badaniu IFiS PAN są to osoby



o relatywnie wyższym wykształceniu ( $r=0,21$ ), wyższej pozycji społeczno-zawodowej ( $r=0,19$ ), a także mieszkańcy większych miast ( $r=0,15$ ). 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. Zachowania tworzące prozdrowotny styl życia pojawiają się nieco częściej w młodszych grupach wieku ( $r=0,14$ ). W badaniu CBOS zachowania prozdrowotne miały tendencję do współwystępowania z dobrą oceną sytuacji materialnej ( $r=0,15$ ), a następnie wykształceniem ( $r=0,14$ ). Orientacyjnie więc (pomimo nieco innych zestawów zmiennych, za pomocą których były konstruowane oba wzory zachowań) oba badania podobnie lokalizują zachowania prozdrowotne w społeczeństwie, jeśli chodzi o cechy położenia społecznego.

To, co jednak zdaje się dodatkowo wyróżniać aktywnych zwolenników prozdrowotnych stylów życia, to zestaw orientacji życiowych, ocen i sposobów postrzegania swoich możliwości, które były analizowane w badaniu IFiS PAN. 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 tu 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 tabela 3.

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

**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**
Poczucie osiągnięcia sukcesu życiowego	0,17**
Poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych	0,16**
Skłonność do polegania na sobie*	0,15**

\* 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.

\*\*  $p < 0,001$

Źródło: IFiS PAN 1995.

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. Istotne znaczenie mają tu jednak także zmienne psychospołeczne, związane z poziomem satysfakcji życiowej i oceną siebie samego. Szczególnie wyraźny związek dobrego samopoczucia z aktywnością zdrowotną ma niewątpliwie wzmacniający się nawzajem, dwukierunkowy charakter; dobre samopoczucie pomaga w mobilizacji działań na rzecz zdrowia, działania te zaś wzmagają 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 niżej wyniki analizy regresji wielorakiej (tabela 4).

Stosunkowo niewielki zakres sumy wyjaśnionej wariancji pokazuje jednak, że zrozumienie skomplikowanych zjawisk regulujących sferę zdrowia wymagałoby uwzględnienia znacznie



**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

Źródło: IFiS PAN 1995.

szerszego wachlarza zjawisk, także kulturowych, a szczególnie związanych ze sferą wyznawanych wzorów, norm i wartości. We wniosku tym zawiera się więc postulat nie sprowadzania – wzorem medycyny – koncepcji stylu życia do kilku czynności, a rozpatrywania ich z całym bogactwem treści, jakie zawiera się w tym pojęciu w rozumieniu socjologii. Badacze stylu życia w jego zakres włączają takie sfery, jak: budżet czasu i cykliczność zachowań, charakter pracy, konsumpcja dóbr materialnych (jej poziom, charakter i wzory), a także ogólny stosunek do „świata rzeczy”, zachowania związane ze sferą zdrowia i choroby oraz zachowania związane z utrzymaniem higieny, aktywność związana z zaspokajaniem potrzeb intelektualnych i estetycznych, zachowania rekreacyjne, uczestnictwo w życiu społeczno-politycznym i postawy wobec spraw publicznych, stosunek do religii, wreszcie formy współżycia między ludźmi – życie rodzinne, stosunki towarzyskie, przyjacielskie itp. Powyższy zestaw zachowań winien być poza tym uzupełniony charakterystyką postaw i motywacji. Nie może więc abstrahować od odczuwanych i uznawanych systemów wartości oraz samoidentyfikacji społecznej jednostek, przejawiającej się w akceptacji wzorów

i standardów grup, do których się należy bądź aspiruje (Siciński 1978, 1980). Nie we wszystkich tych sferach dopatrzeć się możemy bezpośredniej łączności z problematyką zdrowia. Niewątpliwie jednak składają się one na pewien całościowy, uwarunkowany swoimi składnikami syndrom i wyizolowanie spośród nich jednej tylko sfery – czy to badań, czy działalności praktycznej – zubaża naszą możliwość uchwycenia wszystkich istotnych jej powiązań i uwarunkowań.

Poszukując ramy teoretycznej dla tego rodzaju rozważań, warto sięgnąć także do przedstawionej uprzednio koncepcji habitusu Pierre'a Bourdieu, odwołującej się do istniejącej w świecie społecznym niezależnej od świadomości struktury (habitusu), porządkującej społeczne i kulturowe zjawiska. Habitus nie tylko więc determinuje dyspozycyjność jednostki do pewnych zachowań, ale także wyznacza dostęp do kultury „prawomocnej”; ukształtowane umiejętności czy nastawienia poznawcze mogą ułatwiać lub też utrudniać dostęp do edukacji, medycyny czy innych instytucji społecznych współtworzących istniejący ład społeczny (Kłoskowska 1990). To, że schematy współtworzące habitus mają charakter nie do końca uświadomiony, pokazuje, iż regulowanie ludzkich zachowań (stylów życia) to odwoływanie się niejednokrotnie do niemal automatycznych odruchów i nawyków. Przyjęcie tej koncepcji uświadamia więc, z jak skomplikowaną materią mamy do czynienia, gdy chcemy reformować zachowania lub style życia ludzi, nawet jeżeli przyświeca im tak akceptowany i racjonalny cel jak podtrzymanie zdrowia.

Warto jeszcze w tym miejscu ustosunkować się do wcześniejszej tezy łączącej kreowanie i lansowanie prozdrowotnych stylów życia – na wzór zachodni – z nowo tworzącą się u nas klasą średnią. Jest ona powszechnie uznawana za wiodącą siłę podstawowych przeobrażeń społecznych, a zatem i wzorotwórczą. Jeżeli uznać, że klasa ta wyodrębnia się w Polsce z inteligencji i pracowników umysłowych w postaci „knowledge class” (Mokrzycki 1994), a także części przedsiębiorców i prywatnych właścicieli, można założyć, że grupy te już teraz wyróżniać się mogą większą orientacją na prozdrowotne style życia. Porównując wyniki osiągnięte przez poszczególne grupy społeczno-zawodowe na skali zachowań prozdrowotnych, możemy istotnie zaob-



serwować taką tendencję. 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 więc stwierdzić, że sposoby Polaków na dbanie o zdrowie pozostają w znacznej mierze w obrębie działań medycyny. Wprowadzie świadomość wagi własnych działań w tym względzie jest powszechna, to nie wywołuje ona jednak szerszych reperkusji w sferze codziennych zachowań. (Pokazuje to, jakim uproszczeniem jest przyjęcie założenia, że dostarczenie odpowiedniej wiedzy i wykreowanie odpowiednich postaw spowoduje oczekiwane, pożądane zachowania). Zalecenia dotyczące realizacji prozdrowotnego stylu życia wdrażane są wybiórczo i w przypadku większości społeczeństwa raczej można mówić o obecności w ich życiu poszczególnych zachowań zdrowotnych niż realizacji prozdrowotnego stylu życia, który – nawet przy uproszczonym jego rozumieniu – zakłada realizowanie pewnego spójnego wzoru, składającego się z kilku jednocześnie elementów. (Tendencje do realizacji takiego wzoru zanotowaliśmy tylko wśród przedstawicieli klasy średniej). Nie oznacza to oczywiście, o czym wspominaliśmy wcześniej, że poszczególne, pojedyncze zachowania związane ze zdrowiem nie są elementami innych całości, współtworzących style życia ludzi wraz z innymi zachowaniami, których rola dla zdrowia nie jest jednak bliżej znana.

### 3. Zachowania związane ze zdrowiem – elementy stylu życia Polaków

Wydaje się zatem słuszne, aby w kolejnej części tej książki skoncentrować się nie tyle na poszukiwaniu wzajemnych związków pomiędzy poszczególnymi elementami prozdrowotnych sty-

łów życia, ile raczej na przedstawieniu powszechności określonych zachowań związanych ze zdrowiem oraz prześledzeniu ich społecznych uwarunkowań. Za podejściem takim przemawiają także względy praktyczne – bardzo niewiele omówionych tu badań pozwala bowiem na łączne rozpatrywanie szeregu zachowań prozdrowotnych (na ogół dotyczą one jednego, wybranego problemu); odtwarzanie na ich podstawie określonych konfiguracji owych zachowań mogłoby więc być dokonane tylko w sposób bardzo orientacyjny.

Kolejno rozpatrzmy sytuację w zakresie sposobu odżywiania, konsumpcji alkoholu i tytoniu, aktywności fizycznej, zachowań seksualnych, jakości snu, posługiwania się wsparciem społecznym oraz korzystania z profilaktycznych badań medycznych. Analizując poszczególne rodzaje zachowań, będziemy się starali przedstawić płynące z nich korzyści lub zagrożenia zdrowotne (kontekst medyczny), niektóre funkcje pełnione przez nie w społeczeństwie i ich społeczne determinanty (kontekst socjologiczny), a także – gdy uda się do nich dotrzeć – „historyczne korzenie” poszczególnych zachowań.

Obok kontekstu socjologicznego i medycznego niewątpliwie wart tu uwzględnienia jest kontekst psychologiczny, ukazujący choćby rolę czynników osobowościowych współodpowiedzialnych za określone – sprzyjające lub szkodliwe dla zdrowia – wybory. Praca ta, pisana przez socjologa, nie ma jednak ambicji wnikania w te problemy.

Przedstawione niżej analizy nie uwzględniają także roli istotnego aspektu stylu życia, jakim jest praca<sup>8</sup>, choć jej rodzaj i warunki, w jakich jest wykonywana nie są obojętne dla zdrowia. Jednak w modelu promocyjnym tworzenie prozdrowotnych warunków pracy jest dokonywane przede wszystkim poprzez oddziaływania nakierowane na organizację i środowisko w miejscu pracy, rola indywidualnych zachowań ma zaś stosunkowo mniejsze znaczenie (Gniazdowski 1994). W praktyce sprowadza się ona do przestrzegania przez pracowników formalnych wymogów zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz unikania nad-

<sup>8</sup> Miejsce i role pracy w stylu życia Polaków analizuje interesująco Macieja Falkowska (1977) w tekście *Praca – konieczność czy styl życia*.



miernych, dodatkowych obciążeń. Problemy te nie były podejmowane w badaniach, które stały się podstawą naszych analiz. Natomiast wpływ rodzaju wykonywanej pracy na zdrowie może być bardzo zróżnicowany w zależności od rodzaju aktywności, jakiej wymaga, niezbędnej koncentracji uwagi i wielu innych czynników zarówno obiektywnych, jak i subiektywnie odczuwanych przez pracownika (Korzeniowska 1994), które jednak pozostają na ogół poza zakresem codziennych, prozdrowotnych wyborów jednostki.

### *3.1. Sposób odżywiania*

Sposób odżywiania, stosunek do jedzenia, nawyki żywieniowe i preferencje w tym zakresie stanowią element stylu życia interesujący zarówno dla socjologów, jak i przedstawicieli zawodów medycznych. Niewłaściwe odżywianie stanowi bezpośrednią przyczynę bądź czynnik ryzyka wielu schorzeń. Szacuje się, że istnieje około 30–50 jednostek chorobowych bądź odchyień od zdrowia, występujących często w populacji, których przyczyną jest niezadowalająca jakość żywności i sposobu odżywiania. Do najpoważniejszych z nich należą choroby układu krążenia, nowotwory jelita grubego, żołądka, piersi u kobiet i gruczołu krokowego u mężczyzn, cukrzyca, otyłość, niedokrwistość z niedoboru, osteoporoza (Szponar i Respondek 1995). Powstawanie tych schorzeń może być zarówno skutkiem nadmiernej ilości energii pobieranej z pożywieniem, jak i niedoborów żywieniowych, oraz niewłaściwej jakości spożywanej żywności (na przykład wskutek zanieczyszczeń chemicznych powstałych w procesie jej produkcji). Zapobieganie wszystkim tym chorobom, promocja zdrowia, a w wielu wypadkach także leczenie wymagają więc właściwej diety, a także monitorowania jakości żywności.

Dla socjologów sposób odżywiania jest jednym z elementów stylu życia ukazującym w sposób znaczący podobieństwa i różnice pomiędzy ludźmi o różnych pozycjach społecznych. Podobnie jak upodobania do muzyki, lektur czy sposobu ubierania się, nasze gusty i wybory kulinarne są na ogół wskazówką o przynależności do określonych kręgów społecznych. Bourdieu (1984) traktuje owe gusty, upodobania i preferencje jako czynniki

odzwierciedlające pozycje ludzi w strukturze klasowej. Dla przykładu znajduje, że upodobania do określonych potraw zależą od wzorów i wyobrażeń o ciele i funkcjach, jakie w stosunku do niego pełni jedzenie, posiadanych przez poszczególne klasy. Robotnicy zwracają większą uwagę na siłę i wytrzymałość, jakie ma zapewnić im ciało, dlatego na ogół orientują się na potrawy „solidne” – kaloryczne, obfite i jednocześnie niedrogie, podczas gdy przedstawiciele klasy średniej będą poszukiwać raczej jedzenia lekkiego, niskokalorycznego, a przy tym posiadającego wyrafinowany smak. Według Bourdieu, wzory istniejące w określonej klasie wpływają na preferencje żywieniowe i tworzenie się pewnych trwałych, wręcz „rutynowych” orientacji, które z kolei wraz z innymi orientacjami i preferencjami przyczyniają się do reprodukcji kultury tej klasy.

Sposób odżywiania jako czynnik charakteryzujący styl określonej klasy społecznej przyciąga szczególnie uwagę badaczy klasy średniej. Uważa się, że w sposób najbardziej konsekwentny realizują oni zalecenia prozdrowotnego stylu życia, w każdym bądź razie – jak pisze Domański (1997) – „robią wrażenie ludzi zdających sobie sprawę, jakie są następstwa wyboru określonej diety dla zdrowia i wyglądu. Nie są nadmiernymi entuzjastami potraw tuczających; jeśli mogą, to odmawiają sobie ciastek, rzeczy słodkich i szybkich dań na wynos, takich jak na przykład frytki. Jedzą nie po to, żeby się »napęścić«, jak stwierdzają badacze wzorów konsumpcji. Z badań wynika, że potrawami klas średnich są sery, jogurt, świeże owoce, jarzyny i inne pozycje z jadłospisu o nachyleniu dietetycznym. W jedzeniu starają się unikać monotonii”.

Sposób odżywiania, specyficzne potrawy, ich składniki i przyprawy podlegają zróżnicowaniu regionalnemu i wręcz narodowemu. Mówiąc o kuchni włoskiej, francuskiej, węgierskiej czy polskiej, wiemy, że będą się one na ogół różnić zestawami jarzyn i wielością ich rodzajów, sposobem przyrządzania mięs, używanymi do tego tłuszczami, ilością makaronów czy ziemniaków i lekkich bądź zawiesistych zup i sosów. Wszystkie te cechy przesądzą o tym, że pewne tradycyjne kuchnie narodowe uznamy za „lekkie”, a inne za „ciężkie”, co w znacznej mierze będzie się pokrywać z mniej lub bardziej zdrowym sposobem odżywiania.



Na tle kuchni europejskich kuchnia polska uchodzi raczej za ciężką i kaloryczną, a tradycyjna gościnność Polaków sprzyjała i sprzyja nadal obfitości jedzenia, trunków i biesiadowaniu przy obficie zastawionym stole. Literatura szesnasto- i siedemnastowieczna dostarcza opisów odświętnych i codziennych posiłków, które dziś wydają się nam niemożliwe do spożycia przez jedną osobę<sup>9</sup>. Zdarzały się także głosy krytykujące nadmierny luksus potraw i obżarstwo, a zalecające proste świeże potrawy w umiarkowanych ilościach. Wiele rad Mikołaja Reja zawartych w *Żywocie człowieka poczciwego* można by z powodzeniem lansować dzisiaj jako spełniające postulaty zdrowego odżywiania. Wiosną namawiał do sadzenia „rzdokiewek, sałatek, rzeżuszek, ogóreczków”, latem do jedzenia świeżego nabiału i owoców („jabłuszek, gruszczynek, wisienek, śliweczek”), a jesienią do robienia zapasów na zimę z „kapusty, rzepy, pasternaki, piotruszki”, dostarczając przepisów na smaczne i zdrowe potrawy z warzyw. Ganił kosztowne, przesadnie wyrafinowane i ozdabiane potrawy, słusznie upatrując w nich źródła różnych chorób. „... Z tych dziwnych wymysłów ... jedno sprośna utrata, a potem łakomstwo, a potem różność wrzodów a przypadków szkodliwych rozlicznych”.

Postulaty żywieniowe Mikołaja Reja znalazły jednak umiarkowany oddźwięk wśród współczesnych i przyszłych generacji Polaków. Wprawdzie jadłospisy uległy uproszczeniu, a ilości spożywanych pokarmów zmniejszeniu, jednak dieta przeciętnego mieszkańca Polski w porównaniu z Europą Zachodnią ciągle

<sup>9</sup> Dla przykładu przytoczyć można treść umowy zawartej w 1638 roku między pewnym szlachcicem wysyłającym do miasta na nauki swoich dwóch synów a burmistrzem zobowiązującym się zapewnić im oraz ich wychowawcy wikt. Opisany w umowie obiad dla młodych ludzi miał się składać z czterech potraw: „»dwie mięsne (kapłon jeden na sześć osób, cielęciny spore sztuki, sztuka mięsa rosła i nie chuda) i dwie »jarzynne« (marchew albo rzepa na świeżym mięsie, po pół sztuki – zapewne mięsa – dla każdego, kapusta kwaśna albo zielona, albo groch, wszystko na świeżej słoninie); sera do obiadu czy wieczerzy ile zechcą; w niedziele i święta piąta potrawa (mięsna) – gęś, kapłon, cielęcina albo wieprzowina; w uroczyste święta jeszcze coś nadto. Piwa do obiadu, do wieczerzy i między jednym i drugim – według pragnienia«”. Dodać należy, że w jadłospisie tym znajduje się także oprócz obiadu i wieczerzy obfite śniadanie i podwieczerek (przytaczam za: Lemnis i Vitry 1962).

jeszcze jest nadmiernie kaloryczna, zbyt bogata w tłuszcze zwierzęce, a uboga w błonnik, wapń i żelazo (Sekuła i in. 1997). Ostatnie lata zdają się jednak wskazywać na dokonywanie się pewnych pozytywnych zmian w spożyciu podstawowych artykułów żywnościowych, świadczących zarazem o stopniowej rezygnacji z tradycyjnej, polskiej kuchni i westernizacji stylu odżywiania. Strukturę spożycia artykułów żywnościowych w Polsce oraz tendencje zachodzących zmian przedstawiamy w tabeli 5.

**Tabela 5.** Roczne spożycie niektórych artykułów żywnościowych na osobę w gospodarstwach domowych w latach 1989, 1992, 1995 (dane w kg)

Artykuły żywnościowe	1989	1992	1995	Zmiana w % (1989 = 100%)
Przetwory zbożowe	117	119	120	102,5
Ziemniaki	142	144	135	95,0
Warzywa	115	116	120	104,3
Owoce	31,2	40,7	40,9	131,1
Mięso wieprzowe	37,7	42,2	39,1	103,7
Mięso wołowe	16,3	12,6	8,7	53,4
Drób	8,4	9,1	10,2	121,4
Ryby	6,1	6,4	6,5	106,5
Tłuszcze zwierzęce	8,2	9,0	7,2	87,8
Tłuszcze roślinne	8,8	10,4	14,4	163,6
Masło	8,8	5,2	3,7	42,0
Mleko (w l.)	260	217	195	75,0
Jaja (w szt.)	194	173	154	79,4

*Źródło:* Instytut Żywności i Żywienia 1997

Analiza wyżej przedstawionych danych pozwala obserwować zachodzenie korzystnych zmian w strukturze odżywiania, zgodnych z zaleceniami prozdrowotnego stylu życia, zwłaszcza w zakresie eliminacji czynników ryzyka chorób układu krążenia. Wyraźny jest spadek konsumpcji czerwonego mięsa (szczególnie wołowego) na rzecz drobiu i w mniejszym stopniu ryb. Zmniejsza się konsumpcja tłuszczów zwierzęcych na rzecz wzrostu roślinnych. Następuje zmniejszenie konsumpcji jaj. Można zaobserwować także postępujący, powolny wzrost konsumpcji warzyw oraz wyraźny owoców.

Korzystne zmiany w odżywianiu mają na ogół lepszą dynamikę w okresie 1992–1995 niż 1989–1992. Dopiero od roku 1992



obserwujemy spadek konsumpcji mięsa wieprzowego i tłuszczów zwierzęcych. Natomiast niemal cały przyrost konsumpcji owoców dokonał się w okresie 1989–1992. Wiąże się to w znacznym stopniu ze wzrostem spożycia importowanych owoców cytrusowych, dostępnych praktycznie przez cały rok. W analizowanych okresach można jednak także zaobserwować zmiany niekorzystne; maleje bowiem systematycznie spożycie mleka i przetworów mlecznych. Spadek spożycia tych produktów w stosunku do roku 1989, a także lat wcześniejszych, jest w znacznej mierze skutkiem znacznego wzrostu ich cen po wycofaniu się przez państwo z dotacji do żywności (dotowane było głównie mleko i jego przetwory). W efekcie tych wszystkich przemian, w jadłospisach Polaków korzystnie zmieniła się proporcja spożywanych kwasów tłuszczowych wielonienasyconych do nasyconych, nastąpił spadek cholesterolu, wzrost antyoksydantów i flawonidów. Zmniejszyła się jednak gwałtownie w codziennej racji żywnościowej zawartość wapnia, co z kolei trzeba uznać za zjawisko niekorzystne (Sekuła i in. 1997). Pewną syntetyczną miarą dokonanych zmian jest porównanie struktury wartości energetycznej spożytej żywności. W roku 1989 proporcja energii z artykułów pochodzenia zwierzęcego do roślinnego kształtowała się 36,2%:63,8%; w roku 1992 wynosiła 34,5%:65,5%, natomiast w roku 1995 – 30%:70% (Sekuła i in 1997).

Nie wchodząc tu w szczegółową analizę mechanizmów, które doprowadziły do pojawienia się tych zmian, warto zauważyć, że nie były one wyłącznie efektem zadziałania elementów rynkowych (podaż, struktura cen) czy zmieniającej się sytuacji materialnej wielu rodzin<sup>10</sup>, ale także wzrastającej świadomości zdrowotnej społeczeństwa i świadomego dokonywania prozdrowotnych wyborów w zakresie artykułów żywnościowych. Znaczną rolę odegrały tu zresztą reklamy wielu produk-

<sup>10</sup> Pomimo tego, że pomiędzy rokiem 1989 a 1995 zmniejszyło się w społeczeństwie poczucie głębokiego deficytu budżetów domowych, oszczędzanie – także na żywności – było koniecznością w 1989 roku dla 34%, a w 1995 roku 28% rodzin. Sytuacja ta niewątpliwie wymuszała zmiany w strukturze odżywiania wielu osób, jednak ogólne kierunki zmian spożycia były podobne w gospodarstwach o niskich i wysokich dochodach, co świadczy, że nie były one do końca efektem sytuacji materialnej (Beskid 1997).

tów wyraźnie odwołujące się do korzyści zdrowotnych (margaryna, jogurty, soki owocowe, wędliny z drobiu itd). Na rzecz wzrastającej świadomości zdrowotnej przemawiałby także fakt, że kupujący coraz częściej szukają informacji na temat daty ważności kupowanych produktów, zawartości „konserwantów” czy ich ewentualnej szkodliwości dla środowiska. Dotyczy to jednak przede wszystkim klientów charakteryzujących się relatywnie wyższym wykształceniem i dochodem (Derczyński 1997). Także w społecznej świadomości istnieje przekonanie, że Polacy odżywiają się obecnie zdrowiej niż dziesięć lat temu (CBOS 1998a).

Przytoczone wyżej dane na temat konsumpcji poszczególnych artykułów spożywczych nic nie mówią nam jednak o tym, czy i w jaki sposób na obserwowane zmiany miał wpływ dochód rodzin, wykształcenie ich członków lub cykl życia, w jakim się znajdują – a więc czynniki istotne z punktu widzenia różnic w stylu życia w ogóle. Nie możemy powiedzieć, czy obserwowane prozdrowotne trendy w odżywianiu pojawiają się w miarę równomiernie w różnych warstwach społecznych, czy też tylko w niektórych z nich.

Pewne preferencje żywieniowe w zależności od płci, wieku, zmiennych charakteryzujących pozycję społeczną i organizację gospodarstwa domowego pozwala nam prześledzić badanie zrealizowane w roku 1997 przez CBOS dla Instytutu Onkologii<sup>11</sup>. W badaniu tym pytano o częstość spożywania poszczególnych produktów spożywczych, ze szczególnym naciskiem na te spośród nich, które są pożądane bądź niepożądane w modelu zdrowego odżywiania. Uwzględnione produkty nie są więc najbardziej charakterystyczne czy powszechne dla polskiego sposobu odżywiania, jednak i przy tym zastrzeżeniu pozwalają zaobserwować grupowanie się upodobań i tendencji do spożywania bądź unikania określonych produktów w wyraźne typy, różnie rozłożone w społeczeństwie. Tabela 6 przedstawia rodzaje preferencji żywieniowych wyodrębnionych na podstawie wyników analizy czynnikowej.

<sup>11</sup> Badanie zostało przeprowadzone przez zespół kierowany przez prof. Witolda Zatońskiego, któremu składam podziękowanie za udostępnienie mi wyników.



Tabela 6. Rodzaje preferencji żywieniowych (wagi czynnikowe) dla czterech wymiarów\*

Spożywane produkty	I	II	III	IV
Masło	-	-0,45	-	-
Mleko (tłuste)	-	-0,71	-	-
Śmietana	-	-0,62	-	-
Ser biały (tłusty)	-	-0,75	-	-
Kiełbasa	-0,49	-	-	-
Kotlet, hamburger	-0,65	-	-	-
Boczek, golonka	-0,69	-	-	-
Jajka	-0,51	-	-	-
Frytki	-0,47	-	-0,45	-
Chipsy	-	-	-0,45	-
Lody	-	-	-0,63	-
Ciastka	-	-	-0,72	-
Owoce	-	-	-	0,71
Soki	-	-	-	0,73
Surówki	-	-	-	-0,70

\* Analizie poddano dane na temat częstości spożycia 15 produktów. Wyodrębnione cztery czynniki tłumaczyły łącznie 45,4% wariacji (odpowiednio: 15,5%, 12,0%, 10,8% i 7,2%).

Źródło: CBOS 1997.

Jak więc widać, pierwszy rodzaj preferencji tworzą głównie tłuste, kaloryczne potrawy mięsne i dodatki do nich. Ich spożywanie bądź unikanie (częstsze!) tworzy pewien spójny wzór dietetyczny, niezależny od spożywania innych produktów. Spożywanie jednego z nich wzmacnia szansę spożywania pozostałych i podobnie jest z ich unikaniem. Najczęściej konsumowanym produktem z tej grupy jest kiełbasa – 72,7% respondentów spożywa ją co najmniej kilka razy w tygodniu. Na drugim miejscu wyodrębniliśmy tłuste produkty mleczne. Konsumpcji tłustego mleka i sera towarzyszy jednocześnie spożywanie masła i śmietany. Podobnie jak poprzednio, osoby eliminujące te produkty ze swojego jadłospisu będą miały tendencję do eliminowania całej grupy produktów. Tłuste produkty mleczne były spożywane co najmniej kilka razy w tygodniu przez ponad 60% osób. Kolejne artykuły żywnościowe układające się we wspólny wymiar to „zabijające głodu”, szybkie, gotowe produkty na wynos, nie posiadające jednak na ogół wartości odżywczych

(określane na zachodzie mianem *junk food*). W tym zestawie do najczęściej spożywanym należą ciastka (ponad 50% badanych je ciastka co najmniej kilka razy w tygodniu). Wreszcie ostatnia grupa wyodrębnionych produktów to soki, owoce, surówki, a więc te spośród analizowanych przez nas, których spożywanie jest najbardziej zgodne z zasadami prozdrowotnego stylu życia. Codzienną porcję owoców zjada 46,7% Polaków, 31% pije codziennie soki owocowe, a 33 % spożywa surówki warzywne.

Spróbujmy teraz przyjrzeć się, jak lokują się w społeczeństwie wyodrębnione przez nas wzory spożywania wybranych produktów. Dostępne w badaniu dane pozwalają nam zestawić preferencje żywieniowe w zależności od płci, wieku, wykształcenia, wielkości miejsca zamieszkania, posiadanego dochodu oraz stanu cywilnego (przy wyeliminowaniu wzajemnego wpływu tych zmiennych). Zmienne te pokrywają się z używanymi na świecie w badaniach marketingowych nad wzorami konsumpcji. Uważa się, że w znacznej mierze decydują one o „wyborach”, „smakach” i „nawykach” (Uramowska 1995). Nie jesteśmy w stanie natomiast prześledzić związku określonych preferencji z pochodzeniem społecznym, choć są

Tabela 7. Zmienne wyjaśniające cztery wymiary preferencji żywieniowych. Standaryzowane współczynniki regresji wielorakich (beta)

Zmienne wyjaśniające	Wymiar I (tłuste mięso)	Wymiar II (tłuste produkty mleczne)	Wymiar III (słodycze, „zapychacze”)	Wymiar IV (owoce, surówki)
Płeć (M-1, K-2)	-0,25***	-	0,15***	0,11**
Wiek	-0,14***	-0,12**	-0,29***	-0,15***
Wykształcenie	-0,17***	-	-	0,21***
Wielkość miejsca zamieszkania	-0,07*	-	-	-
Dochód na osobę	-	-	-	0,08*
Stan cywilny	0,08*	0,11**	-	0,13**
R <sup>2</sup>	0,12	0,05	0,10	0,11

\*\*\*p < 0,0001

\*\*p < 0,001

\*p < 0,01

Źródło: CBOS 1997.



podstawy, aby przypuszczać, że znaczna część naszych upodobań i nawyków żywieniowych jest kształtowana w okresie socjalizacji (Narojek 1995).

Spożywanie tłustych produktów mięsnych jest więc – jak można było oczekiwać – w znacznie wyraźniejszym stopniu atrybutem mężczyzn niż kobiet. Konsumpcji tych produktów sprzyja także niższe wykształcenie i raczej młodszy wiek. Zarówno ludzie bardziej wykształceni, jak i starsi mają tendencję do eliminowania ich. Pewien, choć bardzo niewielki, wpływ ma tu także miejsce zamieszkania (tłuste mięsa, wędliny spożywa się rzadziej w dużych miejscowościach) oraz stan cywilny (osoby pozostające w związkach małżeńskich – a więc, jak można sądzić, częściej gotujące, spożywające posiłki w domu – częściej też spożywają tłuste gatunki mięs).

Kolejny wymiar wyodrębniony w naszej analizie (tłuste produkty mleczne) jest wyjaśniany tylko przez dwie spośród analizowanych zmiennych, które wyjaśniają niewiele wariacji tego wymiaru. Konsumpcja tych produktów przeważa ponownie wśród osób pozostających w związkach małżeńskich i raczej młodszych. (Nie dysponujemy tu niestety możliwością wprowadzenia do naszej analizy danych na temat konsumpcji odtłuszczonych produktów mlecznych czy modnych i reklamowanych jogurtów, która zlokalizowana jest częściej wśród kobiet, a także osób wykształconych – Domański 1997).

O ile spożywanie tłustego mięsa było wyraźnie elementem męskiej diety, to słodczy (ciastka, lody), a także produkty określone przez nas popularnym terminem „zapychacze” należą do kobiecego wzoru odżywiania. Wyniki te potwierdzają więc różnice między kulturowo ukształtowanymi, popularnymi wzorami tego, co „męskie” i „żeńskie” – spożywanie tłustego mięsa jest elementem zapewniającym krzepkość i siłę, podczas gdy jedzenie ciastek kojarzone jest z delikatnością i subtelnością. Jeszcze wyraźniej widać związek spożywania tego rodzaju produktów z wiekiem. Są one częściej spożywane przez osoby młode, wykorzystywane jako szybki „snack” (na uczelni, na ulicy, w kinie), podobnie jak wszelkiego rodzaju batony, których reklamy pojawiające się często w telewizji są adresowane przede wszystkim do tej grupy wiekowej.

Wreszcie ostatni wymiar – konsumpcja soków, surówek, owoców – jest przede wszystkim wyjaśniany wykształceniem. Im wyższe wykształcenie, tym wyższa częstość ich spożywania. Częściej także spożywają produkty owe ludzie młodzi, raczej kobiety niż mężczyźni i raczej pozostający w związkach małżeńskich niż wolni. Po raz pierwszy zanotowaliśmy tu niewielki wpływ posiadanego dochodu, którego wysokość jest także czynnikiem sprzyjającym konsumpcji soków, owoców i surówek. Warto tu dodać, że podobne parametry określają przyjmowanie witamin i preparatów wzmacniających (nie przepisanych przez lekarza). Najlepszymi predyktorami ich zażywania są właśnie relatywnie wyższe wykształcenie i płeć żeńska.

Analizując rolę wszystkich zmiennych wyjaśniających, warto odnotować większą moc wyjaśniającą zmiennych demograficznych niż społecznych. (Zmienne określone tu jako demograficzne są oczywiście bardzo nasycone treściami kulturowymi). Poszczególne, wyodrębnione preferencje żywieniowe są więc najwyraźniej determinowane przez wiek, płeć, a następnie stan cywilny. Najbardziej widoczne różnice między mężczyznami i kobietami mają swoje uzasadnienie w różnicach wzorów żywieniowych, a także innych koncepcjach i wizerunkach własnego ciała, których realizacji jedzenie ma służyć. Odnosi się to także do wieku – w różnych cyklach życia. Zmieniają się koncepcje ciała, prawdopodobnie maleje też gotowość do wprowadzania do jadłospisu nowych produktów (soki). Ponadto, osoby starsze w gorszym stanie zdrowia mają tendencję do wybierania potraw niskokalorycznych i lżej strawnych. Kobiety, które odżywiają się generalnie zdrowiej niż mężczyźni, nie przenoszą wzorów zdrowszego odżywiania na swoich mężów. Wśród osób pozostających w związkach małżeńskich (gdzie – jak można sądzić – o wzorach odżywiania decydują w większym stopniu kobiety) częściej pojawiają się tłuste potrawy.

Wykształcenie okazało się istotne tylko w przypadku spożywania owoców i surówek oraz unikania spożywania tłustych produktów mięsnych. Zupełnie niewielki okazał się natomiast wpływ „netto” wielkości miejsca zamieszkania i dochodu. Warto przypomnieć jednak, że rozpatrywana tu konsumpcja dotyczy tylko wybranych produktów związanych przede wszystkim z ry-



zykiem występowania chorób cywilizacyjnych. Dane te mają duże znaczenie dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Jednak z punktu widzenia badań stylu życia w ogóle, niewątpliwie interesujące byłoby sprawdzenie, w jakim stopniu czynniki związane z pozycją społeczną (dochód, wykształcenie) różnicują bardziej wszechstronne preferencje i nawyki żywieniowe. Interesujące byłoby tu uwzględnienie roli doświadczeń żywieniowych Polaków z lat osiemdziesiątych, które w związku z racjonowaniem wielu artykułów żywnościowych poddane były wymuszonej w znacznym stopniu egalitaryzacji spożycia (Narajek 1995). Inny wymiar do analizy determinant określonych sposobów odżywiania wniosłyby dane na temat pochodzenia społecznego (których niestety nie posiadamy), można bowiem przypuszczać, że wiele nawyków i upodobań w zakresie jedzenia pochodzi z domu rodzinnego. Badania prowadzone wśród studentów uczelni lubelskich (a więc osób o zbliżonym wieku i statusie) wykazały istnienie wyraźnych różnic w strukturze żywienia między osobami pochodzącymi z różnych środowisk, a zwłaszcza pochodzenia wiejskiego i inteligentnego. Wskaźnikowe okazało się tu na przykład spożywanie pieczywa do każdego posiłku lub picie wody mineralnej (Bogusz 1995).

### *3.2. Palenie tytoniu*

Światowa Organizacja Zdrowia uznała palenie tytoniu za czynnik najpoważniejszego ryzyka zdrowotnego i główną przyczynę przedwczesnej umieralności. Istniejące oszacowania wskazują, że palenie dwudziestu papierosów dziennie skraca przeciętną długość życia o około pięć lat, a palenie czterdziestu – o ponad osiem lat.

Tytoń jest rośliną produkującą trujący alkaloid – nikotynę, która dla rośliny ma znaczenie ochronne; zabezpiecza jej liście przed szkodnikami, jest zaś niebezpieczna dla innych gatunków. Przy jej spalaniu powstaje kondensat zawierający jeszcze bardziej szkodliwe związki chemiczne, a wśród nich benzopiren, uznany za najsilniejszy ze znanych dotychczas kancerogenów.

Tytoń, który trafił do Europy na początku XVI wieku przywieziony przez hiszpańskich konkwistadorów z Ameryki,

początkowo funkcjonował jako roślina ozdobna. Dopiero po pewnym czasie zyskał zainteresowanie ze względu na funkcje użytkowe, jako roślina lecznicza. Hiszpańscy i portugalscy lekarze zalecali palenie tytoniu, wdychanie sproszkowanych liści i używanie ich do okładów na wszystkie możliwe bóleczki i dolegliwości. Szczególnym sprzymierzeńcem tytoniu jako lekarstwa były epidemie chorób zakaźnych; wierzono, że dym tytoniowy zabezpiecza przed zarażeniem. Do triumfalnego pochodu tytoniu przez całą Europę przyczyniły się wojny prowadzone w XVII i XVIII wieku (Dahlke 1993). Pozwoliły one rozpoznać rolę tytoniu w zwalczaniu głodu, zmęczenia i strachu. Te jego funkcje, które obecnie nazwalibyśmy łagodzeniem stresów, czynią tytoń popularną używką do dziś.

Przeciwko paleniu tytoniu wypowiadał się Kościół katolicki, uznając je w XVII wieku za grzech śmiertelny. Zakazy Kościoła, podobnie jak późniejsze zakazy głów państw nie były jednak respektowane. Zakazy te zresztą zostają uchylone w XVIII wieku, kiedy to produkcja, przetwarzanie tytoniu i podatki płynące z tego tytułu stają się źródłem poważnych dochodów dla władz państwowych i kościelnych, posiadających także monopole tytoniowe.

Wraz z wzrastającą popularnością tytoniu różnicowały się formy używania go, stanowiąc specyficzne elementy stylu życia różnych klas społecznych. W XVIII wieku, podczas gdy lud palił tytoń, szlachta wachała tabakę, a kosztowne, zdobione tabakiery były szczególnym symbolem statusu. Wraz z narodzinami kapitalizmu pojawia się cygaro – atrybut kapitalisty, fabrykanta, bankiera. Usiłujący ich naśladować robotnicy doprowadzają do powstania papierosa. Jest to początkowo zwitek resztek tytoniu (odpadów przy produkcji cygar), zawinięty dla oszczędności w kawałek papieru. Palenie fajki, początkowo popularne wśród marynarzy i ludzi morza, zostaje nobilitowane i rozpowszechnia się w kręgach arystokratów i intelektualistów. Wiek XX jest wiekiem rosnącej popularności, a wreszcie niemal całkowitej wyłączności papierosa. W latach dziewięćdziesiątych udział papierosów w światowym spożyciu tytoniu wynosi około 95% (Dahlke 1993).

Próby kontrolowania produkcji tytoniu i ograniczenia palenia nie przynosiły oczekiwanych skutków. Niejako paradoksalnie, walka z zakazami palenia tytoniu, tak jak wszelkie prohibi-



cje, wpływała na jego zwiększoną popularność, przyczyniając się do asocjacji palenia z wolnością. W indywidualnych biografjach wielu osób palenie tytoniu symbolizowało uzyskiwanie wolności, wyzwalenie się z dzieciństwa w okres dojrzałości, było też symbolem emancypacji kobiet, wolności i niezależności od świata mężczyzn.

Pierwsze badania naukowe wskazujące na negatywne skutki zdrowotne palenia tytoniu pochodzą z początków naszego wieku. Dotyczyły one hipotetycznego wówczas związku palenia z chorobami nowotworowymi. Jednak dopiero około roku 1950, kiedy choroby nowotworowe płuc osiągnęły niemal poziom epidemii, rozpoczęto systematyczne badania na ten temat. Jedną z podstawowych trudności rozpoczynanych wówczas systematycznie badań stanowił fakt, że zdrowotne następstwa palenia tytoniu w przypadku nowotworów płuc występują po około 30–40 latach od rozpoczęcia palenia i udowodnienie związku między nimi wymagało wieloletnich badań prospektywnych (Zatoński i Przewołniak 1992). Przy obecnym stanie wiedzy nie ma wątpliwości co do tego, że palenie tytoniu jest związane z występowaniem nie tylko raka płuc, ale wielu innych schorzeń układu oddechowego oraz nowotworów o innych lokalizacjach (gardła, krtani, pęcherza moczowego, nerek, trzustki), a także, że sprzyja ono chorobom układu krążenia, a przede wszystkim zawałowi mięśnia sercowego.

Uważa się, że w Polsce w latach dziewięćdziesiątych palenie tytoniu jest największym pojedynczym czynnikiem zagrożenia zdrowia ludności. Chodzi tu przede wszystkim o palenie papierosów, w postaci których spalane jest 95% ogólnego spożycia tytoniu. Wielkość zagrożenia zdrowia populacji Polski paleniem tytoniu osiąga w porównaniu z innymi krajami wysoki poziom. Statystyki zgonów na raka płuc (występującego prawie wyłącznie u palaczy) wskazują, że zajmujemy pod tym względem jedno z pierwszych, niechwalębnych miejsc w Europie (Zatoński i Przewołniak 1992). Niektóre badania sugerują, że prawie 50% zgonów dorosłych mężczyzn w Polsce pod koniec lat osiemdziesiątych było następstwem palenia tytoniu (Zatoński 1996a, b). Z kolei z międzynarodowych badań z udziałem Polski nad chorymi z zawałem serca wynika, że w grupie palących papierosy zawał serca występował średnio o 10,5 roku wcześniej niż

grupach niepalących. Ocenia się, że wykorzenienie palenia zmniejszyłoby śmiertelność z powodu choroby wieńcowej o ponad 25% (Sadowski 1994).

Dynamika spożycia tytoniu w Polsce wskazuje, że trwający od zakończenia II wojny światowej jego wzrost został zahamowany na początku lat osiemdziesiątych i od tego czasu ogólne wskaźniki palenia utrzymują się na zbliżonym poziomie. Zmienia się jednak wewnętrzna struktura grupy palaczy; zwiększa się odsetek osób nigdy niepalących i zmniejsza się częstość palenia wśród mężczyzn, jednak wzrasta (a w każdym razie nie obniża się) częstość palenia wśród kobiet. O ile wśród mężczyzn w latach 1982–1995 obserwujemy spadek umieralności z powodu nowotworów płuc, wśród kobiet w tym samym okresie nowotwory mają tendencję wyraźnie rosnąć (Zatoński 1996a). Obniża się także wiek inicjacji palaczy. Z badań Woynarowskiej (1995) przeprowadzonych wśród młodzieży szkół podstawowych wynika, że po papierosy sięga 18% chłopców i 8% dziewcząt w wieku 11–15 lat.

Analizując zjawisko palenia tytoniu i jego skutki zdrowotne w latach dziewięćdziesiątych, trzeba uwzględnić, z jednej strony, działalność regulacyjną państwa, która doprowadziła do wprowadzenia norm zawartości ciał smołowych i nikotyny dopuszczonych do sprzedaży w Polsce, eliminując tym samym najbardziej szkodliwe gatunki (Zatoński 1996a). Z drugiej strony jednak, ceny papierosów w Polsce utrzymują się na relatywnie niższym poziomie w porównaniu z innymi krajami. Nie sposób ponadto pominąć pojawiających się od początku lat dziewięćdziesiątych szczególnie sugestywnych reklam zachodnich papierosów odwołujących się do atrakcyjnych wartości społecznych, zwłaszcza dla ludzi młodych – archetypowych wzorów męskości i kobiecości, eleganckiego świata, przygody. Sprawilo to, że zagraniczne marki papierosów stały się przejawem kosmopolitycznego gustu i stylu życia. Dodatkowo, wiele z nich zawierało sugestię, że są „lżejsze”, czyli zdrowsze. Trzeba wreszcie podkreślić – nawiązując do tezy o związku palenia ze stresem – że okres przemian systemowych w Polsce lat dziewięćdziesiątych jest dla wielu osób doświadczeniem wysoce stresującym. Jak wynika z analizy Bejnarowicza (1994), palenie (dodatkowo sprzężone z wysoką



konsumpcją alkoholu) występuje ze szczególną intensywnością w rejonach Polski dotkniętych recesją i bezrobociem.

Problem palenia papierosów był wielokrotnie podejmowany w badaniach socjologicznych, a od paru lat informacje na ten temat podawane są systematycznie przez wielu badaczy<sup>12</sup>. Dokonane przez nie oszacowania rozmiaru i społecznych korelatów palenia przedstawiają się zbieżnie. Rozpowszechnienie nałogu palenia w Polsce (według dwóch źródeł) można przedstawić następująco:

**Tabela 8.** Palenie papierosów w Polsce (w %)

Stosunek do palenia	GUS 1996	CBOS 1997
Nigdy nie palący	48,7	50,0
Byli palacze	15,1	14,0
Palący nieregularnie	5,7	3,0
Palący regularnie (codziennie)	29,6	33,0

*Źródło:* GUS 1996 i CBOS 1997.

Palących mężczyzn jest około dwukrotnie więcej niż palących kobiet (M – 40,9%, K – 19,4%). Jednak przyglądając się populacji byłych palaczy obserwujemy, że mężczyznom częściej udało się zrezygnować z nałogu niż kobietom (M – 12,5%, K – 5,6%). Analizy trendów palenia w latach 1974–1995 (Zatoński 1996a) wskazują ponadto, że wprawdzie mężczyźni w ciągu całego tego okresu palili i palą nadal więcej tytoniu, to jednak (zwłaszcza w przypadku osób palących codziennie) wśród nich można zaobserwować tendencję malejącą, podczas gdy wśród kobiet wzrasta ona wraz z okresami stabilizacji. Szczególny przyrost kobiet palaczek zaznaczył się w latach 1980–1982, a więc w okresie dramatycznego nasilenia stresów społecznych, ale – paradoksalnie niejako – także w okresie ograniczonej podaży tytoniu.

Palenie papierosów obserwujemy najczęściej w średnich grupach wieku 20–59 lat (GUS 1996). Począwszy od 65 roku życia

<sup>12</sup> Przede wszystkim wymienić tu należy badania prowadzone przez W. Zatońskiego i jego zespół z Instytutu Onkologii. W niniejszym opracowaniu opieramy się na wynikach badań, które w roku 1997 zrealizował dla Instytutu Onkologii CBOS.

liczba regularnych palaczy zaczyna wyraźnie spadać, jednak jest ciągle wysoka. Co dziesiąta osoba, która ukończyła siedemdziesiąty rok życia, nadal pali. Regularnemu paleniu papierosów sprzyja także wolny stan cywilny; osoby pozostające w związkach małżeńskich są rzadziej regularnymi palaczami (34,6% w związkach małżeńskich, 47,6% wolnych).

Istotnym czynnikiem związanym w sposób wyraźny z paleniem jest pozycja społeczna. Im wyższe wykształcenie, tym mniej osób palących regularnie, a także więcej tych, którzy rzucili palenie. (Wśród osób z wykształceniem wyższym palenie rzuciło 23,5%, a wśród osób z wykształceniem podstawowym – 11,9%). Wśród czynnych zawodowo najczęściej palaczy obserwujemy wśród robotników, a najmniej wśród inteligencji i przedstawicieli kadry kierowniczej. Widać także zdecydowane różnice w stosunku do palenia pomiędzy osobami o zróżnicowanej sytuacji materialnej. Niższy dochód na osobę w rodzinie wyraźnie sprzyja regularności palenia, a także wypalaniu przeciętnie większej liczby papierosów. W rodzinach, w których dochód miesięczny nie przekracza 200 zł na osobę, regularnie pali 38,1%, podczas gdy w rodzinach o dochodzie powyżej 600 zł na osobę pali 26,7% osób; 56,4% codziennych palaczy z rodzin o najniższym dochodzie wypala ponad dwadzieścia papierosów dziennie,

**Tabela 9.** Zmienne społeczno-demograficzne wyjaśniające palenie papierosów. Wyniki analizy regresji wielorakiej

Zmienne społeczno-demograficzne	Wagi beta	
Płeć (M-1, K-2)	-0,27**	-0,29**
Wiek	-0,07*	-0,15**
Aktywność zawodowa	0,08*	nie uwzględnione
Wykształcenie	-0,09**	-0,05**
Dochód na osobę	-0,06	-0,04**
Ocena sytuacji materialnej	-0,10**	-0,10**
Stan cywilny (wolny)	0,07*	0,12**
Aktywność fizyczna	nie uwzględnione	-0,07**
R <sup>2</sup>	0,14	0,14

\*\*p < 0,001

\*p < 0,01

Źródło: IFiS PAN 1995, GUS 1996.



a taką samą liczbę papierosów w grupie o najwyższym dochodzie wypala 45,0% palaczy. Związek ten widać jeszcze wyraźniej, gdy weźmiemy pod uwagę samoocenę sytuacji materialnej. Wśród osób oceniających swoją sytuację jako bardzo dobrą pali codziennie 26,3%, a wśród oceniających tę sytuację jako bardzo złą – 43,5%. W tę ostatnią zależność może interferować poczucie stresu związane z odczuwanym zagrożeniem bytu.

Tabela 9 ukazuje przedstawione zależności między stosunkiem do palenia<sup>13</sup> a cechami społeczno-demograficznymi badanych według dwóch badań. Jak więc widać, palenie papierosów jest najwyraźniej determinowane przez płeć, a następnie ocenę sytuacji materialnej, wykształcenie i aktywność zawodową. Przy kontroli pozostałych zmiennych nieistotny okazał się wpływ dochodu na osobę, jednak rola subiektywnej oceny sytuacji materialnej jest ciągle wyraźna.

Zależność między paleniem a wyżej ukazanymi cechami jest niewątpliwie niepokojąca. Wskazuje ona, że zachowanie o negatywnych skutkach zdrowotnych spleta się najczęściej z niższym wykształceniem, życiem w pojedynkę oraz odczuwanymi deficytami materialnymi, które generują także i inne zagrożenia dla zdrowia (na przykład potrzebę oszczędzania na odżywianiu czy wypoczynku). Nie bez wpływu na tę sytuację jest także nałóg palenia; kupno jednej czy dwóch paczek nawet najtańszych papierosów musi być zauważalne w budżecie osób o najniższych dochodach. Palenie jest także bardziej rozpowszechnione wśród osób aktywnych zawodowo; kategorią społeczno-zawodową, wśród której jest najwięcej palaczy, są robotnicy wykwalifikowani.

O ile poprzednie dane pozwoliły nam zlokalizować społecznie nałóg palenia (określić zmienne demograficzno-społeczne wyjaśniające w sensie statystycznym jego występowanie), to warto jeszcze zastanowić się, jak palenie papierosów ma się do innych zachowań związanych ze zdrowiem. Korelaty regularnego palenia przedstawiamy w tabeli 10.

Przedstawione zależności są niskie, ukazują jednak interesującą tendencję. Palacze bardziej oscylują w kierunku dbania

<sup>13</sup> Zmienna ta w obu cytowanych badaniach miała postać skali od niepalących w ogóle do palących dziennie czterdzieści i więcej papierosów.

**Tabela 10.** Zachowania związane ze zdrowiem współwystępujące z paleniem papierosów.  
Współczynniki korelacji Pearsona

Zachowania	Współczynnik r
Świadome podejmowanie działań na rzecz zdrowia	-0,18**
Dyspozycja do szybkiego poszukiwania kontaktu z lekarzem w przypadku odczuwanych dolegliwości	0,14**
Dyspozycja do ścisłego respektowania zaleceń lekarza	0,12*
Aktywność fizyczna	-0,14**
Poczucie braku czasu	0,12*

\*\*p < 0,001

\*p < 0,01

Źródło: IFiS PAN 1995.

o zdrowie przez kontakt z lekarzem i staranniej wykonują jego zalecenia, nie podejmują jednak na ogół innych działań określanych przez nas jako zachowania zdrowotne. Częściej towarzyszy im poczucie braku czasu, które można wiązać z pewną nerwowością życia i – być może – doświadczanym stresem. Nie współwystępuje z paleniem natomiast tendencja do przyjmowania środków uspokajających. Wynika to z faktu, że ta reakcja na stres jest bardziej typowa dla kobiet, które z kolei rzadziej palą. Wśród mężczyzn natomiast występuje silniejsza, choć obecna w całej populacji, współzależność między paleniem a piciem alkoholu. Zależność tę przedstawimy bardziej szczegółowo w następnym podrozdziale.

### 3.3. Picie alkoholu

Alkohol – jako substancja zmieniająca nastrój i świadomość człowieka – jest znany ludzkości od wieków, podobnie jak i stany związane z jego przedawkowaniem. Już *Księga Rodzaju* opisuje sytuację, która przydarzyła się Noemu: „Noe był rolnikiem i on pierwszy zasadził winnicę. Gdy potem napił się wina, odurzył się [nim] i leżał nagi w swym namiocie”. Nadużywanie wina nie miało jednak prawdopodobnie większego wpływu na długość jego życia, bowiem „Noe żył po potopie trzysta pięćdziesiąt lat” (9.20–9.28). Wino było także powszechnie znane w starożytnej Grecji, lecz choć było tam istotnym składnikiem kultury, nie



prowadziło do masowego opilstwa. Rozcieńczane na ogół wodą sprzyjało relaksacji, odprężeniu i biesiadowaniu połączonym z wszelkiego rodzaju dysputami. Nadużywanie alkoholu wydaje się raczej bardziej typowe dla Rzymian, wśród których upijanie się było w miarę powszechne. Po upadku Cesarstwa Rzymskiego – posiadającego przez wiele wieków monopol na produkcję alkoholu w Europie – uprawa winnic i produkcja wina była związana z rozprzestrzenianiem się chrześcijaństwa. Chrześcijaństwo nobiletowało wino jako element sakralny (wino mszalne) i sprzyjało jego produkcji nawet w strefach klimatycznych nie gwarantujących jego dobrej jakości (Defourneaux 1963).

W Polsce do XVII wieku podstawowymi napojami alkoholowymi były miody pitne i szereg gatunków piwa, choć gorzałka znana już była wcześniej. W wieku XVII i XVIII na stołach szlacheckich i mieszczańskich powszechnym napojem stało się wino, w tym samym czasie w efekcie rozwoju gorzelnictwa wódka zakrólowała przede wszystkim na wsiach wśród chłopów, a następnie i w innych warstwach społecznych. Produkcja wódki na skalę przemysłową, a także niskie jej ceny i praktyki „płacenia wyrobnikom po wsiach i w miastach kwitkami do karczmy” doprowadziła do opilstwa na ogromną skalę. Sprzyjało temu postrzeganie wódki jako lekarstwa i artykułu pierwszej pomocy. „Dzieciom i niemowlętom ... na przemian z pokarmem dla utulenia od płaczu wlewały matki gorzałkę do ust... Położnice częstowano wódką z miodem, a pod słomą przy umierającym znajdowała się zawsze gorzałka” (Rozenowa 1961). Wysokiej konsumpcji alkoholu towarzyszyła ogromna wyrozumiałość dla tych, którym się zdarzyło go nadużyć. Jędrzej Kitowicz w *Opisie obyczajów za panowania Augusta III* stwierdza: „Trafiło się i to, że komu trunku aż po dziurki (jak mówią) pełnemu, nagle gardło puściło i postrzelił jak z sikawki naprzeciw siebie znajdującą się osobę, czasem damę po twarzy i gorsie oblał tym pachnącym spirytusem, co bynajmniej nie psuło dobrej kompanii. Niezdrowy z resztą ekshalacyi uciekł co prędzej za drzwi albo gdzie w kąt, dama także ustąpiwszy na bok, jako tako się naprędce ochędożyła – a resztę w śmiech obrócono i wszystko znowu do pierwszego ładu powróciło”.

Alkohol towarzyszył wszelkim świętom, transakcjom, spotkaniom, radościom i smutkom. W drugiej połowie XIX wieku

produkcja okowity w przeliczeniu na głowę mieszkańca wynosiła około 2,5 garnca rocznie, czyli około 10 litrów, a według opinii Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych 2–3 garnce na głowę należało traktować jako normalną konsumpcję (Rożenowa 1961).

Nadużywanie alkoholu w Polsce ma więc długą i dobrze ugruntowaną tradycję. Problem konsumpcji alkoholu znajduje swoje odbicie w dziewiętnastowiecznej publicystyce, choć interpretacja tego zjawiska jest dość kontrowersyjna. Na przykład hr. Antoni Ostrowski uważał, że „...umiarkowane użycie wódki jest dla ludu prostego dobroczynne. Lud nasz ciężkim pracom rolniczym oddany, wystawiony na deszcze, wichry, mrozy, upały, przy lichej roślinnej strawie potrzebuje tego bodźca” (Burszta 1953). Jednocześnie jednak coraz częściej pojawiały się głosy wskazujące na zgubne skutki nadużywania alkoholu, wskazujące m.in. na powszechne zejścia śmiertelne wskutek pijaństwa, a także piętnujące alkohol jako przyczynę powolnego wyniszczenia biologicznego narodu. Ruchy na rzecz trzeźwości rozwinęły się szczególnie wyraźnie w końcu XIX wieku. Związane były zarówno z ruchem robotniczym na rzecz wyzwolenia społeczno-politycznego proletariatu (robotnicze towarzystwa trzeźwości), jak i ruchem narodowyzwoleniczym; ruch bractw trzeźwości związany był ściśle z hasłami niepodległościowymi (Moskalewicz 1998).

W wieku XX państwo zaczyna prowadzić politykę wobec alkoholu przez monopolistyczne kontrolowanie produkcji i restrykcyjne koncesje na jego sprzedaż. Monopolizacja sfery produkcji i dystrybucji została też podjęta w Polsce Ludowej, choć oficjalnie twierdzono, że problem alkoholizmu nie istnieje, że zginął jako przeżytek poprzedniej formacji politycznej. Zmiany zaszele w Polsce po 1956 roku doprowadziły do uznania rangi problemu i uchwalenia przez Sejm pierwszej po wojnie ustawy o zwalczaniu alkoholizmu. Od roku 1978 rozpoczynają się także działania regulujące spożycie alkoholu przez systematyczną zwyżkę jego cen. Koniec lat siedemdziesiątych jest okresem, w którym państwo – w sposób bardziej zorganizowany i jednocześnie skuteczny – rozpoczyna sprawować kontrolę nad alkoholem. W latach osiemdziesiątych pojawia się natomiast autentyczny, przeciwalkoholowy ruch społeczny, stymulowany w znacznej mierze przez „Solidarność” (Moskalewicz 1998). Złowrogie skutki nadużywa-



nia alkoholu są jednak przede wszystkim postrzegane w sferze dokuczliwej patologii społecznej i rosnącej wypadkowości.

Trzeba tu jednak stwierdzić, że tak w Polsce, jak i innych krajach, pierwsze asocjacje negatywnych następstw alkoholu dla zdrowia dotyczyły przede wszystkim właśnie zespołu skutków, które dziś nazwalibyśmy alkoholizmem, a więc charakteryzujące się utratą kontroli nad piciem, potrzebą stałego używania alkoholu i traktowania go jako specyfiku uniwersalnego na wszystkie problemy i dolegliwości.

W kręgu naszej kultury pojawiały się i pojawiają do dzisiaj różne interpretacje alkoholizmu – postrzegające go jako wyraz słabości charakteru i braku silnej woli, efekt pewnych skłonności osobowościowych, ale także jako chorobę, specyficzny typ uzależnienia zaburzającego funkcjonowanie człowieka i wymagający leczenia odwykowego. Przez wiele lat alkoholizm był głównym problemem zdrowotnym związanym z konsumpcją alkoholu. Wymierne zaburzenia psychiczne powstałe w wyniku nadmiernego spożycia alkoholu, psychozy alkoholowe wymagające hospitalizacji stały się klinicznym miernikiem konsumpcji alkoholu w różnych krajach<sup>14</sup>.

Niezależnie od nurtu badań nad konsumpcją i uzależnieniami od alkoholu, badania epidemiologiczne, badania laboratoryjne na zwierzętach i wyniki sekcji zwłok zaczęły dostarczać dowodów na to, że spożywanie (nawet nienalógowe) alkoholu jest czynnikiem ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych oraz wypadkowości prowadzącej do trwałej niepełnosprawności i śmierci. Na pierwszym miejscu trzeba tu wymienić chorobowość i umieralność z powodu przewlekłych chorób wątroby oraz jej marskości. Alkohol jest także najprawdopodobniej odpowiedzialny za choroby nowotworowe o różnej lokalizacji: za raka wątroby, przełyku, jamy ustnej, gardła, krtani, a także raka sutka u kobiet (Zatoński 1993). Przez wiele lat uważano także, że istnieje związek między konsumpcją

---

<sup>14</sup> Wysoki stopień hospitalizacji z powodu tych chorób jest charakterystyczny przede wszystkim dla Europy Wschodniej i Centralnej; na początku lat dziewięćdziesiątych najwyższe wskaźniki osiąga on w Rosji, na Łotwie, w Finlandii i Estonii. Polska należy do krajów o średnim poziomie tego wskaźnika (Skrzyńska i Woynarowska 1997).

alkoholu a chorobami układu krążenia. Badania z ostatnich lat wykazały jednak, że natura tego związku nie jest całkiem jednoznaczna.

O ile picie znacznych ilości alkoholu współwystępuje w wyraźny sposób z upośledzeniami układu krążenia, a szczególnie niewydolnością mięśnia sercowego oraz nadciśnieniem tętniczym, to spożywanie niewielkich ilości alkoholu (najczęściej mówi się o czerwonym winie) zdaje się mieć korzystny wpływ na ten sam układ, przede wszystkim przez wzrost poziomu HDL (tzw. dobrego cholesterolu). Odkrycie to przyczyniło się prawdopodobnie do tego, że w oficjalnych zaleceniach prozdrowotnego stylu życia nie mówi się rygorystycznie o totalnej abstynencji, lecz o umiarkowanej konsumpcji alkoholu.

Oczywiście problemem pozostaje określenie „bezpiecznych” granic picia alkoholu, są one bowiem określane rozmaicie, różnią się także w zależności od wielu parametrów indywidualnych, choćby takich, jak wiek, płeć czy masa ciała, a także prawdopodobnie szeregu innych, nie do końca rozpoznanych czynników. Niektórzy badacze są skłonni uznać, że granicę taką stanowi przeciętnie 30 g etanolu dziennie (Criqui 1985, za Gniadzowskim 1990), w innych opracowaniach czytamy o 110 g na tydzień (nie jednorazowo), przy czym 110–250 g tygodniowo uznane już jest jako zbliżanie się do granic zagrożenia (Rydberg 1994).

O ile przedstawiciele medycyny koncentrowali się w swoich pracach badawczych nad skutkami picia alkoholu dla zdrowia, socjologów frapowały bardziej normy społeczne i obyczaje związane z alkoholem, społeczne wzory jego konsumpcji, miejsce alkoholu w różnych stylach życia i społeczne skutki zarówno używania, jak i nadużywania alkoholu. Inspiracji do wielu badań socjologicznych dostarczały badania antropologów kulturowych, którzy już w latach czterdziestych analizowali funkcje i skutki picia alkoholu w społeczeństwach prymitywnych. Donald Horton (1943) sformułował jedną z pierwszych, bazujących na empirycznym materiale badawczym teorii dotyczących funkcji spełnianych przez alkohol w małej społeczności, a zwłaszcza funkcji związanej z redukowaniem uczucia niepokoju. W każdym społeczeństwie – argumentował – pojawia się poczucie niepokoju, ponieważ wynika to z charakteru interakcji między-



ludzkich, które muszą prowadzić do słabszych i silniejszych frustracji. Poczucie niepokoju idzie tu w parze z antycypowaniem kary. Zredukowanie owego niepokoju jest natomiast doświadczane jako nagroda, a w naturze ludzkiej leży powtarzanie doświadczeń, które są źródłem wynagradzania. W ten sposób picie alkoholu zmienia się w obyczaj. Konsumpcja alkoholu może się jednak stać także źródłem kary; zwiększa ona bowiem prawdopodobieństwo pojawienia się zabronionych zachowań, transgresji norm i wybuchów agresji, które muszą się spotkać z karzącymi sankcjami społecznymi. Tak więc alkohol może prowadzić do zredukowania istniejącego niepokoju, ale i pojawienia się nowego.

Interpretacja zjawiska znacznej konsumpcji alkoholu jako wyuczonej reakcji na stres, napięcie czy niepokój jest dominującą interpretacją w literaturze socjologicznej (Askers 1978). Nie przyniosły natomiast oczekiwanego skutku badania próbujące zidentyfikować specyficzne cechy psychiczne, odpowiedzialne za skłonność do nadużywania alkoholu czy składające się na typ „osobowości alkoholika” (Cahalan 1970). Badania rozpatrujące występowanie alkoholizmu w perspektywie makrospołecznej i kulturowej pozwalają natomiast na sformułowanie wniosków, że większe szanse na jego rozpowszechnienie mają te społeczeństwa, które „produkują” trudne, niepokojące problemy wymagające stale przystosowywania, w których tradycje i normy postrzegają picie alkoholu jako skuteczny środek na stres oraz takie, w których nie ma innych kulturowych lub instytucjonalnych alternatyw dla radzenia sobie ze stresem i niepokojem (Snyder 1964; Straus 1966). Wiele prac z tego zakresu wiązało też problem nadmiernej konsumpcji alkoholu ze stanami dezorganizacji społecznej, anomią (Askers 1978).

Zrozumienie zachowań związanych z nadmiernym pićm alkoholu w społeczeństwie czy grupie społecznej wymaga więc także znajomości szerszych reguł w nich obowiązujących, istniejących problemów i norm społecznych odnoszących się do picia. Analiza funkcji alkoholu w społeczeństwach prymitywnych opisywanych przez Hortona stała się inspiracją dla szerszych badań nad funkcją alkoholu we współczesnych społeczeństwach, a ambiwalencja związana z jego skutkami potwierdzona przez innych badaczy (Alardt 1957).

Wiele badań nad piciem alkoholu próbowało doprowadzić do typologii osób pijących w zależności od kierujących nimi motywów, ilości wypijanego alkoholu i kontekstów sytuacyjnych picia. Ujęcia te najbardziej korespondują z podejściem, które dziś określilibyśmy jako związane ze stylem życia. Wyróżnia się więc konsumentów „okazyjnych”, pijących w sytuacjach towarzyskich, jako opozycję do zaawansowanych alkoholików (pijących także samotnie w przypadku stresów) i chronicznych alkoholików, którzy ztratili kontrolę nad swoim piciem (Podgórecki 1969). Wyróżnia się także rozmaite wzory picia alkoholu: rytualistyczny (towarzyszący ceremoniom), towarzyski (dający poczucie wspólnoty), utylitarny (na stres, zmęczenie), samobójczy (mający na celu intoksykację) [Kępiński 1973]. Bez względu jednak na motyw czy sytuację, w której picie alkoholu ma miejsce, poddane jest ono na ogół społecznej ocenie. Mówimy więc o kimś „pije za dużo”, „łatwo się upija” – i oceny takie oparte są na normach społecznych (odmiennych dla różnych kręgów społecznych), odróżniające „picie dozwolone” od nadmiernego. Należy tu dodać, że generalnie społeczeństwa Europy Środkowej i Wschodniej mają permissywny stosunek do alkoholu i granica oddzielająca oba rodzaje picia jest w porównaniu z krajami zachodnimi znacznie bardziej wyrozumiała dla „picia dozwolonego”.

Badania dotyczące konsumpcji alkoholu nie należą do łatwych, a ich wyniki są często niespójne i podważane jako mało wiarygodne. Powszechnie uważa się, że dane na temat konsumpcji alkoholu są zaniżane jako reprezentujące zachowania, które nie są powszechnie akceptowane. Wyniki badań na temat częstości i ilości spożycia alkoholu w konfrontacji z danymi o jego sprzedaży potwierdzają tę prawidłowość. Dlatego też lepiej nadają się do śledzenia trendów zmian w konsumpcji alkoholu w czasie niż szacowania wielkości spożycia w danej jednostce czasu.

Badania spożycia alkoholu w ciągu ostatnich lat wskazują, że po gwałtownym, niemal dwukrotnym wzroście jego konsumpcji w latach 1989–1991 (od 6 do 10–11 litrów czystego spirytusu na głowę rocznie) od roku 1992 obserwuje się zmniejszenie jego spożycia i stabilizację na poziomie 8,5–9,0 litrów na osobę



rocznie<sup>15</sup> (Zieliński i Sierosławski 1997). Spada też prawdopodobnie w tym okresie konsumpcja alkoholu uzyskiwanego sposobami domowymi.

Na szczególną uwagę zasługuje to, że obniżeniu uległ odsetek osób pijących najwięcej, a więc takich, dla których alkohol stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia.

**Tabela 11.** Konsumenci napojów alkoholowych (według poziomu rocznego spożycia w przeliczeniu na 100% alkohol) w latach 1992–1995

Rok	1,2 l.	1,2–6,0 l.	6,01–12,0 l.	pow. 12,0 l.
1992	47,5	31,2	10,6	10,7
1995	53,8	30,7	9,2	6,3

*Źródło:* Zieliński i Sierosławski 1997.

Warto też odnotować, że spadkowi liczby osób pijących najwięcej alkoholu towarzyszy jednocześnie wzrost liczby pijących niewielkie jego ilości. Świadczyć to może o zmieniającej się strukturze spożycia określonych napojów alkoholowych (napoje niskoprocentowe zamiast wysokoprocentowych), choć szczegółowe analizy wskazują, że proporcjonalnie najwyższy udział w spożyciu (ponad 60%) w Polsce ma ciągle wódka. Konsumpcja piwa, którego popularność wzrosła znacznie na początku lat dziewięćdziesiątych, w latach późniejszych wykazała tendencję spadkową. Stosunkowo najmniej zwolenników ma wino. Wzrasta natomiast odsetek osób pijących różne alkohole: wódkę, wino i piwo. Cytowane tu badania wskazują, że malejące spożycie alkoholu wiąże się z mniejszymi jego ilościami wypijanymi jednorazowo, co jest szczególnie widoczne w przypadku wódki; w latach 1992–1995 prawie dwukrotnie wzrosła frakcja osób, które „zatrzymują się” nie przekroczywszy 100 g (Zieliński i Sierosławski 1997).

<sup>15</sup> Kontrolne oszacowania spożycia alkoholu na podstawie pierwszorazowego przyjęcia do szpitali z powodu psychoz alkoholowych wynoszą: 9,56 litra dla 1991 roku oraz 8,73 dla 1992. Dane o psychozach za rok 1995 wskazują na brak zmian w poziomie spożycia w stosunku do 1992 roku.

Spożywanie alkoholu było także jednym z problemów podjętych w badaniu Stanu Zdrowia Ludności Polski (GUS). Prawie 30% badanej populacji stwierdziło, że w ciągu ostatniego roku nie wypilo nawet najmniejszej ilości alkoholu. Osoby niepijące w ogóle to częściej kobiety niż mężczyźni, ludzie starsi, a także mieszkańcy wsi. Natomiast spośród konsumentów alkoholu 70,8% stwierdziło, że nigdy w życiu nie zdarzyło im się wypić tyle alkoholu, aby poczuli się pijani. Wyniki te zdają się bardziej optymistyczne (i prawdopodobnie deklaratywne) niż prezentowane w badaniu poprzednim, choć oczywiście nie możemy ich dokładnie porównać. W badaniu GUS nie próbowano ustalić ilości wypijanego alkoholu, ile raczej jego rodzaje i częstość spożywania. Osoby pijące najczęściej deklarowały picie wódki, wina i piwa (około 1/4 pijących), następnie tylko wódki (co piąty pijący) oraz piwa i wódki (co szósty pijący). Potwierdza to przytaczane poprzednio dane o wiodącej roli spożycia wódki w całokształcie konsumpcji alkoholu. Poziom wykształcenia zdaje się wpływać na określone konfiguracje wypijanych alkoholi; ich konsumenci (wódka, wino i piwo) znacząco częściej rekrutują się spośród osób z wyższym i policealnym wykształceniem. Piwo i wódka jest najczęściej spożywana przez osoby z wykształceniem zasadniczym i średnim zawodowym, a tylko wódka – przez osoby z zasadniczym zawodowym oraz pełnym i niepełnym podstawowym. Oczywiście dane te nic nam nie mówią o ilościach wypijanego alkoholu ani też sytuacjach, w jakich ma to miejsce. Stąd trudno tu o jednoznaczną interpretację preferencji alkoholowych w kontekście stylu życia; wydawać się jednak może, że bardziej zróżnicowana konsumpcja, pojawiająca się wraz ze wzrostem wykształcenia, może odzwierciedlać dostosowywanie alkoholu do różnych okazji (na przykład typu jedzenia) i jest związana z bardziej urozmaiconym stylem życia i gustami tych osób.

Przegląd badań amerykańskich nad konsumpcją alkoholu i jej korelatami (Askers 1978) wykazuje, że spożycie alkoholu jest najwyraźniej określane płcią; kobiety piją mniej zarówno jeśli chodzi o picie umiarkowane, jak i znaczne. Grupą wiekową, w której spożycie alkoholu jest najwyższe, jest przedział 21–29 lat. Konsumpcja alkoholu utrzymuje się na stosunkowo wyso-



kim poziomie do 35–40 roku życia, potem wykazuje tendencję spadkową. Zarówno umiarkowane, jak i znaczne picie alkoholu rośnie wraz ze wzrostem wielkości miejsca zamieszkania. Konsumpcja alkoholu w dużych miastach jest 1,5–2 razy wyższa niż w rejonach rolniczych.

Klasa społeczna natomiast jest skorelowana ze sposobem picia. Przedstawiciele klasy średniej i wyższej piją częściej, ale osoby charakteryzujące się znaczną konsumpcją alkoholu lub mające problem alkoholowy częściej rekrutują się z niższych klas społeczno-ekonomicznych.

Wydaje się, że tendencje te są w znacznej mierze zgodne z przedstawionymi wyżej obserwacjami na temat spożycia alkoholu w Polsce. Być może składają się one na wspólną charakterystykę wzorów picia alkoholu w kręgu kultury euroamerykańskiej. Moc wyjaśniającą niektórych korelatów picia alkoholu przedstawia tabela 12. Dotyczy ona jednak wyłącznie częstości spożycia (bez określenia ilości).

**Tabela 12.** Zmienne społeczno-demograficzne wyjaśniające częstość spożywania alkoholu. Wyniki analizy regresji wielorakiej (wagi beta)

Zmienne wyjaśniające	Wagi beta
Stan cywilny (W-1, M-2)	0,08**
Płeć (M-1, K-2)	-0,30**
Wiek	-0,14**
Wykształcenie	0,14**
Palenie papierosów	0,23**
R <sup>2</sup>	0.27

\*\*p < 0,001

Źródło: GUS 1996.

Tak więc, podobnie jak w badaniach amerykańskich, największą moc wyjaśniającą (przy kontroli wpływu pozostałych zmiennych) ma płeć. Wykształcenie i wiek w podobnym stopniu wyjaśniają częstość konsumpcji alkoholu, choć w odwrotnym kierunku. Wraz ze wzrostem wieku maleje częstość picia, a wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta. Pewną rolę, choć znacznie mniejszą, odgrywa także stan cywilny. Osoby pozostające

w związkach małżeńskich mają tendencję do picia częściej (co nie oznacza więcej!). Wysoka jest także współzależność częstości picia alkoholu i palenia papierosów. Mając na uwadze związek obu tych zachowań ze zdrowiem warto raz jeszcze w tym miejscu przypomnieć o synergistycznym oddziaływaniu – w przypadku niektórych schorzeń – palenia i picia.

Inna uwaga odnosząca się do zdrowotnych skutków picia alkoholu musi się wiązać ze spożywaną jego ilością. Przedstawione wyżej zależności nie brały pod uwagę tej zmiennej, gdyż w badaniu, którego wyniki analizowaliśmy, nie zebrano danych na ten temat. Jednak cytowane uprzednio badania (Zieliński i Sierosławski 1997) pokazują, że picie znacznych ilości alkoholu, najbardziej ryzykowne dla zdrowia, ma inne społeczne korelaty. Lokuje się ono w sposób wyraźny przede wszystkim wśród samotnych mężczyzn, z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym, w zawodach robotniczych, a także wyraźnie częściej wśród bezrobotnych.

### *3.4. Aktywność fizyczna*

Organizm człowieka jest genetycznie zaprogramowany na aktywny styl życia. Wszystkie funkcje życiowe sprowadzają się do ruchu, nawet wtedy, gdy niewidoczne są jego zewnętrzne przejawy. Także podstawowe czynności, które stanowią o trwaniu życia, mają charakter nieustannego ruchu. Oddychanie, krążenie krwi, procesy przemiany materii polegają na ruchu milionów komórek. Ruch jest także niezbędny dla wszelkiej działalności i normalnego funkcjonowania organizmu, a jego brak (hipokineza) prowadzi do powstania wielu schorzeń (Starosta 1995).

Współczesny tryb życia – pochodna naszej cywilizacji – wyeliminował wiele rodzajów aktywności ruchowej z naszego codziennego życia. Rozwój nowoczesnych technologii sprawia, że coraz mniej chodzimy, prowadzimy siedzący tryb życia, wykonywanie pracy zawodowej wymaga coraz mniej wysiłku fizycznego. Wszystko to – w połączeniu z doświadczanymi stresami – powoduje, że oddech nasz staje się powierzchowny i arytmiczny, pogarsza się zaopatrzenie mózgu i serca w tlen, zmniejsza się zdolność serca do przepompowywania krwi.



Siedzący tryb życia sprzyja chorobom przemiany materii i otyłości, szczególnie jeżeli sposób odżywiania nie jest dostosowany do zmniejszonego zapotrzebowania energetycznego. Z kolei nadwaga obciąża dodatkowo pracę wielu narządów wewnętrznych, a także układu kostno-stawowego. Od dawna wiadomo natomiast, że aktywność fizyczna nie tylko poprawia kondycję fizyczną i wydolność wielu układów, ale także kondycję psychiczną. W czasie wysiłku zwiększa się wydzielanie do mózgu endorfiny, określanej mianem naturalnego narkotyku, polepszającego samopoczucie (Starosta 1995).

Dobrą ilustracją roli, jaką aktywność fizyczna odgrywa dla funkcjonowania naszego organizmu, są dane zawarte w tabeli 13 prezentującej niektóre wartości wskaźników fizjologicznych w stanie spoczynku i przy wysiłku.

**Tabela 13.** Wskaźniki fizjologiczne w stanie spoczynku i przy wysiłku

Wskaźniki	Spoczynek	Wysiłek umiarkowany	Wysiłek masywny
Częstość tętna/min.	65	130	190
Pojemność minutowa serca w 1 min.	5	15	25
Ciśnienie tętnicze skurczowe w mm Hg	120	170	220
Ciśnienie tętnicze rozkurczowe w mm Hg	80	80	90
Przepływ krwi przez mięśnie w 6/0	20	70	90
Pobór tlenu w ml/min.	300	2000	3000
Wentylacja płuc w l/min.	8	50	120

*Źródło:* Cendrowski 1996.

Poza ewidentnymi korzyściami zdrowotnymi aktywność fizyczna podnosi także walory estetyczne ciała; w wyniku ćwiczeń fizycznych sylwetka staje się smuklejsza, proporcje ciała przedstawiają się korzystniej, sposób poruszania się staje się bardziej harmonijny. Walory estetyczne aktywności fizycznej sprawiają, że często to one właśnie, a nie argumenty zdrowotne dostarczają motywacji do regularnych ćwiczeń. Aktualne kanony urody ciała optują za szczupłą, wysportowaną sylwetką. Dążność do posiadania takiego właśnie ciała i zachowania temu służące stają się w coraz większym stopniu elementem współczesnego stylu

życia, zwłaszcza w klasach średnich. Zróżnicowania ekonomiczne, zróżnicowania pozycji społecznej, znajdują swoje odbicie w wyborze określonej aktywności fizycznej czy uprawianego sportu. Kopanie piłki uchodzi za sport bardziej masowy, podczas gdy tenis, jazda konna, żeglarstwo czy windsurfing są sportami elitarnymi. Z punktu widzenia ich prozdrowotnej wartości nie ma natomiast między nimi istotnej różnicy; łączy je wspólny element, jakim jest aktywność fizyczna na świeżym powietrzu.

Aktywność fizyczna może być wreszcie źródłem przyjemności, miłym sposobem spędzenia czasu w grupie, szczególnie w przypadku rozmaitych gier sportowych czy tzw. sportów towarzyskich, a także stwarzać okazję do szlachetnej rywalizacji. Te ostatnie aspekty sportu były postrzegane przez Veblena (1971) jako element stylu życia „klasy próżniaczej”. Wartość rywalizacji sportowej jest szczególnie wysoko ceniona w ruchu olimpijskim – gdzie obok sukcesów sportowych liczy się realizacja zasady „fair play”, choć w ostatnich latach wydaje się ona nieco nadwerżona zbyt brutalną obecnością komercjalizacji.

Wśród różnorodnych form aktywności fizycznej sport wyczynowy zajmuje miejsce specjalne, choć jest on przywilejem niewielu.

Jest to jednak sposób propagowania aktywności fizycznej i kreowania specyficznych mód na uprawianie określonych sportów (Żukowski 1995). Dla przykładu, w Polsce zainteresowanie grą w tenisa można podzielić na okresy „przed” i „po” Fibaku.

Te różnorodne funkcje aktywności fizycznej, różnorodne wartości, jakie są za jej pomocą realizowane, a także społeczny kontekst jej podejmowania sprawiają, że tworzą one swoistą kulturę fizyczną, w której obrębie obecne są różne wzory. W tradycji kultury europejskiej – jak zauważa Zbigniew Krawczyk (1995) – dają się one sprowadzić do sześciu podstawowych: wzór estetyczny, hedonistyczny, ascetyczny, higieniczny, sprawnościowy i agonistyczny. Zdaniem tego samego autora – stylami cieszącymi się obecnie w Polsce (zwłaszcza wśród młodzieży) największą popularnością są wzory: estetyczny, hedonistyczny i agonistyczny.

Przytaczając tak wiele pozytywów przemawiających za (nie tylko) zdrowotnymi aspektami aktywności fizycznej, warto jed-



nak dla równowagi przytoczyć prozdrowotne argumenty przeciwko aktywności fizycznej, zwłaszcza nadmiernej, zbyt intensywnej i obciążającej siłowo. Nie są to – dodajmy – wyłącznie argumenty pochodzące od osób, które odczuwają niechęć do wszelkiego ruchu, a wolny czas wolą spędzać wyłącznie na miękkiej kanapie przy lekturze czy telewizorze, ale opinii lekarzy i ekspertów od treningu fizycznego. Wskazują oni, że nieodpowiednio dobrane lub zbyt intensywne ćwiczenia fizyczne mogą doprowadzić nie tylko do powstania różnych schorzeń, ale nawet do śmierci (Rosenfeld 1944). Ilustracją tego mogą być przypadki nagłej śmierci sportowców, właśnie w czasie treningów. Opinię publiczną Amerykanów – a więc społeczeństwa, które na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych na najbardziej masową chyba skalę zaczęło uprawiać jogging i aerobik – poruszyła niezmiernie śmierć na trasie biegu Jima Fixa, znanego biegacza, oraz kilka lat później Kennetha Coopera, twórcy podstaw aerobiku, tym bardziej że obu tym osobom nie można było zarzucić braku rozeznania co do tego, jak powinien przebiegać prawidłowy trening.

Zbyt duże obciążenia mogą więc być tak samo szkodliwe jak bezruch. Oczywiście trudno tu o wypracowanie reguły i określenie, jaki wysiłek jest zbyt mały, aby przynieść korzyści zdrowotne, a jaki zbyt duży, zagrażający zdrowiu. „Norma fizjologiczna” wysiłku jest bowiem różna dla różnych osób. Zależy ona od wieku, ogólnej kondycji i indywidualnych możliwości sprawnościowych. Przyjmuje się, że najmniejszy bodziec wysiłkowy, który może spowodować doskonalenie sprawności fizycznej i kształtowanie się nowych funkcji motorycznych, wynosi 30% maksymalnego obciążenia. Adaptacja ze strony układu vegetatywnego do wysiłku tej wielkości może już prowadzić do przedstawienia czynności organizmu na pożądaną poziom (Bielski 1995). Świadczyłoby to więc o dobroczynnych efektach umiarkowanej aktywności fizycznej.

Ze względu na konieczność indywidualizowania najbardziej optymalnego wysiłku zaleca się przeprowadzenie badań lekarskich, szczególnie przed podjęciem decyzji o intensywnych ćwiczeniach fizycznych (na przykład jogging, aerobik, ćwiczenia siłowe). Ważne jest także nielekceważenie sygnałów ostrzegaw-

czych sugerujących, że podjęty wysiłek jest nadmierny dla organizmu. W wieku starszym przy nieprawidłowościach w układzie krążenia (na przykład przy nadciśnieniu) czy przy znacznej nadwadze ciała intensywne ćwiczenia czy uprawianie sportu może być wręcz niekorzystne i lepiej zrezygnować z nich na rzecz umiarkowanego ruchu, na przykład chodzenia, spacerów. Ten ostatni rodzaj aktywności nie jest przez nikogo kwestionowany jako niezbędny dla zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia (Rosenfeld 1994).

Odtwarzając wzory aktywności fizycznej w Polsce na podstawie prowadzonych badań empirycznych, nie jesteśmy w stanie dotrzeć do motywacji respondentów uprawiających kulturę fizyczną, nie wiemy zatem, czy i w jakiej mierze kierowali się względami zdrowotnymi, estetycznymi czy też sprawnościowymi. Dane, jakimi dysponujemy, pozwalają nam jedynie na wyodrębnienie osób mniej i bardziej aktywnych fizycznie i poszukiwanie korelatów tego stanu rzeczy. Ze względu na częstość i intensywność aktywności fizycznej odnoszącej się do sfery rekreacji można wyróżnić dwa podstawowe jej wzory: umiarkowaną aktywność (spacery, lekka praca na działce itp.) i czynne uprawianie sportu. Zestawienie wyników pochodzących z różnych badań jest tu jednak sprawą trudną, bowiem oba wzory występują czasem rozłącznie, czasem wspólnie, przy czym różnią się także sposoby pytania o nie. Oczywiście pierwszy wzór jest znacznie częstszy. Według badań nad rozmiarem aktywności fizycznej w budżetach czasu Polaków (Bywalec 1994) proporcja osób wyłącznie „spacerujących” do uprawiających czynnie sport wynosiła 15:1. W badaniu CBOS (1997) pytano wyłącznie o sport i ćwiczenia służące utrzymaniu sprawności fizycznej – 7% osób zadeklarowało, że uprawia je regularnie i często, również 7% dość często, 12% sporadycznie, a 74% wcale. W badaniu IFiS PAN (1995) pytano łącznie o wszelkie formy aktywności fizycznej, bez względu na ich intensywność – 37,3% badanych stwierdziło, że zażywa ruchu kilka razy w tygodniu, 24,6% kilka razy w miesiącu, 7,8% tylko w czasie urlopu, a 30,3% – że w ogóle takiej aktywności nie prowadzi. Ten ostatni wynik jest zgodny z rezultatami badań GUS (1996), gdzie odsetek osób spędzających swój wolny czas absolutnie biernie wynosił 31,2.



Parametry charakteryzujące osoby uprawiające czynnie sport są nieco inne od ogółu osób, które deklarują jakąkolwiek aktywność fizyczną (CBOS 1997). Sport jest uprawiany częściej przez mężczyzn niż kobiety i najczęściej w grupie wiekowej poniżej 24 lat. Najbardziej gorliwi sportowcy rekrutują się też najczęściej z dużych miast, powyżej 500 tys. mieszkańców. Także wykształcenie sprzyja uprawianiu sportu: wśród osób z wykształceniem wyższym jest ośmiokrotnie więcej osób uprawiających regularnie sport niż wśród osób z wykształceniem podstawowym i ponaddwukrotnie więcej osób uprawiających sport sporadycznie. Natomiast wysokość dochodu różnicuje tylko uprawiających sport regularnie (im wyższa grupa dochodu, tym wyższy odsetek uprawiających), nie różnicuje zaś uprawiających sport okazjonalnie. Częściej także w działalność sportową angażują się osoby czynne zawodowo. Najczęściej uprawiane regularnie sporty to gimnastyka, jazda na rowerze, gry w piłkę, aerobik.

Natomiast w grupie osób o umiarkowanej aktywności ruchowej, których w badaniu IFiS PAN było 37,3%, w odróżnieniu od grupy „sportowców” jest nieco więcej kobiet niż mężczyzn, a także osób ze starszych grup wieku, oraz niepracujących zawodowo i relatywnie niżej wykształconych. Czynnikiem tłumaczącym tu największy procent zmienności jest posiadanie wolnego czasu (tabela 14).

Stosunkowo najpełniejsze ujęcie różnego rodzaju aktywności ruchowej znajduje się w badaniu stanu zdrowia ludności GUS (1996). Zebrane dane pozwalają bowiem na określenie proporcji osób o umiarkowanej aktywności fizycznej (spacer, jazda na rowerze), intensywnej aktywności (biegi, aerobik) i bardzo intensywnej (trening, sport wyczynowy), a także kombinacji tych form, bo nie są one oczywiście wzajemnie się wykluczające. Pozwoliło to na stworzenie skali od braku jakiejkolwiek aktywności do aktywności zawierającej jednocześnie umiarkowane, intensywne i bardzo intensywne formy<sup>16</sup>. W praktyce okazało się, że 35,3% badanych nie zade-

<sup>16</sup> Pytania na ten temat określały, że chodzi o wyżej wymienione formy aktywności przez co najmniej 4 godziny w tygodniu. Wątpliwości budzi tu

**Tabela 14.** Cechy demograficzne i społeczne badanych a aktywność fizyczna. Wyniki analizy regresji wielorakiej (wagi beta)

Cechy demograficzne i społeczne	Wartość współczynnika beta
Płeć (M-1, K-2)	0,02
Wiek	0,12**
Wykształcenie	-0,16**
Stan cywilny (W-1, M-2)	-0,10**
Praca zawodowa	-0,16**
Dochód na osobę	-0,03
Ilość wolnego czasu	0,17**
R <sup>2</sup>	0,12

\*\*p < 0,001

Źródło: IFiS PAN 1995.

klarowało w czasie wolnym żadnej aktywności wymagającej ruchu, 39,9% wyłącznie umiarkowaną aktywność fizyczną, 6,5% intensywną i 16,0% łącznie bardzo intensywną lub intensywną i umiarkowaną. Równoczesne występowanie wszystkich rodzajów aktywności zanotowano tylko w przypadku 2% osób.

Intensyfikacja aktywności fizycznej w czasie wolnym jest – co jest oczywiście zrozumiałe – związana z wiekiem i maleje wraz z jego wzrostem ( $r = -0,23$ ). Sprzyja jej natomiast wzrost wykształcenia ( $r = 0,18$ ). Praktycznie nie ma znaczenia dochód i ocena sytuacji materialnej ( $r = 0,08$  i  $r = 0,09$ ), a także wielkość miejsca zamieszkania ( $r = 0,09$ ). O ile zależności te pozwalają nam na dokonanie pewnej lokalizacji społecznej osób aktywnych fizycznie, interesujące także wydają się te, które mówią nam coś o współwystępowaniu aktywności fizycznej z innymi zachowaniami prozdrowotnymi, a także o związku aktywności fizycznej ze stanem zdrowia. Tabela 15 ukazuje zachowania i dyspozycje zdrowotne będące korelatami aktywności fizycznej.

tylko praca na działce, którą zaliczono do tej samej kategorii, co biegi i aerobik. Trudno oczywiście oszacować energię poszczególnych osób, wydatkowaną na pracę na działce. Wydaje się jednak, że jest to na ogół aktywność mniej dynamiczna, a poza tym wyłącznie sezonowa.



**Tabela 15.** Zachowania zdrowotne i oceny stanu zdrowia współwystępujące z aktywnością fizyczną (współczynniki korelacji Pearsona)

Zachowania zdrowotne i oceny	r Pearsona
Ocena stanu zdrowia	0,24**
Ocena samopoczucia psychicznego	0,15**
Indeks masy ciała	-0,10**
Przyjmowanie witamin i minerałów (nie przepisanych przez lekarza)	0,10**
Liczba wypalanych papierosów	-0,12**
Jakość snu	0,18**
Samopoczucie po przebudzeniu	0,14**

\*\*p < 0,0001

Źródło: GUS 1996.

W najsilniejszym związku z aktywnością fizyczną pozostaje samoocena stanu zdrowia. Zależność ta jest oczywiście dwukierunkowa; dobry stan zdrowia niewątpliwie sprzyja podejmowaniu intensywniejszej aktywności fizycznej, jak i aktywność ta – jak argumentowaliśmy wcześniej – sprzyja budowaniu potencjału zdrowotnego. Podobnie ma się rzecz z samopoczuciem psychicznym, ale już w mniejszym stopniu z jakością snu. Bardziej prawdopodobne wydaje się wyjaśnienie, że aktywność fizyczna przyczynia się do dobrego snu, a następnie dobrego samopoczucia po przebudzeniu, niż odwrotnie.

Aktywność fizyczna współwystępuje z tendencją do brania witamin i ograniczenia palenia, co – być może – wynika z potrzeby dbania o dobrą formę i kondycję, gdy się intensywnie ćwiczy. Sprzyja też utrzymaniu należytnej wagi ciała, czego miarą jest BMI<sup>17</sup>, choć zależności te są śladowe.

<sup>17</sup> BMI (*Body Mass Index*) – indeks masy ciała jest obliczony według wzoru: waga ciała (w kg)

wzrost do kwadratu (w m)

Najniższe wskaźniki BMI osiągają osoby z niedowagą, najwyższe z – otyłością. Wyniki tego indeksu w przypadku badania GUS, na którego wyniki się tu powołujemy, mogą jednak być tylko orientacyjną miarą proporcji wzrostu do wagi ciała. Wielkości te nie są bowiem wynikiem obiektywnego pomiaru,

Właściwa waga ciała i zapobieganie otyłości (czynnik ryzyka wielu chorób) są oczywiście powiązane nie tylko z aktywnością fizyczną, ale także z przestrzeganiem właściwej diety. Nie udało się mi jednak niestety dotrzeć do żadnego badania, które rejestrowałoby jednocześnie dane na temat nadwagi, aktywności fizycznej i sposobu odżywiania. Tym samym nie jesteśmy w stanie stwierdzić, jaką rolę w wyjaśnianiu należytej wagi ciała czy jej przekraczania przez Polaków pełnią obie te zmienne, przynajmniej w sensie statystycznym. Możemy jedynie przedstawić dane na temat wyników BMI – indeksu masy ciała (GUS 1996) oraz oceny badanych, związane z własną wagą ciała (IFiS PAN 1995).

**Tabela 16.** Indeks masy ciała osób w wieku 15 lat i więcej (w %)

Znaczna niedowaga <18,0	Niedowaga 18,0–20,0	Waga w normie 20,1–25,0	25,1–27,0	Nadwaga 27,1–30,0	Znaczna nadwaga > 30
2,6	8,5	45,7	15,4	16,3	11,4

Źródło: GUS 1996.

**Tabela 17.** Ocena własnej wagi ciała (w %)

Waga za niska	Waga w normie	Niewielka nadwaga	Znaczna nadwaga
13,1	53,7	23,2	13,1

Źródło: IFiS PAN 1995.

Wyniki te można uznać za dość zbieżne. Wprawdzie według szacunków badań IFiS osób z nadwagą jest znacznie więcej niż w badaniu GUS, jednak należy zaznaczyć, że – zdaniem wielu badaczy – wynik indeksu powyżej 25 (uznany przez GUS za górny przedział normy) jest już uważany za lekką nadwagę. Przy wprowadzeniu takiej korekty wyniki obu badań zbliżają się do

a pochodną deklaracji respondentów. Istnieją podstawy, aby przypuszczać, że podawana waga ciała jest często zaniżana (szczególnie przez kobiety, ale nie tylko), a wzrost zawyżany.



siebie. Warto także zwrócić uwagę, że subiektywne postrzeganie w określony sposób własnej wagi ciała jest nieco inną sprawą niż wyliczenie stosunku wagi do wzrostu. Odpowiada mu bowiem przekonanie, że waga jest na przykład za wysoka, nawet wtedy, gdy w świetle bardziej zobiektywizowanych wyliczeń jest ona właściwa. Tym można wytłumaczyć brak zgodności w obu badaniach co do roli płci jako korelatu nadwagi.

W badaniu GUS swoją wagę kontrolują lepiej kobiety, natomiast w badaniu IFiS PAN przyznają się one częściej do nadwagi. Wynika to być może stąd, że kobiety znajdują się pod silniejszą presją związaną z zachowaniem szczupłej sylwetki niż mężczyźni. Jest to presja istniejących w naszej kulturze wzorów, mód i wszechpotężnego oddziaływania mediów, eksponujących smukłe ciała modelek jako pożądany wzór dla kobiet, a poświęcających znacznie mniej czasu ciałom mężczyźni. Ostatnio do wspierania tych wzorów przyłączył się przemysł farmaceutyczny. Warto tu odnotować, że coraz częściej pojawiające się reklamy środków odchudzających adresowane są niemal wyłącznie do kobiet. Za interpretacją taką przemawiałby fakt, że poczucie posiadania nadwagi pojawia się częściej w dużych i wielkich miastach, a więc miejscach, w których oddziaływanie mediów ma szerszy zasięg i zakres.

Innym korelatem nadwagi, zanotowanym zgodnie w obu badaniach, jest wiek, co potwierdza znaną tendencję do zyskiwania dodatkowych kilogramów wraz z upływem lat, wskutek obniżonej mobilności i osłabienia intensywności procesów metabolicznych. Wiek jest aktualnie w Polsce najlepszym predyktorem wysokiej wagi ciała. Niewielką rolę odgrywają tu natomiast czynniki statusowe: wykształcenie i posiadany dochód. Wyniki badań GUS wskazują także na dość znaczną rolę stanu cywilnego, a więc życia w pojedynkę czy w rodzinnym gospodarstwie domowym. Domowa kuchnia jak widać sprzyja osiągnięciu przeciętnie wyższej wagi ciała. Pewne zdumienie natomiast budzi brak związku między wynikami indeksu masy ciała a ruchem. Jak pamiętamy, między obiema tymi zmiennymi zanotowaliśmy śladową korelację wskazującą na istnienie tendencji do zmniejszania się indeksu masy ciała wśród osób aktywnych fizycznie; jednak przy kontroli wpływu innych zmiennych w analizie

regresji wielorakiej zależność ta zniknęła. Być może, przy niewielkiej aktywności ruchowej naszego społeczeństwa na sylwetki Polaków większy wpływ ma sposób odżywiania niż ruch. Stosunkowo wysoka zależność między występowaniem nadwagi wśród osób pozostających w związkach małżeńskich, a więc – jak zakładaliśmy – pozostających pod wpływem uroków domowej kuchni, potwierdzałyby to przypuszczenie. Zamieszczone niżej tabele 18 i 19 przedstawiają dane na ten temat, pochodzące z obu cytowanych tu badań.

**Tabela 18.** Zmienne wyjaśniające wartości indeksu masy ciała. Wyniki analizy regresji wielorakiej (wagi beta)

Zmienne	Wagi beta
Wiek	0,28**
Płeć (M-1, K-2)	-0,11**
Stan cywilny	0,14**
Wykształcenie	0,03
Aktywność fizyczna	0,00
R <sup>2</sup>	0,12

Źródło: GUS 1996.

**Tabela 19.** Zmienne wyjaśniające poczucie posiadania nadwagi. Wyniki analizy regresji wielorakiej (wagi beta)

Zmienne	Wagi beta
Wiek	0,11**
Płeć (M-1, K-2)	0,19**
Wykształcenie	0,04 nieistotne
Dochód na osobę	0,02 nieistotne
Wielkość miejsca zamieszkania	0,09*
Stan cywilny	-0,04 nieistotne
R <sup>2</sup>	0,12

\*p < 0,01

\*\*p < 0,001

Źródło: IFiS PAN 1995.

O ile więc na podstawie analizowanych danych nie możemy wykazać, że w skali ogólnopolskiej wyizolowany wpływ aktyw-



ności fizycznej przyczynia się do zachowania prawidłowej wagi ciała, o tyle jednak aktywność fizyczna jest elementem stylu życia, współwystępującym z całym szeregiem ważnych dla zdrowia zachowań, a także przyczynia się do ogólnie lepszych ocen zdrowia i własnego samopoczucia.

### *3.5. Badania kontrolne*

Wykonywanie badań kontrolnych może być czynnością realizowaną zarówno przez personel medyczny, jak i przez samych zainteresowanych; w tym drugim przypadku chodzi o samokontrolę własnego ciała (na przykład samobadanie piersi przez kobiety) czy ciała innych osób (na przykład dzieci) z intencją wykrycia w nich odchyień od normy, które mogłyby świadczyć o istnieniu symptomów choroby.

Działania tego rodzaju mają w profilaktyce charakter prewencji wtórnej (zwanej także profilaktyką swoistą), zorientowanej na wczesne wykrywanie, a następnie właściwe leczenie zaburzeń w stanie zdrowia. Jest to działalność nakierowana na wychwytywanie jednostek, grup lub zbiorowości o podwyższonym ryzyku zachorowania i identyfikacji nie rozpoznanych jeszcze chorób czy zaburzeń i w większości przypadków jest ściśle związana z medycyną. Służą temu ogólne badania lekarskie oraz specyficzne badania laboratoryjno-diagnostyczne. W przypadku zagrożenia chorobami układu krążenia będą to więc na przykład pomiary ciśnienia tętniczego krwi i poziomu cholesterolu, w przypadku chorób nowotworowych badania cytologiczne czy palpacyjne, mające na celu wykrywanie wszelkiego rodzaju guzków i nieswoistych zmian skórnych, w przypadku gruźlicy testy tuberkulinowe lub zdjęcie rentgenowskie.

Dokonany przez nas uprzednio przegląd danych ilustrujących sposoby dbania o zdrowie Polaków wskazywał, że pomimo doceniania wagi takich zachowań zdrowotnych, jak właściwa dieta, aktywność fizyczna, unikanie używek czy umiejętność unikania stresu, większość ludzi jest raczej skłonna troszczyć się o swoje zdrowie na podstawie kontaktu z medycyną (a więc są to raczej zachowania „medyczne” niż zdrowotne”). Sugerowaliśmy wtedy, że w Polsce ciągle bardziej popularny jest model wal-

czenia z chorobami niż budowania potencjału zdrowia. Tabela 20 przedstawia dane na temat korzystania z różnych, dostępnych form badań kontrolnych w roku 1995 i 1996 (dla ilustracji przedstawiono także informacje o korzystaniu z porad ogólnych u lekarzy i lekarzy dentystów).

**Tabela 20.** Wykonywanie badań kontrolnych

Rodzaj badania w jednostce czasu	% wykonujących
Wizyty u lekarza w ciągu 3 miesięcy	48,0
Lekarskie badania kontrolne (3 miesiące)	17,8
Wizyty u lekarza stomatologa (3 miesiące)	23,5
Stomatologiczne badania kontrolne (3 miesiące)	4,5
Badania cytologiczne kobiet (1 rok)	23,9
Mammografia kobiet (kiedykolwiek w życiu)	9,3
Pomiar ciśnienia tętniczego krwi (6 miesięcy)	54,9
Pomiar poziomu cholesterolu (6 miesięcy)	24,4
Badanie morfologiczne krwi (1 rok)	55,3
Prześwietlenie płuc (1 rok)	44,8

Źródło: IFiS PAN 1995; GUS 1996.

Na szczególną uwagę z punktu widzenia dominacji zachowań „medycznych” nad „zdrowotnymi” zasługuje deklarowana częstotliwość wizyt u lekarzy. W ciągu trzech miesięcy prawie połowa dorosłej ludności Polski odwiedzała lekarzy (przynajmniej jeden raz)<sup>18</sup>, a kontrolne wizyty lekarskie miały miejsce w takiej samej jednostce czasu w przypadku co szóstej osoby. Niższy jest odsetek osób zgłaszających się do lekarzy stomatologów na badania kontrolne, jednak należy wziąć pod uwagę, że są one standardowo wykonywane przez lekarzy dentystów przy okazji innych wizyt, a więc można uznać, że wykonał je co czwarty Polak. Pomimo tej wysokiej częstotliwości wizyt u lekarzy, dane zawarte w tabeli 20 ukazują jednocześnie alarmująco niską częstotliwość niektórych badań. Zdecydowanie niski jest

<sup>18</sup> Wynik ten uzyskano z badania realizowanego w kwietniu, a więc tu można wyeliminować wpływ schorzeń sezonowych (wszelkiego rodzaju grypy i przeziębień), wpływających na zwiększenie częstotliwości wizyt u lekarzy w okresie jesienno-zimowym.



odsetek kobiet wykonujących badania cytologiczne i mammograficzne. Tylko orientacyjnie co dziesiąta kobieta miała wykonywane (w ogóle w życiu) badanie mammograficzne, podczas gdy kontrola taka jest wskazana dla ogółu kobiet powyżej 40 roku życia (38,5% populacji), a w przypadkach podwyższonego ryzyka nowotworu winno być przeprowadzane corocznie. O ile badania mammograficzne wymagają dostępu do drogiej aparatury, organizacja badań cytologicznych jest prostsza i ich dostępność nie powinna stwarzać problemów. Za niskie należy uznać także wyniki dotyczące pomiaru poziomu cholesterolu, a więc zupełnie nieskomplikowanej procedury badawczej. Dodać tu warto, że 32,8% respondentów (osób dorosłych) nigdy w życiu nie miało wykonanego takiego badania.

Stosunkowo niskie wyniki realizacji poszczególnych badań świadczą o tym, że zarówno nie są one oferowane przez system medyczny w dostatecznym zakresie, jak i nie są doceniane przez samych użytkowników służby zdrowia, którzy od służb medycznych nie egzekwują ich w należyтым stopniu. Możliwość taką niewątpliwie ogranicza postrzegana i odczuwana niewydolność systemu usług medycznych. Jak pamiętamy z poprzedniego podrozdziału, 55% badanych – w przypadku gdy coś im dolega – idzie do lekarza dopiero w ostateczności, czekając aż objawy same ustąpią lub stosują domowe środki leczenia, 79% ocenia system państwowej służby zdrowia jako zły (CBOS 1995).

Znacznie lepiej ocenia się usługi sektora prywatnego, jednak korzystanie z niego jest ograniczone głównie z powodów ekonomicznych (16% ogółu korzystających). Warto tu dodać, że od początku lat dziewięćdziesiątych ocena państwowej służby zdrowia ulega systematycznemu pogorszeniu. Jeszcze w marcu 1993 roku oceniało ją pozytywnie 43% osób, a w sierpniu 1996 roku już tylko 25%. Powszechne jest przekonanie, że – w porównaniu z prywatną służbą zdrowia – dysponuje ona gorszymi warunkami leczenia, mniejszą dostępnością i sprawnością funkcjonowania, gorszymi kwalifikacjami lekarzy i wykorzystaniem nowoczesnych metod leczenia, a także – co stanowi nową jakość w ocenach służby zdrowia – mniejszym stopniem respektowania praw pacjenta. W połowie lat dziewięćdziesiątych państwowa służba zdrowia jest pozytywnie oceniana właściwie tylko za

bezpłatność lub przystępność cen (CBOS 1998b, c). Trudności te w znacznym stopniu tłumaczą więc pewne niedobory w wykonywaniu badań kontrolnych, a zważywszy wszystkie referowane problemy i ograniczenia, skłaniają do konstatacji, że korzystanie ze służby zdrowia mimo to i tak jest dość intensywne i świadczy o znacznym zapotrzebowaniu na oferowane przez nią usługi.

W kontekście korzystania z usług służby zdrowia warto też odnotować istnienie klientów lecznictwa niemedyceznego (bioenergoterapeuci, uzdrowiacze, homeopaci, ziołarze). Wprawdzie w skali roku (GUS 1997) korzystało z jego usług 4% społeczeństwa, to jednak na uwagę zasługuje fakt, że były to głównie osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Korzystanie z tego rodzaju usług nie może więc być utożsamiane – jak dawniej – z wiejską ciemnotą i zabobonem, lecz raczej z kryzysem zaufania do medycyny oficjalnej i poszukiwaniem nowych, alternatywnych form poprawy zdrowia (Piątkowski 1990).

Badanie zrealizowane w 1995 roku przez IFiS PAN, którego wyniki przytaczaliśmy już wcześniej, wykazało, że wykonywanie badań kontrolnych w społeczeństwie polskim mieści się raczej w ramach wzoru zachowań „medycznych” niż „zdrowotnych”. Badania kontrolne wykonują więc raczej ci Polacy, którzy odwiedzają lekarzy także z innych przyczyn, niż ci, którzy inwestują swój czas i chęci w realizację prozdrowotnego stylu życia. Wyniki te potwierdziły także przedstawione już wcześniej analizy dokonane na materiałach CBOS. Na istnienie takiej sytuacji wskazują także dane GUS. Najsilniejszym predyktorem wykonywania okresowych badań lekarskich są częste wizyty u lekarzy w ogóle ( $\beta = 0,48$ ), przy kontroli takich zmiennych, jak: wiek, wielkość miejsca zamieszkania, wykształcenie i sytuacja materialna.

Więcej parametrów demograficzno-społecznych odgrywa rolę przy wyjaśnianiu korzystania z kontrolnych badań stomatologicznych. Sprzyja im przede wszystkim wzrastające wykształcenie, młodszy wiek, wielkość miejsca zamieszkania, oraz wyższy dochód na osobę w rodzinie. Także i tu obserwujemy jednak wyraźny związek między ogólną dyspozycją do częstego odwiedzania gabinetów lekarskich i wykonywaniem stomatologicznych badań profilaktycznych.



Wyraźny związek między korzystaniem z badań profilaktycznych a zmiennymi charakteryzującymi pozycję społeczną widać także w przypadku badań cytologicznych realizowanych przez kobiety. Wprawdzie najsilniejszym predyktorem wykonywania tych badań jest wiek (najczęściej wykonują je kobiety w wieku 20–35 lat, a więc w wieku, w którym najczęściej odbywają się porody oraz w wieku 45–49 lat, a więc w okresie rozpoczynania się klimakterium), jednak wyraźny jest także związek wykonywania tych badań z wykształceniem ( $r=0,18$ ). Badania takie przynajmniej raz w roku wykonało 38,1% kobiet z wykształceniem wyższym i tylko 7,2% z niepełnym podstawowym. Częściej wykonują je ponadto kobiety pozostające w związkach małżeńskich niż samotne, co wskazuje na związek przeprowadzania takich badań z aktywnością seksualną. Z określonym wiekiem i wykształceniem współwystępuje także wykonywanie badań mammograficznych. Najczęściej są one realizowane przez kobiety z grupy wieku 45–59 lat, co wiąże się z przynależnością do grup zwiększonego ryzyka nowotworu sutka i uczestnictwem w organizowanych akcjach profilaktycznych (badaniach przesiewowych). Badania takie zrealizowało 17,5% kobiet z wykształceniem wyższym i 4,3% z niepełnym podstawowym. Analiza tych zależności wskazuje, że realizacja badań profilaktycznych typowych dla kobiet pozostaje pod znacznym wpływem dwóch rodzajów czynników. Z jednej strony, są to biologiczne cykle życia, które ze względu na swoją specyficzność wymagają częstszych kontaktów z lekarzami (wiemy z kolei, że częstszy kontakt z lekarzem sprzyja realizacji badań kontrolnych), z drugiej zaś, wpływa na nie poziom wykształcenia, który w tym wypadku odzwierciedla wyższy poziom wiedzy medycznej, a zatem i wyraźniejsze docenianie roli profilaktyki dla zdrowia. Charakterystyczne jest natomiast, że – przy kontroli wieku i wykształcenia – nie odgrywa tu większej roli sytuacja materialna.

Przede wszystkim częstość kontaktu z lekarzem w ogóle determinuje częstość wykonywania takich badań, jak: pomiar ciśnienia, pomiar cholesterolu, morfologia krwi i prześwietlenie płuc. Badania te jednocześnie wykonują częściej osoby, które określiliśmy uprzednio jako „uzależnione od medycyny”, a więc poszukujące kontaktu z lekarzem w sytuacji wystąpienia każdej

dolegliwości, niezależnie od jej rodzaju i powagi symptomów. Niezależnie od tych powiązanych ze sobą zachowań na częstość wykonywania badań profilaktycznych ma wpływ – jak w przypadku poprzednio omawianych badań kontrolnych – poziom wykształcenia (który wiązałibyśmy tu z racjonalną postawą wobec zdrowia, choć zależności te są niższe), a także w niektórych przypadkach (pomiar ciśnienia i cholesterolu) – wiek. Odzwierciedla to ryzyko występowania chorób układu krążenia, narastające po czterdziestym roku życia. Świadomość tego skłania stosunkowo więcej starszych osób do kontrolowania tych parametrów. Ponownie nie stwierdzono zależności między wykonywaniem omawianej grupy badań a sytuacją materialną. Tabela 21 przedstawia opisane tu tendencje.

**Tabela 21.** Czynniki sprzyjające wykonywaniu czterech badań kontrolnych. Współczynniki korelacji r Pearsona

Rodzaj badania	Częstość wizyt lekarskich	Uzależnienie od lekarzy	Wykształcenie	Wiek
Pomiar ciśnienia	0,40**	0,21**	0,09**	0,17**
Morfologia krwi	0,45**	0,25**	0,10**	–
Poziom cholesterolu	0,40**	0,21**	0,08*	0,20**
Prześwietlenie płuc	0,24**	0,15**	0,10**	–

Źródło: IFiS PAN 1995.

Podsumowując nasze rozważania na temat wykonywania badań kontrolnych, należy więc przede wszystkim odnotować ich silny związek raczej z leczeniem się niż promowaniem zdrowia. Elementy profilaktyki, które się w nich pojawiają (związane z zapobieganiem konkretnym chorobom), wiążą je wyraźnie z pewnymi specyficznymi cyklami życia lub czasem, kiedy nasila się ryzyko. Niezależnie od tych zależności widoczna jest tendencja do realizacji różnych badań kontrolnych wśród osób z wyższych grup wykształcenia. Jest ona zgodna z wynikami wielu badań w krajach zachodnich, które zgodnie stwierdzają, że w działalności profilaktycznej prowadzonej przez sys-



temy ochrony zdrowia ludzie bardziej wykształceni bądź należący do klasy średniej partycypują w większym stopniu (por. na przykład Dutton 1986; Macintyre 1986). W materiałach z badań polskich nie znaleźliśmy jednak istotnych statystycznie różnic między wykonywaniem badań kontrolnych (poza stomatologicznymi) a sytuacją materialną.

Przytaczane dane na temat korzystania z badań kontrolnych, a także ich społeczne i strukturalne korelaty, choć są istotne dla prowadzenia określonej polityki społecznej, nie tłumaczą jednak w wystarczający sposób uwarunkowań zachowań prewencyjnych. Motywy wizyty u lekarza, gdy coś nam dolega lub dostrzegamy symptomy, które interpretujemy jako zagrażające zdrowiu, są oczywiste. Jakie czynniki przesądzają jednak o tym, że ludzie decydują się na wizytę u lekarza lub wykonanie badań kontrolnych, gdy nie dzieje się nic alarmującego? Problemowi temu warto poświęcić nieco miejsca, choć nie dysponujemy wynikami badań polskich na ten temat, a stworzone dla wyjaśnienia zachowań profilaktycznych modele pochodzą głównie ze Stanów Zjednoczonych.

Liczne badania socjologiczne nad funkcjonowaniem służby zdrowia skupiają się przede wszystkim na determinantach korzystania z pomocy medycznej, w sytuacji gdy ma miejsce lub istnieje podejrzenie, że mamy już do czynienia z chorobą. Jednym z interesujących, stosowanych tu podejść badawczych jest śledzenie kolejnych sekwencji procesu podejmowania decyzji związanej z kontaktem z lekarzem i czynników pośredniczących w tym procesie, takich jak: ekonomiczne, organizacyjne (dostępność pomocy), związane z poziomem wiedzy i percepcją symptomów, stopniem tolerowania dolegliwości, zaburzeniami w normalnym funkcjonowaniu czy postrzeganą efektywnością pomocy. W przypadku zachowań prewencyjnych, a więc badań kontrolnych przy braku objawów choroby, lista czynników pośredniczących musi być nieco inaczej skonstruowana, a niektóre z nich zachowują swoją moc (na przykład dostępność badań, poziom wiedzy medycznej), pozostałe będą miały natomiast charakter „domniemany” (potencjalne zagrożenie określonymi dolegliwościami, możliwość zaburzonego funkcjonowania, wiara w możliwość zapobiegania lub wczesnego wykrycia choroby).

Najbardziej adekwatnym modelem do wyjaśnienia zachowań prewencyjnych (badań kontrolnych i działań mających na celu zabezpieczenie przed ewentualną chorobą – na przykład szczepień) jest tzw. model przekonań zdrowotnych (*health belief model*) Rosenstocka (1966), rozwijany następnie przez jego współpracowników (M.H. Becker 1974), którzy w owym modelu wyróżniają trzy wymiary: indywidualnej percepcji problemu, czynników modyfikujących i wpływających na prawdopodobieństwo podjęcia działania. W indywidualnej percepcji rolę odgrywają przede wszystkim: postrzegana własna skłonność (czy prawdopodobieństwo) do zapadnięcia na określoną chorobę, postrzeganie powagi tej choroby oraz ocena jej klinicznych i społecznych skutków. Wśród czynników modyfikujących znajdują się zmienne demograficzne, psychospołeczne (osobowość, pozycja społeczna, presje wywierane przez różne grupy społeczne), oraz zmienne zwane tu strukturalnymi, które obejmują wiedzę i doświadczenia związane z określoną chorobą, a także wpływ konkretnych impulsów do działania, takich jak uzyskane porady i zalecenia, kampanie w mediach itd). Natomiast zmienne określające bezpośrednio prawdopodobieństwo podjęcia działań to suma postrzeganych korzyści – zmniejszona o analizę barier czy trudności, które należy podjąć (wszelkie „koszty” związane z realizacją działania prewencyjnego). Dwa obszary, w których funkcjonują wszystkie te zmienne – to obszar intelektualny i emocjonalny, a więc obszar analizy skuteczności i dostępności działań, oraz obszar własnych odczuć związanych z chorobą. Mogą one pozostawać ze sobą w konflikcie. Pewne działania mogą być na przykład uznane za efektywne, ale związane z nimi ból będzie stanowić barierę ich realizacji.

Jak wykazują badania prowadzone na Zachodzie, zdolność do oceny potencjalnych zagrożeń, a także przekonanie, że podjęcie działania prewencyjnego będzie w ogólnym rozrachunku bardziej opłacalne niż jego niepodjęcie, podlega większym różnicowaniom społeczno-kulturowym niż korzystanie z pomocy medycznej w przypadku choroby. Niższa pozycja społeczna, niższe wykształcenie wiąże się z mniejszą wiedzą o zagrożeniach, wyzwała mniejszy lęk przed chorobą (M.H. Becker 1979). Niższe klasy społeczne są także mniej podatne na oddziaływania masowych kampanii na rzecz profilaktyki, które są często realizowane



w „języku” klas średnich. Innym problemem jest tu też zaobserwowana przez Mechanica (1972) różnica między klinicznym a zdroworozsądkowym podejściem do objawów chorób i możliwości zapobiegania im. Wydaje się, że podejście wyższych warstw społecznych jest bliższe tym pierwszym, podczas gdy niższe warstwy polegają bardziej na popularnej, zdroworozsądkowej ocenie.

### 3.6. *Sen*

Nasze dotychczasowe analizy dotyczyły różnego rodzaju zachowań, będących elementem wyborów dokonywanych przez jednostki, które – intencjonalnie lub nie – mogą się przyczyniać do poprawy ich stanu zdrowia. Sen zajmuje na tej liście problematyczne miejsce, bo – jak zauważa Blaxter (1995) – trudno traktować sen jako zachowanie i trudno też stwierdzić, do jakiego stopnia jest on elementem wyboru. Pewne jego aspekty niewątpliwie można tak traktować – na przykład regularne udawanie się na spoczynek o tej samej porze czy spacer przed snem, które to zabiegi zorientowane są na poprawę jakości snu i szybkość zasypiania. Popularne przysłowie – stwierdzające, że „jak sobie pościelesz, tak się wyśpisz” – sugeruje także, że odpowiednie przygotowania czy zachowania otaczające sen mogą mieć wpływ na jego jakość. Wiele jednak spraw pozostaje tu poza naszym wpływem, jeżeli oczywiście wyłączyć możliwości wspomagania go za pomocą środków nasennych.

Niekwestionowane są natomiast zalety dobrego snu dla zachowania zdrowia. Badania epidemiologiczne wskazują, że pozostaje on w wyraźnym związku z chorobowością, a nawet umieralnością (Berkman i Breslow 1983). Badania eksperymentalne wykazały ponadto, że osoby pozbawione kompletnie snu już po upływie trzeciej doby wykazywały pewne odchylenia od normalnych zachowań (nadmierna drażliwość, poczucie zagrożenia, halucynacje), które jednak ustąpiły natychmiast, gdy osobom objętym eksperymentem pozwolono spać (Smith 1976). Także całkiem potoczne obserwacje potwierdzają, że dobry, dostatecznie długo trwający sen wpływa korzystnie na samopoczucie po przebudzeniu.

Nieznane są dotychczas mechanizmy, za pomocą których sen kształtuje nasze zdrowie i samopoczucie, głównie dlatego, że ciągle także nie ma pewności co do funkcji, jaką sen pełni nie tylko w życiu człowieka, ale wszystkich gatunków ciepłokrwistych, które w sen zapadają (Smith 1989). Wiadomo jednak, że dla właściwej jakości snu niezbędne jest cykliczne przechodzenie przez obie jego fazy – zwykłą i czynną (REM) – określane kiedyś mianem ortodoksyjnej i paradoksalnej, a także, że charakteryzują się one odmiennymi parametrami fizjologicznymi, szczególnie w zakresie funkcji mózgu. Pierwsza faza snu – po zaśnięciu – to sen zwykły, głęboki, cyklicznie przechodzący w sen czynny, płytszy, którego okresy stają się dłuższe w późnych godzinach nocnych (Smith 1989). Stąd też prawdopodobnie pochodzi przekonanie, że sen przed północą jest bardziej wartościowy, niż sen we wczesnych godzinach rannych, choć nie ma na to dostatecznych dowodów naukowych. Informacja ta zresztą i tak nie jest dostępna w materiałach pochodzących z analizowanych przez nas badań surveyowych; dowiadujemy się z niej tylko o przeciętnej liczbie godzin snu na dobę, subiektywnej ocenie jakości snu i samopoczuciu po przebudzeniu rano (GUS 1996).

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia przyjmuje się, że normą zdrowotną dla dorosłego człowieka jest 7–8 godzin snu na dobę. Prawie 2/3 Polaków zazwyczaj tyle sypia (63,9% mężczyzn i 60,4% kobiet). Są to przede wszystkim osoby do czterdziestego roku życia (69%). Osoby starsze rzadziej utrzymują się w normie snu; w grupie wieku powyżej 70 lat jest ich już tylko 40%. Zwiększa się wśród nich zarówno proporcja osób śpiących krócej, jak i dłużej. Prawie połowa osób powyżej osiemdziesiątego roku życia śpi powyżej ośmiu godzin. Nie wiemy jednak, czy wiąże się to z rzeczywistą długością snu, czy raczej dłuższym przebywaniem w łóżku, odpoczynkiem w pozycji leżącej (świadcząaby o tym wzrastająca wraz z wiekiem liczba chorób przewlekłych, które dają o sobie często znać w nocy, utrudniając sen). Dłuższy sen pozostaje natomiast w pewnym związku z wykształceniem – 35% osób z wykształceniem niepełnym podstawowym i 8,5% z wykształceniem wyższym śpi 9 godzin i więcej. Także osoby niepracujące śpią zazwyczaj nieco dłużej niż osoby pracujące. W obu przypadkach różnice te



można interpretować jako pochodne odmiennego stylu życia i związanego z tym budżetu czasu. Nie zanotowano natomiast żadnych różnic między kobietami i mężczyznami.

Ze względu na niemożność odróżnienia osób, które faktycznie śpią, od tych, które w czasie odpoczynku nocnego także tylko leżą, większą wartość wskaźnikową będzie dla nas miała ocena jakości snu i samopoczucia po przebudzeniu się rano.

Połowa badanej populacji (47,9%) stwierdziła, że śpi dobrze, a 18% – że nawet bardzo dobrze. Swój sen jako średni oceniło 24,2% populacji, a źle lub bardzo źle 9,5%. Pomimo tego, że 2/3 badanych stwierdziło, że sypia dobrze, proporcja osób, które budząc czują się wypoczęte, jest nieco mniejsza (55,4%). Jest to jednak zmienna o charakterze bardziej złożonym, na którą poza jakością snu wpływają także i inne czynniki związane z samopoczuciem psychicznym. Obie oceny związane ze snem pozostają oczywiście ze sobą w bardzo wysokim związku ( $r = 0,52$ ). Oceny jakości snu są przede wszystkim zróżnicowane cechami demograficznymi – głównie wiekiem ( $r = -0,39$ ) i w niewielkim stopniu płcią, sugerując, że kobiety sypiają gorzej ( $r = -0,15$ ).

### 3.7. *Życie seksualne*

W ostatnich latach w analizach zachowań składających się na prozdrowotny styl życia pojawiają się nieśmiało zachowania seksualne. Cytowany już European Health and Behaviour Research Survey mówi o nich wprawdzie w terminach bezpiecznych zachowań seksualnych – a więc takich, które potencjalnie nie narażają zdrowia na szwank (głównie ze względu na możliwość zakażenia wirusem HIV) – jednocześnie jednak coraz częściej mówi się o roli satysfakcjonującego życia seksualnego dla dobrego samopoczucia, a zatem i zdrowia (Anderson 1984; Robertson 1984). Podkreśla się szczególnie jego funkcje związane nie tylko z realizacją potrzeb fizjologicznych, ale kontaktem emocjonalnym, samorealizacją w dojrzałym życiu (Imieliński 1977; Starowicz 1996), rozładowywaniem napięć i stresów (Horney 1976; Santorski 1993). Badacze życia seksualnego, a ostatnio także medyczne autorytety zaczynają eksponować wagę udanego życia seksualnego nie tylko dla psychospołecznego funkcyjono-

wania i zachowania zdrowia, ale i procesu leczenia, przywracania zdrowia (Aaronson i Beckman 1987; Bresler i Kaplun 1997). Oficjalne dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia, a także Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (Decyzja Nr 1400/97 HEC) wymieniają życie seksualne jako sferę, która powinna być uwzględniana przy konstrukcji wskaźników zdrowotnych.

Formy życia seksualnego i ekspresji seksualnej, wartości, wzory i preferencje z nim związane – z kolei – stanowią niewątpliwie istotny składnik stylów życia. Seksualność stanowi ważną podstawę więzi między ludźmi, wpływa na kształt kontaktów międzyludzkich, przyczynia się do tworzenia charakterystycznych form komunikacji (werbalnych i niewerbalnych), podlega wreszcie procesom socjalizacji, w ramach których przekazywane są normy, wartości i wzory życia seksualnego charakterystyczne dla różnych środowisk. Niektórzy badacze rozważając tę problematykę wyodrębniają style życia seksualnego (Trawińska 1977). Style te – ich różnorodność i dynamika zmian – są szczególnie interesujące w kontekście zmian niesionych przez ponowoczesność – konsumpcyjny stosunek do życia, „seksplodżę” transmitującą seks do innych dziedzin życia społecznego, wszechobecność seksu w mediach, zaabsorbowanie ciałem jako instrumentem odbioru wrażeń czy przyjemności. Wskazują one niejednokrotnie na związek zdrowia ze sferą seksu; seksualne są zdrowe, wysportowane ciała, zdrowe włosy, zdrowe, białe zęby.

Powyższe argumenty skłaniają, aby w naszych rozważaniach przytoczyć także wyniki badań nad życiem seksualnym Polaków i spróbować prześledzić czynniki, które wpływają na pozytywną jego ocenę<sup>19</sup>. Dla celów naszych analiz za satysfakcjonujące życie seksualne uznamy takie, które spełnia emocjonalne i fizjologiczne oczekiwania jednostki (według jej samooceny); nie będziemy natomiast oceniać tych zachowań ze względu na istniejące w tym względzie normy kulturowe i społeczną aprobatę.

<sup>19</sup> Dane na ten temat zostaną zaczerpnięte z badania „Wiedza, postawy społeczne wobec HIV/AIDS i zachowania seksualne”, zrealizowanego w 1997 roku przez Pracownię Badań Społecznych w Sopocie, na zlecenie UNDP (Program Rozwoju NZ). Autorem badania jest dr Zbigniew Izdebski, któremu tą drogą składam podziękowania za udostępnienie danych.



Zacznijmy od przedstawienia niektórych wskaźników charakteryzujących życie seksualne populacji osób dorosłych w Polsce, znajdujących się w wieku uznawanym za wiek aktywności seksualnej (18–59 lat)<sup>20</sup>. Tak więc niemal wszystkie badane dorosłe osoby (92,7%) miały w życiu doświadczenia seksualne polegające na odbyciu stosunku seksualnego. Inicjacja seksualna najczęściej przypadała na okres między 17 a 20 rokiem życia (53,8%), zwłaszcza zaś w roku uzyskania dorosłości (18 lat – 16,6%); tak więc w dorosłe życie z takim doświadczeniem seksualnym weszło 24,6% badanych. Wcześniejsza inicjacja ma miejsce częściej wśród mężczyzn ( $r=0,15$ ), a także wśród osób z relatywnie niższym wykształceniem ( $r=-0,21$ ).

Spośród osób, które współżyły seksualnie niemal połowa (43,5%) współżyła z jedną osobą, 15,5% z dwiema, 12,1% z trzema, a 28,8% z większą liczbą partnerów. Wielkości te są oczywiście skorelowane z wiekiem ( $r=0,22$ ); wraz z upływem lat rosną szanse na spotkanie kolejnych partnerów. Liczba partnerów w doświadczeniu życiowym jest także pozytywnie skorelowana z wykształceniem ( $r=0,17$ ). Oznaczałoby to, że ze wzrostem wykształcenia pojawia się tendencja do późniejszej inicjacji seksualnej, natomiast posiadane doświadczenia wiążą się częściej z kilkoma związkami. Wiek inicjacji seksualnej, a jeszcze wyraźniej liczba życiowych partnerów seksualnych, zależy od religijności (wiara + udział w praktykach religijnych). Osoby związane z religią rozpoczynają na ogół życie seksualne później ( $r=0,22$ ), a także częściej pozostają w związkach z jednym partnerem ( $r=-0,33$ ).

Spośród osób aktywnych seksualnie aktualnie nie ma stałego partnera 15,2%, pozostaje w związku małżeńskim 65,1%, ma stałego partnera (nie małżonka) 13,5%, natomiast 8,7% deklaruje posiadanie zarówno współmałżonka, jak i partnera(ów). Charakter związku czy liczba partnerów nie pozostaje jednak w jakiejś wyraźniejszej relacji z częstością odbywania stosunków seksualnych. Na częstość tę ma natomiast wpływ wiek (wzrastający wiek obniża częstość odbywania stosunków –  $r=-0,25$ ), a także stan zdrowia ( $r=-0,26$ ). Dodać należy, że (według

<sup>20</sup> Kwestię tę w ten sposób reguluje Światowa Organizacja Zdrowia.

kryterium czasu, jaki upłynął od odbycia ostatniego stosunku) ponad połowa badanych (54%) deklaruje współżycie co najmniej raz na tydzień, 17,5% co najmniej raz na miesiąc, a pozostałe rzadziej.

Dla naświetlenia problemu „bezpiecznego seksu” przytoczmy jeszcze dane na temat używania prezerwatyw, a także używania środków antykoncepcyjnych w ogóle. Otóż używanie prezerwatyw zadeklarowało 15,8%, a inne sposoby zapobiegania ciąży 33,5% badanych. Dane te są zbieżne z wynikami uzyskanymi w badaniu stanu zdrowia ludności Polski GUS, gdzie używanie prezerwatywy zadeklarowało 14,2%, a pozostałe metody (włączywszy stosunek przerywany 22,6%) – 51,6%. Warto przy tej okazji odnotować ze smutkiem fakt, że w świetle badań GUS stosunek przerywany (zarówno niepewny, jak i niezwykle prymitywny – z punktu widzenia odczuć partnerów – sposób regulacji urodzin) znajduje się na drugim miejscu pod względem częstości stosowania (po kalendarzyku małżeńskim).

Przedstawione wyżej dane miały charakter niejako faktograficzny i niewiele mówią nam jeszcze o ocenach i satysfakcji związanej z życiem seksualnym. Oceny życia seksualnego i możliwości seksualnych badanych przedstawia poniższe zestawienie.

#### Oceny:

	jakości życia seksualnego	sprawności, możliwości, umiejętności
Bardzo dobre	17,7%	12,5%
Dobre	36,0%	38,2%
Raczej dobre	20,4%	27,4%
Raczej złe	4,7%	3,2%
Złe	1,8%	0,9%
Bardzo złe	0,6%	0,4%
Trudno powiedzieć	8,3%	17,7%
Nie dotyczy	10,6%	–

Jak więc widać dominują oceny wyraźnie pozytywne. Niewątpliwie przy ich interpretacji należy wziąć pod uwagę pewną deklaratorywność respondentów, w związku z istniejącą w społec-



czeństwie aprobatą udanego życia seksualnego, a – być może – jeszcze wyraźniejszą aprobatą sprawności i możliwości seksualnych, szczególnie w przypadku mężczyzn. Mogło to skłaniać wiele osób do modyfikowania swoich odpowiedzi w kierunku bardziej akceptowanego społecznie wzoru i opinii nie zagrażających ocenie własnej osoby (Sztabiński 1998). Obie te oceny pozostają ze sobą w bardzo wyraźnym związku ( $r=0,46$ ). W podobnie silnym związku z obydwoma zmiennymi pozostaje ocena własnej powierzchowności, atrakcyjności fizycznej (odpowiednio:  $r=0,40$  i  $r=0,44$ ); wysokie są też proporcje osób oceniających się pod tym względem pozytywnie lub raczej pozytywnie (86%).

Można by więc na tej podstawie konkludować, że samopoczucie Polaków związane ze sferą zrelatywizowaną do życia seksualnego jest raczej dobre. Postrzeganie siebie jako atrakcyjnego, sprawnego i zadowolonego partnera idzie także w parze ze zdolnością do przeżywania orgazmu, choć zależności te są już nieco mniej wyraźne. Częstość przeżywania orgazmu nie jest więc tak silnym komponentem udanego życia seksualnego, jak możliwości i umiejętności czy oceny natury estetycznej, odnoszące się do urody i atrakcyjności fizycznej. Nie dysponujemy tu niestety żadnymi danymi, które mogłyby ponadto naświetlić rolę emocji, czy wręcz miłości, dla oceny udanego życia seksualnego, jako że nie były one przedmiotem analizowanego tu badania. Z badań innych autorów wiadomo jednak, że wartość życia seksualnego jest także silnie postrzegana, zwłaszcza przez kobiety, jako czynnik budujący szczególną intymność i bliskość z drugą istotą ludzką (Hite 1976).

Warto tu podkreślić, że ani płeć, ani wykształcenie nie różnicują w wyraźniejszy sposób przedstawionych wyżej ocen. Tylko w przypadku przeżywania orgazmu kobiety deklarują wyraźnie niższą jego częstotliwość w porównaniu z mężczyznami ( $r=-0,41$ ), co potwierdza wyniki uzyskane w wielu klasycznych badaniach (Masters i Johnson 1970; Hite 1976). Spośród analizowanych zmiennych charakteryzujących pozycję społeczną tylko sytuacja materialna (ocena subiektywna) współwystępowała

w wyraźniejszy sposób z ocenami zrelatywizowanymi do sfery seksu. Lepsza ocena sytuacji materialnej sprzyjała lepszym ocenom własnego życia seksualnego oraz swojej atrakcyjności fizycznej (odpowiednio:  $r=0,19$ ,  $r=0,20$ ). Zamożność niewątpliwie stanowi środek, za pomocą którego można osiągnąć wiele atrybutów składających się na urodę życia – na poprawę własnej powierzchowności czy kształtowanie swojego środowiska w sposób ułatwiający „organizację” życia seksualnego czy zapewniających mu właściwą oprawę i atmosferę. Wszystko to niewątpliwie sprzyja uatrakcyjnieniu życia seksualnego. Z drugiej strony, należy jednak pamiętać (co wynika z wielu badań – na przykład Beskid 1991, 1993), że subiektywne wskaźniki sytuacji materialnej są wypadkową wielu czynników i oprócz statusu materialnego odzwierciedlają także ogólne poczucie zadowolenia z życia. Udanę, satysfakcjonujące życie seksualne może więc również wpływać na ogólne oceny życia, łącznie ze zmniejszeniem postrzegania wagi niedostatków finansowych.

Zadowolenie z życia seksualnego spada nieco wraz ze wzrostem wieku, choć nie w stopniu, który sugerowałby, że z upływem czasu staje się ono zupełnie nieatrakcyjne ( $r=-0,14$ ), eliminując oczekiwania w tym zakresie. Ocena życia seksualnego pozostaje także w związku z oceną stanu zdrowia ( $r=0,27$ ). Jest to niewątpliwie zależność o charakterze dwukierunkowym. Zarówno dobre zdrowie wspomaga satysfakcjonujący seks (szczególnie jeżeli tak wyraźną jego komponentą jest sprawność seksualna), jak i odwrotnie. Z drugiej jednak strony, doświadczenie kliniczne wskazuje, że ani poważne choroby, ani kalectwa nie rugują popędu seksualnego, nie wykluczają też możliwości satysfakcjonującego pożycia (Heslinga i in. 1974). Dobre zdrowie nie musi więc być warunkiem koniecznym udanego życia seksualnego.

Przyglądając się przedstawionym wyżej wynikom odnosimy wrażenie, że udane życie seksualne w większym stopniu zależy od atrybutów, doświadczeń i opinii związanych ze sferą seksu niż jakichkolwiek cech strukturalnych. Potwierdzają to wyniki regresji wielorakiej, w której zmiennymi wyjaśniającymi były



prezentowane dotychczas korelaty udanego życia seksualnego: zarówno cechy strukturalne, jak i zmienne charakteryzujące sferę seksu. Poniższa tabela przedstawia rozłączny wpływ tych zmiennych.

**Tabela 22.** Wpływ cech i opinii respondentów na ocenę swojego życia seksualnego jako udanego. Wyniki analizy regresji wielorakiej (stepwise)

Cechy, opinie	Wagi beta
Sprawność seksualna, umiejętności	0,30**
Częstość stosunków	0,19**
Atrakcyjność fizyczna	0,19**
Liczba partnerów w życiu	0,17**
Częstość osiągania orgazmu	0,15**
Ocena sytuacji materialnej	0,06*
Posiadanie stałego partnera/ów	0,04
R <sup>2</sup>	0,35

\*\*p < 0,001

\*p < 0,01

Źródło: PBS 1997.

W przedstawionym w tabeli 22 modelu poza równaniem znalazły się następujące zmienne: wiek, płeć, wykształcenie, wielkość miejsca zamieszkania oraz ocena stanu zdrowia. Tak więc rola wszystkich zmiennych zamieszczonych w tabeli 22 była większa w wyjaśnianiu zależności ocen udanego życia seksualnego od ocen stanu zdrowia i zmiennych strukturalnych (oprócz oceny sytuacji materialnej). Zmienne te, po ponownym wprowadzeniu do analizy regresji jako odrębny blok, wyjaśniły 12% wariacji i uszeregowały się następująco (według wielkości wag beta): stan zdrowia, sytuacja materialna, wielkość miejsca zamieszkania, wiek oraz wykształcenie. W dalszym ciągu poza równaniem pozostała jednak płeć.

Fakt, że w świetle przeprowadzonych analiz płeć nie różnicuje satysfakcji odnoszonej z życia seksualnego, nie oznacza, że nie podlega ona zróżnicowaniu. Z jednej strony, różnice takie mogłyby wystąpić przy zastosowaniu innych niż dostępne w naszym materiale zmiennych wyjaśniających, z drugiej – możliwa

jest także sytuacja, w której różnice takie niejako znoszą się wzajemnie przy łącznym rozpatrywaniu obu płci. Tę drugą możliwość przedstawia tabela 23.

**Tabela 23.** Wpływ cech i opinii kobiet i mężczyzn na ocenę życia seksualnego jako udanego. Wyniki analiz regresji wielorakiej (wagi beta)

Cechy, opinie o udanym życiu seksualnym	Mężczyźni		Kobiety	
	beta	ranga	beta	ranga
Sprawność, umiejętności	0,29**	1	0,31**	1
Atrakcyjność fizyczna	0,27**	2	0,13**	6
Częstość stosunków	0,17**	3	0,24**	2
Liczba partnerów w życiu	0,14**	4	0,18**	4
Częstość osiągnięcia orgazmu	0,09*	5	0,19**	3
Wiek	-0,08*	6	poza równ.	
Sytuacja materialna	poza równ.		0,14**	5
Wykształcenie	poza równ.		0,06	7
Posiadanie stałego partnera/ów	poza równ.		poza równ.	
R <sup>2</sup>	0,33		0,41	

\*\*p < 0,001

\*p < 0,01

Źródło: PBS 1997.

Porównanie wyników analizy dla obu płci pokazuje wyraźnie odmienną rolę poszczególnych zmiennych w wyjaśnianiu satysfakcjonującego życia seksualnego. Przede wszystkim warto wskazać, że opinie i cechy użyte w analizie tłumaczą większy procent zmienności udanego życia seksualnego w przypadku kobiet niż mężczyzn, a zatem w przypadku tych pierwszych istnieje większy obszar zróżnicowania, który należałoby objaśnić całkiem innymi zmiennymi. Porównanie wagi poszczególnych zmiennych wskazuje na odmienne ich konfiguracje. W obu grupach udane życie seksualne jest na pierwszym miejscu powiązane z umiejętnościami, możliwościami i sprawnością<sup>21</sup>. W przy-

<sup>21</sup> Pewne trudności interpretacyjne tej kategorii stwarza fakt, że sprawność seksualna i umiejętności są tu potraktowane łącznie, chociaż reprezentują inny rodzaj doświadczeń. Wydaje się, że o ile kategoria umiejętności odnosi się zarówno do mężczyzn, jak i kobiet, kategoria sprawności odnosi się w większym stopniu do mężczyzn.



padku mężczyzn jednak większą rolę dla odczuwania satysfakcji seksualnej, niż w przypadku kobiet, odgrywa samoświadomość, że jest się osobą atrakcyjną fizycznie, co zdaje się przeczyć potocznym przekonaniom, choć jest zgodne z wynikami innych badań (Bernard 1964). Drugą cechą, nieco bardziej istotną dla mężczyzn niż kobiet, jest posiadanie więcej niż jednego partnera(ki). W przypadku kobiet znaczną wartość dla poczucia, że ich życie seksualne jest udane ma częstość stosunków, ale zaraz potem osiągnięcie orgazmu. U mężczyzn częstość stosunków jest podobnie istotna, jednak rola orgazmu jest relatywnie mniejsza. Być może orgazm jest tu postrzegany jako „automatyczne” niejako zakończenie stosunku, a więc nie warto o tym mówić.

Wśród mężczyzn pewien – acz niewielki – wpływ na jakość życia seksualnego ma także wiek, który z kolei nie pojawia się jako istotny czynnik wśród kobiet. Wiąże się to – jak można sądzić – nie tylko z obniżającą się wraz z upływem wieku sprawnością seksualną mężczyzn, a raczej niezmienną wśród kobiet, ale także z istniejącym jeszcze kulturowym wzorcem, oczekującym od starszych kobiet (po menopauzie) całkowitej aseksualności (Oakley 1972), ograniczającym tym samym ich oczekiwania związane z życiem seksualnym w starszym wieku.

Kolejną różnicę stanowi też pewna rola, jaką wśród kobiet odgrywają czynniki statusowe – sytuacja materialna i wykształcenie – nie mające znaczenia w przypadku mężczyzn. Wyższa pozycja społeczna kobiet sprzyja zatem osiągnięciu przez nie bardziej satysfakcjonującego życia seksualnego – choć zależność nie jest wysoka – a satysfakcja mężczyzn w tym względzie jest niezależna od pozycji społecznej. Satysfakcja seksualna w przypadku obu płci jest też niezależna od posiadania i liczby stałych partnerów.

### *3.8. Posługiwanie się wsparciem społecznym*

Umiejętność korzystania i zdolność zapewnienia sobie wsparcia społecznego jest coraz częściej wymieniana jako czynnik skutecznie kształtujący zdrowie – pozytywny i zapobiegający negatywnemu, sprzyjającemu chorobom działaniu potencjal-

nych stresorów. Posługiwanie się wsparciem społecznym jest jedną ze strategii zmagania się czy też radzenia sobie z obciążeniami psychicznymi wynikłymi ze stresu. Ze względu na społeczny, interakcyjny charakter tej strategii jest ona w większym stopniu niż inne, z natury swej psychologiczne, przedmiotem zainteresowania socjologów.

Wzmoczone zainteresowanie „prozdrowotnym” wpływem wsparcia społecznego datuje się od połowy lat siedemdziesiątych, kiedy systematyczny przegląd dotychczas prowadzonych badań nad czynnikami sprzyjającymi zdrowiu, a zwłaszcza nad specyficznymi społecznościami (na przykład żyjącą w znacznej izolacji sektą anabaptystów amerykańskich – hutterytów [Eaton i Weil 1953]), charakteryzującymi się pozytywnymi wskaźnikami zdrowia doprowadził do konstatacji, że taką ochronną rolę może pełnić oparcie, jakie jednostka znajduje wśród bliskich sobie osób w trudnych, stresujących sytuacjach życiowych. Wsparcie społeczne znalazło się także w późniejszej, niezwykle popularnej, salutogenetycznej koncepcji Antonovsky’ego (1995) jako jeden z elementów poczucia koherencji, a mianowicie poczucia zaradności (umiejętność korzystania z zasobów, którymi dysponują inni). Inspiracją dla tej koncepcji stały się prowadzone przez Antonovsky’ego badania kobiet, które przeżyły koszmar obozów koncentracyjnych, a mimo wszystko zachowały dobre zdrowie.

Wyniki badań psychologicznych nad reakcjami ludzi na krytyczne wydarzenia życiowe przyczyniły się do upatrywania we wsparciu społecznym „bufora” dla negatywnych skutków działania stresów (Caplan 1974; Cobb 1976). Doprowadziło to z czasem do upowszechnienia się przekonania, że wsparcie to stanowi rodzaj panaceum na różne problemy i trudności życiowe. Jednak bardziej wnikliwa analiza prac empirycznych na ten temat wykazała, że problem wsparcia społecznego jest znacznie bardziej skomplikowany, a niejednoznaczne wyniki badań są spowodowane brakiem wspólnych ram koncepcyjnych i brakiem odpowiedniego zaplecza teoretycznego (Sęk 1993). Warto także zdać sobie sprawę, że niejako wbrew powszechnemu aplauzowi dla wsparcia społecznego, kwestia wyboru strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami jest właściwością bardzo indywidualną.



alną. Są osoby, które w obliczu stresu poszukują obecności innych ludzi, ale także takie, które świadomie wybierają samotne zmaganie się z przeciwnościami (Heszen-Niejodek 1996) i nie ma podstaw, aby przypuszczać, że sposób przez nie wybrany jest w ich przypadku i w określonej sytuacji mniej skuteczny czy bardziej obciążający.

Oczywiście, rola właściwych relacji międzyludzkich, wsparcia społecznego doceniana była w medycynie znacznie wcześniej. Wielu lekarzy-humanistów doceniało wpływ otoczenia społecznego na samopoczucie i zdrowie człowieka, a także rolę wzajemnego zrozumienia i wspomagania dla niwelowania skutków stresujących i chorobotwórczych przeżyć, zanim zostały one poparte wynikami badań prowadzonych na szerszą skalę. W Polsce pisał o tym lekarz i ekolog Julian Aleksandrowicz (1985). Jednak w badaniach i programach z zakresu zdrowia publicznego koncentrowano się przede wszystkim na jego pozytywnych, leczniczych skutkach dla osób chorych (Cassel 1974), a więc raczej funkcjach terapeutycznych niż prewencyjnych. Negatywne skutki braku bliskich relacji, spójności społecznej i klarownych reguł życia społecznego dla zdrowia psychicznego były także znane socjologom od czasów Durkheima. Jego koncepcja samobójstw anomicznych wskazywała na społeczne skutki osłabienia więzi społecznych i integracji w grupach pierwotnych. Wiedza ta nie była jednak należycie wykorzystywana w programach mających na celu kreowanie pozytywnego zdrowia psychicznego, nieznanym też był mechanizm, poprzez który relacje z innymi miały oddziaływać na zdrowie.

Późniejsze badania, których celem było zbadanie natury związku między wsparciem społecznym a zdrowiem pozytywnym, przyniosły różne możliwości interpretacyjne mechanizmu jego działania – od roli faktycznie otrzymanej, konkretnej pomocy (na przykład materialnej) poprzez uzyskiwanie wsparcia emocjonalnego do roli subiektywnego poczucia jednostki, poczucia pewności, że w potrzebie takie oparcie otrzyma – w zasadzie potwierdzając jakąś pozytywną rolę każdego z nich. Według Cobba (1976) wsparcie społeczne dostarcza jednostce trzech podstawowych informacji: że jest podmiotem otaczanym zainteresowaniem i miłością, że jest ceniona i że jest elementem sieci wspólnych relacji i wzajemnych obligacji.

Ponieważ istotna część wsparcia społecznego to wsparcie emocjonalne, a to z kolei przybiera najczęściej postać rozmowy, warto odwołać się do etnometodologicznych interpretacji rozmowy i jej roli w relacjach międzyludzkich. Używając określenia Garfinkela (1967), rozmowa jest „lingwistycznym narzędziem interakcji”, które dostarcza określeń pozwalających uprawomocnić i znormalizować trudne czy niepokojące sytuacje. Rozmowa pozwala nadać różnym wydarzeniom interpretacje, dzięki którym otaczający nas świat wydaje się bardziej zrozumiały i racjonalny oraz przewidywalny. Pozwala nadać pewien sens określonej, stresującej sytuacji, znaleźć wyjaśnienia, dlaczego przydarzyła się ona właśnie nam, dowiedzieć się, że podobne sytuacje zdarzają się także innym i jak uniknąć przykrych następstw dalszego rozwoju sytuacji. Taki aspekt wsparcia społecznego pozwala nam „oswoić stres”, który w ten sposób staje się dla nas mniej zagrażający. Niezinterpretowane doświadczenie z kolei nie pozwala się z nim pogodzić czy znaleźć właściwe rozwiązania, a przedłużający się stres prowadzi do niekorzystnych efektów zdrowotnych.

Lazarus (1997) wymienia różne konfiguracje poszczególnych elementów wsparcia, z których każdy może niezależnie wpływać na zachowanie jednostki w sytuacji stresu: (a) postrzegane subiektywnie jako dostępne, (b) dostarczane w potrzebie, (c) przyjmowane, (d) poszukiwane lub wykorzystywane w stresujących wydarzeniach. Pokazuje to znaczny obszar badawczy, w którym należałoby poszukiwać czynników sprzyjających „uruchamianiu” wsparcia społecznego, a więc obecnych w obrębie społeczności (systemy wartości, wzory zachowań i interakcji międzyludzkich, wrażliwość na problemy innych, ale także istnienie specyficznych instytucji pomocowych), jak i czynników charakteryzujących jednostkę przeżywającą trudności – w jakim stopniu akceptuje pomoc innych i umie skorzystać z możliwości potencjalnego wsparcia (dostrzec je, zwrócić się o pomoc, skorzystać z pomocy). Tak więc „buforowy” efekt wsparcia społecznego jest modyfikowany zarówno czynnikami osobowościowymi, takimi jak zdolności do inicjowania, poszukiwania więzi dających potencjalną gwarancję wsparcia, oraz subiektywnym poczuciem potrzeby wsparcia i zdolnością do wykorzystania go



(Sęk 1993), jak i czynnikami społecznymi, a więc obiektywnie istniejącą siecią społeczną – siecią kontaktów i powiązań z innymi osobami, grupami czy instytucjami społecznymi. Wśród tych ostatnich szczególną rolę należy przypisać rodzinie, a zwłaszcza partnerom małżeńskim, przyjaciółom czy sąsiadom, a także instytucjom i systemom powołanym do tego, aby taką pomoc i wsparcie zapewniać. Wiele badań empirycznych potwierdza, że osoby pozostające w związkach małżeńskich charakteryzują się na ogół lepszym zdrowiem i przeciętnie dłuższym życiem niż wdowy i wdowcy. Jednak interpretacje tego faktu mogą być bardzo różne (Ostrowska 1991) i niekoniecznie wspierać wyłącznie hipotezę o prozdrowotnej roli wzajemnego wspierania się małżonków. Warto tu także pamiętać o tym, że rodzina czy małżeństwo może stanowić nie tylko źródło podtrzymania, ale także stresów. Problematyka wpływu korzystania ze wsparcia społecznego na zachowanie zdrowia wymaga więc jeszcze odpowiedzi na wiele pytań.

Dotychczasowe badania nad funkcjonowaniem systemów wsparcia społecznego skupiały się głównie na rodzinie lub instytucjach formalnych do tego powołanych. Stosunkowo mniej znamy więc społeczne charakterystyki osób oferujących i otrzymujących wsparcie na innych zasadach – specyficzne kontrakty zawierane między nimi, wartości im przyświecające czy miejsce oferowania i otrzymywania pomocy w codziennych wzorach życiowych przeciętnych ludzi. Wyjątek stanowią tu liczne badania socjologiczne nad rolą wsparcia społecznego oferowanego przez grupy wzajemnej pomocy, jednak dotyczą one niemal wyłącznie sytuacji, gdzie wsparcie to jest oferowane osobom zdefiniowanym jako chore, niepełnosprawne lub posiadające wspólny problem (na przykład grupy alkoholików) [Hatch i Kickbusch 1983], a nie osobom zdrowym, które całkiem indywidualnie przeżywają trudne czy wręcz dramatyczne sytuacje życiowe.

Z punktu widzenia naszych rozważań warto się zastanowić nad otrzymywaniem i udzieleniem wsparcia społecznego jako elementem stylu życia. Jeżeli przyjąć (Siciński 1977), że styl życia to zakres i formy codziennych zachowań specyficznych dla określonej zbiorowości lub określonej jednostki, tj. charakterystyczny „sposób bycia” w społeczeństwie, to niewątpliwie zasada

„brania” od innych i „dawanie” innym może być elementem sterującym takimi zachowaniami. W przypadku wsparcia społecznego udzielanego w trudnych sytuacjach życiowych możemy mieć jednak do czynienia zarówno z wzorami stałych, powtarzających się i możliwych do przewidywania zachowań, mających cechy stylu życia (roszczeniowe i altruistyczne sposoby życia byłyby ich skrajnymi przykładami), jak i z jednorazowymi zachowaniami wyzwalanymi w jedynych, niepowtarzalnych sytuacjach. Z punktu widzenia prozdrowotnych funkcji wsparcia społecznego te pierwsze zdają się pełnić ważniejszą rolę, szczególnie jeżeli wziąć pod uwagę te jego zadania, które sprowadzają się nie tylko do efektywnych działań, ale antycypacji pomocy, subiektywnego poczucia, że można je uzyskać, gdy zajdzie taka potrzeba.

Wyniki badania zrealizowanego w 1995 roku (IFiS PAN) wskazują, że ogromna większość osób w naszym kraju (87%) ma wokół siebie osoby, na których pomoc i wsparcie może liczyć w trudnych sytuacjach. Jeżeliby więc wziąć pod uwagę hipotezę mówiącą o istotnym wpływie samej świadomości posiadania wsparcia dla uporania się ze stresem związanym z trudną sytuacją, wynik ten należałoby uznać za bezwzględnie pozytywny. Jednak w praktyce – jak wskazują wyniki tego samego badania – znacznie mniej osób odwołuje się do pomocy innych. W przypadku skłaniania się ku hipotezie, że liczy się przede wszystkim efektywnie otrzymane wsparcie, osób korzystających z niego jest znacznie mniej. Tabela 24 przedstawia różne sposoby reagowania na trudne sytuacje.

Tabela 24. Sposoby reagowania na trudne sytuacje (w %)

Sposoby reagowania	Częstość poszczególnych reakcji				
	zawsze i prawie zawsze	dość często	dość rzadko	nigdy prawie nigdy	trudno powiedzieć
Poszukuje wsparcia innych	23,2	33,6	30,9	10,1	2,2
Idzie do kościoła	11,4	25,9	24,6	34,7	3,4
Przezwycięża sam	44,3	40,0	11,8	1,9	2,0
Fatalistycznie akceptuje	19,1	26,2	24,1	25,4	5,1

Źródło: IFiS PAN 1995.



Powyższe dane tylko w sposób orientacyjny informują nas o zachowaniach ludzi w trudnych sytuacjach nie tylko dlatego, że nie wyczerpują wszystkich możliwych sposobów reagowania, ale także dlatego, że nie wiemy, jakie konkretnie trudne sytuacje respondenci mieli na myśli (być może – były zbyt błahe, aby obciążać nimi innych). Nie wiemy też, do kogo zwracali się o pomoc, tym samym nie jesteśmy w stanie odtwarzać elementów sieci (*network*) składających się na dostępne im systemy wsparcia. Wyniki badań amerykańskich (Litvak i Szelenyi 1974) sugerowałyby, że z istniejącego systemu wsparcia ludzie wybierają na ogół konkretne, wspomagające osoby nie ze względu na bliskość relacji z nimi, ale rodzaj sprawy wymagającej pomocy. To racjonalne postępowanie, charakterystyczne dla społeczeństwa amerykańskiego, niekoniecznie jednak musi się potwierdzić w innych społeczeństwach, opartych na innych więziach i tradycjach stosunków międzyludzkich. Z badań polskich wynikałoby raczej (Ostrowska i Sikorska 1995; Firkowska-Mankiewicz 1997), że najbardziej typowe grupy wsparcia w Polsce stanowią rodziny i krewni. Zastrzec wreszcie należy, że problematyka ta bardziej poddaje się technikom charakterystycznym dla badań jakościowych niż ilościowych.

Niewątpliwie jednak posługiwanie się wsparciem nie jest tak powszechne, jak jego deklarowana dostępność. Proporcjonalnie więcej osób zmagających się z trudnościami samotnie, niż korzysta ze wsparcia innych ludzi, jeszcze rzadziej jest to odwołanie się do pomocy Boga, co także oczywiście może stanowić ważne źródło oparcia psychicznego.

Analiza korelatów poszczególnych zachowań wskazuje, że w niewielkim stopniu są one zróżnicowane cechami demograficzno-społecznymi. Wsparciem społecznym nieco częściej posługują się kobiety niż mężczyźni oraz osoby pozostające w związkach małżeńskich niż samotne, co jest wynikiem dość oczywistym. Nieco innymi korelatami charakteryzuje się poleganie wyłącznie na sobie, co pokazuje, że strategia ta nie jest prostą odwrotnością polegania na innych. Wprawdzie mężczyźni nieco częściej pokonują swoje trudności samotnie ( $r = 0,14$ ), ale nie ma tu już takiego znaczenia stan cywilny, natomiast niewielkie znaczenie ma wielkość miejsca zamieszkania, która utrzymuje się przy

kontroli wykształcenia. Mieszkańcy większych miast mają wyraźniejszą tendencję do rozwiązywania swoich problemów wyłącznie własnymi siłami, co prawdopodobnie ma związek z większym wyalienowaniem mieszkańców dużych miast z takich wspólnot, jak rodziny wielopokoleniowe, grupy sąsiedzkie, parafialne itp. Natomiast praktycznie żadnej roli w przypadku obu zachowań nie odgrywa ani wiek, ani wykształcenie.

Warto też dodać, że ani poszukiwanie wsparcia u innych, ani samotne zmaganie się z trudnościami nie wykazuje żadnego związku z przyjmowaniem farmakologicznych środków uspokajających. (Można by bowiem oczekiwać, że osoby pozbawione pomocy, wsparcia będą miały tendencję do używania innych pomocnych środków). Ten sposób zwalczania negatywnych skutków doświadczanych stresów jest jednak zupełnie niezależny od tego, czy zmagamy się ze stresem samotnie, czy z pomocą innych. Nie jesteśmy niestety w stanie prześledzić związku między korzystaniem ze wsparcia społecznego a piciem alkoholu (dane na ten temat pochodzą z różnych badań). Interesujące byłoby sprawdzenie, na ile alkohol sprzyja wzajemnemu pocieszaniu się, a na ile leczeniu ran w samotności.

Istnieje natomiast tendencja współwystępowania dyspozycji do poszukiwania wsparcia społecznego i palenia papierosów. Oznaczać ona może, że palenie papierosów jako środek uspokajający „nerwy” nie jest alternatywą dla posługiwania się wsparciem, natomiast jest czynnością towarzyską, sprzyjającą zwierzeniom. Z problemem tym wiążą się pewne negatywne aspekty wsparcia społecznego, mianowicie promujące zachowania nieadaptacyjne z punktu widzenia zdrowia; innym ich przykładem jest używanie narkotyków (Rodin i Salovey 1997).

Dostępne, analizowane przez nas dane tylko w bardzo niewielkim stopniu pozwoliły naświetlić posługiwanie się wsparciem społecznym. Problematyka ta jest niewątpliwie warta bardziej szczegółowych badań, w chwili obecnej bowiem jest więcej pytań niż odpowiedzi. Warto jednak raz jeszcze odwołać się do możliwości, które stwarza warsztat badań jakościowych, lepiej odtwarzających owe specyficzne relacje międzyludzkie i społeczny kontekst, w jakim do nich dochodzi.



### 3.9. Zachowania związane ze zdrowiem a oceny stanu zdrowia

Zadaniem, jakie postawiliśmy sobie w tym rozdziale, było prześledzenie rozpowszechnienia poszczególnych zachowań zdrowotnych, elementów prozdrowotnego stylu życia Polaków i poszukiwanie ich społecznych uwarunkowań. Przedmiotem naszych rozważań były więc preferencje żywieniowe, konsumpcja alkoholu i tytoniu, aktywność fizyczna, utrzymywanie należytej wagi ciała, korzystanie z profilaktyki medycznej, zachowania seksualne, jakość snu i posługiwanie się wsparciem społecznym. Rozpatrywane częstości występowania tych zachowań i uwzględnienie ich prozdrowotnych *versus* ryzykownych dla zdrowia skutków sugeruje, że zachowania służące zdrowiu ciągle jeszcze nie są dostatecznie rozpowszechnione w naszym kraju. Analiza korelatów tych zachowań wskazuje natomiast, że najsilniej są one determinowane przez płeć i wiek, a dopiero na dalszych miejscach przez zmienne związane z pozycją społeczną.

Płeć różnicowała wszystkie rozpatrywane zachowania i poza sferą aktywności fizycznej wskazywała na znacznie większą częstość zachowań prozdrowotnych wśród kobiet. Wiek nie miał tylko znaczenia przy posługiwaniu się wsparciem społecznym, był zaś istotnym czynnikiem różnicującym we wszystkich pozostałych zachowaniach. Jego rola nie była jednak tak jednoznaczna jak miało to miejsce w przypadku płci. Tak więc, z jednej strony, wzrost wieku sprzyjał na przykład pewnym korzystnym nawykom żywieniowym (redukcja tłuszczów zwierzęcych), z drugiej także niekorzystnym (małe spożycie owoców i warzyw). Z kolei zależność między wiekiem a piciem alkoholu i paleniem tytoniu ma charakter krzywoliniowy. Konsumpcja obu tych używek wzrasta wraz z wiekiem, osiągając najwyższe wartości w średnich jego przedziałach, po czym obniża się systematycznie i stabilizuje na niskim poziomie w grupie wieku powyżej 70 lat.

Korzystny wpływ na prowadzenie prozdrowotnego stylu życia miało wykształcenie, choć jego rola nie była widoczna we wszystkich analizowanych wymiarach. Wpływ wykształcenia – co warto podkreślić – był wyraźniejszy od wpływu dochodu. Istotną rolę pełnił także stan cywilny (posiadanie współmałżonka), jakkolwiek – podobnie jak w przypadku wieku – w pewnych

sytuacjach oddziaływał korzystnie, a w innych nie (na przykład sprzyjał ograniczaniu palenia, ale też spożywaniu tłustszych gatunków mięs). Zaobserwowaliśmy także pewne dość słabe, ale istotne statystycznie związki między częstością występowania niektórych zachowań a wielkością miejsca zamieszkania. Związki te utrzymujące się także przy kontroli takich zmiennych, jak wiek, wykształcenie, zamożność pozwalają nam przypuszczać, że pewne zachowania zdrowotne są nie tylko powiązane z płcią, wiekiem czy czynnikami statusowymi, ale także stanowią odrębne elementy miejskiego i wiejskiego stylu życia. W sumie jednak rola tej zmiennej jako korelatu zachowań zdrowotnych okazała się niewielka. Wskazuje to na postępującą unifikację stylów życia na wsi i w mieście, co – jak można sądzić – wiąże się z rozpowszechnianiem się wzorów charakterystycznych dla kultury masowej (Siciński 1977).

Zastanawiając się – zgodnie z przyjętą koncepcją Cockerhama – jaką informację na temat dostępności możliwości dokonywanych wyborów zawierają w sobie te korelaty, należałoby wnioskować, że w przypadku analizowanych zachowań opcje te były silniej wyznaczone biologicznymi i społeczno-kulturowymi czynnikami (z jednej strony, normy i wzory ustalające właściwe zachowania dla określonego wieku i płci, z drugiej – odmienne biologiczne charakterystyki organizmów mężczyzn i kobiet oraz osób w różnym wieku) niż – ogólnie rzecz biorąc – zmiennymi statusowymi. Tu znacznie wyraźniejsza była rola kapitału wiedzy, jaki zapewnia wykształcenie (bardziej rozległa świadomość zdrowotna) niż rola kapitału materialnego, zapewniającego generalnie więcej możliwych wyborów. Nie oznacza to oczywiście, że zachowania związane ze zdrowiem są całkiem niewrażliwe na pieniądze. Rola czynnika materialnego ukazałaby się nam niewątpliwie, gdybyśmy zapytali o rodzaje alkoholi, jakie się pije, wyrafinowanie potraw, jakie się spożywa czy sprzęt sportowy, jaki się posiada. Odmienność ta, interesująca z punktu widzenia różnic społecznych kryjących się pod różnymi stylami życia, nie ma jednak takiego znaczenia dla zdrowia. Skoro jednak rozważamy zależność między sytuacją materialną a zdrowiem należy jeszcze raz przypomnieć, że mówimy tu tylko o tej części pola zdrowia, która jest wyjaśniana elementami stylu życia – i tylko



ich występowanie nie jest związane z sytuacją materialną. Sytuacja materialna jednak wpływa bezpośrednio na zdrowie poprzez tę część jego pola, która jest determinowana czynnikami środowiskowymi (warunki życia, warunki mieszkaniowe, bezpieczeństwo socjalne, ekspozycja na czynniki szkodliwe itd.).

Interesujące pytanie, które warto by postawić na zakończenie tego rozdziału – dotyczy tego, jak poszczególne zachowania przyczyniają się do wyjaśnienia zmienności stanu zdrowia (w przypadku dostępnych dla nas materiałów – mierzonego jego samoocena). Jednak ze względu na to, że dane, którymi tu dysponujemy, pochodzą z różnych badań, nie jesteśmy w stanie przedstawić takiej zależności w postaci jednego równania. Możemy tylko pokazać zależności (współczynniki korelacji), jakie zanotowaliśmy w poszczególnych zestawach danych między ocenami stanu zdrowia a poszczególnymi zachowaniami i praktykami związanymi ze zdrowiem. Warto nadmienić, że przy kontroli tych zależności przez płeć i wiek (a więc zmienne najbardziej interferujące zarówno w oceny zdrowia, jak i wyznaczające zachowania zdrowotne) okazuje się, że płeć praktycznie nie ma wpływu na wysokość współczynników, natomiast wiek oddziałuje na nie w sposób bardziej widoczny.

Jak więc widać, realizacja zachowań zdrowotnych przez kontakt z medycyną (wykonywanie wszelkiego rodzaju badań kontrolnych) jest związana z gorszym stanem zdrowia, co – jak już wspominaliśmy w tej książce – oznacza, że nie są one włączane do prozdrowotnych praktyk osób, które uważają się za zdrowe. Wyjątek stanowią tu badania cytologiczne, które wykonywane są częściej przez kobiety zdrowe, ale tylko w młodszym wieku. Aktywność fizyczna, satysfakcjonujące życie seksualne i dobry sen sprzyjają dobrym ocenom stanu zdrowia, choć należy pamiętać, że zależności te mają charakter dwukierunkowy. Z gorszymi ocenami stanu zdrowia współwystępuje częstsza konsumpcja alkoholu, przyjmowanie środków uspokajających, a także posiadanie nadmiernej wagi ciała. Nie zanotowaliśmy natomiast żadnego związku między ocenami stanu zdrowia a paleniem papierosów, ani też przyjmowaniem witamin i ograniczaniem tłuszczów zwierzęcych w diecie. Elementy stylu życia ludzi, którzy uważają się za zdrowych, można by więc przed-

**Tabela 25.** Zależności między ocenami stanu zdrowia a zachowaniami związanymi ze zdrowiem. Współczynniki korelacji  $r$  Pearsona

Zachowania związane ze zdrowiem	Wartość $r$	Wartość $r$ przy kontroli wieku
Częstość wizyt u lekarzy	-0,42**	-0,40**
Badania kontrolne	nieistotna	nieistotna
Pomiar ciśnienia krwi	-0,17**	-0,14**
Pomiar poziomu cholesterolu	-0,19**	-0,16**
Badania cytologiczne kobiet	0,10**	-0,03**
Palenie tytoniu	nieistotna	nieistotna
Częstość picia alkoholu	-0,25**	-0,13**
Unikanie tłuszczów zwierzęcych	nieistotna	nieistotna
Aktywność fizyczna	0,13**	0,09*
Przyjmowanie środków uspokajających	-0,23**	-0,20**
Przyjmowanie witamin	nieistotna	nieistotna
Wartość BMI (nadwaga)	-0,19**	0,04**
Jakość snu	0,49**	0,36**
Jakość życia seksualnego	0,27**	0,24**

\*\* $p < 0,001$

\* $p < 0,01$

Źródło: IFiS PAN 1995; GUS 1996; PBS 1997.

stawić w postaci następującej tendencji: rzadko chodzą do lekarzy, wykonują niewiele badań kontrolnych, unikają alkoholu i środków uspokajających w przypadku stresu, choć nie można tego powiedzieć o paleniu papierosów, zachowują prawidłową wagę ciała, i raczej dbają o aktywność fizyczną, dobrze śpią i pozytywnie oceniają swoje życie seksualne. Aktywność ta, jak i oceny stanu zdrowia zmieniają się wraz z wiekiem, a osłabieniu ulega także ich wzajemny związek. Jak stwierdziliśmy jednak wcześniej, nie układają się one w spójny wzór, który moglibyśmy określić jako styl życia wyodrębnionej w ten sposób kategorii społecznej.

Powyższe dane skłaniają do obserwacji, że oceny stanu zdrowia i ich korelaty (poza paleniem papierosów) potwierdzają w głównych zarysach wyniki badań epidemiologicznych, które doprowadziły do wykreowania zasad prozdrowotnego stylu życia, choć dotyczą one nieco innego wymiaru zdrowia (samo-



oceny, a nie wyników obiektywnych badań lekarskich). Wyniki te nie poddają się jednak łatwo jednoznacznej interpretacji. Badania prowadzone nad potocznym sensem pojęcia zdrowie pokazują bowiem, że jego oceny – w odróżnieniu od wewnętrznie jednolitych i porównywalnych kryteriów medycznych – są uwikłane w różne konteksty i uwarunkowania społeczne, a kryteria dobrego i złego zdrowia są bardzo zróżnicowane (Herzlich 1973; Puchalski 1994). Samooceny zdrowia odzwierciedlają bardzo różne koncepcje tego, co ludzie uważają za dobre zdrowie, jakie miejsce zajmuje ono w hierarchii innych wyznawanych przez nich wartości i czym jest w strukturze ich celów życiowych. Tym samym determinanty i korelaty samoocen stanu zdrowia nie muszą stanowić jednolitej materii. Jednak to właśnie zróżnicowanie pokazuje, że badania poszukujące związków stylu życia ze zdrowiem „subiektywnym” (niedoceniane przez medycynę) zasługują także na cykliczne, długofalowe badania, podobnie jak miało to miejsce w przypadku longitudinalnych badań medycznych. To bowiem na podstawie własnych koncepcji zdrowia, własnych ocen zdrowia i samopoczucia ludzie planują na ogół swoje życie i rozważają różne możliwe opcje dla swoich prozdrowotnych wyborów. Elementy stylu życia niewątpliwie mają wpływ na zdrowie, ale też postrzeganie w określony sposób własnego zdrowia, jego limitów i możliwości determinuje wybór odpowiednich sposobów dbania o nie.

Jest to niewątpliwie pole do działania dla promocji zdrowia, do której zadań należy kształtowanie samodzielnego, krytycznego myślenia i umiejętności określania przez człowieka, co jest dla jego zdrowia korzystne i potrzebne. Jak zauważa jednak Krzysztof Puchalski (1994) człowieka nie da się ukształtować do końca racjonalnie. Zawsze pozostanie istotą zagadkową, z której jakieś nowe okoliczności potrafią wydobyć to, co usiłowali wykorzenić z niego inżynierowie dusz – także ci, którzy konstruują maszynę promocji zdrowia.

### III

## Zróznicowania stanu zdrowia a style życia

### 1. Różnice i nierówności w sferze zdrowia

Jeżeli stylom życia ludzi i warunkom owe style determinującym przypisujemy tak znaczną rolę w kształtowaniu zarówno zdrowia indywidualnego, jak i zdrowotności społeczeństw warto się zastanowić, do jakiego stopnia mogą być one odpowiedzialne za istniejące nierówności w zdrowiu. Zróznicowanie stanu zdrowia występujące między określonymi segmentami populacji stanowi od dawna przedmiot badań i dociekań epidemiologii. W ciągu ostatnich dziesięcioleci zgromadziła ona rozległą i dobrze udokumentowaną wiedzę na temat społecznej dystrybucji zachorowań i umieralności z powodu chorób przewlekłych (Mechanic 1978; Tobiasz-Adamczyk 1992). Porównawcze analizy stanu zdrowia prowadzono najczęściej posługując się takimi zmiennymi, jak wiek, płeć czy różne wyznaczniki pozycji społecznej (klasa społeczna, wykształcenie, dochód).

Socjologiczne podejście do tej problematyki wskazuje, że przedmiotem wszystkich analiz były zarówno problemy różnic, jak i nierówności w zdrowiu. O ile przejawy jednego i drugiego zjawiska prezentują się jednakowo – stan zdrowia pewnych jednostek czy grup społecznych jest różny – ich moralna ewaluacja jest odmienna. Ciężar gatunkowy przyczyn tego stanu rzeczy może być pochodną specyficznej organizacji i struktury społeczeństwa, obowiązujących w nim norm i wartości (chroniących stan zdrowia jednych bardziej niż innych), może też wynikać



z parametrów biologicznych lub genetycznych. Z punktu widzenia społecznej dystrybucji dóbr czy sprawiedliwości społecznej niewątpliwie inna jest ocena różnic w stanie zdrowia wynikłych na przykład z naturalnego procesu starzenia się organizmu ludzkiego, niż różnic w zdrowiu związanych ze społecznym usytuowaniem jednostek w strukturze społeczeństwa. I chociaż nie jest tak, że za różnice w chorobowości czy umieralności pomiędzy poszczególnymi grupami wieku czy płci są odpowiedzialne wyłącznie czynniki biologiczne (ich zróżnicowany status w obrębie społeczeństwa ma bowiem także wpływ na istotne dla zdrowia warunki życia czy dostęp do opieki zdrowotnej) – to jednak zróżnicowania zdrowia związane, najogólniej rzecz biorąc, z klasą społeczną mogą być wyjaśniane niemal wyłącznie czynnikami społecznymi. Pokazują one najbardziej wyraziście, w jak znacznym stopniu zdrowie jest produktem społecznym, wytworem społeczeństwa. Jednak nawet w sytuacjach, w których mamy do czynienia wyłącznie z przyczynami biologicznymi, odpowiedzialnymi za gorszy stan zdrowia (na przykład wrodzone kalectwo), istnieją współcześnie silne oczekiwania społeczne, aby różnice te zmniejszać przez określone działania polityki społecznej. Bez nich bowiem, wskutek kumulacji negatywnych czynników społeczno-ekonomicznych, związanych ze złym zdrowiem, różnice przerodzą się w nierówności. W tym sensie, istnieją podstawy, aby wszelkie różnice rozpatrywać jako potencjalne nierówności.

Nierówności w zdrowiu, u podstaw których leżą czynniki społeczno-ekonomiczne, są generalnie oceniane jako niesłuszne i niesprawiedliwe. Coraz częściej w polityce zdrowotnej współczesnych społeczeństw pojawiają się postulaty eliminowania tych różnic czy postulaty „zdrowia dla wszystkich”. Zadanie to jednak staje się bardziej skomplikowane, gdy weźmiemy pod uwagę problem indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, choćby poprzez uwzględnienie realizacji zasad zdrowego stylu życia. Czy celem polityki zdrowotnej powinno być osiągnięcie „równości” w aktualnym zdrowiu czy też równości w możliwościach osiągania i zachowania zdrowia? Zdrowie nie jest jednakowo i automatycznie postrzegane przez wszystkich jako nadrzędny cel i często podporządkowane jest choćby celom ekonomicznym (Stronks i Gunning-Scheppers 1993). Każda jed-

nostka powinna mieć zagwarantowane prawo wolności dokonywania wyborów i planowania przez siebie swojego życia. Możliwość długiego życia, pozbawionego problemów zdrowotnych winna być więc także elementem indywidualnego wyboru. W tym kontekście eliminowanie różnic w zdrowiu powinno być interpretowane jako zapewnianie równości w możliwościach, szansach na bycie zdrowym, na zapewnieniu możliwości prozdrowotnych wyborów. Nie zakłada więc owa równość takiego samego zdrowia dla wszystkich, ile raczej taką społeczną dystrybucję determinant zdrowia (w każdym bądź razie tych, na które można mieć wpływ) – że każda jednostka ma potencjalnie takie same szanse na dobre zdrowie i długie życie. Przy zastosowaniu takiej zasady nierówności w zdrowiu nie mogą być z góry uznane za niesprawiedliwe, ocena taka zależy bowiem od układu czynników je powodujących.

W tej części książki rozważymy problemy związane z nierównościami i różnicami w stanie zdrowia. Skupimy się głównie na nierównościach związanych z odmiennością pozycji społecznej oraz różnicami generowanymi przez płeć. W przypadku tych ostatnich będziemy się mogli zastanowić, w jakim stopniu różnice te mają charakter nierówności. Czy odmiennosc ról społecznych, pozycji społecznych zajmowanych przez kobiety w społeczeństwie, a także zasady „kontraktów” między mężczyznami i kobietami, dotyczących tego, co „męskie” i tego, co „kobiece”, mają wpływ na tworzenie odmiennych warunków dla zachowania zdrowia przez obie płcie? Zgodnie z naszym głównym tematem, analizując istniejące różnice i nierówności w sferze zdrowia, będziemy się starali odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu mogą za nie być odpowiedzialne różnice w stylach życia.

## 2. Nierówności społeczno-ekonomiczne a zdrowie

### *2.1 Czynniki wyjaśniające zależność między pozycją społeczno-ekonomiczną a zdrowiem*

Choć różnice między stanem zdrowia osób z klas niższych i wyższych były znane epidemiologom od lat, tradycyjnie wyjaśniano je różnicami w materialnym standardzie życia oraz róż-



nicowanym dostępem do opieki medycznej. Punkt przełomowy w takim myśleniu, a zarazem inspirację do dalszych pogłębionych badań, stanowił opublikowany w roku 1980 w Wielkiej Brytanii raport Sir Douglasa Blacka (The Black Report). Raport ten wykazał dobitnie, że choć Wielka Brytania w latach poprzedzających jego ukazanie się była postrzegana jako kraj o populacji stosunkowo mało zróżnicowanej pod względem korzystania z wszelkiego rodzaju usług zdrowotnych (przede wszystkim ze względu na egalitarny system opieki zdrowotnej – National Health Service, ale także ogólne założenia *welfare state*), nierówności w zdrowiu pomiędzy poszczególnymi klasami nie tylko utrzymują się, ale w pewnych wymiarach ulegają pogłębieniu. Posługując się wskaźnikami chorobowości, niepełnosprawności, oczekiwanej długości życia i umieralności niemowląt stwierdzono, że pomimo generalnie poprawiających się wskaźników zdrowia Brytyjczyków, poprawa ta dokonała się wyłącznie w klasach średnich i wyższych<sup>1</sup>.

Interpretując istniejące nierówności w zdrowiu The Black Report wskazał na cztery rodzaje ich potencjalnych wyjaśnień, które stały się klasycznym modelem dla analiz nierówności społecznych w zdrowiu w ciągu następnych lat (Townsend i Davidson 1990; Aggleton 1992). Pierwsze z nich wskazywało na skomplikowane problemy pomiaru analizowanych zjawisk, w wyniku czego zaobserwowane nierówności mogą być w pewnym stopniu artefaktem; drugie wyjaśnienie pokazywało nierówności zdrowotne pomiędzy poszczególnymi klasami jako skutek selekcji w procesie ruchliwości społecznej; trzecie upatrywało źródła nierówności w deprivacji materialnej i wreszcie czwarte – w deprivacji kulturowej. Scharakteryzujemy bliżej te wyjaśnienia.

Wyjaśnienie upatrujące w nierównościach pewien artefakt jest związane ze sposobem zbierania i analizowania danych na temat zdrowia i sprowadza się do wykazania nieadekwatności między skomplikowaniem i wielowymiarowością analizowanej

---

<sup>1</sup> W raporcie tym posłużono się oficjalną klasyfikacją Rejestru Generalnego (Registrar General's Classification) publikującego statystyki umieralności. Dzieli ona społeczeństwo brytyjskie ze względu na posiadane pozycje społeczno-zawodowe na pięć podstawowych, hierarchicznie względem siebie ustawionych klas.

materii a metodami statystycznymi. Wyjaśnienie to nie zawiera tym samym żadnej hipotezy teoretycznej, a zatem możemy je wyłączyć z naszych dalszych rozważań.

Hipoteza selekcji społecznej wskazuje na możliwość, że stan zdrowia leży u podłoża mobilności społecznej i od urodzenia, a nawet wcześniej (w okresie prenatalnym) wpływa na szanse osiągnięcia pozycji społecznej w przyszłości. W świetle tego wyjaśnienia niska waga urodzeniowa, a następnie incydenty chorobowe w dalszym życiu zmniejszają szanse jednostek na osiągnięcie wysokich pozycji społecznych. Jeśli dla wyjaśnienia założymy – wzorem Nicki Hart (1993) – że mamy do czynienia z uproszczonym modelem społeczeństwa, które składa się z dwóch klas (biednych i bogatych), hipoteza selekcji zakładałaby, że istnieje stała, dwustronna wymiana członków obu klas wskutek mobilności w górę najzdrowszych jednostek z klasy biednych i mobilności w dół najbardziej chorowitych jednostek z klasy bogatych. W wyniku tej stałej wymiany, przeciętne zdrowie w klasie bogatych jest zawsze lepsze niż w klasie biednych, a istniejące różnice pogłębiają się. Wyjaśnienie to sugerowałoby zatem, że stwierdzenie związku między klasą społeczną a zdrowiem powinno być dokonywane nie w oparciu o aktualną przynależność klasową, ale według kryterium pochodzenia.

Pomimo tego, że wiele innych badań potwierdza związek pochodzenia społecznego, a także stanu zdrowia we wczesnych okresach życia z osiągnięciem przyszłej pozycji społecznej (Illsley 1980; Aggleton 1992), nie jest prawdopodobne, aby hipoteza ta była w stanie wyjaśnić genezę wszelkich nierówności w zdrowiu i długości życia obserwowanych pomiędzy poszczególnymi klasami społecznymi. Trudno bowiem przyjąć – a wynikałoby to z powyższego rozumowania – że zdrowie jest pewną genetyczną właściwością, w znacznym stopniu niezależną od czynników społecznych i ekonomicznych (Hart 1993).

Wyjaśnienie relatywnie gorszego zdrowia klas niższych deprivacją materialną – a więc gorszymi warunkami życiowymi, mieszkaniowymi, gorszymi warunkami pracy i większą ekspozycją na czynniki szkodliwe, gorszym odżywianiem, zabezpieczeniem socjalnym, dostępem do opieki zdrowotnej itd.) – jest



udokumentowane przez wiele badań epidemiologicznych i ma dla nas dzisiaj charakter wiedzy zdroworozsądkowej. Dochód narodowy mierzony wielkością PKB na głowę mieszkańca wyjaśnia największy procent zmienności wartości wskaźników zdrowia populacji różnych państw (Włodarczyk 1995), a standaryzowane wskaźniki umieralności z wielu krajów od lat wskazują ich wyraźny związek z dochodem mieszkańców (*Health Inequalities...* 1990). Nowsze badania jednak, prowadzone przy udziale socjologów, wykazały, że zależności te są znacznie bardziej skomplikowane. Sposób odżywiania się jest na przykład zarówno funkcją zamożności, jak i pewnych wzorów kulturowych, wczesnych nawyków, preferencji osobniczych, a poza tym spożywanie dużych ilości drogich pokarmów niekoniecznie przyczynia się do zdrowia. Ważniejszą rolę okazało się tu pełnić posiadane wykształcenie. Badania pokazały więc, że poszczególne komponenty pozycji społecznej w pewnych sytuacjach działają tu rozdzielnie; pokazały także rolę zmiennych socjalizacyjnych i kulturowych.

Te ostatnie zmienne składają się na czwarty typ wyjaśnień różnic stanu zdrowia między poszczególnymi klasami społecznymi przedstawionymi w *The Black Report*. Są to zmienne, które poprzednio określiliśmy jako zmienne charakteryzujące styl życia. Mieszczą się więc tu zarówno zachowania zdrowotne, sprzyjające zdrowiu, jak i zachowania reprezentujące określone ryzyko zdrowotne. To ostatnie (przede wszystkim związane z paleniem tytoniu i znaczną konsumpcją alkoholu), jak udokumentowano w wielu badaniach, pojawia się częściej w niższych klasach społecznych (Cockerham 1995). Późniejsze badania poświęcone roli stresu w etiologii chorób wskazały także, że niezależnie od odmiennych rodzajów stresorów, jakim poddane są osoby o różnej pozycji społecznej, różne są także ich wzory radzenia sobie ze stresem, ich efektywność i waga dla zachowania zdrowia. Dla przykładu – analizy wielozmiennowe wykazały, że brak wsparcia społeczno-emocjonalnego ma najbardziej niekorzystny wpływ na stan zdrowia osób o niższych pozycjach społecznych (Aggleton 1992).

Przytaczane wyniki badań mają wrywkowy charakter, a przyjęta w nich koncepcja stylu życia sprowadza się do kilku

tylko elementów. Jak pamiętamy z poprzedniego rozdziału, niewątpliwie jest jeszcze wiele czynników współtworzących style życia ludzi, nie ujmowanych w badaniach społecznych determinant zdrowia, a posiadających nań wpływ. Wiele z tych czynników różnicuje także poszczególne klasy czy warstwy społeczne, a ich rola dla kształtowania zdrowia tych klas może być nie tylko zróżnicowana co do wielkości wpływu, ale także całkowicie odmienna.

Obecnie nie ma wątpliwości co do tego, że zarówno w Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych status społeczno-ekonomiczny jest jednym z najwyraźniejszych predyktorów stanu zdrowia i długości życia (Williams 1990; Winkleby i in. 1992). W świetle prowadzonych badań można powiedzieć, że zależność ta istnieje dla większości chorób i utrzymuje się (choć z różną siłą – Macintyre i West 1991; Vagero 1992) przez całą długość życia. Poszczególne składowe statusu społeczno-ekonomicznego – jak dochód, pozycja zawodowa czy posiadane wykształcenie – choć powiązane ze sobą, indywidualnie w rozmaity sposób wpływają na zdrowie. Dochód reprezentuje siłę nabywczą posiadanego pieniądza, standard mieszkaniowy, dostęp do opieki medycznej. Zawód i pozycja zawodowa mówi o wydatkowaniu energii fizycznej i ryzyku związanym z wykonywaniem określonej pracy (szkodliwość, stresy itp.), ponoszonej odpowiedzialności<sup>2</sup>, wreszcie wykształcenie odzwierciedla określony typ socjalizacji, poziom wiedzy czy – ogólnie rzecz biorąc – umiejętności gromadzenia i wykorzystywania zasobów psychologicznych, społecznych i ekonomicznych (Winkleby 1992). Wykształcenie umożliwia dokonywanie prozdrowotnych wyborów i umiejętność rozwiązywania problemów życiowych. Badania prowadzone na Zachodzie wykazują na ogół, że przy całej wadze posiadania odpowiednich środków materialnych, wykształcenie jest najsilniejszym pojedynczym predyktorem stanu zdrowia (Siegrist 1995; Cockerham 1995).

---

<sup>2</sup> Illsley i Baker (1991) argumentują, że w gruncie rzeczy kategoria społeczno-zawodowa jest w badaniach determinant zdrowia najmniej przydatna; jest bowiem najbardziej wieloznaczna i niejednolita, co sprawia trudności interpretacyjne badanych zależności.



Badania prowadzone w ostatnich latach w Niemczech (Siegrist 1987), w Stanach Zjednoczonych (Dutton 1986; Polednak 1989), w Finlandii (Valkonen 1989) i Wielkiej Brytanii (Arber 1993) analizują bardziej szczegółowo relację pomiędzy pozycją społeczno-ekonomiczną i zdrowiem<sup>3</sup>, ale ciągle jeszcze pozostaje tu wiele pytań bez odpowiedzi. Jakie są konkretne mechanizmy, poprzez które powstają i utrwalają się nierówności? W jakich okresach życia powstają, jak długi musi być okres oddziaływania negatywnych czynników, aby widoczne były ich skutki? Jak duże są dystanse pomiędzy poszczególnymi klasami, w jakich komponentach zdrowia są najbardziej widoczne, czy mają tendencję wzrostową, czy malejącą? Odpowiedzi na te pytania nie tylko wymagają podejmowania wielu badań, ale także realizowania ich w sposób ciągły i powtarzalny, w różnych krajach i regionach, różniących się ogólnym poziomem rozwoju, systemem politycznym, sytuacją ekonomiczną, kulturą. W miarę kumulacji wiedzy empirycznej na te tematy coraz powszechniejsze jest wśród badaczy przekonanie, że – używając określenia Illsleya i Bakera (1991) – mają oni do czynienia z niezwykle płynnym i zdeterminowanym kontekstualnie zjawiskiem.

Wspomniane wyżej badania, nastawione na weryfikację różnych hipotez cząstkowych związanych z wyjaśnianiem zależności między pozycją społeczną a zdrowiem, wskazują jednak zgodnie na znaczną rolę elementów stylu życia, które kształtując się odmiennie w poszczególnych klasach społecznych mogą być także odpowiedzialne za występujące między nimi różnice w zdrowiu. Badania te analizowały różnego rodzaju wskaźniki stanu zdrowia jako korelaty przede wszystkim wykształcenia i sytuacji materialnej. Charakterystyczne jest jednak, że w badaniach, które kontrolowały te zależności ze względu na wiek, pokazywano wyraźnie, że tworzenie się i narastanie nierówności dokonuje się przede wszystkim w wieku dorosłym; że są one znacznie mniej widoczne wśród młodzieży, w przypadku większości wskaźników zdrowia<sup>4</sup>. Wyniki te zdają się także potwier-

---

<sup>3</sup> Badania te omawiam bardziej szczegółowo w artykule Ostrowska (1998).

<sup>4</sup> Zależności te są szczegółowo analizowane w artykule (patrz też przyp. 5) Macintyre i West (1991). Analizy wielu wskaźników zdrowia młodzieży (samo-

dzać związek stanu zdrowia z tymi elementami stylu życia, które bardziej różnicują dorosłych, a także niosą ze sobą więcej potencjalnych zagrożeń zdrowotnych dla ludzi w dojrzałym wieku.

Inną wspólną cechą badań realizowanych w Europie Zachodniej (pod tym względem sytuacja w Stanach Zjednoczonych jest odmienna) jest niewielki stopień, w jakim uwzględnia się zmienne dotyczące korzystania z opieki medycznej. Wynika to z faktu, że od kilkudziesięciu lat opieka medyczna w tych krajach jest na tyle ujednolicona i wyrównana, że istniejące różnice w stanie zdrowia poszczególnych klas mogą być wyjaśnione tym czynnikiem w niewielkim tylko stopniu (Illsley i Baker 1991). Charakterystyczne jednak jest to, że osoby o odmiennym statusie społecznym różnicuje stopień korzystania z programów profilaktycznych. Wyniki te warto odnieść do sytuacji w Polsce, gdzie przez wiele lat, pomimo zapewnionego na mocy ideologii równego dostępu do usług medycznych, korzystanie z opieki zdrowotnej i jakość otrzymywanej opieki pozostały zróżnicowane (Ostrowska 1981; CBOS 1995). Niewykluczone, że rola opieki medycznej w różnicowaniu stanu zdrowia przestaje być istotnym elementem po osiągnięciu określonego stopnia nasycenia jej usługami; w krajach, gdzie opieka ta nie jest tak rozwinięta ani adekwatna do potrzeb, jej rola w kształtowaniu całokształtu stanu zdrowia społeczeństw może być większa.

## *2.2. Nierówności społeczne a zdrowie w Polsce*

W Polsce nie zbiera się danych statystycznych ani nie prowadzi systematycznych badań dotyczących nierówności w zdrowiu związanych z pozycją społeczną. Rutynowe statystyki długości życia, zachorowalności, umieralności czy umieralności niemowląt – powszechnie używane dla oceny stanu zdrowia

---

ocena stanu zdrowia, choroby przewlekłe, wypadki, pomiar ciśnienia krwi, wydolność układu oddechowego, samopoczucie psychiczne) nie wykazały istotnych różnic między poszczególnymi klasami społecznymi, przy użyciu szeregu wskaźników charakteryzujących różnice pozycji społecznej. Jedyną miarą, która konsekwentnie różnicowała młodzież z poszczególnych klas, był wzrost.



różnych populacji – są u nas zbierane na ogół w podziale na wiek, płeć i przekroje terytorialne. Natomiast dane na ten temat pochodzące z badań epidemiologicznych często sprowadzają informacje o pozycji społecznej do podziału na pracowników fizycznych i umysłowych, a więc kategorii niewystarczających z punktu widzenia niezbędnych analiz. Wyjątek stanowią tu badania stanu zdrowia ludności Polski (*Stan zdrowia... 1997*), w których informacje o stanie zdrowia społeczeństwa można odnieść do cech charakteryzujących pozycję społeczną. Analiza tych danych potwierdza istnienie zróżnicowania między chorobowością poszczególnych warstw społecznych. Jeżeli za czynnik najlepiej charakteryzujący pozycję społeczną uznać wykształcenie, to różnicowało ono chorobowość w następujący sposób.

**Tabela 26.** Występowanie chorób przewlekłych w poszczególnych grupach wykształcenia (wartości średnich i odchyłeń standardowych)

Wykształcenie	Średnia liczba chorób przewlekłych na 1 osobę	Odchylenie standardowe	Średnia liczba chorób na 1 osobę chorą przewlekle	Odchylenie standardowe
Wyższe	1,65	1,93	2,52	1,87
Policealne	1,50	1,95	2,45	1,96
Średnie ogólnokształcące	1,77	2,31	2,89	2,34
Średnie zawodowe	1,61	2,15	2,72	2,19
Zasadnicze zawodowe	1,36	1,94	2,53	2,00
Podstawowe	2,12	2,42	3,17	2,33
Niepełne podstawowe	2,74	2,45	3,38	2,28

Źródło: GUS 1996.

Jak więc widać, wraz ze wzrostem wykształcenia maleją zarówno średnie liczby chorób przewlekłych na osobę, jak też średnie liczby chorób posiadanych przez osoby chore przewlekle. Osoby z niższych grup wykształcenia nie tylko więc chorują częściej, ale także ich choroby kumulują się w większym stopniu. Warto także zauważyć, że największe różnice pojawiają się między grupą osób posiadających wykształcenie podstawowe lub niższe – a wszystkimi pozostałymi. Wykształcenie podstawowe stanowi tu więc granicę wyznaczającą przedziały lep-

szego i gorszego stanu zdrowia (choć oczywiście nie tylko wykształcenie jest za te różnice odpowiedzialne). Jeżelibyśmy jednak poszukiwali istotnych różnic w obrazach chorób tych grup, okazałoby się, że w większości przypadków są to te same choroby, tylko występujące z różną częstotliwością. Tabela 27 przedstawia dane o najczęściej występujących jednostkach chorobowych dla skrajnych grup wykształcenia.

Tabela 27. Najczęściej deklarowane choroby przewlekłe w skrajnych grupach wykształcenia (dane w %)

Jednostka chorobowa	Wykształcenie			
	wyższe	niepełne wyższe	podstawowe	niepełne podstawowe
Choroba nadciśnieniowa	13,7	8,5	26,5	34,7
Niedokrwienna choroba serca	9,8	5,9	17,2	21,1
Choroby stawów	12,4	12,2	28,6	37,6
Wrzody żołądka i dwunastnicy	8,3	7,3	8,5	7,4
Choroby wątroby	4,4	6,8	11,9	13,7
Uczulenia, alergie	14,5	14,6	7,8	5,3
Choroby kości (w tym kręgosłupa)	19,2	17,2	28,9	33,2
Nerwica	10,6	12,4	18,8	14,5
Skutki wypadków i urazów	4,5	3,2	7,1	5,5

Źródło: GUS 1996.

Powyższe zestawienie pokazuje więc, że poza uczuleniami i alergiami, które pojawiają się częściej w grupach osób z wyższym wykształceniem, oraz owrzodzeniami żołądka i dwunastnicy, które występują ze zbliżoną częstotliwością, osoby o niższym wykształceniu (a zatem z dużym prawdopodobieństwem przynależące do niższych warstw społecznych) chorują częściej na wszystkie pozostałe choroby i schorzenia.

Pod koniec lat osiemdziesiątych socjologowie polscy brali udział w międzynarodowej grupie roboczej poświęconej studiowaniu problemów nierówności w sferze zdrowia w krajach Europy Wschodniej. W efekcie tego powstały opracowania i publikacje starające się – mimo ubogiej bazy danych istniejących na ten temat – naświetlić nierówności zdrowotne



w naszym kraju (Duch i Sokołowska 1990; Wnuk-Lipiński 1990). Analizując czynniki wpływające na zdrowie Polaków rozważano rolę skażeń ekologicznych, zagrożeń ze strony środowiska pracy, warunków mieszkaniowych, sytuacji finansowej, odżywiania, używek i świadomości zdrowotnej (Duch i Sokołowska 1990), oraz poziomu urbanizacji regionu zamieszkania, standardu życia i dostępnej opieki zdrowotnej (Wnuk-Lipiński 1990). Rozważania te były jednak w niewielkim tylko stopniu wsparte danymi empirycznymi, wskazującymi na stopień oddziaływania wszystkich tych czynników na sytuację zdrowotną poszczególnych warstw społecznych. Warto tu zaznaczyć, że także w tych analizach rola dostępu do opieki medycznej miała relatywnie mniejsze znaczenie od innych użytych w analizie czynników. I u nas więc, nawet jeżeli w porównaniu z krajami zachodnimi rola ta byłaby większa, nie jest ona prawdopodobnie decydująca.

Oba cytowane opracowania w niewielkim stopniu (głównie z powodu braku adekwatnych danych) podjęły problematykę związku stylu życia z obserwowanymi różnicami w stanie zdrowia. Problem ten jest więc niewątpliwie wart dalszego eksplikowania.

O ile w sytuacji polskiej trudno jest analizować nierówności w zdrowiu na podstawie obiektywnych statystyk medycznych, to jednak pewne światło na ten problem rzucić mogą badania socjologiczne różnych aspektów zdrowia i korzystania z opieki medycznej; większość z nich bowiem posługuje się zarówno wskaźnikami pozycji społecznej, jak i subiektywnymi ocenami stanu zdrowia. W pewnych przypadkach pozwalają one także na orientacyjne prześledzenie dynamiki zjawiska<sup>5</sup>. Szczególnie interesujące pytanie, jakie nasuwa się w tym kontekście, to pytanie, czy postępujące zjawisko polaryzacji społecznej w wymiarze materialnych warunków życia, zainicjowane przemianami społeczno-ekonomicznymi początku lat dziewięćdziesiątych, spowodowało także intensyfikowanie się różnic w stanie zdrowia.

---

<sup>5</sup> W badaniach realizowanych w 1978 i 1995 roku na ogólnopolskich próbach reprezentacyjnych powtórzone fragmenty tego samego kwestionariusza, z identycznie brzmiącymi pytaniami o oceny stanu zdrowia.

Przegląd badań realizowanych w latach 1960–1970 (Ostrowska 1975) oraz wyniki badania z roku 1978 (Ostrowska 1980) uzasadniają postawienie hipotezy, że w Polsce w okresie realnego socjalizmu stan zdrowia mierzony jego samooceną nie był w wyraźniejszy sposób zróżnicowany czynnikami statusowymi. Wpływ na taki stan rzeczy mogło mieć zarówno stosunkowo znaczne zunifikowanie standardów, jak i wzorów życia. I choć niemożliwa jest w tym przypadku wtórna, bardziej precyzyjna analiza danych, warto odnotować, że w badaniach tych nie zanotowano istotnych statystycznie zależności między ocenami stanu zdrowia<sup>6</sup> i samopoczucia psychicznego a poziomem wykształcenia i przynależnością do określonej grupy społeczno-zawodowej. (Kategorie te różniły się natomiast zachowaniami zdrowotnymi, dyspozycyjnością do przyjęcia roli chorego, wzorami korzystania z opieki zdrowotnej, poziomem wiedzy medycznej).

Jednak w badaniu warunków życia i potrzeb społeczeństwa polskiego (Beskid i in. 1992), zrealizowanym w 1991 roku, pojawia się wyraźna, choć niewysoka, zależność między ocenami stanu zdrowia a wyznacznikami pozycji społeczno-ekonomicznej. Ma ona charakter zależności dwuwymiarowej; można zaobserwować wyraźny korelacyjny związek między pozycją społeczno-zawodową a oceną zdrowia somatycznego (im niższa pozycja tym gorsze oceny) i między sytuacją materialną (według dochodu na osobę w rodzinie) a oceną samopoczucia psychicznego (Ostrowska 1992). Kolejne badania socjologiczne (IFiS 1995), zawierające blok pytań na temat zdrowia, ukazują dalsze wyraźne zróżnicowania ocen stanu zdrowia. Przyjrzyjmy się rozkładom danych na ten temat, ukazujących różnice ocen stanu zdrowia między skrajnymi grupami wykształcenia i dochodu (tabela 28).

Wszystkie przedstawione wyżej zestawienia wskazują na istnienie różnic w ocenach stanu zdrowia osób znajdujących się

<sup>6</sup> W zrealizowanym w roku 1972 badaniu reprezentacyjnej próby ludności Warszawy zaobserwowane zależności między deklarowaną częstotliwością chorowania a przynależnością do określonej grupy społeczno-zawodowej stawały się śladowe przy wyeliminowaniu wpływu wieku (por. Titkow 1983).



**Tabela 28.** Oceny stanu zdrowia somatycznego i psychicznego w skrajnych grupach dochodu i wykształcenia (w %)

	Ocena stanu zdrowia somatycznego*		
	gorsze	takie samo	lepsze
Dochód			
I decyl (N = 283)	24,0	59,7	16,3
V decyl (N = 278)	11,5	61,9	26,6
Wykształcenie			
podstawowe (N = 401)	32,7	55,1	12,2
wyższe (N = 194)	10,8	67,5	21,6

	Ocena stanu zdrowia psychicznego			
	b. dobre i dobre	dość dobre	niezbyt dobre	złe i b. złe
Dochód				
I decyl (N = 282)	44,3	26,6	23,8	5,3
V decyl (N = 281)	56,8	29,5	10,7	3,2
Wykształcenie				
podstawowe (N = 397)	37,8	29,0	27,2	6,1
wyższe (N = 134)	52,1	36,1	10,8	1,0

\* Odpowiedzi na pytanie: Jak ocenia Pan(i) stan swojego zdrowia w porównaniu z innymi osobami w Pana(i) wieku.

poszczególnych kategoriach dochodu i jeszcze wyraźniej – w poszczególnych kategoriach wykształcenia. Oczywiście, analizując powyższe różnice należy pamiętać, że wykształcenie i dochód są ze sobą wysoko skorelowane, a także pozostają w wyraźnym związku na przykład z wiekiem czy płcią. Zaobserwowane różnice pomiędzy poszczególnymi kategoriami nie mogą więc być w pełni wyjaśnione samym faktem przynależności do danej kategorii, choć niewątpliwie są świadectwem istniejącego zróżnicowania. Przedstawione w tabelach 29 i 30 wyniki regresji wielorakich pozwalają prześledzić łączny wpływ wykształcenia i dochodu na zróżnicowanie ocen stanu zdrowia w porównaniu z innymi różnicującymi cechami.

**Tabela 29.** Wyniki analizy regresji wielorakiej zmiennych wyjaśniających oceny zdrowia somatycznego

Zmienne wyjaśniające	Beta
Dochód na osobę	0,095**
Płeć	-0,058*
Stan cywilny	0,033
Wykształcenie	0,136**
Wiek	-0,138**
$R^2 = 0,07$	

**Tabela 30.** Wyniki analizy regresji wielorakiej zmiennych wyjaśniających oceny samopoczucia psychicznego

Zmienne wyjaśniające beta	Beta
Dochód na osobę	0,085**
Płeć	-0,105**
Stan cywilny	0,029
Wykształcenie	0,110**
Wiek	-0,194**
$R^2 = 0,07$	

\*\*p &lt; 0,001

\*p &lt; 0,01

Tabele 29 i 30 uwidaczniają, że moc poszczególnych zmiennych wyjaśniających zmienność obu wskaźników zdrowia kształtuje się nieco odmiennie. Na szczególną uwagę zasługuje tu płeć, która nie odgrywa tak istotnej roli w wyjaśnianiu różnic w ocenach stanu zdrowia somatycznego, jak w przypadku samopoczucia psychicznego. Sam fakt „bycia kobietą” jest więc w wyraźnym stopniu odpowiedzialny za gorsze samopoczucie psychiczne. Podobnie wiek, wyjaśniający najwięcej zróżnicowania obu ocen stanu zdrowia, w wyraźniejszy sposób wpływa na pogarszanie się ocen samopoczucia psychicznego. Rola obu zmiennych z zakresu statusu społecznego (a więc tych, które odnoszą się do nierówności, a nie różnic w zdrowiu) jest w przypadku obu ocen zbliżona, przy czym wykształcenie nieco lepiej tłumaczy różnice w stanie zdrowia niż dochód. Rola stanu cywilnego



(a więc życia w pojedynkę bądź w układzie rodzinnym), po wyeliminowaniu wpływu wieku i płci, okazała się stosunkowo najmniej istotna.

Podsumowując uzyskane wyniki z punktu widzenia głównej tezy tego rozdziału, warto wskazać, że pokazują one wyraźnie istnienie różnic zdrowia subiektywnego, które mogą być wyjaśnione wyłącznym wpływem statusu społeczno-ekonomicznego. Spośród analizowanych czynników strukturalnych tylko wiek wyjaśnia więcej zróżnicowania stanu zdrowia.

### *2.3. Różnice pozycji społecznej a zachowania związane ze zdrowiem*

Warto w tym miejscu wrócić do pytania postawionego na początku tego rozdziału – pytania o stopień, w jakim istniejące nierówności w zdrowiu są efektem różnic w stylach życia jednostek, lokujących się na różnych poziomach hierarchii społeczno-ekonomicznej. Mechanizmem tego wpływu, do którego odwoływaliśmy się tłumacząc zaobserwowane różnice, są zarówno wybory dokonywane przez człowieka, jak i strukturalnie określone determinanty ich realizacji. Zarówno wykształcenie, jak i dochód są więc cechami strukturalnymi, wyznaczającymi pewne ramy, w których dokonywane są indywidualne wybory. Można przy tym założyć, że wykształcenie jest bardziej odpowiedzialne za społeczno-kulturową treść tych wyborów, związaną z poziomem wiedzy i charakterem socjalizacji, natomiast dochód – za materialną dostępność pewnych opcji.

Dla naszych dalszych rozważań interesujące jest przedstawienie różnic w zachowaniach i postawach związanych ze zdrowiem i chorobą pomiędzy osobami znajdującymi się w całkowicie przeciwstawnej sytuacji ze względu na posiadane wykształcenie i dochód. Pozwalają one uzmysłwić sobie dystans, jaki w tym względzie dzieli oba krańce drabiny społecznej. Przedstawione niżej dane obejmują cztery kategorie osób: dwie skrajne grupy wykształcenia oraz dwie skrajne grupy dochodu<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Kategoria niskiego wykształcenia obejmuje osoby z niepełnym i pełnym podstawowym, a wysokiego – z niepełnym wyższym i wyższym wykształ-

**Tabela 31.** Różnice w zachowaniach i postawach związanych ze zdrowiem a różnice pozycji społecznej (dane w %)

Zachowania, postawy	Wykształcenie		Dochód	
	niskie	wysokie	niski	wysoki
Częste wizyty u lekarza (kilkanaście razy lub więcej)	33,2	17,4	18,3	20,1
Brak badań kontrolnych	71,9	61,1	72,4	63,7
Zwlekkanie z wizytą u lekarza do ostateczności	60,1	37,4	67,6	51,3
Brak pomiarów cholesterolu	33,6	25,8	47,5	29,3
Palenie ponad 20 papierosów dziennie	20,0	11,8	26,1	16,0
Spożywanie wyłącznie tłuszczów zwierzęcych	9,1	3,6	8,0	5,0
Brak aktywności fizycznej poza pracą	45,8	17,2	42,4	22,1
Przyjmowanie środków uspokajających	37,0	29,8	28,6	27,1
Właściwa jakość snu	44,1	70,6	–	–
Posiadanie znacznej nadwagi	16,4	9,2	10,0	13,9
Brak podejmowanych działań prozdrowotnych	21,3	12,6	23,4	16,4
Surowe warzywa codziennie	21,0	47,0	–	–
Soki owocowe codziennie*	16,0	38,0	–	–
Niezaspokojone potrzeby lecznicze	20,3	6,7	17,3	8,0
Niezaspokojone potrzeby życiowe	15,7	2,0	15,3	4,2

\* Dane na temat spożycia soków i surówek pochodzą z badań OBOP, Warszawa 1996 (tylko dla poszczególnych grup wykształcenia).

Źródło: IFiS PAN 1995; GUS 1996; OBOP 1996.

Przedstawione dane skłaniają do dwóch wniosków natury ogólnej. Pierwszy z nich odnosiłby się do znacznie gorszych parametrów postaw i zachowań związanych ze zdrowiem wśród osób zajmujących niższe pozycje społeczne, czy to ze względu na wykształcenie, czy dochód. Oczywiście, wynik ten nie może być dla nas całkowicie zaskoczeniem, skoro wiemy, że stan zdrowia tych osób przedstawia się także mniej korzystnie. Zastanawia jednak fakt, że spośród wszystkich analizowanych tu wskaźników żaden nie wydawał się przemawiać na korzyść prozdrowotnych elementów w stylu życia warstw niższych. Wśród osób mniej zamożnych i niewykształconych obserwujemy zarów-

niem. Kategoria niskiego dochodu to 20% najniższych dochodów na osobę w rodzinie, a kategoria wysokiego dochodu stanowi odpowiednio 20% osób o najwyższych dochodach (I i V decyl).



no częstsze oddawanie się praktykom szkodliwym dla zdrowia, jak i rzadsze działania aktywnie nakierowane na budowę lub zachowanie zdrowia.

Drugi wniosek dotyczy porównywanej roli wykształcenia i dochodu w różnicowaniu zachowań i postaw prozdrowotnych. Podobnie jak poprzednio, przy ocenach stanu zdrowia, widać tu znacznie wyraźniejszą rolę wykształcenia. Pozwala to na ponowne postawienie tezy – zgodnej także z cytowanymi wynikami badań zachodnich (Cockerham 1995; Siegrist 1995), a także polskich z lat siedemdziesiątych (Sikorska 1979) – o większej w tym względzie roli wiedzy i świadomości zdrowotnej niż czynników materialnych odpowiedzialnych za realizację właściwych wyborów. Analizując poszczególne pozycje tabeli 31, warto się też zatrzymać chwilę na wzorach korzystania z opieki medycznej. Osoby o niższym statusie społecznym, a zwłaszcza wykształceniu, zdecydowanie częściej kontaktują się z lekarzem, jednocześnie też jednak częściej niż inne w przypadku wystąpienia choroby czy dolegliwości, odkładają wizytę u lekarza, jak długo się da. Relatywnie wyższe jest także wśród tych osób poczucie, że ich potrzeby lecznicze nie są zaspokojone w wystarczającym stopniu. Łącznie wyniki te pozostają w zgodzie z gorszymi ocenami stanu zdrowia tych osób, wskazując jednocześnie na istniejące poczucie deprivacji w tym względzie. Podobnie jak w cytowanych uprzednio wielu badaniach zachodnich, osoby o niższym statusie społecznym w mniejszym stopniu korzystają z programów profilaktycznych. Wynik ten jest także zgodny z przytoczonymi powyżej badaniami zachodnimi.

Podsumowując jeden z wątków rozważań zawartych w tym rozdziale, poświęcony roli wykształcenia i dochodu w wyjaśnianiu zmienności postaw i zachowań związanych ze zdrowiem, przyjrzyjmy się jeszcze wynikom analizy regresji wielorakiej tych zmiennych na wybrane zachowania. Pozwolą one porównać wzajemny udział wykształcenia i dochodu oraz subiektywnej oceny sytuacji materialnej w kształtowaniu tych zachowań.

Jak więc widać, wysokość dochodu nie jest statystycznie istotnym czynnikiem wyjaśniającym którekolwiek z analizowa-

**Tabela 32.** Zmienne związane z pozycją społeczną wyjaśniające różnice w zachowaniach związanych ze zdrowiem. Wyniki analiz regresji wielorakiej

Zmienne związane z pozycją społeczną	Aktywność fizyczna	Palenie tytoniu	Środki uspokajające	Ograniczenie tłuszczów zwierzęcych	Nadwaga
Wykształcenie	0,12**	-0,08**	-	0,11**	-
Dochód na osobę	-	-	-	-	-
Ocena sytuacji materialnej	-0,07*	-0,09**	-0,10**	-	-

\*\*p < 0,001

\*p < 0,01

Źródło: IFiS PAN 1995.

nych zachowań. Odmienna jest pod tym względem rola subiektywnej oceny sytuacji materialnej, szczególnie widoczna przy wyjaśnianiu zachowań ryzykownych dla zdrowia. Zła ocena własnej sytuacji materialnej (niezależnie od obiektywnie posiadanych dochodów) sprzyja paleniu papierosów i nadużywaniu leków uspokajających. Upoważnia to do postawienia tezy o udziale stresu jako zmiennej pośredniczącej w wyjaśnianiu tych zależności. Oba zachowania pełniłyby tu rolę „sposobów” na radzenie sobie ze stresem.

Zarówno tabela 32, jak i poprzednia tabela 31 potwierdzają znaczną rolę, jaką odgrywa wykształcenie dla kształtowania właściwych zachowań prozdrowotnych. Sprzyja ono podejmowaniu aktywności fizycznej, unikaniu używek, efektywniejszemu zmaganiu się ze stresem, przestrzeganiu zasad prawidłowej diety (choć bez efektów dla zachowania należynej wagi ciała). Być może, te właśnie elementy są odpowiedzialne za wzrastającą długowieczność mężczyzn wraz ze wzrostem wykształcenia. Według istniejących oszacowań, spośród mężczyzn, mieszkańców miast w wieku 25 lat, szansę dożycia do wieku emerytalnego ma w Polsce blisko 80% osób z wyższym wykształceniem, a tylko nieco poniżej 50% osób z wykształceniem podstawowym (Bielicki i in. 1994).

Wniosek, jaki nasuwał się z powyższych rozważań, wskazuje, że najlepszą inwestycją, mającą na celu zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, byłoby inwestowanie w wykształcenie



obywateli. Wykształcenie jest współcześnie istotnym kapitałem ludzkim, który nie tylko determinuje społeczno-ekonomiczne szanse jednostek i ich miejsce w społeczeństwie, ale także długość czasu, jaki się to miejsce będzie zajmować. Należy jednak zdać sobie sprawę z tego, że rola wykształcenia w formowaniu zdrowia jest tak długo wiodąca, jak długo pozostajemy na obszarze tej części „pola zdrowia”, która może być wyjaśniana indywidualnymi stylami życia. Dla zdrowia obywateli nie bez znaczenia jest także ogólna zamożność kraju i odpowiednia polityka państwa przejawiająca się w tworzeniu właściwych podstaw legislacyjnych i alokacji środków wspierających cele prozdrowotne. Nie bez znaczenia wreszcie jest także istnienie demokratycznych mechanizmów wpływu na tę politykę, gwarantujących zasadę równości szans na zdrowie.

### 3. Zróżnicowania stanu zdrowia a płeć

#### 3.1. Różnice w obrazie chorób mężczyzn i kobiet

Porównując stan zdrowia mężczyzn i kobiet mówi się przede wszystkim o związku długości życia z płcią. Jak wykazują bowiem statystyki medyczne, ryzyko przedwczesnej śmierci jest wyższe dla mężczyzn niż kobiet w przypadku wszystkich wiodących przyczyn śmierci, niezależnie od wieku, w większości krajów europejskich (Verbrugge 1985; Nathanson 1984). W Polsce nadumieralność mężczyzn lokuje się w produkcyjnych grupach wieku, czyniąc to zjawisko szczególnie widocznym społecznie.

Zwracając uwagę na zły stan zdrowia społeczeństwa polskiego, niemal jednym tchem przytacza się dane na temat nadumieralności mężczyzn, pomijając często problemy zdrowotności kobiet. Przeciętnie dłuższe trwanie życia kobiet jest więc utożsamiane z ich lepszym stanem zdrowia zarówno przez epidemiologów, jak i polityków<sup>8</sup>. Niejednokrotnie problemy

---

<sup>8</sup> Dla przykładu stanowisko takie zostało zaprezentowane w materiałach Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu: J. Ciura, *Zdrowość kobiet. Wybrane zagadnienia*, maj 1994.

zdrowia kobiet zostają sprowadzone wyłącznie do sfery rozrodczości, a ich „lepszy” stan zdrowia sprawia, że inne problemy zdrowotne stają się drugoplanowe. W pewnej sprzeczności z tymi ocenami pozostają jednak wyniki badań reprezentacyjnych, analizujących stan zdrowia badanych populacji na podstawie samooceny. Wskazują one bowiem z reguły, że kobiety oceniają gorzej stan swego zdrowia i samopoczucia oraz bardziej uskarżają się na rozmaite dolegliwości (Waldron 1983; Tobiasz-Adamczyk 1999).

Rozpatrując różnice w zdrowotności mężczyzn i kobiet jesteśmy w lepszej sytuacji niż miało to miejsce w naszych dotychczasowych analizach zróżnicowań zdrowia, związanych z pozycją społeczną. Rutynowo zbierane statystyki medyczne w naszym kraju, które nie uwzględniają takich danych, jak wykształcenie czy zawód (nie mówiąc już o dochodzie), na ogół uwzględniają płeć, choć nie jest to regułą. W niniejszym podrozdziale przytoczymy więc dane ilustrujące obraz chorób charakteryzujących populację mężczyzn i kobiet w naszym kraju. Uwzględnić będziemy zarówno „dane obiektywne”, a więc oficjalne statystyki zachorowań, jak i dane przedstawiające wszelkiego rodzaju samooceny różnych aspektów zdrowia i choroby. Pierwsze dane, aczkolwiek lepiej nadające się do wszelkiego rodzaju porównań, mają to ograniczenie, że nie uwzględniają wewnętrznych zróżnicowań płci ze względu na jakiegokolwiek parametry społeczne. Można na ich podstawie określić jedynie różnice między mężczyznami a kobietami w ogóle. Są jednak zbierane systematycznie, na podstawie tych samych kryteriów i pozwalają śledzić pojawiające się trendy zmian. Dane na temat samooceny stanu zdrowia pochodzą głównie z różnych badań surveyowych, co z jednej strony pozwala na analizę społeczno-demograficznego zróżnicowania stanu zdrowia badanych populacji (w naszym przypadku kobiet), z drugiej zaś zezwala na porównania tylko wycinkowych materiałów badawczych. W obu przypadkach eksponować będziemy te różnice w zdrowiu i samopoczuciu, które przede wszystkim można interpretować jako pochodne różnic w pełnionych rolach społecznych, normach i wzorach zachowań czy odmiennych stylach życia.



Analiza statystyk zdrowotności w Polsce od zakończenia II wojny światowej wskazuje na wyraźny spadek umieralności zarówno mężczyzn, jak i kobiet, utrzymujący się do drugiej połowy lat sześćdziesiątych. W okresie tym tendencja ta zostaje zatrzymana, pojawiają się natomiast pierwsze symptomy wzrostu nadumieralności mężczyzn – początkowo widoczne w starszych grupach wieku, a następnie w wieku produkcyjnym. Od roku 1992–1993 notujemy niewielki, systematyczny spadek umieralności obu płci. Jest on rejestrowany we wszystkich grupach wieku wśród mężczyzn i kobiet w wieku 20–64 lata (*Sytuacja zdrowotna...* 1998). Zjawisko nadumieralności mężczyzn jest jednak ciągle widoczne, szczególnie przy porównaniu częstości zgonów mężczyzn i kobiet spowodowanych chorobami nowotworowymi (ogółem), niedokrwinną chorobą serca, urazami i zatruciami oraz chorobami układu oddechowego. W 1996 roku przeciętna oczekiwana długość życia wynosiła dla kobiet 76,6 lat, a dla mężczyzn – 68,1 lat. Dla porównania, w krajach Unii Europejskiej wielkości te są wyższe przeciętnie o 6 lat dla mężczyzn i 4 lata dla kobiet (*Sytuacja zdrowotna...* 1998).

Analizując statystyki umieralności należy jednak wziąć pod uwagę, że przeciętnie krótsze czy dłuższe trwanie życia niekoniecznie przesądza o chorobowości, a tym bardziej o stanie zdrowia. Różnice między odmienną chorobowością mężczyzn i kobiet potwierdzają liczne badania zachodnie (przegląd tych badań prezentuje L. Verbrugge [1985]). Także przedstawione poniżej dane na temat stanu zdrowia populacji mężczyzn i kobiet sugerują, że mężczyźni chorują mniej i rzadziej, ale za to poważniej, natomiast życie kobiet wypełnione jest znaczną liczbą chorób, dolegliwości i niepełnosprawności, często poważnie ograniczających ich funkcjonowanie, ale nie prowadzących bezpośrednio do zgonu.

Niżej przedstawimy niektóre dane – zarówno obiektywne, jak i subiektywne – ilustrujące różne aspekty stanu zdrowia mężczyzn i kobiet, stanowiące jednocześnie wskaźniki ich funkcjonowania społecznego (zaburzenia w pełnieniu ról zawodowych i rodzinnych).

Zacznijmy od danych na temat niepełnosprawności upośledzającej funkcjonowanie w ciągu stosunkowo najdłuższych okresów czasu. Warto tu więc wskazać przede wszystkim, że o ile częstość występowania niepełnosprawności (według spisów GUS 1974, 1978, 1988) nie różnicuje mężczyzn i kobiet, odzwierciedlając proporcje obu płci w całej populacji, o tyle jednak wśród kobiet występują częściej głębsze, bardziej ograniczające jej postacie (Ostrowska, Sikorska i Sufin 1994; *Stan zdrowia...* 1997). Także dane na temat hospitalizacji (1980–1996) wykazują, że kobiety częściej przebywają w szpitalach niż mężczyźni, nawet jeżeli nie uwzględniać danych o prawidłowo odbytych porodach. Analiza przyczyn hospitalizacji wskazuje ponadto, że inna jest częstotliwość rozpoznań odpowiedzialnych za hospitalizację przedstawicieli obu płci<sup>9</sup>, ilustrująca tezę o różnicach w obrazach ich chorobowości (*Sytuacja zdrowotna...* 1997).

Wprawdzie nie jesteśmy w stanie porównać powagi schorzeń, które stały się przyczyną hospitalizacji, należy jednak odnotować, że zarówno częstsze pobyty w szpitalach, cięższe postacie niepełnosprawności i częstsze występowanie chorób przewlekłych wskazują na bardziej rozległe zaburzenia funkcjonowania społecznego, wynikłe ze złego stanu zdrowia wśród kobiet. Dane GUS (1996) pozwalają nam porównać częstość występowania chorób przewlekłych wśród mężczyzn i kobiet. Otóż w populacji kobiet wartość średniej liczby posiadanych chorób przewlekłych wynosiła 2,13 na osobę, a wśród mężczyzn 1,41 (odchylenie standardowe odpowiednio: 2,42 i 1,93). Z kolei wśród przewlekle chorych kobiet średnia liczba posiadanych chorób wynosi 3,13, a wśród mężczyzn 2,54 (odchylenie standardowe: 2,35 i 1,96). Zanotowane w tym samym badaniu różnice w chorobowości mężczyzn i kobiet przedstawia tabela 33.

<sup>9</sup> O ile na pierwszym miejscu znajdują się w obu przypadkach choroby układu krążenia, u mężczyzn dwa następne miejsca zajmują urazy i zatrucia oraz choroby układu oddechowego, natomiast u kobiet choroby układu moczowo-płciowego (bez powikłań ciąży i porodu) oraz choroby układu trawiennego.



**Tabela 33.** Różnice chorobowości subiektywnej mężczyzn i kobiet (% deklarujących choroby)

Jednostka chorobowa	Kobiety	Mężczyźni
Nadciśnienie tętnicze	19,2	13,3
Choroby stawów	22,4	12,7
Choroby wątroby	10,2	4,8
Kamica żółciowa	5,8	1,4
Alergie	11,2	6,9
Choroby tarczycy	8,9	1,2
Choroby kości	23,4	18,0
Nerwice	17,6	9,4
Owrzodzenie żołądka, dwunastnicy	9,2	6,1
Wypadki, urazy	6,9	3,7

Źródło: GUS 1996.

W przypadku niemal wszystkich chorób odsetki chorobowości wzrastają wraz z wiekiem i tym częściowo można tłumaczyć różnice obrazu chorób występujących u obu płci. Różnice te jednak utrzymują się przy kontroli wpływu wieku, a występowanie niektórych chorób utrzymuje się w takich samych proporcjach (alergie, choroby tarczycy, nerwice). Ponownie więc mamy okazję zaobserwować, że obraz chorób mężczyzn i kobiet przedstawia się nieco odmiennie i nie wypada on na korzyść kobiet. (Oczywiście cały czas musimy tu pamiętać, że mamy do czynienia z chorobowością subiektywną). Nie zawsze jesteśmy w stanie, nawet hipotetycznie, orzec, jakiego rodzaju czynniki są za te różnice odpowiedzialne (biologiczne czy społeczne), a więc czy mogą – i ewentualnie, w jakich proporcjach – na nie wpływać odmiennie elementy stylu życia i zachowania związane ze zdrowiem. Problematyka ta jednak niewątpliwie zasługuje na więcej uwagi ze strony badaczy.

Także samooceny stanu zdrowia systematycznie ukazują na ogół gorsze oceny wśród kobiet niż mężczyzn we wszystkich grupach wieku, poza najstarszymi – powyżej 65 roku życia (OBOP 1961; Ostrowska 1980; Titkow 1981; Beskid i in. 1992; GUS 1997).

Dokładniejszą analizę różnic w poszczególnych wymiarach, składających się na oceny stanu zdrowia mężczyzn i kobiet, umożliwia badanie gospodarstw domowych zrealizowane w 1991 roku (Beskid i in. 1992), badanie dobrostanu psychicznego zrealizowane w 1992 roku (Czapiński 1993), a następnie badanie stanu zdrowia ludności Polski w 1996 roku (GUS 1997). Zebrane w tych badaniach informacje pozwalają na prześledzenie różnic w ocenach zdrowia, dokonywanych przez mężczyzn i kobiety w trzech wymiarach: ocenach zdrowia somatycznego, zdrowia psychicznego i ogólnych ocenach stanu zdrowia. Zbiorcze porównanie różnych aspektów ocen stanu zdrowia pochodzących z tych badań przedstawiają tabele 34–36.

Tabela 34. Ocena różnych aspektów zdrowia somatycznego płcie (w %)

Oceny zdrowia	Mężczyźni	Kobiety	N	Siła związku i poziom istotności
Skłonność do przeziębień	22,0	21,3	483	VC=0,004 nieistotne
Skłonność do dolegliwości trawiennych	17,7	26,7	483	VC=0,103 p<0,02
Czeste zachorowania	19,1	26,6	483	VC=0,089 p<0,05
Posiadane choroby	41,9	48,3	483	VC=0,059 nieistotne
Poważne choroby w ciągu ostatniego roku zmuszające do wizyty u lekarza	44,3	56,3	3444	VC=0,119 p<0,000
Bóle w klatce piersiowej	22,8	29,0	43126	VC=0,107 p<0,000
Drętwienie kończyn	26,2	35,1	43126	VC=0,111 p<0,000

Porównanie przedstawionych danych wskazuje, że stosunkowo najmniej różnicują obie płcie oceny dotyczące aspektów zdrowia, określone tu jako somatyczne. (Zdajemy sobie sprawę z niemożności precyzyjnego rozgraniczenia między tym, co psychiczne, a tym, co somatyczne w sferze zdrowia i choroby). Zwraca tu jednak uwagę wyraźnie wyższa u kobiet częstość



**Tabela 35.** Ocena różnych aspektów samopoczucia i zdrowia psychicznego (w%)

Oceny zdrowia	Mężczyźni	Kobiety	N	Siła związku i poziom istotności
Negatywna ocena ogólna samopoczucia psychicznego	30,2	39,1	483	VC=0,092 p < 0,04
Odczuwanie smutku, przygnębienia	44,2	59,5	3446	VC=0,153 p < 0,000
Nasilające się bóle głowy	27,1	49,8	483	VC=0,233 p < 0,000
Nasilające się zmęczenie	56,3	71,5	483	VC=0,161 p < 0,000
Drażliwość, irytacja	40,7	56,2	483	VC=0,153 p < 0,000
Zniechęcenie, apatia	34,7	47,0	482	VC=0,132 p < 0,004
Bezsennosc	18,5	28,1	43126	VC=0,114 p < 0,000
Pogorszenie koncentracji	15,9	23,7	43126	VC=0,108 p < 0,000
Utrata wiary w siebie	12,8	23,7	43126	VC=0,074 p < 0,000

**Tabela 36.** Ogólne oceny stanu zdrowia (dane w %)

Oceny zdrowia	Mężczyźni	Kobiety	N	Siła związku i poziom istotności
Postrzeganie zdrowia jako gorszego niż innych osób w tym samym wieku	24,4	27,7	483	VC=0,036 nieistotne
Niezadowolenie ze swego stanu zdrowia	34,5	46,1	3446	VC=0,137 p < 0,000
Wzrost z troskania swoim stanem zdrowia	39,8	53,6	3446	VC=0,116 p < 0,000

odnotowywania u siebie objawów choroby na tyle poważnej, aby stała się ona przedmiotem konsultacji lekarskiej. Informacja na ten temat może być jednak interpretowana także jako wskaźnik wyraźniejszej wśród kobiet tendencji do korzystania z opieki medycznej.

Znacznie bardziej widoczne są różnice ocen mężczyzn i kobiet dotyczące sfery zdrowia psychicznego (zrelatywizowanego tu głównie do depresyjności i nerwicowości) oraz samopoczucia. Tak więc kobiety znacząco częściej odczuwają smutek, przygnębienie, zniechęcenie i zmęczenie, a także podenerwowanie, drażliwość, irytację, bezsenność i bóle głowy. Odzwierciedlają to ogólne oceny samopoczucia psychicznego („stanu ducha”), które w przypadku kobiet są mniej korzystne niż w przypadku mężczyzn.

Także mniej korzystnie przedstawiają się ogólne oceny stanu zdrowia kobiet niż mężczyzn. Kobiety oceniają swoje zdrowie gorzej i jednocześnie są o nie bardziej z troskane. Trudno oczywiście o formułowanie na podstawie tych danych jakichś szerszych wniosków. Wyniki te jednak można interpretować także w ten sposób, że kobiety częściej niż mężczyźni żyją na co dzień „z chorobami”, choć niekoniecznie muszą to być choroby poważne i zagrażające życiu.

Zanotowane różnice w ocenach własnego zdrowia przez mężczyzn i kobiety skłaniają do stawiania dalszych pytań. Wiadomo bowiem, że stan zdrowia populacji jest wyraźnie moderowany takimi czynnikami strukturalnymi, jak wiek czy zajmowana pozycja społeczno-ekonomiczna. Jaka jest rola tych czynników w wyjaśnianiu zmienności obrazu chorób i ocen stanu zdrowia w porównaniu z rolą płci? Odpowiedź na to pytanie zasługiwałaby niewątpliwie na podjęcie bardziej szczegółowych badań, z których wnioski byłyby nie tylko interesujące poznawczo, ale i przydatne dla sfery polityki zdrowotnej i promocji zdrowia. Dane zebrane dla celów naszych analiz pozwalają jedynie na łączne zestawienie trzech czynników: płci, wieku i wykształcenia. Ukazemy ich związek z ocenami stanu zdrowia – w odniesieniu do najbardziej różnicującego obie płcie wymiaru zdrowia psychicznego (tabela 37).

Przedstawione różnice w ocenach poszczególnych objawów stanowią niewątpliwie dalszą zachętę do podejmowania bardziej szczegółowych analiz na ten temat, ukazują bowiem ich znaczącą heterogeniczność. Z punktu widzenia rozważanego przez nas problemu warto przede wszystkim zwrócić uwagę na intensywność odczuwania tych objawów, które różnicuje wyłącznie płeć.



Tabela 37. Oceny zdrowia i samopoczucia psychicznego a płeć, wiek i wykształcenie (współczynniki r Pearsona)

Oceny	Płeć	Wiek	Wykształcenie	N
Negatywna ocena ogólna samopoczucia psychicznego	-	0,17**	-0,12**	483
Odczuwanie smutku i przygnębienia	0,14**	0,16**	-	3446
Nasilające się bóle głowy	0,22**	-	-	483
Bezsenna	-	0,28**	-	483
Nasilające się zmęczenie	0,16**	0,18**	-	483
Drażliwość, irytacja	0,13**	-	-	483
Zniechęcenie, apatia	0,11*	-	-	483

\*\*p < 0,001

\*p < 0,01

- nieistotne

Są to: nasilające się bóle głowy drażliwość i irytacja oraz zniechęcenie i apatia. Być może, dolegliwości te bardziej niż inne są atrybutem bycia kobietą, choć oczywiście liczba uwzględnionych tu przez nas zmiennych towarzyszących tym objawom jest bardzo ograniczona. W przypadku ocen pozostałych dwóch objawów skorelowanych z płcią (narastające zmęczenie oraz odczuwanie smutku i przygnębienia), przy kontroli pozostałych zmiennych, płeć ma niewiele mniejsze znaczenie niż wiek w wyjaśnianiu różnic w pojawiających się różnorodnych ocenach i znacznie większe niż wykształcenie. (W analizie regresji wielorakiej tych zmiennych na występowanie nasilającego się zmęczenia wagi beta wynoszą odpowiednio: 0,18 i 0,16, a w przypadku smutku i przygnębienia 0,14 i 0,13. Wartości trzeciej zmiennej w równaniu są zupełnie nieznaczące.)

Warto tu jeszcze zauważyć, że ogólna negatywna ocena samopoczucia psychicznego nie wykazała związku z płcią. W obrębie każdej płci, analizowanej oddzielnie, ma natomiast różne korelaty z dwiema pozostałymi rozpatrywanymi zmiennymi. W przypadku kobiet samopoczucie to ma tendencję do poprawiania się wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ( $r = 0,18$ ), w przypadku mężczyzn pogarsza się wraz z wiekiem ( $r = -0,20$ ). Przedstawione dane potwierdzają więc znaczną rolę zmiennej płci dla kształtowania się obrazu zdrowia i samopo-

uczucia psychicznego. Posiadane materiały nie pozwoliły niestety na przeprowadzenie analiz, które mogłyby odnieść zaobserwowane różnice do zmiennych lepiej charakteryzujących odmienną rolę położenia społecznego, ról i zadań życiowych obu płci. Interesujący wydaje się tu wynik wskazujący na niewielką rolę wykształcenia. Problem ten jednak wymaga niewątpliwie znacznie bardziej precyzyjnych narzędzi badawczych.

### *3.2. Płeć a zachowania związane ze zdrowiem*

Jeżeli przedstawione dotychczas dane przekonały nas o istnieniu różnic w chorobowości i ocenach stanu zdrowia mężczyzn i kobiet, to warto się zastanowić, jaka odmienną rolę w sytuacjach życiowych może na nie wpływać. Z punktu widzenia głównego, rozważanego w tej książce tematu interesować nas będzie przede wszystkim rola zachowań związanych ze zdrowiem oraz w ogóle elementów różnicujących style życia mężczyzn i kobiet.

Jak pamiętamy z prezentacji danych przedstawionych w rozdziale II, płeć była zmienną, która przy kontroli innych zmiennych związanych z położeniem społecznym najbardziej (obok wieku) różnicowała zachowania związane ze zdrowiem. Kobiety na ogół bardziej rygorystycznie przestrzegały zasad prozdrowotnego stylu życia, choć nie było to regułą. Nasze dotychczasowe rozważania pokazują więc, że gdy omawiamy problemy zdrowia mężczyzn i kobiet, mamy do czynienia z materią, która nie tak łatwo poddaje się jednoznacznej interpretacji. Wprawdzie kobiety żyją przeciętnie dłużej, ale nie oznacza to, że w życiu spotyka je mniej chorób i dolegliwości. Realizują więcej czynności służących zachowaniu zdrowia – ale jednocześnie gorzej niż mężczyźni oceniają swoje zdrowie – szczególnie w aspekcie samopoczucia psychicznego. Czyżby więc miała miejsce sytuacja, w której kobiety – pomimo tego, że częściej chorują i bardziej narzekają na swoje zdrowie – żyły w sposób mniej zagrażający ich życiu? Spróbujmy prześledzić ten problem przyglądając się głównym czynnikom ryzyka najpoważniejszych obecnie chorób i ich występowaniu wśród mężczyzn i kobiet.



W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów i najczęstszą przyczyną inwalidztwa. Analizy zachorowań na choroby układu krążenia zdają się wskazywać, że chociaż w przypadku mężczyzn stanowią one w większym stopniu zagrożenie dla życia, to kobiety nie chorują na nie znacząco rzadziej. Wprawdzie wskaźniki hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia są wyższe dla mężczyzn niż kobiet<sup>10</sup>, ale w przypadku kobiet nieco częściej były one przyczyną absencji<sup>11</sup>.

Większą odporność kobiet na choroby układu krążenia zwykle tłumaczy się (hipotetycznie) korzystniejszą w ich przypadku osłoną hormonalną, a konkretnie poziomem estrogenu, jednak wyniki badań na ten temat nie są spójne (Waldron 1980). Charakterystyczne jest jednak, że częstość występowania tych chorób nasila się u kobiet po menopauzie.

Nie kwestionując wyjaśnień wiążących odmienną wrażliwość i umieralność z różnym wyposażeniem biologicznym obu płci, spróbujmy przyjrzeć się „społecznym” czynnikom ryzyka i zastanowić się, czy dotyczą one w jednakowym stopniu mężczyzn i kobiet. W przypadku chorób układu krążenia są to: palenie tytoniu, nadmierna konsumpcja alkoholu, niewłaściwa dieta i stres psychospołeczny. Pierwsze dwa czynniki w sposób oczywisty świadczą na rzecz bardziej prozdrowotnego stylu życia kobiet.

Jak wykazują analizowane przez nas w poprzednim rozdziale dane, a także inne prace, kobiety palą rzadziej (choć jednak częstość palenia wśród nich się nasila), wypalają mniej papierosów i później rozpoczynają palenie (Zatoński i Przewoźniak 1993; Zatoński 1996). Rzadziej też piją alkohol, wypijają mniejsze jego ilości, a we wzorach spożycia alkoholu przez kobiety relatywnie częściej pojawiają się napoje niskoprocentowe (Zieliński 1994).

Trudno jest jednoznacznie porównać sposób odżywiania się mężczyzn i kobiet, który jest bardziej uwarunkowany statusem

<sup>10</sup> W 1989 roku mężczyźni 175,8 na 10 tys., a kobiety 156,8 na 10 tys. W 1993 roku odpowiednio: 207,7 oraz 191,3.

<sup>11</sup> W 1989 wskaźniki absencji wynosiły dla mężczyzn 0,51, a dla kobiet 0,72. W roku 1993 odpowiednio: 0,89 dla mężczyzn i 0,92 dla kobiet.

społeczno-ekonomicznym i miejscem zamieszkania niż płcią. Jeżeli jednak przeanalizujemy wzorce „męskiej” i „kobiecej” diety występujące w kręgu kultury euroamerykańskiej, zauważymy, że męską cechuje wyższa kaloryczność, uzyskiwana przede wszystkim z większego spożycia tłuszczów zwierzęcych i mięsa, kobietą natomiast – wyższa proporcja spożycia cukrów prostych i węglowodanów (Grunberg i Straub 1992). Tendencje te są potwierdzone także przez polskie badania (CBOS 1997) analizowane przez nas w rozdziale II, które wykazały, że mężczyźni znacząco częściej spożywają tłuste mięsa i wędliny, a kobiety ciastka i lody.

Ponadto, szczególnie w rodzinach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, w hierarchii potrzeb żywieniowych rodziny mężczyzna-żywiciel i dzieci znajdują się na ogół przed kobietą, wskutek czego w sytuacji limitowanych zasobów spożywa ona mniej mięsa i tłuszczów. Paradoksalnie jednak, ten „zubożony” model odżywiania, dając znać o sobie w postaci innych problemów zdrowotnych, mógł zmniejszyć generalnie podatność kobiet na choroby układu krążenia.

Jeżeli jednak efekty odżywiania rozpatrzeć łącznie z wydatkowaniem energii – a więc wysiłkiem, pracą fizyczną, ruchem – męski styl życia, statystycznie rzecz biorąc, może być korzystniejszy dla zdrowia. Mężczyźni częściej uprawiają sporty i są ogólnie bardziej aktywni fizycznie (Kostka 1997; *Stan zdrowia...* 1997). Na ogół częściej spotykamy się z otyłością kobiet niż mężczyzn (Szponar 1994), choć niektóre dane twierdzą, że jest odwrotnie, a także – że kobiety częściej charakteryzują się niedowagą (*Stan zdrowia...* 1997). Rozważając kwestię odmienności wzorów gromadzenia i wydatkowania energii między mężczyznami i kobietami warto się zastanowić, w jakim stopniu mogą one naświetlić różnice między obydwoma płciami w występowaniu poszczególnych chorób układu krążenia. Warto też zwrócić uwagę, że zjawisko otyłości kobiet niejednokrotnie wyjaśniane jest kompensacyjnymi i kompulsywnymi wzorami jedzenia, będącymi reakcją na stres (Grunberg i Straub 1992). W takiej sytuacji jeden czynnik ryzyka chorób układu krążenia przeradzałby się w sposób na zwalczanie



drugiego, być może, stanowiąc jednak w ostatecznym efekcie czynnik ochronny, zmniejszający ryzyko zachorowania.

Niezmiernie trudno jest dokonać porównania rozpowszechnienia stresu – kolejnego czynnika ryzyka – i umiejętności jego zwalczania przez mężczyzn i kobiety. Stresy doświadczane przez mężczyzn łączone są na ogół ze zwiększonym napięciem i odpowiedzialnością, związanymi z wykonywaniem pracy zawodowej (mężczyźni częściej niż kobiety pełnią funkcje kierownicze i menedżerskie). W przypadku kobiet podkreśla się natomiast trudności łączenia pracy zawodowej z obowiązkami domowymi i rodzinnymi, a także częstszą w ich przypadku sytuację nieadekwatności między posiadanym wykształceniem a osiąganą pozycją zawodową i dochodami. Problem jednak nie polega tu wyłącznie na częstości i sile stresorów, na które się jest eksponowanym, ale także umiejętności rozładowania ich przez określone działania (rozważaliśmy tę kwestię w poprzednim rozdziale). Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem jest czynnikiem ryzyka wielu chorób, a niektórzy badacze twierdzą, że ma swój udział niemal we wszystkich.

Niezależnie jednak od rodzajów zachowań czy stresujących sytuacji, na które jest się narażonym, ważne są także różnicujące kobiety i mężczyzn sposoby rozładowywania stresu. Kobiety częściej niż mężczyźni posługują się wsparciem społecznym jako źródłem podtrzymania w trudnych sytuacjach; zwracają się ze swoich kłopotów, są bardziej otwarte na zewnątrz w ich ujawnianiu i gotowości do dzielenia się nimi z otoczeniem. Inne są także „chemiczne” sposoby redukcji napięć, po które sięgają mężczyźni i kobiety. W pierwszym przypadku będzie to częściej alkohol, w drugim leki uspokajające (Miles 1988; Ostrowska 1995). Być może, te różne typy reakcji są także nieobojętne dla zróżnicowań obrazu chorób.

O ile etiologia chorób układu krążenia jest stosunkowo dobrze znana i pozwala wyodrębnić czynniki ryzyka, w przypadku chorób nowotworowych sytuacja nie jest tak klarowna. Jednym z najlepiej udowodnionych czynników ryzyka z zakresu stylu życia jest palenie papierosów, szczególnie jeśli chodzi o raka płuc, gardła i jamy ustnej. Szacuje się, że w 1989 roku

40,5% zgonów mężczyzn i 19,9% kobiet powiązane było z nikotynizmem. Inne prawdopodobne czynniki ryzyka to – przy określonych lokalizacjach nowotworu – alkohol, niewłaściwa dieta (na przykład uboga w błonnik), pewne zachowania seksualne i wzory reprodukcji, kontakt ze szkodliwymi substancjami chemicznymi oraz przemysłowe zanieczyszczenia powietrza. Ten ostatni czynnik jest prawdopodobnie w jakiejś mierze odpowiedzialny za częstsze występowanie nowotworów wśród ludności miejskiej niż wiejskiej (o 20% wyższe wśród mężczyzn i 30% wśród kobiet zamieszkałych w mieście), co jest swoistą cechą Polski na tle innych krajów europejskich (Zatoński 1993).

Podobnie jak w przypadku chorób układu krążenia, mężczyźni częściej chorują na raka<sup>12</sup>. Różnicę tę pogłębia fakt, że kobiety żyją przeciętnie dłużej, a rak jest chorobą degeneracyjną, której częstość występowania nasila się wraz z wiekiem. Także ryzyko śmierci z powodu chorób nowotworowych jest większe dla mężczyzn niż kobiet w przypadku większości lokalizacji nowotworu.

Warto dodać, że przy wahaniach wzrostów i spadków częstości występowania poszczególnych lokalizacji chorób nowotworowych począwszy od lat sześćdziesiątych, kiedy to Polska była krajem o niskim ryzyku zachorowania, obecnie odnotowuje się wysokie ryzyko i największą śmiertelność z powodu raka szyjki macicy w Europie. Z punktu widzenia tematyki naszych rozważań należy odnotować, że o ile rak w przypadku mężczyzn pojawia się częściej i jest częstszą przyczyną zgonów niż wśród kobiet, to kobiety właśnie są częściej leczone z powodu chorób nowotworowych<sup>13</sup>. Częstsze hospitalizacje kobiet niż mężczyzn mają głównie miejsce w przedziale wieku 35–54 lata.

<sup>12</sup> W 1989 roku współczynniki zachorowań na 100 tys. wynosiły dla mężczyzn 238,5, a dla kobiet 198,2. Mężczyźni najczęściej umierali z powodu raka płuc (34,3% wszystkich nowotworów), raka żołądka (11,7%), a następnie prostaty (5,0%). Przyczynami śmierci kobiet z powodu chorób nowotworowych był rak piersi (8,9%), płuc (8,6%) oraz szyjki macicy (6,6%). *Biuletyn Statystyczny MZiOS* 1991.

<sup>13</sup> W 1989 roku współczynnik kobiet leczonych na raka wynosił 88,8 na 10 tys., a mężczyzn 74,6 (*Biuletyn Statystyczny MZiOS* 1991).



Mniejsza liczba zgonów w przypadku kobiet odzwierciedla fakt, że przy wskaźnikach korzystania z leczenia najczęstsze postacie chorób nowotworowych, które je dotyczą (rak sutka, rak szyjki macicy), mogą być stosunkowo szybciej wykrywane, a zatem i skuteczniej leczone. Jednak wcześniej może być także wykrywany rak gardła, krtani i gruczołu krokowego, a więc ten o lokalizacji bardziej typowej dla mężczyzn. Być może więc, pewne znaczenie przypisać należy staranniejszemu wykonywaniu badań kontrolnych przez kobiety, większej częstotliwości ich wizyt u lekarzy, lepszemu obserwowaniu własnego ciała, a także generalnie większej wśród nich znajomości objawów chorób (Ostrowska 1980). Ta większa świadomość zdrowotna kobiet wiąże się w znacznej mierze z silniejszą orientacją kobiet na sprawy domu oraz rodziny i z pełnieniem przez nie ról „domowych lekarzy” na potrzeby ich domowników, co zresztą stanowi element socjalizacji dziewcząt do roli kobiet. Silniejsze związanie kobiet ze sferą domu może także sprzyjać wchodzeniu w rolę chorego (definiowanie się jako osoba chora, wymagająca leczenia i pomocy), nie wymaga to bowiem całkowitego zawieszenia relacji ze sferą codziennej aktywności. W przypadku mężczyzn, zorientowanych w większym stopniu na cele zewnętrzne, chorowanie i leczenie tę sferę wyraźniej zakłóca.

Warto tu także ponownie przywołać dane różnicujące styl życia mężczyzn i kobiet, szczególnie w zakresie wzorów odżywiania i palenia tytoniu, które przytaczaliśmy omawiając choroby układu krążenia, posiadają one bowiem w tym zakresie wspólne czynniki ryzyka.

Kolejnym „głównym zabójcą” są w Polsce urazy i zatrucia.

Współczynnik zgonów z wyżej wymienionych powodów wyniósł w 1996 roku 107 na 100 tys. ludności w przypadku mężczyzn i 35 na 100 tys. ludności w przypadku kobiet. Zgony mężczyzn z tych powodów następowały więc trzykrotnie częściej niż kobiet (*Sytuacja zdrowotna...* 1998). Mężczyźni ginęli czterokrotnie częściej w wypadkach drogowych, pięciokrotnie częściej wskutek samobójstw i samouszkodzeń.

Większa częstość wypadków wśród mężczyzn niż kobiet wynika w znacznej mierze z odmienności charakteru pracy i większego w związku z tym narażenia na urazy zawodowe.

Jednak większa skłonność do wypadków wśród mężczyzn jest nie tylko rezultatem ekspozycji na większe zagrożenia zawodowe; mężczyźni częściej giną we wszelkiego rodzaju wypadkach, wdają się w bójki, częściej bezpośrednio ryzykują życiem. Wiele ofiar wypadków ulega im w stanie nietrzeźwym, a więc po raz kolejny w naszej analizie mniejsza wśród kobiet konsumpcja alkoholu chroni ich zdrowie i życie.

Poszukując wyjaśnień tej sytuacji, warto ponownie sięgnąć do wzorów męskości i kobiecości istniejących w naszej kulturze. Tak więc od mężczyzn oczekuje się demonstrowania odwagi, sprawności fizycznej, brawury, zdecydowania, szybkości działania. Cechy te wpajane są chłopcom już w dzieciństwie (choćby pod postacią typowych, chłopięcych zabaw) i za nie są oni niejednokrotnie podziwiani przez otoczenie. Wskutek tego ogół zachowań mężczyzn bardziej sprzyja wszelkiego rodzaju urazowości, niż ma to miejsce wśród ostrożniejszych kobiet.

Wyjaśnienie to jednak jest tylko częściowo adekwatne, gdy zastanawiamy się nad znacznie większą liczbą samobójstw wśród mężczyzn niż kobiet, choć istniejące dane wskazują, że próby samobójcze mężczyzn są skuteczniejsze, gdyż sięgają oni po bardziej „męskie”, radykalne, zdecydowane środki (Jarosz 1980, 1997).

Istniejące hipotezy z zakresu stylu życia (nie wdajemy się tu, podobnie jak poprzednio, w biologiczne regulatory czynności człowieka) wiązałyby częstsze samobójstwa mężczyzn z brakiem podstawowych mechanizmów wsparcia społecznego i ich większą niż w przypadku kobiet alienacją. Mężczyźni wchodzą w luźniejsze związki emocjonalne z najbliższymi, są bardziej zorientowani na cele zewnętrzne niż rodzinne (pełniące tu integrującą funkcję). Silniejsze zakorzenienie kobiet w grupie społecznej staje się dla nich buforem, o który rozbijają się skutecznie problemy i niepowodzenia życiowe. W krajach, w których stosunkowo częściej zachowana jest tradycyjna rola kobiety w rodzinie (Hiszpania, Portugalia, Włochy, a także Polska) współczynniki samobójstw kobiet są najniższe. Także względem dzieci wydaje się jednym z ważniejszych czynników skutecznie powstrzymujących kobiety-matki do zachowań autodestrukcyjnych (Jarosz 1997). Fakt, że kobiety rzadziej sięgają



po tak drastyczne środki w rozwiązywaniu swoich problemów i konfliktów życiowych, nie oznacza jednak, że – generalnie – wskaźniki zdrowia psychicznego przedstawiają się dla nich korzystnie.

Porównując rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych ogółem wśród mężczyzn i kobiet, widać częstsze ich występowanie wśród mężczyzn; nie dotyczy to jednak wszystkich schorzeń. U kobiet występują częściej choroby afektywne, a zwłaszcza depresja (ponad 2 razy częściej), nerwice (około 3 razy częściej) oraz zaburzenia psychosomatyczne. Z kolei w populacji mężczyzn kilkakrotnie częściej występują problemy alkoholowe (szczególnie psychozy) oraz zaburzenia osobowości (Słupczyńska i Dziduszko 1989). Zestawienie struktury pierwszych przyjęć do szpitali psychiatrycznych dla mężczyzn i kobiet pokazuje, że zaburzenia alkoholowe były przyczyną ponad 1/3 wszystkich pierwszych hospitalizacji mężczyzn, natomiast praktycznie w ogóle nie dotyczyły kobiet. Tak więc uzależnienia od alkoholu i psychozy alkoholowe zdecydowały o tym, że mężczyźni prawie dwukrotnie częściej niż kobiety trafili do szpitali psychiatrycznych<sup>14</sup>.

Istniejące hipotezy wiążą różnice w obrazie zaburzeń psychicznych z odmiennym stylem przeżywania i wyrażania problemów przez mężczyzn i kobiety. Kobiety przeżywają je do „wewnątrz”, poprzez cierpienia wewnętrzne (nawet jeżeli dzielą się nimi z otoczeniem), podczas gdy mężczyźni rozładowują je na „zewnątrz”, poprzez działania.

Większa skłonność kobiet do nerwic, a szczególnie do depresji, jest fenomenem obserwowanym od wielu lat i niejednokrotnie podejmowanym w zachodnich badaniach medycznych i socjologicznych. Niektórzy socjologowie wyrażają przekonanie, że depresje są w gruncie rzeczy zmedykalizowanym zjawiskiem społecznym, a proces diagnozowania i farmakoterapii depresji określają mianem „medykalizacji nieszczęścia” (Miles 1988). Perspektywa ta jest także reprezentowana przez socjologię feministyczną. Prace pochodzące z tego nurtu argumentują, że kobiety są często depresyjne, ponieważ mają ku temu wyraźne

---

<sup>14</sup> W roku 1991 mężczyźni 180,5 na 100 tys. i kobiety 99,0-na 100 tys. (*Zakłady psychiatrycznej...* 1992).

powody. Są one związane przede wszystkim z niekorzystnym układem ról społecznych i strukturą szans w społeczeństwie (Garmanikov i in. 1983).

Analizując różnice w występowaniu zaburzeń psychicznych wśród mężczyzn i kobiet warto zauważyć, że także przeciętny okres hospitalizacji w zakładach psychiatrycznych jest dłuższy dla mężczyzn niż kobiet (o ok. 50%). Różnice te są szczególnie widoczne w przypadku długich pobytów pacjentów schizofrenicznych. Nie jest to jednak wyłącznie funkcją oporności choroby na leczenie; kobiety cierpiące na schizofrenię są bardziej akceptowane w swoich środowiskach niż mężczyźni. Kobiety – nawet chore psychicznie – są bardziej użyteczne w gospodarstwach domowych, w których mieszkają (Słupczyńska i Dziduszko 1989).

Inną grupą chorób nie prowadzących bezpośrednio do śmierci, a jednak upośledzających znacznie funkcjonowanie, są schorzenia i dolegliwości reumatyczne. Zaslugują one na szczególną uwagę ze względu na znaczne ich rozpowszechnienie w naszym kraju. Choroby te charakteryzują się postępującym, upośledzającym sprawność przebiegiem, a także stałą obecnością dolegliwości bólowych. Według badań stanu zdrowia ludności GUS (1996) na choroby stawów uskarża się 66,2% kobiet i 33,8% mężczyzn. Badania zrealizowane w 1973 i 1984 roku przez Instytut Reumatologii (Tempska i in. 1990) wykazały wśród ogółu leczonych w obu porównywanych okresach prawie czterokrotną przewagę kobiet. Częstość zachorowań (głównie reumatoidalne zapalenie stawów) wzrasta wśród kobiet po 65 roku życia, a szczególnie wśród tych, które wykonują cięższą pracę fizyczną (pranie, szorowanie, sprząatanie). Starsze kobiety, po osiągnięciu wieku emerytalnego, nie przerywają ani nie ograniczają na ogół swoich obowiązków w gospodarstwie domowym, jak ma to miejsce z pewnością u większości mężczyzn w podobnym wieku. Czynniki ryzyka chorób reumatycznych oddziałujące na nie przez całe życie są więc związane z rolą kobiety i czynnościami przypisanymi jej poprzez społeczny podział pracy.

Stosunkowo precyzyjne dane dotyczące struktury zachorowań mężczyzn i kobiet posiadamy w odniesieniu do chorób zakaźnych, podlegają one bowiem obowiązkowej rejestracji.



Chorób zakaźnych mamy obecnie w Polsce niewiele, warto jednak spojrzeć na dane dotyczące zachorowań na gruźlicę i choroby weneryczne. Tu bowiem obraz zachorowań jest ogromnie różny dla mężczyzn i kobiet, a społeczne czynniki ryzyka wysuwają się na plan pierwszy.

Mężczyźni mniej więcej dwukrotnie częściej zapadają na gruźlicę niż kobiety i proporcje te pozostają stałe, niezależnie od fluktuacji ogólnej liczby chorych. W latach 1980–1991 liczba nowo zarejestrowanych zachorowań ogółem zmniejszyła się o około 1/3, przy w miarę stałych proporcjach zachorowań w obrębie obu płci. W latach 1991–1993 zanotowano wzrost zachorowań, a następnie od roku 1994 ponowny spadek. Niezależnie od notowanych wzrostów i spadków zachorowań, proporcje chorujących mężczyzn i kobiet są stałe: chorujących mężczyzn jest dwukrotnie więcej (w roku 1996 współczynniki zapadalności dla mężczyzn i kobiet na 100 tys. ludności wynosiły odpowiednio: 54,3 oraz 25,1).

Liczba zarejestrowanych zachorowań na choroby weneryczne ma w Polsce wyraźnie malejącą tendencję. W ciągu ostatnich lat liczby te obniżyły się niemal pięciokrotnie, zmieniły się także proporcje chorujących mężczyzn i kobiet. W roku 1986 współczynnik chorujących mężczyzn był trzykrotnie wyższy niż kobiet; w roku 1996 dwuipółkrotnie wyższy. Współczynniki zapadalności w 1996 roku wynosiły odpowiednio 10,4 (na 100 tys. ludności) w przypadku mężczyzn i 4,3 kobiet. Przyjmuje się, że czynnikiem sprzyjającym powszechniejszemu zarażeniu mężczyzn jest alkohol, do znacznej liczby przygodnych kontaktów seksualnych dochodzi bowiem pod jego wpływem.

### *3.3. Płeć a różnice i nierówności stanu zdrowia*

Podsumowując powyższe rozważania wypada raz jeszcze stwierdzić, że na ogół mężczyźni mają mniej problemów ze zdrowiem, jednak są one przeważnie poważniejsze. Częściej niż kobiety narażeni są na urazy, uszkodzenia, zagrażające życiu choroby krążeniowe. Częściej też umierają wskutek nowotworów złośliwych, a także zamachów samobójczych. Kobiety natomiast częściej ulegają poważnie ograniczającym zdolności ich funkcjonowania, ale nie prowadzącym do śmierci, chorobom

przewlekłym. W średnim i starszym wieku charakteryzują się one większą niepełnosprawnością spowodowaną skutkami chorób.

Opisane różnice przedstawialiśmy jako powiązane w pewnym stopniu z odmiennością czynników ryzyka, na które narażane są obie porównywane grupy, a które z kolei znajdują swoje źródło w pełnionych rolach społecznych, odmiennych wzorach zachowania, procesach socjalizacyjnych, stylach życia, a także warunkach i rodzaju wykonywanej pracy.

Zanotowane różnice między płciami, odnoszące się do sfery zdrowia i choroby, są oczywiście modyfikowane statusem społeczno-ekonomicznym. Zarówno wiele szkodliwości i uciążliwości życia, jak też i zachowań charakterystycznych dla utrzymania potencjału zdrowia spotykamy z nierówną częstotliwością wśród kobiet i mężczyzn z różnych klas społecznych. Nie bez znaczenia są tu także wartości przydawane zdrowiu. Nie jest ono bowiem wartością jednakowo atrakcyjną dla wszystkich. W praktyce życia codziennego niejednokrotnie przegrywa ono we współzawodnictwie z innymi istotnymi wartościami życiowymi. Nie jesteśmy jednak w stanie ocenić, czy ma to miejsce częściej w przypadku mężczyzn czy kobiet.

Rozważając bardzo różne parametry i uwarunkowania zdrowia, porównując w tym względzie sytuację mężczyzn i kobiet, krążyliśmy wokół problemu „różnic” i „nierówności” w sferze zdrowia. Trudno tu oczywiście rozstrzygnąć, jaki charakter mają przedstawione przez nas zróżnicowania. Niewątpliwie, nie są one wyłącznie determinowane biologią, ale ma także na nie wpływ odmiennosc pełnionych ról społecznych, elementów stylów życia, wzorów męskości i kobiecości istniejących w naszej kulturze. Nasuwa się więc pytanie: jaką rolę dla kształtowania się obrazu zdrowia kobiet pełni ich, udowodniona w wielu krajach, obiektywnie gorsza sytuacja w społeczeństwie – w sferze zatrudnienia, dochodu, możliwości rozwoju i awansu? Można by też powtórzyć tu pytanie Henryka Domańskiego (1999), czy kobiety wiedzą, że jest im gorzej, czy też raczej reprezentują syndrom „zadowolonego niewolnika”.

Nie wchodząc w skomplikowane relacje między sytuacją obiektywną kobiet i związanymi z nią niewątpliwie wielowymiarowymi ocenami, warto wskazać na wyraźnie gorsze parametry



samopoczucia psychicznego i częstsze występowanie dolegliwości psychosomatycznych wśród kobiet niż mężczyzn. Czy nie są one niezwerbalizowaną odpowiedzią na trapiące nas pytanie? Można bowiem uznać, że niedostatki związane z ich sytuacją życiową mogą być przez kobiety nie do końca uświadomione, ale są odczuwane i manifestowane językiem ciała, na poziomie psychosomatyki. Byłyby one argumentem na rzecz istnienia nierówności.

Zakończenie tej części pracy winno zawierać konkluzję o potrzebie badań i analiz nad rolą płci w kształtowaniu się różnych wymiarów zdrowotności społeczeństwa. Istniejące luki w tej dziedzinie w znacznej mierze wypływają z faktu, że wiele badań epidemiologicznych jest realizowanych wyłącznie na populacjach mężczyzn, choć można się zastanawiać – w świetle analizowanych wcześniej różnic – czy ich wyniki dają się w pełni uogólnić na populację kobiet<sup>15</sup>. Także specyficzne problemy zdrowia kobiet (zaburzenia cyklu miesięcznego, zespół napięcia przedmiesiączkowego, menopauza, skutki długotrwałego przyjmowania doustnych środków antykoncepcyjnych – stosowanych wszak tylko przez kobiety) nie są przedmiotem należytego zainteresowania medycyny (Abbot i Wallace 1993). Tym samym nasze rozważania na temat różnic i nierówności w sferze zdrowia mężczyzn i kobiet wyrażają także stosunek medycyny do tej kwestii i struktury badań naukowych nad problemami zdrowotnymi obu płci.

Sytuacja tej nieadekwatności nie dotyczy tylko Polski; większe skupienie się medycyny na mężczyznach jest problemem podnoszonym także w innych krajach. Warto więc zamieścić postulat podejmowania badań nad zdrowotnością, uwzględ-

---

<sup>15</sup> Przykładem takich badań mogą być choćby realizowane kilkakrotnie na wielotysięcznych populacjach mężczyzn badania nad czynnikami ryzyka choroby wieńcowej, które doprowadziły do wyodrębnienia „wzoru zachowania A”. (Przegląd tych badań przedstawiony jest w: Wrześniewski 1986).

Także eksperymentalne badania na zwierzętach laboratoryjnych służące testowaniu leków są w wielu krajach wykonywane głównie na samcach, ponieważ fluktuacje hormonalne samic utrudniają uzyskanie jednoznacznych wyników. Towarzyszy im jednak założenie, że leki te będą tak samo oddziaływać na mężczyzn, jak na kobiety (McBride 1992).

niający w większym stopniu różnice między mężczyznami i kobietami, a zwłaszcza różnice w parametrach ich społecznego funkcjonowania, w realizowanych stylach życia, w zachowaniach związanych ze zdrowiem. Sądzić bowiem można, że znajduje się tu wiele wskazówek dotyczących etiologii chorób, a zatem i ich zwalczania.





## IV

# Styl życia a promocja zdrowia

### 1. Miejsce kategorii „styl życia” w promocji zdrowia

Promocja zdrowia, określana często jako „nowe zdrowie publiczne”, odwołuje się do dziewiętnastowiecznego ruchu zdrowia publicznego, który poprzez reformy sanitarne spowodował znaczne zmniejszenie liczby zgonów wskutek chorób zakaźnych (Locker 1991). Teraz wyzwaniem stała się wysoka umieralność z powodu chorób cywilizacyjnych, wobec których działalność naprawcza medycyny okazała się także niewystarczająca.

W potocznym rozumieniu promocja zdrowia jest często utożsamiana z lansowaniem prozdrowotnego stylu życia czy zapewnianiem odpowiedniej opieki zdrowotnej. W rzeczywistości jednak dotyczy ona także wielu innych sfer życia i aktywności społecznej. Oficjalnej – choć enigmatycznej – definicji promocji zdrowia dostarcza Karta Ottawska z 1986 roku, która określa ją jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Kontrola nad własnym zdrowiem oznacza tu przede wszystkim kontrolę nad czynnikami determinującymi zdrowie. Promocja zdrowia ma zatem za zadanie kształtowanie sposobów i warunków życia najbardziej optymalnych dla zachowania zdrowia, a także pełnienie funkcji mediacyjnej między ludźmi a ich środowiskiem, odnoszącej się zarówno do indywidualnych wyborów, jak i działalności społecznej. Ce-



lem tej działalności winien być wzrost odpowiedzialności społecznej za zdrowie, obecnie i w przyszłości (Kickbusch 1991).

Zasady promocji zdrowia odnoszą prozdrowotną działalność do całych populacji, także ludzi aktualnie zdrowych i nie zagrożonych żadnymi chorobami, gdyż celem jej jest aktywna budowa potencjału zdrowia; może więc służyć w zależności od potrzeby zarówno poprawie istniejącego stanu, jak i zachowaniu go. Odnosi się do każdej fazy ludzkiego życia, niezależnie od posiadanej sprawności.

Nietrudno zauważyć, że takie holistyczne i dynamiczne postrzeganie stanu zdrowia nie mieści się w paradygmacie medycyny naprawczej, zorientowanej na patologię. Nowej ramy konceptualizacyjnej dostarczył tu model społeczno-ekologiczny ochrony zdrowia (Noack 1987), plasujący zdrowie jako wypadkową potencjału zdrowotnego i dynamicznej równowagi pomiędzy fizjologicznymi, psychologicznymi, społecznymi i ekologicznymi parametrami funkcjonowania. Można więc powiedzieć, że w swojej wielowiekowej historii medycyna powróciła niejako do swoich korzeni, ponownie dostrzegając człowieka na tle jego fizycznego i społecznego środowiska.

W V wieku p.n.e. Hipokrates, zwany ojcem medycyny, napisał traktat o „powietrzu, wodach i okolicach”, który jest systematycznym przeglądem czynników środowiskowych, wywierających wpływ na zdrowie. Stanowi on dobrą charakterystykę tego, co można dziś nazwać orientacją ekologiczną w medycynie (Dubos 1970). Jeszcze w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku dzieło Hipokratesa uchodziło za przydatny podręcznik. Uczył lekarzy doceniania i uwzględniania wpływu czynników środowiska fizycznego na życie człowieka.

Późniejszy rozwój bakteryjnej teorii chorób przyćmił jednak rolę środowiska, doprowadzając do zaniechania na następne kilkadziesiąt lat tego kierunku myślenia. Główny opozycjonista Pasteura, francuski klinicysta Pidoux, który naówczas twierdził, że choroby są z natury swej wieloprzyczynowe i nie można ich tłumaczyć zaistnieniem jednego czynnika (bakterii), nie mógł ze swoimi poglądami konkurować z precyzyjnymi wynikami eksperymentów laboratoryjnych, za pomocą których Pasteur, Koch i ich następcy ustanowili epokę specyficznej etiologii choroby

(Dubos 1961). Nowy model etiologii choroby doprowadził także do zmian w sposobie uprawiania medycyny. Stała się ona przede wszystkim sztuką indywidualistycznego leczenia poszczególnych osób, na plan dalszy odsuwając określanie postępowania zbiorowego, odnoszącego się do społeczeństwa jako całości (Sokołowska 1980).

Oczywiście dominacja modelu nastawionego na medycynę naprawczą nie oznacza, że nie było w niej miejsca na zapobieganie. Świadomość wpływu zachowania człowieka na jego stan zdrowia nie jest niczym nowym w medycynie. Kształtowanie zachowań zdrowotnych, realizowane poprzez oświatę zdrowotną, było zawsze obecne w profilaktyce, choć być może nie uświadamiano sobie, że ich rola może być aż tak duża. Zasadnicze różnice między podejściem profilaktyki i promocji zdrowia polegają jednak na inaczej zdefiniowanych populacjach, do których adresowane są działania, inaczej sformułowanych celach i nieco innych sposobach ich realizacji. Warto w tym miejscu poświęcić nieco uwagi ukazaniu modelowych różnic między tymi dwoma rodzajami działalności<sup>1</sup>, pozwolą one bowiem lepiej wyeksponować elementy nowatorskie w podejściu reprezentowanym przez promocję zdrowia.

Profilaktyka, czyli prewencja chorób<sup>2</sup>, z definicji koncentruje się na chorobie, jej czynnikach ryzyka i populacjach, które na określoną chorobą są szczególnie zagrożone. Podstawą działań

<sup>1</sup> Różnice między jednym a drugim podejściem są jednak nie zawsze precyzyjne i uchwytnie, jako że obszary profilaktyki i promocji zachodzą na siebie. Dla przykładu, zapewnianie wystarczającej ilości żelaza w pożywieniu może być traktowane zarówno jako działanie na rzecz wzmocnienia organizmu (działanie promocyjne), jak i zapobiegające powstawaniu anemii powodowanej brakiem żelaza (podejście prewencyjne). W takim przypadku różnica sprowadzi się do odmiennych intencji poprzedzających oba działania (Słońska 1994).

<sup>2</sup> Mowa tu przede wszystkim o prewencji pierwotnej, która jest szczególnie często utożsamiana z promocją zdrowia. Przyjmuje się, że prewencja pierwotna ma na celu zredukowanie częstości występowania nowych zachorowań lub innego rodzaju odchyłeń od dobrego stanu zdrowia. Prewencja wtórna ma na celu wczesne wykrywanie chorób, skrócenie czasu ich trwania, zapobieganie powikłaniom. Prewencja trzeciego stopnia ma na celu ograniczenie występowania trwałych następstw chorobowych, na przykład niepełnej sprawności (*Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów* 1993).



profilaktycznych są badania epidemiologiczne; ustalając rozprzestrzenienie i zasięg poszczególnych chorób określają segmenty populacji, wśród których istnieje najwyższe prawdopodobieństwo wystąpienia danej choroby. Oczywiście w niektórych wypadkach adresatem działań profilaktycznych są także całe populacje. Metody, jakimi posługuje się profilaktyka, mogą być zarówno nakierowane na środowisko (eliminacja zagrażającego czynnika, na przykład salmonelli, przy zanotowaniu i zidentyfikowaniu źródła zarażenia) i na jednostki ludzkie (na przykład zwiększanie odporności na zachorowanie przez stosowanie szczepień, izolację od zagrożenia w postaci kwarantanny, dostarczanie wiedzy o chorobie i instrukcji na temat zachowań umożliwiających uniknięcie zagrożenia).

Działania profilaktyczne przyjmują więc na ogół formę pewnych administracyjnie zorganizowanych działań (szczepienia, badania screeningowe itd.) oraz działań edukacyjnych. W każdym przypadku jednak u podstaw podejmowanych działań znajduje się wyraźnie określona choroba lub swoisty czynnik ryzyka.

Promocja zdrowia nie koncentruje się na żadnej specyficznej chorobie czy zagrożeniu. Orientuje się na całe populacje, na wszystkich ludzi, bowiem każdy posiada jakiś potencjał zdrowia, który może utrzymywać i pomnażać. W tym celu promocja zdrowia podkreśla interakcje między człowiekiem i jego społecznym i fizycznym środowiskiem, wagę stylów życia i wzorów codziennych zachowań, dostrzegając we wszystkich tych wymiarach determinanty ludzkiego zdrowia.

W odróżnieniu od działań profilaktycznych, które są planowane i egzekwowane przez sektor zdrowia, działania z zakresu promocji zdrowia wymagają także interwencji na poziomie rządów i społeczności. Budowa zdrowego i bezpiecznego środowiska wymaga bowiem odpowiedniej legislacji, nakładów finansowych, profesjonalistów z zakresu wielu dziedzin (przemysł, transport, rolnictwo, edukacja itd.), centralnych i lokalnych programów. Głównymi aktorami promocji zdrowia powinni być jednak sami ludzie, których do realizacji tych zadań należy w sposób szczególny przygotować. Chodzi tu przede wszystkim o zwiększenie ich kompetencji w dostrzeganiu i rozwiązywaniu

problemów zdrowotnych – o kształcenie odpowiedniej świadomości prozdrowotnej, motywacji, posiadanie odpowiedniej wiedzy i umiejętności. Tu więc niezbędną funkcję pełni edukacja zdrowotna, choć składają się na nią nieco inne treści niż w przypadku profilaktyki, a także do pewnego stopnia inne sposoby oddziaływania. Jednak – jak można sądzić – wynika to z różnicy czasów, w jakich oba podejścia były formowane, aktualnego stanu wiedzy na temat możliwości kształtowania ludzkich zachowań i gotowości do posługiwania się tą wiedzą.

Już pierwsze próby poszukiwania skutecznych metod zwalczania chorób przewlekłych skierowały uwagę badaczy ku ludzkim zachowaniom, które towarzyszyły ich występowaniu, a jednocześnie – jak sądzono – poddawały się modyfikacjom (na przykład picie alkoholu czy palenie tytoniu). W latach sześćdziesiątych upatrywano w edukacji zdrowotnej podstawowy klucz do uporania się z tymi problemami. Edukacja zdrowotna, nakierowana głównie na prewencję, koncentrowała się przede wszystkim na oddziaływaniach mających na celu eliminację zachowań niosących w sobie ryzyko różnych chorób. Sprawdzaly się one często do kampanii „zakazów”, straszenia i ekspozowania zagrożeń, poprzez ulotki i plakaty: „Nie pij”, „Nie pal”, „Alkohol twój wróg”, „Gruźlica czyha”, „Tęp muchy” – które za pomocą odpowiednio przerażających wizji graficznych ostrzegały przed niebezpieczeństwami, na jakie narażają się nie przestrzegający tych zakazów i nakazów. Oczywiście pojawiały się także hasła pozytywne, mające przyczynić się do wzrostu ogólnego poziomu zdrowia – „Sport to zdrowie”, „Pij mleko”, jednak ciężar gatunkowy tych oddziaływań skupiał się głównie na identyfikowaniu i ostrzeganiu przed czynnikami chorobotwórczymi.

W miarę rozwoju i doskonalenia się metod oświaty zdrowotnej hasłowe oddziaływanie coraz częściej przybierało formy bardziej systematycznych działań edukacyjnych, między innymi przez wprowadzanie ich do formalnych instytucji edukacyjnych z przekonaniem, że są one „siłą napędową innowacyjnego myślenia i zmiany”, a także ze względu na doceniony już fakt, że większość zachowań zdrowotnych ma swoje korzenie w dzieciństwie i młodości (Słońska 1994). Rozwój masowych środków przekazu stworzył nowe dodatkowe możliwości informowania



społeczeństwa o chorobach i sposobach ich unikania. Jeszcze dzisiaj tradycyjna, zorientowana na prewencję oświata zdrowotna koncentruje się przede wszystkim na zagrożeniach i pojedynczych zachowaniach zagrożenia te minimalizujących.

Jeżeliby dopatrywać się w istniejących w naukach społecznych teoriach inspiracji dla określonego rozumienia zachowań zdrowotnych i możliwości oddziaływania na nie, to według założeń profilaktyki zachowania te można by wywieść z teorii racjonalnego wyboru i „ekonomicznej teorii zachowań ludzkich” Gary Beckera (1990), podczas gdy promocja zdrowia oscyluje raczej w kierunku – omawianych już uprzednio – koncepcji stylów życia Maxa Webera czy Pierre’a Bourdieu.

Według teorii racjonalnego wyboru ludzie są zorientowani na osiągnięcie ważnych dla nich celów, dysponują uporządkowanymi ich hierarchiami i w związku z tym klarownymi preferencjami określonych, podporządkowanych tym celom zachowań. Przy wyborze zachowań, ustalaniu swoich działań racjonalnie rozpatrują istniejące alternatywy, uwzględniając ponoszone koszty i zyski. Oddziaływania profilaktyczne odwołują się do owej racjonalności i – biorąc pod uwagę wysoką wartość zdrowia w społeczeństwie – oczekują, że informacje o zagrożeniach tej wartości spowodują modyfikację zachowań. Tak więc na przykład już samo dostarczenie niezbitego dowodu na to, że palenie papierosów powoduje raka płuc, spowoduje racjonalną reakcję w postaci zaniechania palenia. Niewielkie sukcesy takich wieloletnich oddziaływań pokazują jednak, że takie podejście w praktyce było zawodne.

Promocja zdrowia zwraca natomiast uwagę na społeczne determinanty ludzkich wyborów, na strukturalnie i kulturowo uwarunkowane ich prawdopodobieństwa. Wolność ludzi przy wyborze określonego stylu życia jest ograniczona; ograniczona do alternatyw wyznaczanych ich miejscem w strukturze społecznej, sytuacją życiową, wartościami wpojonymi w procesie socjalizacji czy tradycją. Jeżeli więc nawet ludzkimi wyborami kieruje jakaś racjonalność, to nie wyznacza ich do końca. To istotne rozróżnienie obu omawianych orientacji zdrowia publicznego pomaga w praktyce dostrzegać znacznie bardziej realistyczne możliwości kształtowania zachowań ludzkich.

Inne są także metody oddziaływania tradycyjnego modelu profilaktycznego i modelu promocji zdrowia. Posługując się rozróżnieniem metod interwencji w sferze zdrowia publicznego wprowadzonym przez Beattiego (1991) można wykazać, że te pierwsze są oparte na oddziaływaniach typu autorytarnego, a drugie – raczej na negocjacjach.

		Autorytarne			
Indywidualne		Techniki perswazyjne	Regulacje prawne (np. obowiązek szczepień)	Kolektywne	
		Porady zdrowotne	Działania społeczności lokalnych na rzecz zdrowia		
		Negocjowanie			

Porównanie założeń, jakimi oba podejścia (tj. profilaktyczne i promocyjne) posługują się w celu kształtowania prozdrowotnych postaw i zachowań, niewątpliwie ukazuje głębsze osadzenie tych drugich zarówno w realiach życia ludzi, jak i dorobku nauk o zachowaniu. Aby jednak porównanie takie było „fair”, należy zwrócić uwagę, że porównujemy, z jednej strony, model od wielu lat realizowany w praktyce, którego słabości miały szansę się ujawnić, z drugiej zaś, mamy do czynienia z modelem normatywnym i życzeniowym, którego weryfikacja przez praktykę dopiero się rozpoczyna i problemy z jego aplikacją możemy na razie tylko (być może nie w pełni) antycypować.

Promocja zdrowia dostrzega, że złożoność uwarunkowań zdrowia wymaga wielu partnerów, z różnych poziomów organizacji społeczeństwa. „Partnerstwo dla zdrowia” wymaga więc współdziałania pojedynczych ludzi, ich rodzin, społeczności lokalnych, organizacji pozarządowych, mass mediów, a także ośrodków władzy i administracji państwowej różnych szczebli. Na szczególną uwagę zasługuje tu odpowiednia polityka zdrowotna państwa, przejawiająca się w tworzeniu właściwych podstaw legislacyjnych i alokacji środków wspierających prozdro-



wotne działania. Promocja zdrowia jest zatem procesem przekraczającym znacznie tradycyjną działalność „sektora zdrowia”.

Według wspomnianej już Karty Ottawskiej promocja zdrowia winna być realizowana poprzez określone działania zrelatywizowane do pięciu podstawowych obszarów. Są to:

- tworzenie prozdrowotnej polityki państwa,
- kreowanie środowisk sprzyjających zdrowiu,
- wzmacnianie mobilizacji i partycypacji społecznej na rzecz zdrowia,
- rozwijanie indywidualnych umiejętności prozdrowotnych,
- reorientacja służby zdrowia.

Wyżej wymienione obszary różnią się stopniem konkretyzacji, w różnym bowiem stopniu są w nim czytelnymi głównymi adresaciami i aktorzy mającej się dokonać zmiany. Potencjalnie jednak są to obszary (grupy, społeczne, instytucje, środowiska, polityka państwa, społeczeństwo), z których mają się rekrutować główni partnerzy czy koalicjanci na rzecz promocji zdrowia. Od nich będzie zależeć, czy indywidualne umiejętności i zachowania prozdrowotne (omawiane przez nas w poprzednim rozdziale) będą miały szansę przerodzić się w prozdrowotne style życia.

Nabywanie odpowiedniej wiedzy niezbędnej dla zdrowia i realizacja prozdrowotnego stylu życia, stanowią więc niewątpliwie trzon działalności promocyjnej, obok których jednak muszą się pojawić działania wielu instytucjonalnych partnerów w społeczeństwie. Aby jednostka czy rodzina mogła korzystać ze służących jej zdrowiu własnych umiejętności, musi mieć możliwości dokonania właściwych wyborów, uzależnionych z kolei od dostępności niezbędnych dóbr i usług (odpowiedniej, zdrowej żywności, właściwego standardu mieszkań, właściwej opieki zdrowotnej, bezpiecznych warunków pracy i publicznego transportu, warunków dla masowego sportu i aktywności fizycznej itp.). W swoim życiu codziennym ludzie nieustannie dokonują wyborów dotyczących wszystkich najdrobniejszych spraw. Wybory te mogą być dokonywane spośród wielu bądź niewielu alternatyw, spośród bardziej lub mniej pracochłonnych, czasochłonnych czy kosztownych możliwości. Kształtowanie prozdrowotnych stylów życia może być tylko wtedy efektywne na szerszą skalę, jeżeli indywidualne wybory będą wyborami łat-

wymi. Badania prowadzone na ten temat wskazują (Milio 1976; Bredemaier 1977), że większość ludzi postawionych w sytuacji wyboru decyduje się na te rozwiązania, które wymagają stosunkowo najmniej nakładów finansowych, najmniej czasu i są najmniej uciążliwe w relacji do osiągniętych korzyści, niezależnie od tego, jak te korzyści są przez nich definiowane. Wybory z zakresu prozdrowotnych, tak jak i innych, elementów stylu życia są więc wyraźnie osadzone w kontekście społecznym i ekonomicznym.

Jedną z najistotniejszych ról przy wdrażaniu promocji zdrowia pełni polityka państwa, której naczelną zasadą powinno być nadawanie zdrowiu społeczeństwa rangi nie mniejszej niż gospodarka. U podstaw jej działalności musi leżeć założenie, że zdrowie jest nie tylko naczelną wartością i fundamentalnym prawem człowieka, ale także racjonalną społecznie inwestycją (Adelaide Recommendations 1988). Wartość zdrowia winna więc być respektowana nie tylko w instytucjach medycyny, ale we wszystkich sektorach polityki państwa, a zwłaszcza w przemyśle, rolnictwie, handlu i usługach, komunikacji i edukacji.

Spółeczności lokalne i różne grupy społeczne powinny mieć swój udział nie tylko w realizacji odpowiednich, programów prozdrowotnych ich dotyczących, ale także mieć wpływ na kształtowanie owych programów, ustalanie priorytetów, kontrolę ich przebiegu. Rola ich powinna tu być w znacznej mierze podmiotowa, charakterystyczna dla ruchu społecznego<sup>3</sup>. Oczywiście, aby była możliwa taka partycypacja społeczna w działalności prozdrowotnej, musi być spełniony cały szereg warunków mikro- i makrospołecznych. Właściwą ramą dla aktywizacji społecznej są więc zarówno demokratyczne mechanizmy społecz-

---

<sup>3</sup> Przez ruch społeczny rozumie się tu zorganizowane działania zbiorowe na rzecz wprowadzenia zmiany społecznej. Ruch na rzecz promocji zdrowia należy sklasyfikować jako ruch ogólny, nakierowany na intencjonalną zmianę (Sztompka 1993). Czynnikiem inicjującym ruch promocji zdrowia w wielu krajach stała się Światowa Organizacja Zdrowia, która – oprócz wywierania wpływu na politykę społeczną rządów różnych krajów – uruchomiła wiele programów aktywizujących społeczności lokalne. Obecnie popularyzacja idei promocji zdrowia zaczyna wywoływać także spontaniczne działania oddolne.



ne (społeczeństwo obywatelskie – spontaniczne grupy interesów, niezależne od struktur państwowych), jak i możliwości zdobycia właściwego poziomu wiedzy i umiejętności prozdrowotnych, świadomość i indywidualne kwalifikacje ludzi. Istotną charakterystyką pożądaną tu aktywności społecznej są także tzw. wzory zachowań obywatelskich (Gliński 1996) i „cnót obywatelskich” (Ossowska 1983), do których należą wykształcone systemy wartości, tożsamość jednostek, aktywność indywidualna, zaangażowanie społeczne, realizacja zbiorowych aspiracji, poczucie więzi grupowych, zdolność do samoorganizowania się, samorządność, kreatywność i racjonalizm działań, a także wzory zachowań realizujących działania dla wspólnego dobra, zdolność do ofiarności, przewyższania egocentryzmu i gotowość do współdziałania z innymi.

Wspominaliśmy już o nieadekwatności ideologii medycyny naprawczej dla promocji zdrowia. Nieadekwatne tym samym są jej instytucje, modele ról zawodowych i organizacja opieki, odzwierciedlające tę ideologię. Reorientacja służby zdrowia – nakierowanie jej na włączenie do swego repertuaru działań promujących zdrowie, a więc znaczne rozszerzenie zakresu jej działań – wymaga także zmian w profilu kształcenia personelu medycznego. Lekarz, pielęgniarka powinni nie tylko zajmować się leczeniem pacjenta czy profilaktyką określonych schorzeń, ale także zwiększać świadomość zdrowotną, rozbudzać potrzeby zdrowotne i uczyć sposobów ich zaspokajania. Wyizolowany dotychczas ze swego kontekstu (fizycznego i społecznego) pacjent ma odtąd być postrzegany na tle swoich warunków życia, pracy, środowiska zamieszkania, a także rodziny, społeczności lokalnej. Zamiast biernym odbiorcą usług medycznych ma być świadomym podmiotem kształtującym swoje zdrowie, a rolą służby zdrowia jest mu to ułatwić. Wymaga to zmiany hierarchii wartości istniejących w praktyce medycznej, sposobów działania, a także zmiany dominującego stosunku pacjent–lekarz, z paternalistycznego na partnerski; jak pisze Marek Latoszek (1998) – wyrównania szans pacjentów wobec profesjonalistów medycznych.

Wszystkie powyższe działania mogą być zarówno elementami jednego, zintegrowanego programu zmiany społecznej, jak

i rozproszonymi działaniami różnych sektorów. Ambicją promocji zdrowia jest oczywiście ta pierwsza opcja. Miejscem, w którym ma się przede wszystkim dokonywać owa integracja, jest „siedlisko” ludzkie (*setting*), czyli miejsce, w którym ludzie mieszkają, pracują, uczą się, uzyskują opiekę zdrowotną, korzystają ze świadczeń i spędzają swój wolny czas. Stwarza to kompleksową możliwość zmiany warunków ich życia na zdrowsze, a w tym kontekście także pomoc w dokonywaniu przez nich prozdrowotnych wyborów w zakresie stylu życia.

## 2. Systemowe przesłanki realizacji promocji zdrowia w Polsce

Wielokrotnie wspominaliśmy w tej książce, że polityka państwa winna być przede wszystkim odpowiedzialna za kształtowanie środowiska przyjaznego dla zdrowia, choć oczywiście liczba aktorów zaangażowanych w tę działalność musi być znacznie większa (organizacje pozarządowe, społeczności lokalne czy wręcz jednostki ludzkie). Chodzi tu bowiem zarówno o środowisko fizyczne, jak i społeczne wszystkich tych miejsc i sfer życiowych, w których funkcjonuje człowiek (praca, szkoła, mieszkanie itd.). Waga uczestnictwa społecznego w odpowiednim kreowaniu środowiska (przez działalność własną czy wymuszanie „właściwych” decyzji administracyjnych) jest tu niewątpliwie kluczowa, tak jak w ogóle jest ona zasadnicza w całości kształcie działalności promującej i wzmacniającej zdrowie. Realizacja prozdrowotnego stylu życia jest tym samym końcowym ogniwem w łańcuchu wielu innych społecznych programów i wydarzeń.

Na marginesie tych nieco normatywnych rozważań, ukazujących rolę prozdrowotnej polityki państwa, aktywności środowiskowej czy działalności służb medycznych w tworzeniu podwalin promocji zdrowia, warto choćby przez chwilę zastanowić się, czy i w jakim stopniu możemy mówić o spełnieniu w Polsce tych warunków. Czy możemy mówić o rzeczywistej woli państwa w kwestii kształtowania prozdrowotnych warunków życia? Czy mechanizmy demokratyczne są na tyle dojrzałe, że obywatele mogą na taką politykę wpływać i egzekwować ją od rządu? Czy



„pozioma” samoorganizacja i aktywność społeczna różnych środowisk ukształtowała się w stopniu, w którym możemy mówić o zrębach społeczeństwa obywatelskiego? To one wszak – na poziomie mikrospołecznym jednostek i rodzin – przyczyniają się do zwiększania repertuaru ludzkich wyborów i możliwości dokonywania tych wyborów w życiu codziennym (Siciński 1996).

Jeżeli podstawowym warunkiem prozdrowotnej polityki jest zagwarantowanie dostępu do takich podstawowych dóbr, jak żywność, mieszkanie, ubranie, satysfakcjonująca praca (Kickbusch 1990), to niewątpliwie sytuacja w Polsce w połowie lat dziewięćdziesiątych nie napawa jeszcze optymizmem. Analiza dochodów ludności wykazuje narastającą polaryzację sytuacji materialnej społeczeństwa i znaczną sferę niedostatku. W zależności od przyjętych kryteriów, liczbę osób znajdujących się w sferze zagrożenia egzystencji szacuje się na 5,5 do 7,5 milionów osób (Rajkiewicz 1997b). Wynagrodzenia realne pracowników oświaty, ochrony zdrowia i kultury (a więc potencjalnych, lokalnych liderów promocji zdrowia) nie osiągnęły jeszcze w roku 1996 poziomu z roku 1989. Nastąpiło także wyraźne obniżenie dochodów ludności rolniczej, które są *per capita* o około 1/3 niższe od dochodów pozostałej ludności. W ciągu ostatnich lat (1989–1995) spadł także udział wydatków ludności na żywność (szczególnie widoczny w gospodarstwach ludzi starych) i na odzież oraz obuwie, choć ceny obu tych grup produktów nie obniżały się. Wzrosły natomiast wydatki na mieszkanie i ochronę zdrowia (Rajkiewicz 1997b). Deficyt w budownictwie mieszkaniowym w roku 1996 (a więc przed powodzią) oceniano na 1,4 miliona mieszkań, przy czym od roku 1993 buduje się poniżej 100 tysięcy mieszkań rocznie (Neciuński 1997). Pomimo wyraźnego obniżenia się w 1996 roku liczby osób bezrobotnych (od 15,4% do 13,6% zawodowo czynnych) za niekorzystną trzeba uznać strukturę bezrobocia, w której odnotowuje się znaczny udział ludzi młodych i poszukujących pracy dłużej niż 12 miesięcy. Trzykrotna nowelizacja ustawy o zatrudnieniu i bezrobociu ukazuje jak skomplikowane i długotrwałe jest rozwiązywanie tego problemu w skali masowej (Rajkiewicz 1997a).

Wymienione tu przykładowo wskaźniki pokazują, że dystrybucja podstawowych – z punktu widzenia poziomu życia i zdrowia – dóbr wymaga niewątpliwie wielu zasadniczych reform, ogromnych nakładów, a także czasu.

Działania na rzecz promocji zdrowia, rozumianej przede wszystkim jako edukacja zdrowotna, prowadzone były w Polsce od wielu lat przez takie instytucje, jak Polskie Towarzystwo Higieniczne, pion sanitarno-epidemiologiczny resortu zdrowia, czy zakłady i biura promocji zdrowia istniejące w instytutach medycznych. Odznaczały się jednak one na ogół znacznym zmedykalizowaniem problematyki zdrowia i fragmentarycznością działań (Karski 1998). Zaktualizowany w 1996 roku Narodowy Program Zdrowia (NPZ) jest pierwszym oficjalnym dokumentem państwowym, określającym zadania państwa w dziedzinie promocji zdrowia. Celem strategicznym tego programu jest poprawa zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia. Zawiera on zapisy rządowych intencji w tym zakresie („rozwijanie służących zdrowiu umiejętności”, „tworzenie atmosfery sprzyjającej zdrowiu”, „prowadzenie polityki umożliwiającej osiągnięcie celów zdrowotnych” czy „zmniejszanie różnic w zdrowiu”), a także wprowadza system kontroli wykonania wytyczanych celów. Jednak uwzględniając znaczny stopień ich ogólności, wdrażanie tych postulatów i wypracowanie procedur ewaluacyjnych może nastroczać pewne trudności. Trudności w realizacji tych zamierzeń – jak wykazują kilkuletnie doświadczenia – wiążą się jednak przede wszystkim z finansami i słabością struktur poziomych. Postulowane przez NPZ zespoły problemowe ds. realizacji programów lokalnych nie posiadają własnych budżetów, co przy jednoczesnych trudnościach odgórnego finansowania znacznie ogranicza aktywność środowisk zainteresowanych realizacją programu. Brak aktywnego środowiska lokalnego natomiast, połączony z brakiem zainteresowania instytucji formalnych, zajętych własnymi problemami, nie stwarza na tym poziomie dobrej perspektywy dla działalności promującej zdrowie (Kopczyński i Halik 1997).

Rola środowisk lokalnych nie jest wystarczająco doceniana przez politykę państwa (Kurczewska i in. 1993), ale też i stopień aktywizacji „poziomej” społeczności ciągle jeszcze nie jest ani



wystarczający do podjęcia masowych działań społecznych, ani uruchomienia demokratycznych mechanizmów wpływu na politykę państwa. Badania sektora pozarządowego w Polsce wskazują na przyrost liczby organizacji, a także wzrastający ich udział w takich dziedzinach, jak ochrona zdrowia, pomoc społeczna, prawa człowieka (Leś 1997). Świadczyć to może o upowszechnianiu się postaw i „cnót” obywatelskich, zorientowanych na dobro ogółu. Analiza działalności tych stowarzyszeń w Polsce prowadzi jednak także do wniosku, że są one w znacznym stopniu enklawowe – dotyczące częściowo izolowanych obszarów życia społecznego i dotyczące specyficznych, wyodrębnionych środowisk społecznych (Gliński i Palska 1997). Grupują się one przede wszystkim wokół wielkich miast, zwłaszcza Warszawy, która jest siedzibą 1/5 wszystkich organizacji (Siciński 1996). Ponadto, ciągle jeszcze w znacznym stopniu cechuje je pewna spontaniczność działania, „akcyjność”, niski poziom kooperacji, brak racjonalnych strategii własnej aktywności i umiejętności negocjacyjnych (Gliński 1996). Możliwość pełnienia przez nie jakichś funkcji na rzecz całego społeczeństwa jest więc na razie ograniczona i nie wydaje się, aby w obecnym stanie rzeczy były gotowe do pełnienia roli silnego „koalicjanta” w promocji zdrowia.

Pewne nadzieje na upowszechnienie się ruchu promocji zdrowia można wiązać z prowadzonymi pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia programami zorientowanymi na aktywizację środowisk lokalnych z pomocą szkół, zakładów pracy, szpitali czy próby pobudzania do działania społeczności wybranych miast<sup>4</sup>. W założeniu swym programy te mają wykraczać poza własne struktury i aktywizować także szersze społeczności lokalne. Trudno powiedzieć jednak (szczególnie w sytuacji braku postępowania ewaluacyjnego), na ile programy te rzeczywiście i w jakiej skali społecznej realizują założone zadania.

---

<sup>4</sup> Mowa tu o programach: „Szkoła promująca zdrowie”, „Szpital promujący zdrowie”, „Promocja zdrowia w miejscu pracy”, „Zdrowe miasta” czy programach naturalnego karmienia piersią i planowania rodziny (Słońska 1996).

Ostatnią sferą, czy też warunkiem pomyślnej realizacji idei promocji zdrowia, jest reorientacja służby zdrowia. Problemowi, jaki może to stwarzać dla instytucji medycyny, poświęcamy nieco więcej miejsca.

Wszystkie przemiany medycyny – zarówno już zachodzące, jak i te, które winny nastąpić w ramach przyjęcia nowego, socjoekologicznego paradygmatu – warto rozpatrzeć w kontekście zdolności adaptacyjnych systemu medycznego do zmiany, a także procesu zwanego medykacją społeczeństwa. Służą one bowiem wzmocnieniu i utrwaleniu pozycji medycyny w istniejącym porządku społecznym i ich analiza może rzucić pewne światło na praktyczne możliwości jej reorientacji.

Pozycja medycyny jest przede wszystkim zbudowana na założeniu niezbędności, funkcjonalności, realizacji istotnych wartości społecznych i wysokiego profesjonalnego autorytetu. Aby mogła spełniać te warunki, musi przystosowywać się do nowych zadań i wyzwań. Jednocześnie jednak, jak każdy ustabilizowany system społeczny (o ustalonych strukturach i hierarchiach) instytucja medycyny jest zainteresowana utrzymaniem istniejącego *status quo*. Pogodzenie obu tych tendencji może się przejawiać w powierzchownych reformach, raczej zmieniających definicję sytuacji niż autentyczne działania. Z drugiej jednak strony, przyjęcie socjoekologicznego paradygmatu stawia przed medycyną nowe szanse rozszerzenia terytorium, na którym działa („medykacji” nowych obszarów?), a zatem umocnienia swojej pozycji. Można by się więc zastanowić, czy nowy paradygmat ochrony zdrowia przyczyni się do umocnienia i utrwalenia wysokiej pozycji medycyny w definiowaniu i rozwiązywaniu problemów społeczeństw czy też niesie ze sobą niebezpieczeństwo zrównania jej pozycji z innymi niezbędnymi instytucjami ekspertalnymi i wykonawczymi.

Analiza oficjalnej definicji zdrowia<sup>5</sup> wskazuje, że jest ona tak szeroka, iż dotyczy całokształtu życia i funkcjonowania człowieka, a jej pozytywna realizacja bliska jest koncepcji szczęścia,

<sup>5</sup> Mowa tu o definicji Światowej Organizacji Zdrowia (1946), ujmującej zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa”.



a więc terminu i problemu będącego co najmniej tak samo w zasięgu psychologii, filozofii i religii, jak medycyny. Określenie tak szerokiej sfery zjawisk mianem zdrowia na plan pierwszy natychmiast jednak wysuwa kompetencje medycyny.

Wprawdzie promocja zdrowia zakłada, że personel medyczny nie stanowi jedynej grupy społeczno-zawodowej odpowiedzialnej za upowszechnianie zdrowia, wręcz przeciwnie, podkreśla się tu rolę nauczycieli, pracowników socjalnych, działaczy lokalnych i mówi o koalicji wielu sektorów w działaniach na rzecz zdrowia. Trudno sobie jednak wyobrazić, aby w praktyce inna grupa zawodowa pełniła w całym tym procesie wiodącą, decydującą rolę. (Ciągłe jeszcze pozostaje otwarty problem wzajemnych relacji w tym względzie między lekarzami a pielęgniarkami. Te ostatnie, na skutek przemian zachodzących w ich zawodzie są coraz bardziej kompetentne do realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia [Kawczyńska-Butrym 1994]). Medycyna będzie też zawsze wytyczać kierunki promocji zdrowia, bowiem od jej badań naukowych (klinicznych, laboratoryjnych, epidemiologicznych) zależeć będzie przede wszystkim stan naszej wiedzy o czynnikach determinujących zdrowie. Wprawdzie coraz więcej innych dyscyplin będzie potrzebnych, aby konceptualizować wszystkie niezbędne „zmiennie niezależne” do prowadzenia takich badań (trudno na przykład wyobrazić sobie badania nad rolą stresu w etiologii chorób krążenia bez udziału w nich psychologów), to czy są oni jednak równymi lekarzom partnerami w tym zakresie? Czy staną się nimi? Dotyczy to także współpracy z niemedycznymi specjalistami w realizacji wszelkiego rodzaju programów. Praktyka zdaje się wskazywać, że lekarze dążyć będą do dominacji w wielodyscyplinarnych zespołach (Bizoń 1976).

Zauważmy także, że obecnie pod hasłem promocji zdrowia realizuje się w praktyce wiele przejętych, choć inaczej nazwanych, tradycyjnych dziedzin aktywności medycznej, w których lekarz jest podstawowym ekspertem. Spotykają się tu oświata zdrowotna, profilaktyka czy nawet rehabilitacja lecznicza, które – nieco zmodyfikowane – służą od tej pory „zwiększaniu kontroli ludzi nad ich własnym zdrowiem”. Nowa, aktualna definicja od dawna stosowanych sposobów działania może być

świadectwem, że medycyna się „reorientuje” i stawia czoło nowym wyzwaniom. W rzeczywistości jednak może to służyć tylko stabilizacji i umocnieniu pewnych tradycyjnych elementów funkcjonowania systemu medycznego<sup>6</sup>.

Jest więc możliwy scenariusz, w którym idea promocji zdrowia stanie się kolejnym polem rozszerzającym zasięg oddziaływania medycyny, a ta z kolei przyswoi sobie nowy paradygmat tylko powierzchownie. Niewątpliwie wiele będzie zależało od szeroko rozumianych klientów systemu; określone działania medycyny są także funkcją popytu na jej usługi (Sokołowska 1986). Można bowiem wyobrazić sobie także ekspansję oczekiwań i wymagań społeczeństwa, dotyczących realizacji prozdrowotnego stylu życia i partnerstwa lekarzy w tym względzie. Jest to jednak związane w znacznej mierze z czynnikiem, o którym wspominaliśmy wcześniej, a mianowicie z odpowiednim stopniem samoorganizacji społeczeństwa. Indywidualne naciski, choćby nawet częste, wywierane przez pacjentów na lekarzy, mają mniejsze szanse oddziaływania na ich „reorientację”. Jest to szczególnie prawdziwe w aktualnych warunkach polskich, gdzie lekarze są zainteresowani przede wszystkim reformą finansowania służby zdrowia i sprawami własnej profesji, a ich postulaty usprawnienia opieki zdrowotnej idą niemal wyłącznie w kierunku wzmocnienia tradycyjnych jej form<sup>7</sup>. Jednocześnie zamieszanie, jakie powstało po wprowadzeniu od 1999 roku niewystarczająco przygotowanych rozwiązań reformujących funkcjonowanie służby zdrowia, stanowi niewątpliwie utrudnienie w realizowaniu nowych zasad ochrony zdrowia.

---

<sup>6</sup> Dla przykładu – nowa koncepcja lekarza rodzinnego przewidywała jego szczególne kompetencje i zobowiązania na rzecz promocji zdrowia. Jednak w praktyce niezwykle bogaty program tej specjalizacji zawierał niewiele elementów promocji zdrowia. Nie znalazły się one także w egzaminie specjalizacyjnym, który ograniczył się do zagadnień klinicznych (Słońska 1996).

<sup>7</sup> Przykładem takiej orientacji może być trwający praktycznie cały 1997 rok protest anestezjologów. Poza postulatami natury finansowej i poprawy warunków pracy, znajdują się tu wyłącznie postulaty dotyczące zakupu nowego sprzętu medycznego.



### 3. Możliwości kształtowania zachowań prozdrowotnych

Dotychczasowe nasze rozważania ukazały liczne trudności i złożoność problemu kształtowania postaw i zachowań prozdrowotnych, których realizacja zależy od wielu czynników ulokowanych na poziomie makro- i mezospołecznym. Jeżeli jednak przyjąć założenie, że te – zewnętrzne w stosunku do jednostki – warunki są spełnione w wystarczającym stopniu, ciągle jeszcze pozostaje problem przekonania ludzi do realizacji zasad prozdrowotnego stylu życia czy „wychowania dla zdrowia”.

W socjologii i psychologii społecznej istnieje wiele teorii, które przybliżają nam możliwości wpływu na ludzkie zachowania. Mają one także coś do zaproponowania dla konkretnych prozdrowotnych programów stawiających sobie za cel kształtowanie czy modyfikacje zachowań<sup>8</sup>. Sądzę, że warto tu się odwołać przede wszystkim do twierdzeń z zakresu problematyki socjalizacji i uczenia społecznego. Teorie te znajdują swoje wykładnie w wielu podręcznikach akademickich, nie ma zatem sensu zbyt drobiazgowo ich omawianie w tym miejscu. Warto jednak wykazać tu ich adekwatność do omawianych w tej książce problemów.

Socjalizacja jest procesem stałym, trwającym całe ludzkie życie – przez całe życie jesteśmy bowiem zmuszani do uczenia się nowych ról społecznych. Zmieniający się wokół nas świat społeczny, nowe wydarzenia i wyzwania życiowe zmuszają nas do ciągłych zmian i ciągłej adaptacji. Owa nieustanność socjalizacji sprawia, że poszczególne fragmenty teorii socjalizacji poświęcone są zarówno małym dzieciom, jak i osobom dorosłym. Socjalizacja jest także procesem, który wdraża wartości życia i zdrowia ludzkiego i szereg zachowań, które mają istotne znaczenie dla budowania i podtrzymania zdrowia – albo jego niszczenia.

„To, co dzieje się w socjalizacji, to internalizacja społecznego świata przez dziecko. Ten sam proces, choć może nie o tak

---

<sup>8</sup> Wielość modeli wpływu społecznego w psychologii i możliwości adaptacji ich dla promocji zdrowia przedstawiają szczegółowo prace: Heszen-Niejedek i Sęk (1997) oraz Karski i Tomaszewska (1997).

intensywnej jakości, ma miejsce za każdym razem, kiedy dorosły spotyka się z nowym społecznym otoczeniem czy nową grupą społeczną. Społeczeństwo nie jest więc tylko czymś »na zewnątrz«, ...ale jest także »wewnątrz«, jest częścią naszej najbardziej wewnętrznej istoty. Tylko zrozumienie internalizacji pozwala uchwycić sens niezwykłego faktu, że zewnętrzna kontrola działa prawie przez cały czas w przypadku większości ludzi w społeczeństwie. Społeczeństwo nie tylko kontroluje nasze posunięcia, ale kształtuje naszą tożsamość, nasze myśli i emocje. Struktury społeczeństwa stają się strukturami naszej własnej świadomości. Społeczeństwo nie zatrzymuje się na powierzchni naszej skóry. Społeczeństwo w takim samym stopniu penetruje nas jak i otacza” (Berger 1963).

Proces socjalizacji analizowany był przez wielu badaczy i interpretowany na gruncie wielu teorii. Problem ten pojawia się w dziełach takich klasyków, jak Freud, Mead, Cooley, Erikson, Parsons czy Merton i stanowi jeden z centralnych problemów psychologii społecznej i socjologii. Liczne prace z tego zakresu podejmowały problem dziedziczności *versus* oddziaływań społecznych, wpływu socjalizacji na osobowość człowieka, wyróżniania różnych etapów socjalizacji, roli rozmaitych instytucji formalnych i nieformalnych w realizacji tego procesu i wiele innych zagadnień. Uwzględniając potrzeby promocji zdrowia, skupimy się więc przede wszystkim na wybranych twierdzeniach teorii socjalizacji, które dostarczyć mogą praktycznych wskazówek co do sposobów wdrażania zachowań i nawyków współtworzących prozdrowotne style życia. Przedmiotem naszego zainteresowania będą zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe; w stosunku do tych ostatnich wykorzystamy kierunek zwany „poprawianiem” socjalizacji (*improvement of socialization proces*) lub resocjalizacją, który koncentruje się na korygowaniu zachowań, które z jakichś powodów są społecznie niepożądane (na przykład szkodliwe dla zdrowia).

Socjalizacja wymaga, aby normy i wzory społecznego postępowania zostały zinternalizowane, a więc rozumiane, akceptowane, uznane za słuszne i wartościowe. Stosowanie się do pewnych norm tylko na zasadzie ich konformistycznej, zewnętrznej imitacji nie świadczy o dokonanej socjalizacji i nie



gwarantuje trwałości ich realizacji. Internalizacja oznacza bowiem, że normy są głęboko zakorzenione, a działania zgodne z nimi nie są tylko kwestią mody czy oportunistycznym nakazem.

Socjalizacja rozpoczyna się bardzo wcześnie. Przed ukończeniem drugiego roku życia dzieci potrafią naśladować i odtwarzać elementy zachowań innych ludzi (Lamb i Bornstein 1987). Przeprowadzone badania wskazują, że nauce zachowań i internalizacji norm wśród dzieci sprzyja tzw. socjalizacja antycypująca (Clausen 1968). Poprzez gry i zabawy, w których odgrywają one sytuacje z życia osób dorosłych (zabawa w „dom”, „sklep spożywczy”, „szpital” itp.), przyswajają sobie zachowania, sposoby pełnienia ról istniejących w świecie dorosłych. Zabawa z innymi dziećmi konfrontuje je z innymi wyobrażeniami czy sposobami na pełnienie tych ról. Uczą się w ten sposób alternatywnych zachowań i stylów życia.

Socjalizacja antycypująca jest więc ważnym składnikiem socjalizacji dziecka, choć – jak się wydaje – nie zawsze wystarczająco docenianym, jeśli chodzi o możliwości kształtowania jego przyszłych zachowań i preferencji. Ważne więc jest dla promocji zdrowia, aby umiała wykorzystać antycypującą socjalizację do wprowadzania prozdrowotnych nawyków do świata dziecka. Dziecko jest bowiem w stanie zinternalizować tylko te elementy, które są mu znane. Jeżeli jednak dokona ich internalizacji dostatecznie wcześnie, staną się one częścią głęboko zakorzenionego elementu stylu życia, elementem jego tożsamości społecznej.

Podstawowe treści i wartości prozdrowotne są wpajane przede wszystkim w domu i rodzinie. To tu na ogół formowane są postawy i zachowania kształtujące zdrowie – określone nawyki dotyczące jedzenia, spania, doświadczania oraz oferowania miłości i wsparcia, wartości przydawane zdrowiu i dobremu funkcjonowaniu, świadomość zagrożeń płynących ze środowiska. Rodzina pełni więc podstawową rolę w dostarczaniu wiedzy i wzorów, kształtowaniu umiejętności i zapewnianiu psychologicznego i materialnego wsparcia, które stanowią o potencjale istotnym dla kształtowania zdrowia. Rola rodziny nie może tu więc być przeceniona, z drugiej strony – nie może też być

idealizowana. To w rodzinach często mają miejsce pierwsze kontakty z alkoholem, papierosami czy nawet narkotykami i przemocą. Pomimo tego, że rodzina nie jest traktowana jako obszar formalnej promocji zdrowia (Anderson 1984), stanowi ona tak istotny kontekst zachowań otaczających zdrowie, że nie może być przez promocję zdrowia ignorowana.

Proces socjalizacji rozpoczyna się w rodzinie, a następnie jest kontynuowany przez wiele instytucji społecznych. Ronald Lippit (1968) proponuje następującą ich klasyfikację:

- 1) formalny system edukacji;
- 2) kościół (kościóły), ze szczególnym uwzględnieniem specjalnych programów dla dzieci i młodzieży;
- 3) instytucje „czasu wolnego” i ich programy o charakterze rekreacyjnym, kulturalnym czy edukacyjnym;
- 4) agendy kontroli społecznej ochrony, takie jak policja czy straż miejska;
- 5) instytucje terapeutyczne, rehabilitujące, resocjalizujące;
- 6) agendy zatrudniające i nadzorujące wykonywanie pracy;
- 7) instytucje polityczne i ich liderzy.

Instytucje te posiadają na ogół gorzej lub lepiej wyartykułowane programy socjalizujące, a także profesjonalistów odpowiedzialnych za ich realizację i egzekwowanie. Poza tymi instytucjami formalnymi o sformalizowanych programach, Lippit wymienia jeszcze podkulturę rodziny, podkulturę rówieśników czy kręgów towarzyskich, a także środki masowego przekazu.

Większość dorosłych osób pozostaje pod wpływem tych instytucji przez większość życia i one też mają zdecydowany wpływ na formowanie i reformowanie ludzkich postaw i zachowań. Przy konstruowaniu szerokich programów promocji zdrowia warto więc brać pod uwagę poszczególne rodzaje instytucji socjalizujących, aby stały się „koalicjantami” na rzecz działań promujących zachowania prozdrowotne.

W przypadku socjalizacji osób dorosłych, których zachowania są już w jakiś sposób ukształtowane, wprowadzanie nowych elementów oznacza niejednokrotnie, że z matrycy sterującej tymi zachowaniami muszą być wyeliminowane pewne stare elementy. Większość dorosłych jest w stanie wprowadzać zmiany do swojego życia poprzez modyfikację aspiracji czy zmiany struk-



tury preferencji (Mortimer i Simmons 1978). Jest to jednak o tyle bardziej skomplikowane, że różnym naszym oczekiwaniom i nawykom towarzyszy ukształtowany obraz siebie jako osób te oczekiwania czy nawyki posiadających, a więc np. sięgających w określonych sytuacjach po papierosa czy kieliszek. Zmiany naszych zachowań wiążą się ze zmianami w naszej własnej tożsamości, a także tożsamości odzwierciedlonej: co pomyślą o mnie inni?

Mówiąc o czynnikach sprzyjających socjalizacji trzeba więc także wspomnieć o wadze sankcji (szczególnie pozytywnych – czyli symbolicznych i niesymbolicznych nagród), a także o działaniu systemu formalnej i nieformalnej kontroli społecznej.

Wiele badań nad socjalizacją osób dorosłych poświęcono barierom ponownych socjalizacji (Lippit 1968). Można więc zidentyfikować wiele różnych sytuacji czy czynników, które potencjalnie mogą stanowić źródło zakłóceń czy utrudnień. Dla przykładu: im starsza osoba, tym trudniejsza zmiana postaw i zachowań; im głębiej wpojone doświadczenia poprzednich socjalizacji, tym trudniejsza ich zmiana; im bardziej nowe treści pozostają w konflikcie z całością przekonań, ideologii życiowej i wartości danej osoby, tym trudniej będą one internalizowane (jednostki znajdujące się pod wpływem oddziaływania konfliktowych oczekiwań wobec ich zachowań trudniej modyfikują te zachowania). Wszystkie odwrotne sytuacje będą oczywiście sprzyjać procesowi socjalizacji.

Podane wyżej przykłady pokazują przydatność szeregu twierdzeń o socjalizacji dla jednego z głównych kierunków oddziaływań promocji zdrowia, czyli kształtowania prozdrowotnych stylów życia. Twierdzenia te przybierają na ogół formę ogólnych prawidłości, odnoszących się do kształtowania zachowań ludzkich. Inna teoria – teoria społecznego uczenia się (Bandura 1986) – mówi nam więcej o samych sposobach i technikach oddziaływania.

Obok tradycyjnego rozumienia uczenia, które zakłada, że uczący się przyswajają sobie treści przekazywane przez uczącego, proces uczenia się zachowań często przebiega pod postacią, którą określa się modelowaniem. Modelowanie to tyle, co uczenie się zachowań przez obserwację i naśladowanie zachowań

innych ludzi. Nauczyciel przekazując uczniowi jakieś treści edukacyjne może więc *de facto* przekazywać mu znacznie więcej: charakterystyczny sposób wyrażania się, ubierania, specyficzne gesty, nawyki itd. Zachowania ta mogą być biernie naśladowane, jak i (znacznie częściej) wzbogacone o nowe elementy, wynikające z dopasowywania ich do innych charakterystycznych elementów zachowania czy stylu życia uczącego się. Tak więc obserwowanie zachowań „modela” inspiruje „obserwatora” do szeregu podobnych, choć niekoniecznie identycznych, zachowań.

Koncepcja ta wymienia trzy rodzaje bezpośrednich efektów modelowania:

- zaznajomienie się z nieznanym dotąd sposobem zachowania w pewnych sytuacjach (zachowanie innych jest dla nas wskazówką, jak moglibyśmy się sami zachować);
- uczenie się odmiennych niż dotychczas reakcji na pewne sytuacje wskutek obserwacji negatywnych lub pozytywnych konsekwencji czyjegoś zachowania (rozhamowanie lub hamowanie, usztywnienie reakcji);
- „zarażanie się” pewnymi zachowaniami, które odpowiadają naszym upodobaniom bądź wiążą się z akceptacją innych członków grupy (efekt *facylitacji*).

Istnieją pewne charakterystyki modeli, które przesądzają o tym, że właśnie ich zachowania bywają naśladowane częściej niż zachowania innych. Są to na ogół osoby posiadające znaczącą pozycję w hierarchii społecznej lub w grupie, bardziej inteligentne, bardziej sprawne, urodziwe lub też posiadające wizualność medialną (np. aktorzy), oraz tacy, którzy dysponują sankcjami – szeroko rozumianymi karami i nagrodami. U podstaw naśladowania zachowań takich osób może leżeć podziw, szacunek dla nich, poczucie nadrzędności i zwierzchnictwa, zazdrość, zaufanie do ich kompetencji i wiele innych uczuć. Proces modelowania nie zawsze jednak będzie miał miejsce w każdej sytuacji, w której spotkamy dostatecznie atrakcyjnego modela. Znaczną rolę przypisuje się tu mechanizmowi nazwanemu przez Bandurę „oczekiwaniem własnej skuteczności”.

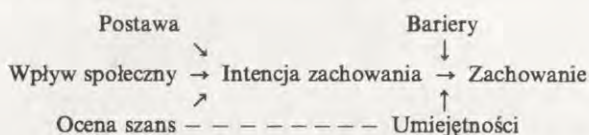
Aby modelowanie miało dla jednostki sens, muszą być spełnione dwa warunki. Musi ona uznać, że posiada odpowiednie warunki czy kompetencje do realizowania pewnych za-



chowań oraz musi być przekonana, że efekt podjętych przez nią działań będzie uzależniony właśnie od jej konkretnego zachowania, a nie innych czynników zewnętrznych. Oczekiwanie własnej skuteczności jest więc funkcją subiektywnych oczekiwań, że zachowanie doprowadzi do oczekiwanych następstw. W sytuacji jednak, gdy zostanie silnie wykształcona jakaś potrzeba, a oceny własnej skuteczności będą niewielkie, może to doprowadzić do frustracji czy zachowań obronnych. Osiągnięcie pożądanego rezultatu prowadzić będzie natomiast do wzrostu poczucia własnej skuteczności.

Praktyczny wniosek, jaki z tego płynie (choćby dla promotorów zdrowia), jest taki, że cele muszą być ludziom stawiane w taki sposób, aby nie przekraczały subiektywnej skuteczności tych, na których chce się oddziaływać. Powinny być one zwiększane czy rozszerzane raczej stopniowo lub też tworzone etapami. Skuteczności oddziaływań będą też sprzyjać „nagrody” związane z osiągnięciem kolejnych etapów.

Teoria uczenia społecznego Bandury była rozwijana przez jego współpracowników i następców. Przydatne dla ilustracji naszych rozważań może być tu przytoczenie modelu wyjaśniającego intencję zachowania i zachowanie przedstawione przez de Vriesa (1988, cyt. za Jawień 1995):



Mówiąc ogólnie, niski poziom oczekiwań co do własnej skuteczności może być wynikiem tzw. wyuczonej bezradności (Seligman 1975). Odnosi się ona do sytuacji, w której człowiek uczy się, że podejmowane przez niego działania są bezsensowne, przestaje bowiem widzieć jakkolwiek związek między tymi działaniami czy posiadanymi przez niego właściwościami a osiągnięciem ważnych dla niego celów (nagród). Jest to więc sytuacja, w której faktyczny zakres osobistej kontroli nad wydarzeniami jest mniejszy od oczekiwanego. Posiadane doświadczenia zostają uogólnione na przyszłość i pojawia się niewiara, że jakiegokolwiek

działania w przyszłości mogą doprowadzić do upragnionych rezultatów. Jednostka może winić za brak powodzenia zarówno siebie (brak zdolności, wytrwałości, siły charakteru, zdrowia czy kondycji) lub przypisywać to czynnikom zewnętrznym (brak szczęścia, brak „układów”, zła wola innych ludzi itp).

W sytuacji poczucia bezradności jednostki funkcjonują gorzej zarówno pod względem emocjonalnym, jak i poznawczym, a ich motywacja do podejmowania jakichkolwiek nowych działań czy wprowadzania zmian w życie jest obniżona. Nawet więc zmiany nakierowane na poprawę ich sytuacji życiowej (na przykład zdrowotnej) będą tu znacznie trudniejsze do wdrożenia. Warto tu także zwrócić uwagę, że wyuczona bezradność nie jest tylko atrybutem jednostek; może ona być niejako „zaraźliwa”. Przekonanie o jakimś aspekcie bezsilności – popularne w określonej grupie społecznej – wpływa na przekonanie o małej skuteczności własnych działań nawet w takich przypadkach, w których jednostki nie mają na swym koncie żadnych osobistych niepowodzeń.

W sytuacji wyuczonej bezradności potrzebne są więc oddziaływania społeczne sprzyjające samodzielnemu podejmowaniu decyzji, wyzwalaniu aktywności i inicjatywy, pokazywaniu związków tej aktywności z osiąganymi celami. Zalecenia te odnoszą się także ze wszech miar do promocji zdrowia; i tu bowiem jednostki mają na ogół wiele nieudanych doświadczeń – na przykład z eliminacją zachowań zagrażających zdrowiu (picie, palenie) – które zniechęcają je do podejmowania ponownych prób. Warto tu także przypomnieć, że w procesie uczenia się takiego zachowania należy formułować cele nie przekraczające poziomu własnej skuteczności, a więc realistyczne i możliwe do osiągnięcia (na przykład stopniowe obniżanie wagi ciała – najpierw o 2 kg, a nie od razu o 20), w przeciwnym wypadku nie przerwą one błędnego koła bezradności.

Istotny z punktu widzenia naszych rozważań jest także omówiony już uprzednio model przekonań zdrowotnych (*health belief model*). Nie jest on bowiem odpowiedzialny wyłącznie za decyzje o podjęciu kontaktu ze służbą zdrowia (w tym kontekście przedstawialiśmy ten model), ale może być uogólniony na każde podejmowane działanie, które ma związek z naszymi przekona-



niami i wiedzą na temat zdrowia i chorób. Założenia tego modelu sugerują, aby przy planowaniu akcji prozdrowotnych, wymagających zmiany dotychczasowych zachowań, uwzględnić indywidualną percepcję problemu zdrowotnego (która może odbiegać znacznie od oceny profesjonalisty), predyspozycję do działania (rozumianą tu jako strukturalna i psychologiczna gotowość do zmiany) oraz postrzegane przez jednostkę „koszty” i „nagrody” związane z wprowadzeniem w życie planowanej zmiany. Badania empiryczne nad rolą przekonań zdrowotnych dla osiągnięcia pożądanego zachowania zdrowotnego (Dean 1984) wskazują na znaczną rolę lokalizacji ośrodka kontroli. Ludzie posiadający wyraźne przekonanie, że sprawują kontrolę nad własnym życiem chętniej reformują swoje przekonania i zachowania związane ze zdrowiem. Wyniki te są więc zgodne z koncepcją wyuczzonej bezradności, tłumaczącą z kolei niechęć do wprowadzania zmian.

Przy omawianiu sposobów na wdrażanie zachowań prozdrowotnych warto jeszcze na koniec powołać się na doświadczenia marketingu. Marketing jest bowiem wiedzą i działalnością związaną z wdrażaniem i rozpowszechnianiem nowych idei i zachęcaniem ludzi do specyficznych zachowań. Jak pisze Lefebvre (1992) – społeczny marketing może nas zaopatrzyć w praktyczne i strategiczne narzędzia, niezbędne do osiągnięcia celu, jakim jest „zdrowie dla wszystkich”; wiele się tu bowiem można nauczyć od handlu i reklamy. Na szczególną uwagę zasługuje wykorzystanie środków masowego oddziaływania dla efektywnego przekazywania informacji oraz wyraźnie sprecyzowana orientacja na wartości reprezentowane przez poszczególne grupy potencjalnych klientów (Robertson 1984; Gniazdowski 1994).

#### 4. Etyczne problemy promowania prozdrowotnych stylów życia

Jeżeli jednak mówimy o możliwościach i sposobach kształtowania ludzkich postaw i zachowań, to musimy także uzmysłwić sobie fakt, że nawet jeżeli służą one jak najlepiej pojętemu interesowi ludzi, nie mogą być działaniem manipulacyjnym

– zawierają się w nich bowiem potencjalne problemy natury etycznej. Same idee promocji zdrowia, zespół założeń, który legł u podstaw tego kierunku, niosą z sobą również ryzyko pewnych uproszczeń, a także niezamierzonych, negatywnych konsekwencji. Sprawilo to, że oprócz entuzjazmu, jakie wyzwała „nowe zdrowie publiczne” w pewnych kręgach, generuje ono także pewien krytycyzm. Jeżeli rzeczywiście wierzymy, że zdrowie ludzi jest w tak znacznej mierze funkcją ich stylu życia – a styl ten może być modelowany i korygowany – to wymaga to zarówno doprecyzowania warunków, w których oddziaływania na ludzkie zachowania są możliwe, jak i przeanalizowania kwestii społecznej i indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. Do problemów tych nawiązywaliśmy w różnych miejscach tej książki. Spróbujmy je teraz przedstawić w sposób bardziej systematyczny.

Jednym z potencjalnych niebezpieczeństw rozpatrywania zdrowia jako funkcji stylu życia jest przypisywanie jednostce nadmiernej odpowiedzialności za własne zdrowie. Można bowiem argumentować, że jeżeli indywidualne, codzienne życiowe wybory ludzi (sprowadzone na ogół do kilkunastu elementów stylu życia) mają tak ogromny wpływ na ich zdrowie, to – być może – wszelkie inwestycje w społeczne i fizyczne środowisko, w którym żyją, nie są tak istotne z punktu widzenia efektów zdrowotnych społeczeństwa. Może się więc pojawić ryzyko czynienia oszczędności w opiece medycznej czy niedostrzeganie związku stanu zdrowia społeczeństwa z takimi problemami, jak bieda, bezrobocie czy niski poziom wykształcenia. Nacisk na indywidualne zachowania nawiązuje do indywidualnych szans czy zagrożeń dla zdrowia, jednak nie mogą one być rozpatrywane w abstrakcji od szerszych uwarunkowań ekonomicznych czy środowiskowych, oznaczałoby to bowiem, że powinny się zmieniać przede wszystkim jednostki, a nie instytucje czy kierunki polityki.

To samo ryzyko nadmiernego indywidualizowania odpowiedzialności za zdrowie sprzyja zjawisku, które często określa się „obwinianiem ofiary”. Jeżeli w tak znacznej mierze jesteśmy odpowiedzialni za swoje zdrowie, to także w jakimś stopniu jesteśmy odpowiedzialni za brak zdrowia, czyli chorobę. Dras-



tycznym przykładem obwiniania ludzi za chorobę, a także związanej z tym negatywnej stygmatyzacji, jest sytuacja ludzi chorych na AIDS. Jednak przykładów obwiniania chorego za stan, w jakim się znajduje, można przytoczyć znacznie więcej, choć przybiera ono czasem bardziej ukryte formy. Już teraz w niektórych krajach dyskutuje się, czy osoby, które nie są w stanie kontrolować swojej wagi, poziomu cholesterolu czy rzucić palenia papierosów, nie powinny ponosić większej części kosztów swojego leczenia w przypadku wystąpienia choroby związanej z danym czynnikiem ryzyka. W niektórych dyskusjach pojawia się postulat podwyższenia dla takich osób ogólnej składki ubezpieczeniowej, a więc nawet niezależnie od rodzaju choroby, na którą ewentualnie zachorują.

Jeżeli główną strategią podnoszenia stanu zdrowia społeczeństwa ma być edukacja zdrowotna i modyfikacja zachowań, to uzasadnione jest pytanie, czy interwencje oparte na takich sposobach oddziaływania nie pogłębią istniejących nierówności w zdrowiu. Ludzie zamożniejsi i bardziej wykształceni mają bowiem większe możliwości skorzystania z wiedzy i infrastruktury niezbędnej dla realizacji zachowań prozdrowotnych, natomiast w mniejszym stopniu mają one szanse wpłynąć na style życia grup najbardziej tego potrzebujących – ludzi żyjących w biedzie i deprivacji (Adams 1994). Poprawa stanu zdrowia przez modyfikację stylu życia jest więc rozwiązaniem adresowanym przede wszystkim do klasy średniej.

Inny problem stwarza podjęty przez krytykę fakt, że proponowane przez promocję zdrowia zachowania mające służyć zdrowiu pozostają często w niezgodzie ze sposobem, w jaki ludzie myślą o zdrowiu (Davison, Frankel i Smith 1995). Ma więc tu miejsce swoiste – używając określenia Freidsona (1974) – zderzenie perspektyw: perspektywy laickiej i profesjonalnej. W Polsce sytuacja ta jest widoczna w sferze czynników ekologicznych, wpływających na zdrowie. Opinie ekspertów i opinia publiczna w sprawie szkodliwości określonych czynników dla zdrowia często kształtują się odmiennie (Włodarczyk 1989).

Promocja zdrowia zakłada wreszcie, że dobre zdrowie ma (lub powinno mieć) dla człowieka bardzo wysoką, nadrzędną wartość. Nie jest to jednak prawdą w przypadku wszystkich

ludzi lub też nie jest prawdą w każdym okresie ich życia. Zdrowie fizyczne może pozostawać na dalszym planie w przypadku kogoś, kto doświadcza kłopotów natury psychologicznej bądź deprywacji społecznej. Badania nad stylami życia i jego jakością wskazują, że często mamy do czynienia ze stałym balansowaniem między chęcią pozostania zdrowym czy uniknięciem choroby a doraźnymi przyjemnościami i satysfakcją, które niekoniecznie są elementem zdrowego stylu życia (papierosy, alkohol, jedzenie „za dużo” lub „nie tego, co trzeba”). Ludzie na ogół ochoczo poświęcają odległe korzyści zdrowotne na rzecz szybkich, przyjemnych gratyfikacji (Charlton 1993). Te zastrzeżenia pod adresem idei promocji zdrowia są więc elementem bardziej fundamentalnej krytyki wyrażanej przez przeciwników „healthismu” (Locker 1991), a więc ideologii ustanawiającej zdrowie główną wartością społeczno-kulturową, której winny być podporządkowane ludzkie zachowania i polityka społeczna. W tym duchu M.H. Becker (1986) przestrzega przed „tyranią promocji zdrowia”, która usiłuje podporządkować zdrowiu wszystkie aspekty naszego życia.

Ostatnie ryzyko, które trzeba tu zasygnalizować, nawiązuje do wspomnianej wcześniej ideologii „healthismu”, jednak ma ono znacznie szerszy zasięg. Dotyczy bowiem w ogóle wolności wyboru. Jak daleko można posunąć się w narzucaniu ludziom sposobu, w jaki mają żyć? Do jakiego stopnia jest uprawniona interwencja w ich życie, w wyznaczanie czy wręcz organizowanie ich wyborów, dotyczących często nawet bardzo osobistych spraw? Do jakiego stopnia można chronić ludzi przed nimi samymi? Cały szereg zaleceń prozdrowotnych może być przecież wdrażany obligatoryjnie, środkami administracyjno-prawnymi, tak jak to się stało w wielu krajach z wymogiem stosowania pasów bezpieczeństwa w samochodzie. Dylemat ten nazwany dylematem dżungli *versus* ogrodu zoologicznego (Alonzo 1993) przez użyte tu porównanie znakomicie ilustruje cały problem. Zwierzęta w ZOO mają odpowiednio dobraną dietę, uregulowany tryb życia, są szczepione, chronione przed zagrożeniami ze strony świata zewnętrznego, ich reprodukcja jest kontrolowana w oparciu o rozpoznanie genetyczne, aby zapewnić możliwe najzdrowsze potomstwo, ale żyją w ZOO, pozbawione wolności.



Dylemat ten sprowadza się więc do trudności określenia granic społecznej interwencji w wolność jednostki. Jest to zresztą problem, który jest wszechobecny we wszystkich wymiarach życia pluralistycznego, demokratycznego społeczeństwa.

### 5. Prozdrowotne style życia i promocja zdrowia. Wymiar społeczno-kulturowy

Wprowadzony powyżej wątek stylu życia jako kategorii odzwierciedlającej (a także będącej skutkiem?) zróżnicowania alternatyw i wyborów stojących przed człowiekiem skłania do przyjrzenia się prozdrowotnym stylom życia, a także ideologii promocji zdrowia, jako pewnym fenomenom społeczno-kulturowym, charakterystycznym dla naszych czasów (czasów ponowoczesności) i różnym mechanizmom je kreującym.

Socjologiczne analizy związane z promocją zdrowia i lansowaniem prozdrowotnego stylu życia koncentrowały się na ogół na określeniu warunków skuteczności tych oddziaływań, analizowaniu czynników sprzyjających bądź utrudniających realizację takich stylów życia lub też problemach związanych z przemianą paradygmatu zdrowia istniejącego w obrębie medycyny. Problemów wartych socjologicznej interpretacji jest tu oczywiście znacznie więcej.

Obserwacje fenomenu promocji zdrowia z punktu widzenia polityki i ekonomiki zdrowia uświadamiają na przykład dokonywanie się istotnych przemian w strukturze instytucji medycyny i w systemie kontroli zasobów, którymi tradycyjnie dysponowała. Zwiększa się liczba aktorów promujących, tworzących i realizujących prozdrowotne programy. Lekarz przestaje być jedynym i wyłącznym ekspertem w dziedzinie zdrowia. Autorytet lekarza i medycyny jest coraz powszechniej podważany i kwestionowany. Coraz bardziej eksponowane są prawa pacjenta. Polityka prozdrowotna ulega tym samym decentralizacji i pojawia się szansa na uwolnienie się jej od dominacji medycyny. Zmienia się także wizerunek medycyny jako instytucji wywierającej poważny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa. O ile pod koniec lat siedemdziesiątych w dyskursie na temat zdrowia i medycyny

dominował wątek nadmiernej medykalizacji życia społecznego (Illich 1975), pod koniec lat osiemdziesiątych problemy zdrowia zaczęły być personalizowane i „stylizowane” (O’Brien 1995), a choroba coraz częściej trafiała do specjalistów spoza oficjalnej medycyny, oferujących alternatywne terapie, ale także odmienne wizje zdrowia i człowieka (Kubiak 1988).

W ramach koncepcji zdrowia i funkcjonowania medycyny, charakterystycznej dla okresu nowoczesności, dominowała biomedyczna koncepcja zdrowia i choroby, instytucjonalizacja i indywidualizacja opieki, nastawienie na leczenie, profesjonalna ekspertyza medycznych specjalistów, znaczna kosztochłonność. W okresie ponowoczesności dominuje holistyczna koncepcja zdrowia, prewencja i promocja, wielodyscyplinarność w podejściu do leczenia, nastawienie na grupy społeczne, niższe koszty. Różnice te dają się wywieść z całokształtu postmodernistycznej ideologii, kwestionującej wartości, na jakich opierały się dotychczasowe koncepcje rozwoju; odrzucającej między innymi przekonania, że racjonalizacja życia społecznego jest możliwa dzięki dużym, biurokratycznym strukturom organizacyjnym i oddziaływaniom charakterystycznym dla inżynierii społecznej, a nauka może rozwiązać główne problemy współczesnych społeczeństw (Alexander 1995).

Bunton i Burrows (1995) przedstawiają kontrasty między jednym a drugim podejściem w następujący sposób:

„Stara” biomedyczna  
opieka zdrowotna

Lecznicza  
Zinstytucjonalizowana  
Specjalistyczna  
Wysoki koszt  
Nastawiona na jednostkę  
Nie uwzględniająca  
partycypacji  
Klinika  
Niebezpieczeństwo  
Nowoczesność

„Nowe” zdrowie publiczne

Zapobiegawcze  
Nieinstytucjonalizowana  
Niespecjalistyczna  
Niski koszt  
Nastawiona na grupę  
Uwzględniająca partycypację  
Epidemiologia  
Ryzyko  
Ponowoczesność



W miejsce koncentracji na chorym pojawia się koncentracja na zdrowym człowieku, który w znacznie większej mierze jest odpowiedzialny za stan swojego zdrowia; co więcej – nieustannie mu się przypomina o środkach i sposobach wspomagających zachowanie i poprawianie zdrowia. Tak jak w latach pięćdziesiątych pojawiła się koncepcja „roli chorego” (Parsons 1951), obecnie można mówić o społecznym kreowaniu „roli zdrowego”, wraz ze wszystkimi oczekiwaniami i obligacjami społecznymi z tego wynikającymi (Bunton i Burrows 1995).

W ciągu ostatnich lat zainteresowanie promocją zdrowia, a zwłaszcza zdrowym sposobem życia, przekroczyło znacznie obszar oddziaływania „sektora zdrowia”. Włączenie telewizora czy radia, wejście do supermarketu, zakładu pracy, spojrzenie na pisma i gazety nieustannie konfrontuje nas z produktami czy zachowaniami, które są „niezbędne” dla zachowania zdrowia. Zjawiska te są nie tylko interesujące dla socjologów medycyny czy promotorów zdrowia, ale tworzą także fenomen dla analiz ze sfery polityki społecznej i kultury. Stanowią one interesujący przykład globalizacji tej polityki i rozprzestrzeniania się kultury konsumpcji. Lista produktów niezbędnych dla zdrowia staje się coraz powszechniejsza i dłuższa. Oprócz tradycyjnych specyfików, takich jak aspiryna i witaminy, zawiera wiele produktów spożywczych, paramedyków, kosmetyków (środky do „zdrowego” opalania, szampony zapewniające „zdrowe” włosy), maszyny do ćwiczeń gimnastycznych, elementy ubioru (obuwie do biegania „po zdrowie”)... Odzwierciedla to charakterystyczną dla ponowoczesności kulturę konsumpcji, zaabsorbowanie ciałem, potrzebę różnorodnej wiedzy i znajomości czy możliwości oceny szans i ryzyka związanego z dokonywanymi wyborami (Giddens 1991; Burrows, Nettleton i Bunton 1995).

Niezależnie więc od prozdrowotnej polityki rządowej – promujących zdrowie lekarzy i aktywizujących programów Światowej Organizacji Zdrowia – prozdrowotny styl życia jest także modą na pewne określone produkty i usługi, stanowiącą przedsięwzięcie na ogromną skalę finansową. Moda na „styl życia” bowiem sprawia, że pojęcie to staje się coraz bardziej urynkwione. Na użytek badań i kampanii marketingowych tworzone są rozmaite typologie stylów życia, oparte głównie na wzo-

rach dokonywanych wyborów rynkowych, strukturze zakupów i materialnym standardzie życia. Celem ich jest coraz efektywniejsza konsumpcja. Zdrowie, zdrowy wygląd zaczyna być w znacznej mierze towarem dostępnym przez nabywanie określonych produktów (zdrowej żywności, kosmetyków, bezpiecznych ekologicznie produktów chemicznych) czy korzystanie z odpowiednich „odnawiających biologicznie” usług. Zdrowie staje się więc nie tylko konstruktem biopsychospołecznym, ale i rynkowym. W przypadku wielu osób konsumpcja artykułów związanych ze zdrowiem staje się wypadkową oddziaływania także innych potężnych sił rynkowych, na przykład związanych z promocją konsumpcji alkoholu czy papierosów. Skłania to do zastanowienia się nad relacją między promocją zdrowia a związaną ze zdrowiem kulturą konsumpcji (Bunton i Burrows 1995).

„Ponowoczesne” jednostki, uwiedzione przez kulturę konsumpcji (Bauman 1987), konstruują swoją tożsamość przez przywiązanie do niej. W związku ze specyficznym stosunkiem do ciała jako aktywnego środka poznawania i doświadczania rzeczywistości, także ciało staje się konsumentem. Jak zauważa Shilling (1993) – ciała są oznakami służącymi rozróżnianiu i we współczesnych społeczeństwach postrzeganie swojej tożsamości jest nierozzerwalnie związane z ciałem. Ciało staje się realizowanym projektem, nad którym trzeba roztaczać kontrolę i pracować, aby wykreować swoją tożsamość. Jest więc ono pojmowane jako pewne „niedokończone” biologicznie i społecznie zjawisko, które w granicach pewnych swoich limitów może podlegać jednak różnym przemianom i transformacjom, odpowiadającym wymogom życia społecznego. Dokonuje się to także poprzez wybory dokonywane w ramach realizowania zachowań związanych ze zdrowiem (dieta, aktywność fizyczna, kontrolowanie wagi). Aspiracje związane z przynależnością czy identyfikacją z określoną grupą (na przykład młodą klasą średnią) muszą być wspierane elementami stylu życia, kreującymi ciało według wzoru obowiązującego w tej grupie.

Owe różnicowania świadczą ponownie o tym, że nie tylko kontekst strukturalny jest ważny dla kształtowania zachowań zdrowotnych (strukturalne różnice szans na dokonywanie właściwych wyborów), ale także kontekst współczesnej cywilizacji



rynkowej, determinujący ludzkie gusty i upodobania. Wydaje się, że wątek łączący zróżnicowanie strukturalne i kulturowe ze szczególnym uwzględnieniem kultury ponowoczesności wart jest rozwijania w dalszych badaniach, zwłaszcza w perspektywie dynamicznej, a więc ukazującej zmiany kulturowe towarzyszące zmieniającej się strukturze społecznej. Kontekst ów jest interesujący do badania w Polsce jako jeden z efektów transformacji społeczno-politycznej i otwarcia na Zachód.

W perspektywie teoretycznej zmiany te pokazują także teorie społeczeństwa poprzemysłowego – żeby tu przywołać choćby klasyczną pracę Bella (1974) – zwracającą uwagę na zmieniającą się strukturę zatrudnienia, zanikanie wielkoprzemysłowej klasy robotniczej, powstawanie coraz bardziej wyspecjalizowanych technologii, rozwój usług wypierający produkcję dóbr materialnych (także usług w zakresie zdrowia i pomocy społecznej), wzrost roli informacji w społeczeństwie. Wszystkie te zmiany pociągają za sobą przemiany stylu i rytmu życia, który jest wyznaczany innymi parametrami niż zorganizowana praca i świadczenia socjalne pracy wielkoprzemysłowej (zmianowość, przerwy, czas pracy, organizacja posiłków, dojazdu do pracy, czasu wolnego itd.).

Analizując cechy społeczeństwa przemysłowego, Bell zwraca uwagę także na ich konsekwencje dla wyznaczania nowych potrzeb i sposobów ich zaspokajania. Wraz ze wzrostem zasobności społeczeństw bowiem ludzie rozwijają coraz to nowe, bardziej wyrafinowane i abstrakcyjne potrzeby. Zaspokajanie ich wymaga tworzenia nowych instytucji, świadczących usługi w dziedzinie sportu, rekreacji, zdrowia, a także nowych produktów (przedmiotów, narzędzi), oszczędzających czas na wykonywanie podstawowych czynności, tak aby można było zaspokajać owe coraz bardziej wyrafinowane potrzeby. W procesie pracy coraz więcej ludzi zajmuje się „pracą umysłową”, polegającą głównie na przetwarzaniu różnych informacji, a coraz mniej ma do czynienia z produkcją przedmiotów materialnych. Zmniejsza się zdolność wykonywania pracy fizycznej, zdolność do wykonywania czynności manualnych, ruch i wysiłek fizyczny towarzyszący pracy. Te zmieniające się elementy stylu życia nie pozostają także bez wpływu na rozwój cielesny człowieka, budowę jego ciała, związane z tym efekty zdrowotne.

Spółeczeństwo nowoczesnej technologii zmieniło też strukturę istniejących zagrożeń i ryzyka, odnoszącą się do wielu wymiarów życia społecznego. Niewątpliwie więc zmieniają się zagrożenia typu ekologicznego, będące niekontrolowanym skutkiem produkcji przemysłowej i nie zrównoważonej gospodarki zasobami naturalnymi, wzrastają możliwości destrukcji na masową skalę (broń nuklearna, chemiczna czy „zwykłe” coraz powszechniej stosowane w porachunkach międzyludzkich bomby), zagrożenia związane z transportem czy eksperymentami genetycznymi. Rozwój produkcji jest więc także rozwojem nowych środków ryzyka, zagrażających naszemu zdrowiu lub wręcz życiu. Beck (1992) charakteryzuje współczesne społeczeństwa właśnie jako „społeczeństwa ryzyka”. Ludziom coraz bardziej zagrażają procesy wywołane przez nich samych, w ramach świata konstruowanego przez człowieka. Znajduje to swoje odbicie także w działalności medycyny; coraz częściej słyszy się o życiu w sytuacji „ryzyka” różnych chorób, wyodrębnia się coraz to nowe „grupy ryzyka” czy „ryzykowne dla zdrowia zachowania”.

Potrzeby społeczne, ich rozmiar, sposób zaspokajania w coraz większym stopniu znajdują się w rękach ekspertów. Także promocja zdrowia dostarcza coraz to nowych specjalistów do spraw zdrowia. Wzrost roli ekspertów polega nie tylko na powiększaniu się ich liczby, ale powiększaniu się sfer ich potencjalnej ekspertyzy. Jednocześnie jednak w coraz mniejszym stopniu są oni „nieomylni” i tym samym ich autorytet jest coraz bardziej kwestionowalny. Dotyczy to szczególnie tych obszarów życia, w których różni eksperci mają sprzeczne stanowiska w pewnych sprawach. W sferze związanej ze zdrowiem są to na przykład sprzeczne zalecenia dietetyków co do zdrowotnej wartości pewnych produktów spożywczych czy systemów odżywiania. Opinia publiczna jest systematycznie dezinformowana na temat wartości względnie szkodliwości diety wegetariańskiej, spożywania niewielkich ilości alkoholu, jajek, a nawet mleka. Prowadzi to do zakłóceń i „szumów informacyjnych”, utrudniających ludziom podejmowanie decyzji dotyczących ich własnego życia. Dokonywane wybory są więc niejednokrotnie dziełem przypadku, nakazu chwili, kaprysu czy efektem bardziej chwytliwej reklamy.



Trudności w znalezieniu drogowskazu życiowego wiążą się także ze zmieniającą się rolą tradycji, na mocy której istniały określone, konkretne wzory, wartości i systemy kontroli społecznej. Dotyczy to także wyboru elementów składających się na styl życia. Dostępne jednostce wybory, dzięki ogromnemu rozwojowi technologicznemu i postępującej globalizacji, stały się tak rozległe i wszechstronne, że – jak pisze M. Hirszowicz (1998) – praktycznie w każdym momencie życia możemy czerpać wzory z różnych tradycji, przetwarzając je i łącząc wedle własnych upodobań. Przejawia się to w różnorodności stylów ubierania się, w wielości ofert kulinarnych, w praktykach zdrowotnych, w różnorodności życia seksualnego i rodzinnego oraz w formach spędzania wolnego czasu. W trosce o zdrowie psychiczne i relaks pojawiają się metody wynikające z różnych szkół i orientacji psychologicznych, z różnych kultur, religii i filozofii, często odległych geograficznie, ale znajdujących swoją kulturową adekwatność. Nie sposób też pominąć rosnącej i wszechogarniającej roli mediów. Kształtują one w znacznej mierze nie tylko upodobania i gusty czy dostarczają wzory do naśladowania, ale także lansują nowe wartości i normy postępowania.

Oczywiście te nowe, rozległe możliwości wyboru nie dotyczą całych społeczeństw. Niższe warstwy społeczne, ludzie o niższym wykształceniu, mieszkańcy odległych wsi, chronicznie bezrobotni, ubodzy żyją w warunkach znacznie obniżonej możliwości wyborów. Zasadne jest w stosunku do tych grup osób zarówno pytanie o jakość ich życia, jak i skutki dysonansu, jakiemu są poddawane, między stale zwiększającą się ofertą rynkową, pobudzającą potrzeby konsumpcyjne, a długotrwałymi (trwającymi nieraz całe życie) ograniczeniami i wyrzeczeniami.

## Literatura cytowana i wykorzystana

- Abbot, P. i C. Wallace. 1993. *Women, health and caring. W: An introduction to sociology: feminist perspectives*. London–New York: Routledge.
- Abel, T. 1991. *Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings*. „Social Science and Medicine”, nr 32.
- Adams, L. 1994. *Health promotion in crisis*. „Health Education Journal”, nr 3.
- Aggleton, P. 1992. *Health*. London–New York: Routledge.
- Alardt, E. 1957. *Drinking norms and drinking habits*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Aleksandrowicz, J. 1985. *Cerebrologia. Nauka o wpływie środowisk na zdrowie somatopsychiczne*. W: K. Dabrowski (red.), *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: PWN.
- Alexander, J.C. 1995. *Fin de siècle social theory*. London: Verso.
- Alonzo, A. 1993. *Health behavior: Issues, contradictions and dilemmas*. „Social Science and Medicine”, nr 8.
- Anderson, R. 1984. *Health promotion: An overview*. „European Monographs in Health Education Research”, nr 6.
- Antonovsky, A. 1995. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Arber, S. 1993. *Chronic illness and the life course: class inequalities among man and women in Britain*. W: T. Abel i.in. (red.)



*Medical sociology: Research on chronic illness.* Bonn: Information Zentrum Sozialwissenschaften.

Aaronson, N. i J. Beckman. 1987. *The quality of life of cancer patients.* New York: Raven Press.

Askers, R.L. 1978. *Deviant behavior.* Belmont Ca: Wadsworth Publishing Company.

Bandura, A. 1986. *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory.* New York: Prentice Hall.

Baric, L. (bez roku wyd.). *Health promotion and health education.* Hale Barnes: Barnes Publications.

Bauman, Z. 1990. *Prawodawcy i tłumacze.* Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Beattie, A. 1991. *Knowledge and control in health promotion: A test case for social policy and social theory.* W: J. Gabe, M. Calnan, M. Bury (red.), *The sociology of the health service.* London-New York: Routledge.

Beck, U. 1992. *Risk society. Towards a new modernity.* London: Sage.

Becker, G. 1990. *Ekonomiczna teoria zachowań ludzkich.* Warszawa: PWN.

Becker, M.H. 1986. *The tyranny of health promotion.* „Public Health Review”, nr 14.

Becker, M.H. (red.) 1974. *The health belief model and personal health behavior.* San Francisco: Society for Public Health Education.

Becker, M.H. 1979. *Psychosocial aspects of health related behaviors.* W: H. Freeman, S. Levine, L. Reeder, *Handbook of medical sociology.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

✓ Bejnarowicz, J. 1994. *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia.* „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1/2.

✓ Bejnarowicz, J. i M. Sokołowska. 1976. *Socjolog a pojęcie stanu zdrowia.* W: M. Sokołowska, J. Hołówka i A. Ostrowska. *Socjologia a zdrowie.* Warszawa: PWN.

Bell, D. 1974. *The coming of the post-industrial society.* London: Heinemann.

Berger, P.L. 1963. *Invitation to sociology: A humanistic perspective.* New York: Doubleday & Co. Anchor Books.

- Berkman, L. i L. Breslow. 1983. *Health and ways of living: The Alameda County study*. Fairlawn N.J.: Oxford University Press.
- Bernard, J. 1964. *The adjustment of married males*. W: H.T. Christensen (red.), *Handbook of marriage and the family*. Chicago: Rand McNally & Co.
- Beskid, L., R. Milic-Czerniak i Z. Sufin. 1995. *Polacy a nowa rzeczywistość ekonomiczna*. Warszawa: IFiS PAN.
- Beskid, L. (red.). 1992. *Warunki życia i kodycja Polaków na początku zmian systemowych*. Warszawa: IFiS PAN.
- Bielicki, T. 1996. *O niektórych uwarunkowaniach nadumieralności mężczyzn w Polsce: Dlaczego polscy mężczyźni umierają tak wcześnie?* Warszawa: Kancelaria Prezydenta R.P.
- Bielicki, T. 1997. *Pojęcie natury ludzkiej w świetle biologicznej teorii zachowań społecznych*. W: J. Reykowski i T. Bielicki (red.), *Dylematy współczesnej cywilizacji a natura człowieka*. Poznań: Zysk i Ska.
- Bielicki, T. i in. 1994. *Niektóre społeczne i ekologiczne uwarunkowania przedwczesnej umieralności osób dorosłych w Polsce*. Wrocław: Zakład Antropologii PAN.
- Bielski, J. 1995. *Wpływ wzmożonej aktywności ruchowej na rozwój i profilaktykę chorób cywilizacyjnych*. W: W. Czaplicki i W. Muzyka, *Styl życia a zdrowie*. Olsztyn: Polskie Towarzystwo Pedagogiczne, Oddział w Olsztynie.
- Bizoń, Z. 1976. *Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych*. W: M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska, *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Blaxter, M. 1995. *Health and lifestyles*. London, New York: Routledge.
- Bogusz, R. 1995. *Żywność*. W: Z. Kawczyńska-Butrym (red.). *Uczelnia promująca a zdrowie*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Bourdieu, P. 1984. *Distinction. Social critique of the judgement of taste*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Bredemaier, H. 1977. *Survey review of social exchange theory*. „Contemporary Sociology”, nr 6.
- Bresler, D.E. i A. Kaplun. 1997, *Wyzwania i wybory*. W: A. Kaplun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.



- Brodniak, W. i A. Ostrowska. 1993. *Systemic transformation in the mental health of the Polish society*. „Polish Population Review”, nr 3.
- Burrows, R. i R. Bunton. 1995. *Consumption and health in the „epidemiological” clinic of late modern medicine*. W: R. Bunton, S. Nettleton i R. Burrows, *The sociology of health promotion*. New York–London: Routledge.
- Bunton, R., R. Burrows i R. Nettleton. 1995. *The sociology of health promotion*. London–New York: Routledge.
- Burszta, J. 1953. *Niewola karczmy*. Warszawa: PWN.
- Bywalec, C. 1994. *Sport w budżetach rodzin polskich*. W: J. Lipiec (red.), *Lohos i etos polskiego olimpizmu*. Przytaczam za: Z. Krawczyk *op. cit.*
- Cahalan, D. 1970. *Problem drinkers: A national survey*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Caplan, G. 1974. *Social support and community mental health*. New York: Basic Books.
- Capra, F. 1987. *Punkt zwrotny*. Warszawa: PIW.
- Cassel, J. 1974. *Psychosocial process and stress: Theoretical formulation*. „International Journal of Health Services”, nr 4.
- Cendrowski, Z. 1996. *Będę żył 107 lat*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Charlton, B.G. 1993. *The health obsession*. „The Sallisbury Review”, March.
- Ciura, G. 1994. *Zdrowotność kobiet – wybrane zagadnienia*. Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu.
- Clausen, J. 1968. *Perspectives on childhood socialization*. W: J. Clausen (red.), *Socialization and society*. Boston: Little, Brown & Company.
- Cobb, S. 1976. *Social support as a moderator of life stress*. „Psychosomatik Medicine”, nr 38.
- Cockerham, W.C. 1992. *Sociology of mental disorder*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice Hall.
- Cockerham, W.C. 1995. *Medical sociology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Cockerham, W.C., A. Rutten i T. Abel. 1997. *Conceptualizing contemporary health life style: Moving beyond Weber*. „Sociological Quarterly”, nr 4.

- Criqui, M.H. 1980. *Alcohol and cardiovascular mortality*. W: R.M. Kaplan i M.H. Criqui (red.), *Behavioral medicine. Changing the lifestyle*. New York–London: Plenum Press. Przetaczam za: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Czapiński, J. 1995. *Cywilizacyjna rola edukacji: dlaczego warto inwestować w wykształcenie*. Warszawa: Instytut Studiów Społecznych UW.
- Dahlke, R. i M. 1993. *Psychologia błękitnego dymka*. Warszawa: SPAR.
- Dahrendorf, R. 1979. *Life chances*. Chicago: University of Chicago Press.
- Davison, C., S. Frankel i G.D. Smith. 1995. *The limits of lifestyle: Reassessing „fatalism” in the popular culture of illness prevention*. „Social Science and Medicine”, nr 34.
- De Vries, Dijkstra M., P. Kuhlman. 1988. *Self-efficacy: the third fact or besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions*. „Health Education Research”, nr 3. Cytuję za: Jawień, B. 1995. *Seks bezpieczny, bezpieczniejszy i niebezpieczny*. W: *Styl życia a zdrowie*. Olsztyn: Polskie Towarzystwo Pedagogiczne – Oddział w Olsztynie.
- Dean, K. 1984. *Influence of health belief on lifestyles: What do we know?* „European Monographs in Health Education Research” nr 6.
- Dean, K. 1989. *Self-care components of life-styles: The importance of gender attitudes and social situation*. „Social Science and Medicine”, vol. 29.
- Defourneaux, M. 1963. *Życie codzienne w czasach Joanny d’Arc*. Warszawa: PIW.
- Derczyński, W. 1997. *Postawy i zachowania konsumenckie*. W: M. Falkowska (red.), *Wartości, praca, zakupy... O stylach życia Polaków*. Warszawa: CBOS.
- Domański, H. 1994. *Nowe mechanizmy stratyfikacyjne?* „Studia Socjologiczne”, nr 1.
- Domański, H. 1997. *Czym jest „stara” i „nowa klasa średnia” i czy są one w Polsce?* „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 10–11.



- Domański, H. 1999. *Zadowolony niewolnik idzie do pracy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Dubos, R. 1961. *Mirage of health*. New York: Anchor Books.
- Dubos, R. 1970. *Człowiek, środowisko, adaptacja*. Warszawa: PWN.
- Duch, D. i M. Sokołowska. 1990. *Health inequalities in Poland*. „Social Science and Medicine”, nr 3.
- Dutton, D. 1986. *Social class, health and illness*. W: L. Aiken i D. Mechanic. *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. New Brunswick N.J.: Rutgers University Press.
- Eaton, J. i R. Weil. 1953. *The mental health of the hutterites*. „Scientific American”, nr 8.
- Falkowska, M. (red.). 1997. *Wartości, praca, zakupy... O stylach życia Polaków*. Warszawa: CBOS.
- Firkowska-Mankiewicz, A. 1997. „Jakość życia rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym”. Maszynopis nie publikowany.
- Frąckiewicz, L. 1989. *Spoleczne zagrożenie zdrowia*. W: L. Frąckiewicz (red.), *Czynniki warunkujące stan zdrowia ludności*. Katowice: Fundacja dla Śląskiego Instytutu Naukowego.
- Frąckiewicz, L. (red.) 1989. *Czynniki warunkujące stan zdrowia ludności*. Katowice: Fundacja dla Śląskiego Instytutu Naukowego.
- Freidson, E. 1972. *Profession of medicine*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Freidson, E. 1974. *Professional, dominance: The social structure of medical care*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Garfinkel, H. 1967. *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Garmanikov, E., D. Morgan, J. Purvis i D. Taylorson. 1983. *Gender, class and work*. Heinemann.
- Giddens, A. 1991. *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity.
- Giddens, A. 1992. *The transformation of intimacy*. Cambridge: Polity.
- Gliński, P. 1996. *Polscy Zieloni. Ruch społeczny w okresie przemian*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

- Gliński, P. i H. Palska. 1997. *Cztery wymiary społecznej aktywności obywatelskiej*. W: H. Domański i A. Rychard (red.) *Elementy nowego ładu*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Gniazdowski, A. 1990. *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Gniazdowski, A. 1994. *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Grunberg, N.E. i R.D. Straub. 1992. *The role of gender and taste class in the effects of stress on eating*. „Health Psychology”, nr 11.
- Hart, N. 1993. *The sociology of health and medicine*. Oxford: Causeway Books.
- Hatch, W.S. i I. Kickbusch (red.) 1983. *Self-help and health in Europe*. Copenhagen: WHO.
- Health inequalities in Europe*. 1990. Tom specjalny „Social Science and Medicine”, nr 3.
- Herzlich, C. 1973. *Health and illness. A social psychological analysis*. London: Academic Press.
- Heslinga, K. 1974. *Not made of stone*. Leyden: Stafleu's Scientific Publishing Company.
- Heszen-Niejodek, I. 1996. *Podstawowe zagadnienia psychologicznej teorii stresu i radzenia sobie*. „Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medycyna”, nr 8–9.
- Hirszowicz, M. 1998. *Spory o przyszłość*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Hite, S. 1976. *The Hite report*. New York: Dell Books.
- Horney, K. 1976. *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Warszawa: PIW.
- Horton, D. 1943. *The Functions of alcohol in primitive societies: A cross-cultural study*. „Quarterly Journal of Studies on Alcohol”, vol 4.
- Illich, I. 1975. *Medical nemesis. The expropriation of health*. London: Marion Boyars.
- Illsley, R. 1980. *Professional or public health?* London: The Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Illsley, R. i P. Svensson (red.). 1990. *Health inequalities in Europe*. „Special Issue of Social Science and Medicine”, vol. 3.



- Illsley, R. i D. Baker. 1991. *Contextual variations in the meaning of health inequality*. „Social Science and Medicine”, nr 4.
- Imieliński, K. 1977. *Kulturowo-medyczne aspekty seksuologii*. W: K. Imieliński (red.) *Seksuologia społeczna*. Warszawa: PWN.
- Izdebski, Z. 1997. *Zachowania prozdrowotne i seksualne w aspekcie HIV/AIDS w Polsce*. Warszawa: MZIOS, UNDP.
- Jarosz, M. 1980. *Samoniszczenie, samobójstwo, alkoholizm, narkomania*. Warszawa: KiW.
- Jarosz, M. 1997. *Samobójstwo*. Warszawa: PWN.
- Kannel, N.S. 1978. *Niektóre wyniki długofalowego badania populacji Framingham*. „Przegląd Lekarski”, nr 2.
- Karski, J.B. 1998. „Promocja zdrowia w perspektywie ostatniej dekady XX wieku”. Maszynopis nie publikowany.
- Karski, J. i E. Tomaszewska. 1997. *Teoria i praktyka wzmacniania działań w promocji zdrowia*. Warszawa: Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia.
- Kawczyńska-Butrym, Z. 1994. *Rola pielęgniarki w promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (red.). 1995. *Uczelnia promująca zdrowie*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Skłodowskiej-Curie.
- Kępiński, A. 1973. *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kickbusch, I. 1986. *Life style and health*. „Social Science and Medicine”, nr 2. Częściowy przedruk w języku polskim w: „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1, 1994.
- Klimek, R. 1989. *Jak pokonać raka*. Warszawa: PWN.
- Kłoskowska, A. 1990. *Teoria socjologiczna Pierre'a Bourdieu*. W: P. Bourdieu i J.C. Passeron, *Reprodukcja*. Warszawa: PWN.
- Kobasa, S.C. 1982. *The hard personality: Toward a social psychology of stress and health*. W: G.S. Sanders i J. Sulss (red.) *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Kopczyński, J. i J. Halik. 1997. *Zdrowie ludności i jego ochrona*. W: A. Rajkiewicz (red.), *Społeczństwo polskie w latach 1989–1995/96*. Warszawa: Fundacja im. Friedricha Eberta.

- Korzeniowska, E. 1994. *Zagrożenia zdrowotne związane z pracą*. W: J. Karski, Z. Słońska i B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: Sanmedia.
- Kostka, R. 1997. *Zdrowy styl życia po polsku*. W: M. Falkowska (red.), *Wartości – praca, zakupy... O stylach życia Polaków*. Warszawa: CBOS.
- Krawczyk, Z. 1995. *Kultura fizyczna a styl życia*. „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 5–6.
- Kubiak, A. 1988. *Kosmologia i antropologia uzdrawiania*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 14.
- Kuch, J. 1995. *Promocja zdrowia a choroba niedokrwienna serca*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 3–4.
- Kurczewska, J., K. Staszyńska i H. Bojar. 1993. *Blokady społeczeństwa obywatelskiego*. W: A. Rychard, M. Federowicz (red.) *Społeczeństwo w transformacji*. Warszawa: IFiS PAN.
- Lalonde, M. 1978. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Lamb, M., M. Bornstein. 1998. *Development in infancy*. New York: Random House.
- Latoszek, H. 1998. *Socjologia choroby, zdrowia i medycyny*. W: Z. Krawczyk i K. Sowa (red.), *Sociologia w Polsce*. Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Lazarus, R.S. 1997. *Radzenie sobie ze stresem wywołanym chorobą*. W: A. Kaplun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Lefebvre, C. 1992. *Social marketing and health promotion*. W: R. Bunton i G. Macdonald (red.), *Health promotion: disciplines and diversity*. London: Routledge.
- Lefebvre, C., R. Craig i J.A. Flora. 1988. *Social marketing and public health intervention*. „Health Education Quarterly”, nr 15.
- Lemnis, M., H. Vitry. 1962. *Książka kucharska dla samotnych i zakochanych*. Warszawa: Iskry.
- Leś, E. 1997. *Organizacje pozarządowe w Polsce*. W: A. Rajkiewicz (red.), *Społeczeństwo polskie w latach 1989–1995/96*. Warszawa: Fundacja im. F. Eberta.



- Lippit, R. 1968. *Improving the socialization proces*. W: Clausen, J. (red.), *Socialization and society*. Boston: Little, Brown & Company.
- Litvak, E. i I. Szelenyi. 1974. *Primary group structures and their functions: kin, neighbors and friends*. „American Sociological Review”, nr 8.
- Locker, D. 1991. *Prevention and health promotion*. W: G. Scambler (red.), *Sociology as applied to medicine*. London-Philadelphia-Toronto-Sydney-Tokyo: Bailliere Tindall.
- Macintyre, S. 1986. *The patterning of health by social position in contemporary Britain: Directions for sociological research*. „Social Science and Medicine”, nr 23.
- Macintyre, S. i P. West. 1991. *Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class?* „Social Science and Medicine”, nr 4.
- Marmor, T. i A. Weale. 1991. „Learning from Lalonde?” Referat na konferencji: „Politics, Culture and the Environment in Contemporary Canada”. Materiał powielony.
- Masters, W.H. i V.J. Johnson. 1970. *Human sexual response*. Boston: Little Brown & Co.
- McBride, A. 1992. „From Gynecology to GYN-Ecology: Developing a practice research agenda for women's health”. Referat wygłoszony na V Międzynarodowym Kongresie Problemów Zdrowia Kobiet. Kopenhaga 24-29 VIII 1992.
- McBride, A. & McM. Bride. 1985. *Theoretical underpinnings for women's health*. W: Mc A. Bride (red.): *Diagnosis and treatment*. APA.
- McKeown, T. 1973. *The role of medicine – dream, mirage or nemesis?* Oxford: Basil Blackwell.
- McKinley, J.B. i S.M. McKinley. 1977. *The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century*. „The Milbank Memorial Fund Quarterly”, nr 55.
- Mechanic, D. 1972. *Public expectations and health care*. New York: Wiley-Interscience.
- Mechanic, D. 1978. *Medical sociology. A comprehensive test*. London: The Free Press McMillan Publishers.

- Mechanic, D. 1989. *Painful choices. Research and essays on health care*. New Brunswick and Oxford: Transaction Publishers.
- Miles, A. 1988. *Women and mental illness. The social context of male neurosis*. Wheatsheaf Books.
- Milio, N. 1976. *A framework for prevention: changing health damaging to health generating life patterns*. „American Journal of Public Health”, nr 66.
- Milio, N. 1986. *Health through public policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Miller, D. 1991. *Material culture and mass consumption*. Oxford: Basil Blackwell.
- Mokrzycki, E. 1994. *Nowa klasa średnia?* „Studia Socjologiczne”, nr 1.
- Mortimer, J., R. Simmons. 1978. *Adult socialization*. „Annual Review of Sociology”, nr 4.
- Moskalewicz, J. 1998. *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944–1982*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Narojek, L. 1995. *Spoleczno-psychologiczne uwarunkowania postaw względem żywienia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 5–6.
- Nathanson, C. 1984. *Sex differences in mortality*. W: R. Turner i J. Short (red.), „Annual Review of Sociology”, vol. 10.
- Nieciński, W. 1997. *Mieszkalnictwo*. W: A. Rajkiewicz (red.), *Spoleczeństwo polskie w latach 1989–1995/96*. Warszawa: Fundacja im F. Eberta.
- Noack, H. 1987. *Concepts of health and health promotion*. W: T. Abelin i in. *Measurement of health promotion and protection*. Copenhagen: „WHO Regional Office for Europe”.
- O'Brien, M. 1995. *Health and lifestyle: a critical mess*. W: R. Bunton i in., *The sociology of health promotion*. New York–London: Routledge.
- Oakley, A. 1972. *Sex, gender and society*. Melbourne: Sun Books.
- Ossowska, M. 1983. *Wzór obywatela w ustroju demokratycznym*. W: *O człowieku, moralności i nauce*. Warszawa: Miscelanea.



- Ossowski, S. 1986. *O strukturze społecznej: Zagadnienia struktury społecznej. Struktura społeczna w społecznej świadomości*. Łódź: PWN.
- Ostrowska, A. 1975. *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*. Wrocław: Ossolineum.
- Ostrowska, A. 1980. *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*. Warszawa: OBOP.
- Ostrowska, A. 1981. *Rola pacjenta i lekarza. Zmiany w scenariuszu*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.
- Ostrowska, A. 1991. *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa: IFiS PAN.
- Ostrowska, A. 1992. *Sytuacja społeczno-ekonomiczna a stan zdrowia*. W: L. Beskid (red.), *Warunki życia i kondycja Polaków na początku zmian systemowych*. Warszawa: IFiS PAN.
- Ostrowska, A. i J. Sikorska. 1996. *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa: IFiS PAN.
- Ostrowska, A. 1997. *Prozdrowotne style życia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 10–11.
- Parsons, T. 1951. *The social systems*. Glencoe, Ill: The Free Press.
- Piątkowski, W. 1990. *Spotkania z inną medycyną*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Pike, S. i D. Forster. 1995. *Health promotion for all*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Podgórecki, A. 1969. *Patologia życia społecznego*. Warszawa: PWN.
- Polednak, A. 1989. *Racial and ethnic differences in disease*. New York: Oxford University Press.
- Puchalski, K. 1994. *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1–2.
- Rajkiewicz, A. 1997a. *Zatrudnienie i rynek pracy*. W: A. Rajkiewicz (red.), *Spółczesność polskie w latach 1989–1995/96*. Warszawa: Fundacja F. Eberta.
- Rajkiewicz, A. 1997b. *Dochody i wydatki ludności*. W: A. Rajkiewicz (red.), *ibidem*.
- Reszke, I. 1992. *Nierówności płci w teoriach*. Warszawa: IFiS PAN.

- Robertson, J. 1984. *Scenarios for lifestyles and health*. „European Monograph in Health Education Research”, nr 6.
- Rodin, J. i P. Salovey. 1997. *Psychologia zdrowia*. W: J. Heszten-Niejodek i M. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Rosenfeld, I. 1994. *Rozsądek i medycyna*. Warszawa: Elma Books.
- Rosenstock, I. 1966. *Why people use health services*. „Milbank Memorial Fund Quarterly”, nr 3.
- Rożenowa, H. 1961. *Produkcja wódki i sprawa pijaństwa w Królestwie Polskim*. Warszawa: PWN.
- Rydberg, U. 1994. *Dyskusja o odpowiedzialnych i „bezpiecznych” granicach picia alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.
- Sadowski, Z. 1994. *Promocja zdrowia. Szansa i konieczność*. „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 3–4.
- Santorski, J. 1993. *Jak przetrwać w stresie*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Savage, M. J. Barlow, P. Dickens i T. Fielding. 1992. *Property, bureaucracy, and culture: middle class formation in contemporary Britain*. London: Routledge.
- Sęk, H. 1993. *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Sęk, H. 1997. *Psychologia wobec promocji zdrowia*. W: I. Heszten-Niejodek i H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Sekuła, W. i in. 1997. *Spożycie żywności w Polsce w latach 1950–1996 w przeliczeniu na energię i składniki odżywcze*. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia.
- Seligman, H. 1975. *Helplessness. On depression development and death*. San Francisco: Freeman.
- Shilling, C. 1993. *The body and social theory*. London: Sage.
- Siciński, A. 1977. *Problemy przemian stylu życia w Polsce*. W: J. Szczepański, (red.), *Badania nad wzorami konsumpcji*. Wrocław: Ossolineum.
- Siciński, A. 1978. *Wprowadzenie*. W: A. Siciński (red.), *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*. Warszawa: PWN.
- Siciński, A. (red.). 1980. *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*. Warszawa: IFiS PAN.



- Siciński, A. (red.) 1988. *Style życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*. Wrocław: Ossolineum.
- Siciński, A. 1996. *Samoorganizacja społeczeństwa. W: Polska '96. Habitat a rozwój społeczny*. Warszawa: UNDP.
- Siegrist, J. 1987. *Social inequalities in health. Evaluating the European Region*. Copenhagen: WHO.
- Siegrist, J. 1995. *Social differentials in chronic disease: What can sociological knowledge offer to explain and possibly reduce them?* „Social Science and Medicine”, nr 12.
- Sikorska, J. 1979. *Spoleczno-ekonomiczne różnicowanie wzorów konsumpcji w pracowniczych gospodarstwach domowych*. Wrocław: Ossolineum.
- Skarżyńska B. i B. Woynarowska. 1997. *Niektóre szkody związane ze spożyciem alkoholu w różnych krajach Europy*. Opracowanie wykonane na podstawie: A.M. Harkin, P. Anderson i C. Goos, *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen: WHO.
- Słońska, Z. 1989. *Promocja zdrowia: współzawodnictwo między zdrowiem a innymi znaczącymi wartościami*. W: *Socjologia zdrowia i medycyny. Konserwatorium 1986–88. Materiały*. Warszawa: IFiS PAN.
- Słońska, Z. 1994. *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1–2.
- Słońska, Z. 1996. *Reforma opieki zdrowotnej a promocja zdrowia*. „Polityka Społeczna”, nr 4.
- Słupczyńska, E. i T. Dziduszko. 1989. *Epidemiologia zaburzeń psychicznych*. W: S. Dąbrowski (red.) i in., *Psychiatria*. Warszawa: PZWL.
- Smith, A. 1976. *Ciało*. Warszawa: PZWL.
- Smith, A. 1989. *Umysł*. Warszawa: PZWL.
- Snyder, Ch.R. 1964. *Inebriety, alcoholism and anomie*. W: M.B. Clinard (red.), *Anomie and deviant behavior*. New York: Free Press.
- Sobel, M.E. 1981. *Life style and social structure: Concepts, definitions and analysis*. New York: Academic Press.
- Sokołowska, M. 1972. *Zdrowie społeczeństwa. Zarys wybranych problemów*. Warszawa: IFiS PAN.

- Sokołowska, M. 1980. *Granice medycyny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Sokołowska, M. 1986. *Socjologia medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Starosta, W. 1995. *Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszaniu zdrowia człowieka*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 5–6.
- Starowicz, Z.L. 1996. *Wypowiedź na konferencji „Dlaczego polscy mężczyźni umierają tak wcześnie”*. Materiały opublikowane przez Biuro Spraw Społecznych Kancelarii Prezydenta RP i Fundację Friedricha Eberta.
- Strauss, R. 1966. *Alcohol*. W: R. Merton i R. Nisbet, *Contemporary social problems*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Stronks, K. i L.J. Gunning-Scheppers. 1993. *Should equity in health be target number 1?* „European Journal of Public Health”, nr 2.
- Szponar, L. 1994. *Podstawowe błędy żywieniowe i ich następstwa*. W: J. Karski i in. (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: Sanmedia.
- Szponar, L. i W. Respondek. 1995. *Jakość zdrowotna żywności i żywienia w promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 5–6.
- Sztabiński, P. 1987. *Ankieterzy i ich respondenci. Od kogo zależą wyniki badań socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Sztompka, P. 1993. *The sociology of social change*. Oxford: Cambridge Ma.
- Tarkowska, E. 1997. *Skrajne wzory organizacji czasu w życiu codziennym i ich konsekwencje zdrowotne*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 10–11.
- Tempska-Cyrankiewicz, K. i in. 1990. *Analiza rejestrowanej chorobowości z powodu schorzeń układu ruchu i tkanki łącznej w Polsce w latach 1973–1984*. „Reumatologia”, vol. XXVIII.
- Titkow, A. 1982. *Samopoczucie i jego korelaty*. W: W. Adamski (red.), *Polacy '81*. Warszawa: IFiS PAN.
- Titkow, A. 1983. *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*. Warszawa: PWN.



- Tobiasz-Adamczyk, B. 1992. *Socjologia medycyny a epidemiologia*. W: M. Latoszek (red.), *Socjologia medycyny w uczelni*. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Naukowe.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 1999. *Uwarunkowania stanu zdrowia kobiet starszych wiekiem*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 16.
- Townsend, P., N. Davidson (red.) 1990. *Inequalities in health*. London: Penguin Books.
- Trawińska, M. 1977. *Socjologia seksu. Społeczno-normatywne uwarunkowania zachowań*. W: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna*. Warszawa: PWN.
- Tyszka, A. 1971. *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*. Warszawa: PWN.
- Uramowska-Żyto, B. 1995. *Zachowania żywieniowe i edukacja żywieniowa z perspektywy socjologicznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 5–6.
- Vagero, D. 1992. *Health inequalities from the cradle to the grave? Hypotheses on health policy*. „International Journal of Health Sciences”, nr 3/4.
- Valkonen, T. 1989. *Adult mortality and level of education*. W: J. Fox (red.), *Health inequalities in European countries*. Aldershot, UK: Gover.
- Vander Zanden, J.W. 1990. *Sociology. The core*. New York: McGrawHill Publishing Company.
- Veblen, T. 1971. *Teoria klasy próżniaczej*. Warszawa: PWN.
- Verbrugge, L. 1985. *Gender and health. An update of hypotheses and evidence*. „Journal of Health and Social Behavior”, nr 26.
- Verbrugge, L. i D. Wingard. 1991. *Sex differentials in health and mortality*. W: L. Kramer (red.), *The sociology of gender*. St. Martin's Press.
- Waldron, J. 1980. *Why do women live longer than man*. W: D. Mechanic (red.), *Readings in medical sociology*. New York: The Free Press.
- Waldron, J. 1983. *Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality*. „Social Science and Medicine”, nr 17.
- Wardle, J. i A. Steptoe. 1991. *The European health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom*. „Social Science and Medicine”, nr 8.

- Weber, M. 1978. *Economy and society*. Berkeley: University of California Press.
- Wildavsky, A. 1980. *Can health be planned?* W: D. Mechanic (red.), *Readings in medical sociology*. Nowy York: The Free Press.
- Williams, D. 1990. *Socioeconomic differentials in health: Review and redirection*. „Social Psychology Quarterly”, nr 53.
- Winkleby, M.A. i in. 1992. *Socioeconomic status and health: How education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease*. „American Journal of Public Health”, nr 82.
- Włodarczyk, C. 1989. *Ekonomizacja polityki ochrony zdrowia*. W: Frąckiewicz, L. (red.), *Czynniki warunkujące stan zdrowia ludności*. Katowice: Fundacja dla Śląskiego Instytutu Naukowego.
- Włodarczyk, C. 1989. *Próba wyjaśnienia niektórych aspektów kryzysu ochrony zdrowia w Polsce*. W: *Socjologia zdrowia i medycyny. Materiały z konserwatorium*. Warszawa: IFiS PAN.
- Włodarczyk, C. 1995. *Polityka, wolna wola, zdrowie. Miejsce dla promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 7.
- Wnuk-Lipiński, E. 1990. *The polish country profile: economic crisis and inequalities in health*. „Social Science and Medicine”, nr 8.
- Wojnarowska, B. (red.) 1993. *Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce. Raport z badań*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Wrześniewski, K. 1986. *Psychologiczne problemy chorych z zawalem serca*. Warszawa: PZWL.
- Wrześniewski, K. 1993. *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania*. Warszawa: PZWL.
- Zatoński, W. 1993. *Nowotwory złośliwe w Polsce*. Warszawa: Centrum Onkologii.
- Zatoński, W. 1996a. *Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce po roku 1998*. Warszawa: Centrum Onkologii.
- Zatoński, W. 1996b. *Dlaczego Polacy, szczególnie mężczyźni, żyją krócej? W: Dlaczego polscy mężczyźni umierają tak wcześnie?* Warszawa: Kancelaria Prezydenta RP.



- Zatoński, W., K. Przewoźniak (red.). 1992. *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*. Warszawa: Ariel.
- Zieliński, A. 1994. *Nadużywanie alkoholu w Polsce*. W: J. Kiwerski i A. Ostrowska (red.), *Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niepełnosprawności*. Warszawa: IFiS PAN.
- Zieliński, A. i J. Sierosławski. 1997. *Spożycie alkoholu w Polsce. Raport z badań*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Żukowski, R. 1995. *Ruch w terenie jako wyraz życia promującego zdrowie*. W: A. Czaplicki i W. Muzyka, *Styl życia a zdrowie*. Olsztyn: Polskie Towarzystwo Pedagogiczne – Oddział w Olsztynie.

### Materiały statystyczne i komunikaty z badań

- Biuletyn Statystyczny 1989*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1991.
- CBOS 1996. *Polacy o reklamie*. Komunikat z badań CBOS.
- CBOS 1993. *Opinie o stanie zdrowia Polaków i funkcjonowaniu służby zdrowia*. Komunikat z badań CBOS.
- CBOS 1993. *Nasze zdrowie i zdrowy styl życia*. Komunikat z badań CBOS.
- CBOS 1995. *Stan zdrowia Polaków*. Komunikat z badań CBOS.
- CBOS 1997. *Polacy wobec zagrożeń środowiska naturalnego*. Komunikat z badań CBOS.
- CBOS 1998a. *Nawyki żywieniowe: oceny, opinie, zachowania*. Komunikat z badań CBOS.
- CBOS 1998b. *Ocena funkcjonowania państwowej i prywatnej służby zdrowia*. Komunikat z badań CBOS.
- CBOS 1998c. *Opinie o dostępie do usług medycznych*. Komunikat z badań CBOS.
- Czapiński, J. 1993. *Polski Generalny Sondaż Dobrostanu Psychicznego. Badania panelowe 1991–1992*. Warszawa: PTP.
- Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku*. „Informacje i opracowania statystyczne GUS” 1997. Warszawa: GUS.

*Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej.*  
„Rocznik Statystyczny” 1982. Instytut Psychiatrii i Neurologii.

*Sytuacja zdrowotna ludności Polski w 1992 r. – 1997 r.* Warszawa: PZH 1998.



Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego  
Warszawa 1987

100  
100  
100  
100  
100

100  
100  
100  
100  
100  
100  
100  
100  
100  
100

# Aneks

## Wykorzystane badania (zbiory danych)

- (1) Nasze zdrowie i zdrowy styl życia  
Część badania „Aktualne problemy i wydarzenia”, zrealizowanego przez CBOS w 1993 roku na reprezentacyjnej próbie losowej dorosłych mieszkańców kraju (N = 1075).
- (2) Zdrowie  
Część badania „Postawy Polaków wobec zmian”, zrealizowanego w 1995 roku przez IFiS PAN na reprezentacyjnej próbie imiennej dorosłych mieszkańców kraju (N = 1478).
- (3) Stan zdrowia Polaków  
Część badania „Co o tym myślisz?”, zrealizowanego w 1995 roku przez CBOS na reprezentacyjnej próbie losowej dorosłych mieszkańców kraju (N = 1177).
- (4) Stan zdrowia ludności Polski w 1996 roku  
Badanie zrealizowane przez GUS na ogólnopolskiej próbie 19 203 gospodarstw domowych. Uzyskano dane od 47 924 osób powyżej 15 roku życia. Dla celów niniejszego opracowania wykorzystano dane dotyczące osób dorosłych (N = 43 138).
- (5) Wiedza, postawy społeczne wobec HIV/AIDS i zachowania seksualne  
Badanie zrealizowane w 1997 roku przez Pracowni Badań Społecznych na zlecenie UNDP (autorem badania jest dr



Zbigniew Izdebski), na ogólnopolskiej, reprezentacyjnej próbie 3209 osób w wieku 15-59 lat. Dla celów niniejszego opracowania wykorzystano dane dla osób dorosłych ( $N = 2904$ ).

(6) Sposób odżywiania

Część badania „Świat wokół nas” zrealizowanego przez CBOS w 1997 roku (autorami tej części badania są prof. dr Witold Zatoński i mgr Krzysztof Przewoźniak), na ogólnopolskiej próbie losowej dorosłych mieszkańców kraju ( $N = 1164$ ).



Połączone Biblioteki WFIS UW, IFiS PAN i PTF

**U.77164**



39077164000000





Projekt okładki  
*Dariusz Piaskowski*

Na okładce wykorzystano reprodukcję obrazu  
Piotra Bruegla Starszego

Redaktor  
*Antonina Majkowska-Sztange*

Opracowanie komputerowe  
*Andrzej Ofierski*

Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN  
00-330 Warszawa, ul. Nowy Świat 72, tel. 657-28-97  
Wydanie I. Obj. 14,5 ark. wyd., 14 ark. druk.

Druk: WEMA, ul. Daniłowiczowska 18, 00-950 Warszawa







25-



  
**COMMERCIAL UNIO**  
*Ubezpieczenia na Życie*

Połączone Biblioteki WFIS UW, IFIS PAN i PTF

**U.77164**



3907716400000

**IF**  
**U**



ISBN 83-87632-33-3

<http://rcin.org.pl>