

Izabela Wcisło

Spółeczny kontekst zachowań zdrowotnych

Wstęp

Od zarania dziejów człowiek żywił zainteresowanie zdrowiem, chorobą i leczeniem. Pojęcie *zdrowie* było definiowane różnorodnie, odpowiednio do poziomu rozwoju danej epoki. W starożytności zdrowie tłumaczone było poprzez różne koncepcje filozoficzne, a leczeniem zajmowali się filozofowie i kapłani. W okresie średniowiecza Kościół i religia decydująco wpłynęły na postrzeganie zdrowia i choroby. Zdrowie tłumaczone było jako łaska od Boga. Choroba była karą za grzechy, więc nie wymagała leczenia, ale modlitwy i pokuty. Leczeniem zajmowali się głównie zakonnicy. Jako nieliczni posiadali umiejętność pisanie i czytania, więc mogli korzystać z dorobku wiedzy antycznej, którą to wiedzę poszerzali o wnikliwe studiowanie leczniczych właściwości roślin. Kolejne epoki przyniosły rozwój wszelkich nauk, w tym medycyny, i zmianę spojrzenia na chorobę i zdrowie.

W okresie odrodzenia włoski profesor Bernard Rammazini w *Uczonej rozprawie o chorobach robotników* zauważył, że na stan zdrowia klasy robotniczej mają wpływ szkodliwe warunki pracy i złe nawyki żywieniowe¹. Od tego momentu zaczęto zwracać uwagę na społeczny kontekst choroby; zauważono, że na zdrowie ludzi mają wpływ pewne czynniki społeczne i kulturowe. Rammazini zwrócił również uwagę na profilaktykę zdrowotną. Pisał, cytując za Bronisławem Seydą: „znacznie lepiej jest zapobiegać chorobie niż leczyć ją, podobnie jak lepiej jest zawczasu przewidzieć burzę i ratować się przed nią, niż być przez nią porwanym”².

Prawdziwy rozwój medycyny zaczął się od połowy XIX wieku, ale antropologowie uważają, że średnia długość życia człowieka zwiększyła się z początkiem wieku. Przyczyn tej sytuacji dopatrują się w polepszeniu warunków sanitarno-higienicznych ówczesnych miast i poprawie odżywiania ludzi.

Dzisiaj leczeniem zajmują się jedynie profesjonalni, specjalnie do tego zawodu kształceni lekarze, a przez pojęcie *zdrowia* rozumiemy „nie tylko brak choroby, lecz pełny dobrostan jednostki w sensie biologicznym, psychicznym, społecznym”³. Obecnie wiadomo również, że to styl życia i czynniki środowiskowe mają znaczący wpływ na nasz zdrowie. Najczęściej wymienianymi przez lekarzy schorzeniami zależnymi od naszego stylu życia są: choroby serca, udar mózgu i rak. Czynniki, które predysponują do powstawania wyżej wymienionych chorób, są: złe nawyki żywieniowe, stres, używki i brak ruchu.

Pomimo iż każdy z nas niejednokrotnie miał okazję czytać czy słyszeć w mediach o tym, że nasze zachowania mają wpływ na zdrowie, często o tym zapominamy i przestajemy się o nie troszczyć.

Celem pracy jest odpowiedź na pytania:

¹ B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, cz. II, PZWL, Warszawa 1962, s. 6.

² Tamże, cz. I, s. 56.

³ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1995, s. 12.

- dlaczego ludzie nie dbają o swoje zdrowie?
- co najczęściej decyduje o naszych wyborach zdrowotnych?

W pierwszej części pracy dokonam przybliżenia definicji najczęściej używanych pojęć. Wyjaśnię, w oparciu o literaturę przedmiotu, co rozumiemy pod pojęciami: zdrowie, choroba, styl życia, prozdrowotny styl życia. Kolejno przedstawię wyniki badań empirycznych dotyczące wyborów zachowań zdrowotnych. Na zakończenie dokonam własnej analizy opisywanego zjawiska.

Zdrowie, choroba – definicje

Definicja zdrowia, którą przedstawiłam w rozważaniach wstępnych, to definicja zapisana w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1948 roku. W taki sposób jest pojmowane zdrowie do dnia dzisiejszego, a definicja ta jest nadal najczęściej używaną w literaturze. Nie oznacza to jednak, że jest to jedyna definicja zdrowia. Ciekawą propozycją jest definicja zdrowia przedstawiona przez Dorotę Kawiorską i Adama Kozierkiewicza, którzy piszą, że „zdrowie jest jednoznaczne z możliwością prowadzenia produktywnego, sensownego i twórczego życia w sferze społecznej i ekonomicznej”⁴.

Magdalena Sokołowska pisze, że zdrowie to „stan wielce pożądaný, chociaż niezauważalny tak długo, jak długo trwa”⁵.

Podsumowując, wszystkie współczesne definicje zdrowia są jakby modyfikacjami definicji przedstawionej przez Światową Organizację Zdrowia. Ich autorzy zwracają uwagę na to, że zdrowie to pożądaný stan człowieka zarówno w sensie fizycznym, jak i psychospołecznym.

Choroba jest przeciwieństwem zdrowia. Jest zjawiskiem powszechnym, każdy z nas był kiedyś chory lub może zachorować. Choroba najczęściej kojarzona jest z konkretną jednostką chorobową, konkretnym schorzeniem. Człowiek choruje jednak nie tylko jako organizm biologiczny, ale „także jako jednostka psychospołeczna, żyjąca wśród innych ludzi w określonych czasowo i przestrzennie warunkach, jako istota przynależna do innych grup społecznych składających się na dane społeczeństwo”⁶.

Na temat roli chorego pisze Talcott Parsons. Parsons uważa, że modele ról chorego i lekarza w dzisiejszym świecie uległy zinstytucjonalizowaniu. Analizując nowoczesne społeczeństwo przemysłowe, Parsons posługuje się przykładem ról lekarza i pacjenta do opisanía stanowiska profesjonalistów i laików. Profesjonalistami są lekarze, laikami pacjenci. Parsons traktuje obydwu jako aktorów odgrywających swoje role. Ich role są społecznie zdeterminowane poprzez określone normy i wzory zachowań. Rola chorego jest przejściowa, z reguły niepożądana. Chory, na okres niedyspozycji, musi zrezygnować całkowicie lub częściowo z wypełniania innych ról społecznych. Innym przywilejem chorego, według Parsonsa, jest to, że chory może domagać się opieki. Przywileje są uznane

⁴ D. Kawiorska, A. Kozierkiewicz, *Wydatki publiczne na ochronę zdrowia. Zdrowie i zarządzanie*, tom V, nr 2, 2003, s.12.

⁵ M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980, s. 119.

⁶ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1995, s. 9.

wyłącznie w przypadku, kiedy chory zwróci się o fachową pomoc do lekarza i będzie z nim współpracował w celu osiągnięcia zdrowia.

Choroba jest stanem niepożądanym, jednakże najczęściej czasowym. Na ten okres człowiek jest zmuszony do rezygnacji z pełnionych przez siebie innych ról wynikających z pozycji społecznej, zawodowej, rodzinnej.

Styl życia, prozdrowotny styl życia – przybliżenie pojęć

Styl życia, według Andrzeja Sicińskiego, to „zakres i formy codziennych zachowań jednostek lub grup, specyficzne dla ich usytuowania społecznego, tzn. manifestujące położenie społeczne oraz postrzegane jako charakterystyczne dla tego położenia, a dzięki temu umożliwiające szeroko rozumianą społeczną lokalizację innych ludzi”⁷.

Definicja zakłada, iż motorem działań i zachowań ludzi jest realizacja wyobrażenia własnej osoby lub grupy. Inaczej ujmując, styl życia to te znaczące zachowania, dzięki którym poznajemy kogoś oraz lokalizujemy w kategorii przynależności do określonej grupy społecznej.

Kolejna definicja zakłada, że styl życia to „zespół codziennych zachowań jednostek lub zbiorowości społecznych, zachowań specyficznych ze względu na treść i konfigurację”⁸.

Przytoczone definicje jednoznacznie wykazują, że mówiąc o stylu życia musimy wskazać na takie zachowania, które daną jednostkę jednoznacznie usytuują w określonej, opisywanej grupie społecznej. Styl życia jest więc empiryczną kategorią służącą do socjologicznej analizy różnicowania zachowań ludzi.

Pojęcie *styl życia* rozpowszechniło się w literaturze socjologicznej w latach siedemdziesiątych XX wieku. Różnicuje się je od terminów: życie codzienne, tryb życia, obyczaj i etos, aczkolwiek granice między tymi pojęciami nie są zbyt ostre.

Kategoria *życie codzienne* występuje najczęściej w opisach historyków i odnosi się zwykle do określonego okresu historycznego i wyselekcjonowanej społeczności.

Sposób życia czy inaczej *tryb życia* jest odzwierciedleniem codziennego życia danej zbiorowości i obejmuje wszystkie jego sfery. Karol Marks pisał: „sposób, w jaki ludzie wytwarzają sobie środki do życia, zależy przede wszystkim od właściwości samych tych środków do życia, które ludzie zastają i które mają odtwarzać. Ten sposób wytwarzania rozpatrywać należy nie tylko od tej strony, że jest on odtwarzaniem fizycznej egzystencji osobników. Jest to już raczej pewien określony rodzaj działalności tych osobników, pewien określony rodzaj uzewnętrzniania się ich życia, pewien określony ich tryb życia. Jak osobniki życie swe uzewnętrzniają – takie są”⁹.

W ujęciu marksistowskim tryb życia to kategoria odzwierciedlająca całą ludzką egzystencję.

⁷ A. Siciński, *Problemy pojęciowe i teoretyczne*, [w:] A. Siciński (red.), *Styl życia. Koncepcje i propozycje*, PWN, Warszawa 1976, s. 15.

⁸ *Encyklopedia socjologii*, t. III, Oficyna Naukowa, Warszawa 2002, s. 138.

⁹ A. Siciński, dz. cyt., s. 16.

Obyczajem definiuje się sposób postępowania mający długą tradycję, związany z ocenami moralnymi i sankcjami za nie przestrzeganie społecznie przyjętych reguł. Najczęściej pojęciem tym posługują się etnologowie i historycy, rzadziej socjologowie.

Dla Norberta Eliasa obyczaj jest pojęciem szerokim. Dokonuje on analizy obyczajów różnych grup społecznych we Francji, Niemczech i Anglii w poszukiwaniu genezy i rozwoju zmian ich kultur i cywilizacji. O zachowaniach ludzi mówi: „ludzie przynależni do różnych grup społecznych zachowują się różnie i to w sposób zupełnie określony, zwykło to się traktować jako rzecz samo przez się zrozumiałą. Mówi się o chłopie albo dworaku, o Angliku lub Niemcu, o człowieku średniowiecza lub człowieku XX wieku, mając przez to na myśli, że ludzie należący do grup społecznych, do których się te pojęcia odnoszą, mimo wszystkich różnic indywidualnych zachowują się w określony, jednolity sposób, odmienny od zachowań przedstawicieli grup, z którymi się ich w danym wypadku zestawia”¹⁰.

Maria Ossowska, opisując etos rycerski, określa go stylem życia. Autorka stwierdza, że etos jest pojęciem, którego możemy używać jedynie w stosunku do grup, nie do pojedynczych członków danej społeczności. Do tych ostatnich możemy odnieść pojęcie etyka. Etos, jest pojęciem stosowanym w socjologii kultury. Ossowska mówi, że etos to „styl życia jakiejś społeczności, ogólna – jak proponują niektórzy – orientacja jakiejś kultury, przyjęta przez nią hierarchia wartości bądź formułowana explicite, bądź dająca się wyczytać z ludzkich zachowań”¹¹.

Elementami stylu życia są zachowania jednostek oraz motywy tych zachowań, a także ich rezultaty, cele, instrumenty.

Niewątpliwie pomiędzy stylem życia a poziomem życia rozumianym jako „możliwości ekonomiczne jednostki lub grupy społecznej, uzyskanie określonej ilości dóbr i usług”¹², również zachodzi ścisłe powiązanie. Możliwości ekonomiczne mogą ułatwić wybór określonego stylu życia. Niemniej jednak to odczuwane rodzaje potrzeb w głównej mierze decydują o wyborze stylu życia.

Możemy mówić o stylu życia jednostki i analogicznie – stylu życia grupy. W przypadku odniesienia kategorii tej do grupy, istotne są tu zachowania ludzi, które są podobne dla osobników w danej grupie i pozwalają odróżnić ich od osobników innych grup.

Zachowania takie muszą być konieczne, pożądane w określonych sytuacjach i akceptowane przez daną grupę.

Styl życia może być również wynikiem świadomych decyzji ludzi w kierunku zmiany uznanej za pożądaną. Styl życia jest kategorią relatywną, różne rodzaje i formy zachowań danej grupy mogą zostać uznane za istotne elementy stylu życia.

Styl życia jest elementem kultury danej zbiorowości. Wzory kulturowe, czyli te, które wyznaczone są w danej społeczności określonymi normami, oraz standardy zachowań, które nie mają swoich jednoznacznych odpowiedników normatywnych, mogą być realizowane w sposób świadomy lub nieświadomiony. Jednakże zmienność tych zachowań świadczy o przemianach stylu życia danej zbiorowości. Język może być traktowany jako wyróżnik stylu życia grupy w przypadku, jeżeli jest on dla niej specyficzny. Nie stanowi

¹⁰ N. Elias, *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*, PIW, Warszawa 1980, s. 47.

¹¹ M. Ossowska, *Ethos rycerski i jego odmiany*, PWN, Warszawa 2000, s. 7.

¹² A. Siciński, dz. cyt., s. 17.

istotnego wyróżnika w momencie, jeżeli jest traktowany jako spełniający jedynie funkcje komunikacyjne.

Kategoria stylu życia obejmuje całokształt codziennych zachowań ludzi i wprowadza w problematykę „mechanizmów kształtowania się zróżnicowań codziennej aktywności grup ludzkich, zróżnicowań zbiorów społecznych – w szczególności zaś wyboru tych wzorów spośród repertuaru wyznaczonego przez daną kulturę”¹³.

Elżbieta Tarkowska pisze: „kategoria stylu życia ma zapewnić uchwycenie całościowego obrazu specyfiki jakoś określonych grup społecznych (z perspektywy składających się nań jednostek) poprzez analizę codziennych zachowań, poprzez analizę faktycznych wyborów dokonywanych w trakcie codziennej aktywności, poprzez analizę sposobów zaspakajania różnorodnych potrzeb”¹⁴.

Prozdrowotne style życia w opracowaniach medycznych to określony sposób odżywiania, unikanie palenia tytoniu i spożywania alkoholu, aktywność fizyczna i umiejętność zwalczania stresu.

Elementy te posiadają wyraźną komponentę społeczną, uwarunkowania strukturalne i kulturowe¹⁵.

Zachowania zdrowotne w kontekście badań socjologicznych

Badania stanu zdrowia polskiego społeczeństwa wykazują, że ostatnie lata przyniosły w tym względzie zdecydowaną poprawę. Spadek współczynnika umieralności na skutek chorób układu krążenia tłumaczono jako korzystny dla zdrowia efekt przemian społeczno-gospodarczych, oraz, połączoną z tym bogatszą ofertę rynkową, sprzyjającą zdrowemu życiu. Transformacja ustrojowa była motorem takich zmian, jak: polepszenie poziomu życia, korzystnej zmiany warunków środowiskowych i redukcji poziomu stresu społecznego. Sytuacji zdrowotnej sprzyjało również: zmniejszenie spożycia alkoholu, redukcja ilości osób palących tytoń, zwiększone spożycie tłuszczów roślinnych, oraz owoców i warzyw. Inne badania (Ostrowska 1999, 2000) wskazują na dwa podstawowe czynniki, mające wpływ na nasze wybory prozdrowotne. Są to: postępujący wzrost poziomu wykształcenia i wzrost zamożności obywateli.

Ostrowska rozróżniła dwa sposoby dbania o zdrowie w naszym społeczeństwie. Sposób pierwszy dotyczy najczęściej osób starszych, które często korzystają z usług różnorodnych instytucji medycznych. Sposób drugi, relatywnie rzadszy, są to osoby, które żyją zgodnie z zasadami zdrowego stylu życia. Autorka badań dokonała charakterystyki osób, które najczęściej wybierają zachowania odnoszące się do prozdrowotnego stylu życia. Są to ludzie lepiej wykształceni, o wyższej pozycji społeczno-zawodowej, mieszkańcy większych miast, z młodszych grup wiekowych, dobrze oceniający swoją sytuację materialną i stan zdrowia.

Z badań Ostrowskiej przeprowadzonych w 1997 wynika, że nie wszyscy Polacy dbają o swoje zdrowie. Co piąta osoba w naszym społeczeństwie nic nie robi w kierunku własne-

¹³ Tamże, s. 25.

¹⁴ E. Tarkowska, *Kategoria stylu życia a inspiracje antropologiczne*, [w:] A. Siciński (red.), *Styl życia...*, s. 79.

¹⁵ A. Ostrowska, *Prozdrowotne style życia*, „Promocja Zdrowia. Nauki społeczne i medycyna”, Rocznik IV, nr 10–11, 1997, s. 9.

go zdrowia a przy tym unika kontaktów z medycyną. Badania pracowników przedsiębiorstw wykazały, że blisko połowa z nich swoje zachowania ocenia jako niekorzystne dla zdrowia. Dlaczego tak postępują? Otóż, najczęściej jest to przyzwyczajenie, kolejno, przyjemność płynąca z takowych zachowań. Następnie wymieniano: niechęć do ograniczania się, brak refleksji nad zdrowotnymi skutkami własnych działań, wynikającym z nich poczuciem odprężenia, przekonanie, że zdrowiu bardziej szkodzi coś innego.

Badania Piątkowskiego (2002), Puchalskiego, Korzeniowskiej, Piwowarskiej-Pościk (1999) wykazują, że względnie stale dba o zdrowie w naszym społeczeństwie zaledwie kilkuprocentowa grupa osób.

Badania Ostrowskiej z 1997 wykazują, że zdrowie stanowi wysoką wartość dla badanych. Są również świadomi tego, że zdrowie zależne jest od ich zachowań. Przy tym deklarują niski poziom dbałości o stan swojego zdrowia.

Jak wcześniej wspominałam, styl życia jest decydującym czynnikiem mającym wpływ na nasze zdrowie. Toteż różnice w stylach życia są powodem nierówności w sferze zdrowia. Oznacza to, że odmienny jest stan zdrowia pewnych jednostek czy grup społecznych. Najczęściej stosowanymi przez badaczy stanu zdrowia zmiennymi są: wiek, płeć, oraz pewne wyznaczniki pozycji społecznej, jak: klasa społeczna, wykształcenie, dochód. Powody tych zróżnicowań tkwią w samej organizacji i strukturze społeczeństwa, jak również w obowiązujących w nim normach i wartościach. W tym miejscu należy dodać, że zdrowie jest również zależne od parametrów biologicznych i genetycznych. Pewne biologiczne różnice w stanie zdrowia są związane wyłącznie z kategorią wieku i płci. Jednakże zróżnicowania zdrowotne związane z klasą społeczną są zawsze związane z czynnikami społecznymi. Ostrowska pisze, że „pokazują one najbardziej wyraziście, jak w znacznym stopniu zdrowie jest produktem społecznym, wytworem społeczeństwa”¹⁶.

Zróżnicowania stanu zdrowia w społeczeństwie, które wynikają z czynników społeczno-ekonomicznych, są zawsze oceniane jako niesprawiedliwe i niesłuszne. Najczęściej stanowią one pole do działania polityki społecznej, która to ma takowe różnice likwidować. Celem takich działań jest nie tyle doprowadzić do równości stanu zdrowia w społeczeństwie, ale do równości w możliwościach osiągnięcia i zachowania zdrowia. Każdy powinien mieć prawo do wyboru prozdrowotnego życia, a polityka społeczna, poprzez swoje działania, winna umożliwiać wdrażanie indywidualnych, prozdrowotnych wyborów. Ogólnie mówiąc, każdy człowiek powinien mieć szanse na dobre zdrowie i długie życie.

Różnice stanu zdrowia wśród osób zajmujących różne pozycje społeczno-ekonomiczne są zauważane od lat. Przyczyn tych różnic dopatrywano się w odmiennym standardzie życia i zróżnicowanym dostępie do usług medycznych. Myślenie to zmienił raport opublikowany w Wielkiej Brytanii przez Douglasa Blacka z 1980 roku. Wielka Brytania jest krajem, w którym dostęp do usług zdrowotnych jest mało zróżnicowany dla wszystkich kategorii społecznych. Mimo to istnieją, a nawet pogłębiają się, różnice stanu zdrowia pomiędzy poszczególnymi klasami społecznymi. W badaniach posłużono się takimi zmiennymi, jak: wskaźnik chorobowości, niepełnosprawności, oczekiwanej długości życia i umieralności niemowląt. Stwierdzono, że stan zdrowia Brytyjczyków ulega poprawie wyłącznie w klasach średnich i wyższych. Wyjaśnienia tego stanu rzeczy dopatrywano się

¹⁶ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 122.

po pierwsze, w pewnych artefaktach związanych z problemami pomiaru analizowanych zjawisk. Kolejno stwierdzono, że nierówności te wynikają z mobilności społecznej, czyli że na osiąganie wysokich pozycji społecznych ma wpływ waga urodzeniowa i późniejsze zachorowania. Niska waga urodzeniowa i częste choroby obniżają szanse jednostek na osiąganie wysokich pozycji społecznych. Hipoteza ta nie może jednak wyjaśniać wszelkich różnic w stanie zdrowia pomiędzy klasami społecznymi. Zakłada ona bowiem, że zdrowie jest właściwością czysto genetyczną, niezależną od czynników społecznych i ekonomicznych (Hart 1993).

Następnie, interpretując nierówności w zdrowiu The Black Report wskazuje na czynnik materialny będący przyczyną gorszego stanu zdrowia klas niższych. Wymienia się tutaj gorsze warunki życiowe, mieszkaniowe, gorsze odżywianie, większe narażenie na czynniki szkodliwe, gorsze zabezpieczenie socjalne i mniejszy dostęp do opieki zdrowotnej. Badania socjologiczne w tej materii stwierdzają jednakże, że nieprawidłowe odżywianie nie jest jedynie wyznacznikiem zamożności. Na sposób odżywiania wpływają również wzory kulturowe, nawyki i indywidualne preferencje osobnicze. Istotnym czynnikiem w tym względzie okazał się poziom wykształcenia.

Brytyjski raport wskazuje na odmienne style życia pomiędzy badanymi klasami społecznymi. Badaniami objęto sferę zachowań określanych jako prozdrowotne, oraz takich, które możemy nazwać ryzykiem zdrowotnym. Zachowania związane z ryzykiem zdrowotnym, jak: palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu, najczęściej obserwowane są w niższych klasach społecznych.

Ogólnie możemy stwierdzić, że status społeczno-ekonomiczny jest wyznacznikiem stanu zdrowia i długości życia. Tę tezę potwierdzają badania prowadzone tak w Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych. Poszczególne części składowe określające status społeczno-ekonomiczny, jak: dochód, pozycja zawodowa i wykształcenie, w różnorodny sposób wpływają na indywidualne zachowania zdrowotne. Z dochodem najczęściej związany jest dostęp do opieki medycznej a także standard mieszkaniowy. Pozycja zawodowa określa stopień szkodliwości warunków pracy, czy stresu z nią związanego. Wykształcenie determinuje określony typ socjalizacji, a także wiedzę i umiejętność jej wykorzystywania podczas prozdrowotnych wyborów. W świetle istniejących badań (Siegrist 1995; Cockerham 1995) można stwierdzić, że „wykształcenie jest najsilniejszym pojedynczym predyktorem stanu zdrowia”¹⁷.

W Polsce tylko nieliczne badania uwzględniają wpływ pozycji społecznej na stan zdrowia jednostek. Większość prowadzonych statystyk zachorowalności, umieralności niemowląt czy długości życia odnoszone są do kategorii wieku, płci i terenu zamieszkania. Badanie stanu zdrowia Polaków z 1997 pozwoliło stwierdzić, jak kształtuje się zachorowalność na wybrane choroby w poszczególnych warstwach społecznych, wyróżnionych na podstawie kryterium wykształcenia. Okazało się, że osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym częściej chorują aniżeli ci, którzy legitymują się wykształceniem średnim, policealnym czy wyższym. Dotyczy to prawie wszystkich, branych pod uwagę podczas badania, jednostek chorobowych. Wyjątek stanowią uczulenia i alergie, które częściej występują u osób z wyższym wykształceniem. Na pozostałe schorzenia prze-

¹⁷ Tamże, s. 127.

wlekle obejmujące serce, stawy, wątrobę, kości i nerwicę, częściej cierpią osoby z niższym wykształceniem.

Kolejne badania socjologiczne z 1995 (IFiS) ukazują różnice stanu zdrowia zależne od wykształcenia i dochodu¹⁸. Obydwie te kategorie pozostają w wyraźnym związku z wiekiem i płcią. Zaobserwowano, że swoje zdrowie somatyczne oceniają jako lepsze osoby z wyższym wykształceniem i o najwyższych dochodach. To samo dotyczy oceny stanu swojego zdrowia psychicznego. Z tych samych badań wynika również, że wraz z wiekiem następuje pogorszenie ocen swojego zdrowia psychicznego, jak również, że częściej kobiety skarżą się na gorszy stan psychiczny. Badanie to wykazało, że różnice w ocenie subiektywnego stanu swojego zdrowia, zależne są w dużej mierze od statusu społeczno-ekonomicznego.

Wnioski

Podsumowując, wpływ na nasze zdrowie mają czynniki biologiczne, środowiskowe i społeczne. Pośród tych ostatnich, wymienić należy pozycję społeczno-ekonomiczną, która decydująco wpływa na nasze zachowania zdrowotne i niejednokrotnie określa dostęp do usług medycznych. O tym, czy wybierzemy zachowania prozdrowotne, czy te szkodliwe dla naszego zdrowia, decydują również wczesne nawyki i kultura dominująca w danej społeczności.

Przedstawione w pracy badania dostarczają nam pewnych informacji dotyczących zależności pomiędzy stanem zdrowia a pewnymi korelatami, jak: wiek, płeć czy status społeczno-ekonomiczny. Nie możemy jednak jednoznacznie stwierdzić, dlaczego ludzie wybierają zachowania szkodzące zdrowiu, czyli dlaczego nie dbają o swoje zdrowie. Możemy oczywiście wyciągnąć wnioski, że ludzie z wyższym wykształceniem mają większą wiedzę i dlatego wybierają zachowania prozdrowotne oraz żyją zgodnie z zasadami zdrowego stylu życia. Ci, którzy mają mniejszą wiedzę i niższe wykształcenie, wybierają częściej zachowania szkodzące zdrowiu. To samo dotyczy dochodu. Łatwiej jest żyć zgodnie z zasadami zdrowego stylu życia, mając wysokie dochody.

W tym miejscu nasuwa się refleksja, że chociaż wyższe dochody bezsprzecznie dają możliwość wyborów zgodnych ze zdrowym stylem życia, niejednokrotnie okupione są ciężką, stresującą, całodniową pracą, co z kolei raczej nie wpływa korzystnie na nasze zdrowie.

Wybory zachowań zdrowotnych są bardzo zindywidualizowane. Poza wcześniej wymienionymi czynnikami na nasze wybory zachowań zdrowotnych ma wpływ sama świadomość tego, co jest dla nas dobre, a co złe. Często jednak, pomimo wiedzy, rezygnujemy z wyboru zdrowego stylu życia. Najczęściej nie potrafimy zrezygnować z czegoś, co wydaje się nam przyjemne, jak w przypadku używek czy nieodpowiedniej diety. Jeżeli chodzi o stres, często nie potrafimy sobie z nim poradzić, a przecież całe nasze dorosłe życie związane jest z różnego rodzaju stresami, począwszy od utraty bliskich osób, a skończywszy na obawie o utratę pracy czy braku możliwości jej uzyskania. Człowiek nie jest w stanie uniknąć stresu, raczej powinien umieć sobie z nim poradzić. Często również

¹⁸ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 133–136.

świadomie rezygnujemy z rekreacji na koszt robienie kariery zawodowej czy naukowej albo poświęcenia się rodzinie.

Moim zdaniem, często pomimo posiadania wiedzy dotyczącej zdrowia i szkodliwości różnych czynników, świadomie wybieramy zachowania szkodzące zdrowiu. Postępujemy tak, dlatego że w danym momencie coś innego jest dla nas ważniejsze od własnego zdrowia.

Podczas naszych wyborów zdrowotnych powinniśmy mieć w pamięci sentencję arabską z X wieku, która mówi, że „zdrowie jest koroną, którą na głowach ludzi zdrowych widzą tylko ludzie chorzy”¹⁹.

¹⁹ B. Seyda, dz. cyt., cz. I, s. 175.

Wykorzystana literatura:

1. **N. Elias**, *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*, PIW, Warszawa 1980.
2. *Encyklopedia socjologii*, t. III, Oficyna Naukowa, Warszawa 2002.
3. **D. Kawiorska, A. Kozierekiewicz**, *Wydatki publiczne na ochronę zdrowia*, *Zdrowie i Zarządzanie*, t. V, nr 2, 2003.
4. **M. Ossowska**, *Ethos rycerski i jego odmiany*, PWN, Warszawa 2000.
5. **A. Ostrowska**, *Prozdrowotne style życia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, *Rocznik IV*, nr 10–11, 1997.
6. **A. Ostrowska**, *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.
7. **T. Parsons**, *Szkice z teorii socjologicznej*, PWN, Warszawa 1972.
8. **W. Piątkowski** (red.), *Zdrowie. Choroba. Społeczeństwo*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.
9. **B. Seyda**, *Dzieje medycyny w zarysie*, PZWL, Warszawa 1962.
10. **A. Siciński** (red.), *Styl życia. Koncepcje i propozycje*, PWN, Warszawa 1976.
11. **M. Sokółowska**, *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
12. **M. Sokółowska**, *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa 1986.
13. **B. Tobiasz-Adamczyk**, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1995.

Streszczenie

Artykuł prezentuje analizę społecznych uwarunkowań wyborów zachowań zdrowotnych. Stanowi próbę odpowiedzi na pytania: Dlaczego ludzie nie dbają o swoje zdrowie?, oraz: Co najczęściej decyduje o naszych wyborach zachowań zdrowotnych?

Przedstawione zostały wyniki badań socjologicznych dotyczące wyborów zachowań zdrowotnych. Badania wykazały, że w największym stopniu na prozdrowotne styl życia wpływa status społeczno-ekonomiczny jednostki. Poszczególne części składowe tego statusu mają wpływ na indywidualne zachowania zdrowotne. Lepiej wykształceni i mający wyższe dochody częściej wybierają prozdrowotne style życia. Nie można w jednoznaczny sposób udzielić odpowiedzi na wcześniej zadane pytania, jednakże czynniki społeczne w decydującej mierze wpływają na indywidualne wybory zachowań zdrowotnych.

Summary

The article presents the analysis of social background concerned with health-related behavior. The author tries to answer following questions: Why don't the people care about their health, and: What is the most common factor, which decides about our choices concerned with health-related behavior.

In the article are also presented the results of sociological studies concerned with choosing the health-related behaviors. The studies have shown that socio-economic status, more precisely, the particular contents of the status are the most important factors that have influence on one's choice of healthy lifestyle. Better educated people with higher salaries more often choose the healthy lifestyle. It's impossible to answer explicitly the questions above, nevertheless the social factors are most often responsible for individual making a decision about health-related behaviors.