

Krzysztof Puchalski

DZIAŁANIA PROZDROWOTNE I ICH MOTYWY W ŚWIADOMOŚCI PRACOWNIKÓW ŚREDNICH I DUŻYCH PRZEDSIĘBIORSTW*

HEALTHY BEHAVIOR AND REASONS BEHIND IT IN THE PERCEPTION OF WORKERS EMPLOYED IN MEDIUM-SIZE AND LARGE ENTERPRISES

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp. Tekst prezentuje przekonania pracowników średnich i dużych przedsiębiorstw w Polsce co do najważniejszych dla zdrowia elementów stylu życia oraz motywów, które skłaniały badanych do tego typu działań. **Materiał i metody.** Badanie zrealizowano w 2002 r. techniką wywiadu kwestionariuszowego w grupie 1134 osób zatrudnionych w 250 zakładach pracy z terenu całego kraju, zatrudniających powyżej 100 pracowników. **Wyniki.** Jako najlepsze sposoby dbania o własne zdrowie badani wskazują prawidłowe odżywianie (68%), ćwiczenia kondycji i sprawności fizycznej (46%), zapewnienie sobie relaksu i wypoczynku (45%), umiejętne radzenie sobie ze stresem (35%) i wykonywanie badań stanu zdrowia (34%). Do działań tego typu skłania ich jednocześnie wiele motywów, głównie: chęć zatroszczenia się o dobre zdrowie (79%), utrzymanie zdolności do pracy (72%), wzmocnienie energii (67%). Dyskomfort (57%) lub choroba (43%) są już rzadziej pojawiającymi się motywami. Częściej zachowania te wynikają z chęci uniknięcia kontaktów ze źle ocenianą opieką medyczną niż z choroby lub obawy o jej wystąpienie. Działania mające na celu umocnienie zdrowia częściej podejmują lepiej wykształceni, bogatsi i młodszy, natomiast pod wpływem choroby działają grupy przeciwstawne. **Wnioski.** Społeczna odmienność motywacji do działań prozdrowotnych wymaga zastosowania odmiennych metod wpływania na poszczególne grupy pracowników w programach promocji zdrowia. Med. Pr. 2004; 55 (3): 233–242

SŁOWA KLUCZOWE: Zachowania zdrowotne, świadomość zdrowotna, promocja zdrowia, zakłady pracy

ABSTRACT

Background: The paper presents beliefs of employees working in Polish medium-size and large enterprises concerning the most essential aspects of healthy lifestyles and reasons for undertaking particular activities. **Materials and Methods:** In the study, carried out in 2002, questionnaire-based interviews were taken in a group of 1134 employees of 250 Polish enterprises employing 100 or more workers. **Results:** The following forms of taking care of one's own health were perceived by the respondents as the best ones: healthy nutrition (68%); physical activity and fitness (46%); adequate rest and relaxation (45%); coping with stress (35%); and regular health checkups (34%). There are various reasons why respondents undertake particular activities. Among them willingness to take care of their own good health (79%); maintaining fitness (72%); and enhancing work ability (67%) were most frequently reported. Ill health and illness were less often mentioned (57% and 43%, respectively). Taking care of health is rather motivated by the will to avoid the dependence on negatively perceived health care institutions than by fear of discomfort due to ill health or occurrence of an illness. Health enhancing activities are more often undertaken by better educated, wealthier and younger people, while in case of illness, the opposite groups become more active. **Conclusions:** Social differences in motivation for healthy behaviors stress the need to apply various methods in health promotion programs to be able to influence target social groups. Med Pr 2004; 55 (3): 233–242

KEY WORDS: healthy lifestyles, health awareness, health promotion, medium-size and large enterprises

Adres autora: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, e-mail: whpp@imp.lodz.pl

Nadesłano: 5.03.2004

Zatwierdzono: 4.05.2004

© 2004, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

WSTĘP

Promocja zdrowia, ustawowo przypisana do zadań służby medycyny pracy, nie tylko stanowi coraz wyraźniej zaznaczającą się szansę rozwoju zawodowego dla przedstawicieli tej profesji medycznej, ale przede wszystkim w efektywny sposób przyczynić się może do wzmocnienia potencjału zdrowotnego pracujących. Tę ostatnią tezę popierają zarówno liczne dowody, dotyczące zdrowotnych efektów zastosowania tego typu działań, argumenty wskazujące na środowisko pracy jako dogodny teren dla promowania zdrowia, czy wreszcie stan świadomości lekarzy specjalistów medycyny pracy, z których ponad 3/4 uważa, że zaangażowanie w promocję zdrowia pozwala im zwiększyć skuteczność oddziaływań na stan zdrowia podopiecznych (1).

Rozwój koncepcji promocji zdrowia zmierza w kierunku coraz większego poszanowania podmiotowości człowieka w zabiegach podejmowanych dla stymulowania jego zachowań prozdrowotnych. Wynika to zarówno z przewartościowań w sferze ideologicznej (prawo jednostki do samostanowienia), jak z wymagań skuteczności i efektywności w socjotechnice (m.in. wzajemne zrozumienie, sympatia, podobieństwo celów i wartości jako czynniki sprzyjające w procesach wywierania wpływu społecznego). W związku z tym, także w praktyce promocji, edukacji czy zdrowotnej profilaktyki wzrasta znaczenie dialogu pomiędzy profesjonalistami, a osobami dawniej określanymi mianem laików, natomiast ograniczeniu ulega uwaga poświęcana w tej sferze technicznemu (tj. bez przyzwolenia adresatów) sposobom manipulowania zachowaniami zdrowotnymi. Jednym z podstawowych warunków skutecznego dialogu profesjonalistów z kręgu medycyny (bo oni głównie zajmują się promocją zdrowia) z nieprofesjonalistami jest znajomość i akceptacja

* Praca wykonana w ramach Projektu Celowego Zamawianego „Aktywność zawodowa pracowników w aspekcie problematyki starzejącego się społeczeństwa”. Zadanie badawcze nr PCZ 21–21/13 pt. „Opracowanie zasad i metod stymulujących zachowania prozdrowotne osób starszych w pracy”. Kierownik zadania: dr E. Korzeniowska.



(w sensie uznania za fakt, co oczywiście dopuszcza dążenie do przekształceń) sposobów myślenia strony przeciwnej, czy – teraz rzecz należy – partnera. O ile jednak profesjonalści medyczni mają wiele okazji, by prezentować społeczeństwu swoje punkty widzenia, to rzadko mają sposobność rzetelnego zapoznania się z przekonaniami, dotyczącymi spraw zdrowia, rozpowszechnionymi wśród osób bez profesjonalnego przygotowania w omawianej dziedzinie.

Celem artykułu jest przedstawienie i analiza motywów, którymi kierują się pracownicy średnich i dużych przedsiębiorstw w Polsce przy realizacji prozdrowotnych zmian w swoim stylu życia. W pierwszej kolejności przyjrzymy się działaniom, które – w opinii badanych – tworzą ów prozdrowotny styl życia, a więc uznawane są przez nich jako szczególnie istotne dla ich zdrowia. Następnie omówione zostaną motywy przywoływane przez pracowników dla uzasadnienia własnej aktywności prozdrowotnej. Przedstawione będzie społeczne zróżnicowanie częstości wyboru różnego typu omawianych motywów oraz ich relacje z innymi zmiennymi traktowanymi jako wyznaczniki działań zdrowotnych. Szczególna uwaga zwrócona zostanie na problem choroby jako czynnika motywacyjnego.

Gdy w tekście będzie mowa o motywach zachowań zdrowotnych, to kategoria ta odnosić się będzie do **treści myślenia** podmiotów zachowań, do **treści ich przekonań**, dotyczących spraw zdrowia. Artykuł prezentuje tym samym materiał użyteczny w próbach zrozumienia sposobów postępowania badanych osób w sferze zdrowia, przydatny w budowaniu porozumienia pomiędzy profesjonalistą a podmiotami działania. Ukazuje punkty widzenia tych drugich, które ten pierwszy powinien uwzględniać w interakcjach lekarz – klient w trosce o poszanowanie jego praw oraz skuteczność przekazów edukacyjnych i innych sposobów oddziaływania na zachowania klienta.

PODSTAWA TEORETYCZNA

Podstawą analizy motywów, jakimi kierują się w swoich działaniach prozdrowotnych pracownicy przedsiębiorstw, stały się wcześniejsze badania dotyczące związków pomiędzy przekonaniami potocznymi i aktywnością w obszarze zdrowia (2). Ustalono w nich m.in., że osoby charakteryzujące się wysokim poziomem aktywności prozdrowotnej (systematycznie realizujące kilka rodzajów działań sprzyjających zdrowiu)* podzielić można na trzy podstawowe grupy, odróżniające się charakterystycznymi sposobami myślenia. Pierwsza grupa to osoby nazwane „refleksyjnymi”, druga „reaktywnymi”, a trzecia „spontanicznymi”.

Osoby refleksyjne dążą do realizacji określonych wartości. Swoje prozdrowotne działania uzasadniają jako wynik akceptacji tych wartości lub drogę do ich osiągnięcia. Wartości te to przede wszystkim ogólnie pojmowane zdrowie (po-

czucie obowiązku troski o zdrowie jako o najwyższe dobro lub wynikająca z tego satysfakcja, przyjemność), pożądane stany własnej osoby – odróżnione od zdrowia lub nawet mu przeciwstawione (kondycja i sprawność, dobre samopoczucie, atrakcyjny wygląd itp.), zewnętrzne wartości społeczne lub materialne (np. utrzymanie rodziny, możliwość wykonywania pracy, podróżowania) oraz podporządkowanie się wymaganiom uznawanej religii lub ideologii (np. zaleceniom Kościoła Adwentystów, doktryny wegetarianizmu).

Osoby reaktywne z kolei nie kierują się ogólnymi wartościami, ideami czy powinnościami, ale podejmują działania prozdrowotne, jako sposób radzenia sobie z już zaistniałymi problemami zdrowotnymi lub jako możliwość przeciwdziałania przewidywanym, niekorzystnym sytuacjom. Problemy te to przede wszystkim choroba, dyskomfort związany z defektami urody lub niedostatkami kondycji oraz starzenie się.

Osoby spontaniczne natomiast aktywne są w obszarze zdrowia w sposób niejako bezrefleksyjny, nie poszukują one żadnych zracjonalizowanych uzasadnień dla swojego działania. Do aktywności, będącej często formą autoekspresji, popycha je właściwa im konstrukcja psychofizjologiczna, („od dziecka lubiłam się ruszać”, „takie mam usposobienie”, „nigdy nie przepadałam za mięsem”) albo przejmowanie społecznych wzorów zachowań, często z okresu dzieciństwa lub młodości.

Przedstawiony podział ma oczywiście charakter analityczny. Chociaż indywidualne osoby można w rzeczywistości przypisać do poszczególnych typów, bo dominują u nich sposoby myślenia charakterystyczne dla refleksyjnych, reaktywnych lub spontanicznych, to generalnie łączą w swej świadomości różnego typu uzasadnienia. Często jest tak, że poszczególne osoby jeden rodzaj swojej aktywności (np. modyfikację sposobu odżywiania) uzasadniają poprzez odwołanie do wartości, inny (np. rezygnację z palenia) jako reakcję na problem, a jeszcze inny (np. aktywność rekreacyjną) jako formę autoekspresji. Bywa również tak, że to samo działanie uzasadniają jednocześnie na różne sposoby.

Powyższe ustalenia, oparte na materiale o charakterze jakościowym, wykorzystane zostały przy konstruowaniu narzędzi pozwalających sprawdzić, jaki jest stopień rozpowszechnienia opisywanych tu motywów wśród pracowników średnich i dużych zakładów pracy w Polsce. Tego typu zakłady traktowane są bowiem jako najbardziej dogodny teren do realizacji programów promocji zdrowia pracujących.

MATERIAŁ I METODA

Badanie, którego wyniki są tutaj prezentowane*, zrealizowane zostało w 2002 r. techniką wywiadu kwestionariuszowego wśród 1134 losowo dobranych osób, zatrudnionych w 250 zakładach pracy z terenu całego kraju, liczących powyżej 100

* Przywołana praca (2) zawiera także szczegółowe omówienie pojęcia aktywności prozdrowotnej, jej stopniowalnego charakteru i zastosowanych kryteriów oceny empirycznej.

* Badanie zrealizował zespół w składzie: E. Korzeniowska, K. Puchalski J. Pyżalski, P. Wojtaszczyk z Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, przy współpracy Zakładu Badań Naukowych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego w Warszawie.



pracowników i niebędących w stanie likwidacji. Cele badania, wpisanego w problematykę starzenia się społeczeństwa, związane były głównie z poszukiwaniem specyfiki uwarunkowań zachowań zdrowotnych pracowników, zbliżających się do wieku emerytalnego. Respondentów dobrano zatem spośród dwóch grup wiekowych: 45–55 lat oraz, celem porównania, 25–35 lat.

Poszukiwanie różnic pomiędzy wyróżnionymi grupami wiekowymi zasadniczo nie ujawniło znaczących rozbieżności zakładanych w koncepcji badawczej (3). Stąd w dalszych analizach problem wieku badanych osób nie będzie odgrywał wiodącej roli – potraktowany zostanie podobnie jak inne zróżnicowania społeczne, dotyczące analizowanych przekonań.

Prezentowane informacje zgromadzono stosując pytania skategoryzowane różnego typu, dotyczące osoby respondenta (jego sytuacji, zachowań, motywów). Nie stosowano natomiast pytań o ogólne opinie i sądy, które zazwyczaj w problematyce zdrowia ukazują odmienny obraz rzeczywistości, odległy od realnych działań respondentów (4).

W literaturze nie odnaleziono wielu innych badań dotyczących prezentowanego tu przedmiotu. Dostępne systematyczne dane, dotyczące świadomości zdrowotnej pracowników, są dosyć ubogie i pochodzą zasadniczo sprzed około dziesięciu lat (4). Ponadto nie pojawia się w nich problem motywów zachowań zdrowotnych. Odmienność stosowanych metod i narzędzi oraz badanych populacji utrudnia w znaczący sposób możliwości porównywania wyników*.

DZIAŁANIA SPRZYJAJĄCE ZDROWIU

W celu ustalenia, w jaki sposób w badanej populacji pojmowana jest troska o własne zdrowie skierowano do respondentów następujące pytanie: „Gdyby chciał(a) P. bardziej zadbać o własne zdrowie, to które z wymienionych niżej zachowań są najlepsze w P. sytuacji? Proszę wskazać nie więcej niż trzy takie działania” (wyniki przedstawiono w tab. 1).

Troska o własne zdrowie polega, zdaniem 2/3 badanych, głównie na prawidłowym odżywianiu, a także – choć już dla nieco mniej licznych grup – na aktywności fizycznej i rekreacji, umiejętnym radzeniu sobie ze stresem i unikaniu używek – głównie tytoniu. Istotne miejsce wśród tych działań (w przypadku 1/3 badanych) zajmuje również kontrolowanie stanu własnego zdrowia oraz, już tylko dla co ósmej osoby, stosowanie zaleconej przez lekarza terapii, a także samodzielne wspomaganie organizmu przy użyciu parafarmaceutyków. Przytoczone ustalenia znajdują generalnie potwierdzenie w wynikach kilku innych badań, prowadzonych w okresie minionych kilkunastu lat przy użyciu odmiennych narzędzi i w innych grupach populacji pracujących (4) oraz szerszych zbiorowościach (5).

* Można przyjąć, że różnice w wynikach badań świadomości zdrowotnej w większym stopniu są pochodną zastosowanych narzędzi (konstrukcji pytań kwestionariusza) niż specyfiki badanych populacji – w minionych kilkunastu latach obserwowano dużą homogeniczność myślenia potocznego w tym zakresie (4).

Tabela 1. Działania wskazywane przez pracowników przedsiębiorstw jako najlepsze sposoby dbania o własne zdrowie (N = 1132)

Table 1. Forms of taking care of health perceived by the respondents as the best ones (N = 1132)

Treść działania Form of taking care	% osób wskazujących dane działanie jako jedno z trzech najważniejszych Respondents %
Prawidłowe odżywianie się Healthy nutrition	68
Ćwiczenia kondycji i sprawności fizycznej Physical activity and fitness	46
Zapewnienie sobie niezbędnego relaksu, wypoczynku Adequate rest and relaxation	45
Umiejętne radzenie sobie ze stresem Coping with stress	35
Wykonywanie badań stanu zdrowia Regular health checkups	34
Niepalenie tytoniu, rzucenie palenia, unikanie zadymionych miejsc Non smoking, stop smoking, avoidance of smoking – allowed places	20
Zażywanie witamin, ziół, odżywek bez zalecenia lekarza Use of vitamins, herbs and nutrients without doctor's prescription	14
Stosowanie zabiegów i leków przepisanych przez lekarza Application of procedures and pharmaceuticals prescribed by doctors	12
Umiarkowanie w picu alkoholu Reduction of alcohol consumption	8
Bardziej skrupulatne przestrzeganie przepisów bhp More careful compliance with work safety and hygiene regulations	2
Inne Other activities	1

Poszukiwanie społecznego zróżnicowania omawianych preferencji ujawniło, że kobiety nieco częściej niż mężczyźni wśród najbardziej ważnych dla siebie zachowań wybierają radzenie sobie ze stresem ($\chi^2P = 19,43$, $df = 1$, $p = 0,001$) i stosowanie parafarmaceutyków ($\chi^2P = 23,94$, $p = 0,000$). Mężczyźni częściej mówią o redukcji spożycia alkoholu ($\chi^2P = 15,61$, $p = 0,000$).

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia prawie dwukrotnie pomiędzy skrajnymi grupami wzrasta częstość uwagi poświęconej zmaganiu ze stresem ($\chi^2P = 15,69$, $df = 3$, $p = 0,001$), maleje natomiast (aż trzykrotnie) zainteresowanie przestrzeganiem zaleceń lekarskich ($\chi^2P = 13,91$, $p = 0,003$). Osoby z dyplomem szkoły wyższej nieco rzadziej od pozostałych wskazują jako ważne dla swojego zdrowia kontrolowanie jego stanu ($\chi^2P = 13,91$, $p = 0,003$), częściej natomiast ($\chi^2P = 57,58$, $p = 0,000$) przywołują dbałość o kondycję fizyczną (to także, choć już rzadziej, akcentują osoby ze średnim wykształceniem) i prawidłowe odżywianie (to z kolei akcentują również, choć na niższym poziomie, osoby o wykształceniu zasadniczym – $\chi^2P = 10,83$, $p = 0,001$).

Im lepsza ocena własnej sytuacji materialnej, tym częściej pojawiają się wskazania na potrzebę wzmacniania kondycji



fizycznej ($\chi^2P = 17,84$, $df = 3$, $p = 0,000$). Natomiast stosowanie zabiegów i leków zaleconych przez lekarza pięciokrotnie częściej wskazują osoby najgorzej sytuowane, w porównaniu do grupy najlepiej oceniającej zasobność swojego portfela ($\chi^2P = 16,04$, $p = 0,001$).

Osoby w starszym wieku częściej wskazują potrzebę kontrolowania stanu zdrowia ($\chi^2P = 32,16$, $df = 1$, $p = 0,000$) oraz stosowania zaleceń lekarskich ($\chi^2P = 18,80$, $p = 0,000$), podczas gdy młodsze większą uwagę zwracają na ćwiczenia kondycji fizycznej ($\chi^2P = 52,31$, $p = 0,000$).

Obserwacja, że wraz z wiekiem wzrasta skłonność do łączenia troski o własne zdrowie z opieką medyczną (głównie z badaniami stanu zdrowia) znalazła potwierdzenie w danych z sondażu przeprowadzonego metodą ankiety pocztowej w 1996 r. w grupie 1832 osób z reprezentacji Polaków w wieku produkcyjnym (6). Osoby ze starszych kategorii wiekowych generalnie częściej wyrażały zarówno chęć lepszego zadbania o własne zdrowie w nadchodzącym roku, jak również częściej deklarowały, że troszczyły się o zdrowie w roku poprzedzającym badanie. Jednakże wraz z wiekiem ograniczeniu ulegały odsetki tych, którzy wśród planowanych i zrealizowanych działań podawali (w pytaniach otwartych) zachowania prozdrowotne niezwiązane z leczeniem i medycyną.

W całej przebadanej tam populacji aż 45% planowało zatroszczyć się o własne zdrowie w nadchodzącym roku poprzez kontakty z systemem opieki medycznej, a tylko 20% poprzez zmiany we własnym sposobie życia (6% równocześnie w obu tych obszarach a pozostali w ogóle). W praktyce, proporcja obu typów działań była bardziej wyrównana – 20% modyfikowało swoje zachowania zdrowotne, natomiast kolejne 4% korzystało również, a 23% wyłącznie z opieki medycznej*. Tak duże preferencje dla działań medycznych odbiegają w oczywisty sposób od przedstawionych ustaleń z badań pracowników przemysłu, gdzie zmiany stylu życia wyraźnie zdominowały myślenie na temat troski o własne zdrowie**.

MOTYWY AKTYWNOŚCI PROZDROWOTNEJ

W pytaniu do pracowników przedsiębiorstw zamieszczonych zostało dwadzieścia potencjalnych motywów działań prozdrowotnych wraz z prośbą, by przy każdym z nich określili, czy skłaniały ich do działań służących zdrowiu, czy nie***. W tabeli 2 zaprezentowano hierarchię motywów, ustaloną ze względu na częstość ich wskazań.

Najczęstszym motywem aktywności prozdrowotnej, na którą powołuje się 3/4 badanych, jest odwołanie się do zdrowia

rozumianego w znaczeniu najważniejszej w życiu wartości. Kolejne, minimalnie rzadziej wskazywane uzasadnienia wydają się jedynie konkretyzować lub uzupełniać treści funkcjonujące wokół tej wartości: możliwość długiego utrzymywania sprawności zawodowej, wzmocnienie energii i poprawę wyglądu, uniknięcie potrzeby korzystania z opieki medycznej.

Najczęściej powtarzające się motywy wyrażają wewnętrzny imperatyw troski o dobre zdrowie, rzadziej są natomiast reakcją na zaistniałe problemy zdrowotne bądź silne obawy o ich wystąpienie. Więcej osób powołuje się na profilaktyczną troskę o zdrowie, niż na sam fakt pogorszenia stanu zdrowia, wystąpienia choroby bądź odczuwania wyraźnej obawy o taki stan rzeczy. Więcej osób sugeruje, że działa prozdrowotnie dla wzmocnienia energii i poprawy wyglądu, niż pod wpływem pogorszenia się tych parametrów.

Działania prozdrowotne w odczuciu badanych częściej wynikają z chęci uniknięcia kontaktów z systemem opieki medycznej, niż z obawy przed samą chorobą (gdy 42% respondentów twierdzi, że obawa taka jest czynnikiem skłaniającym ich do działań na rzecz zdrowia, to 66% – że decyduje tu obawa o zły stan opieki medycznej i tyleż samo – że troska o zdrowie będzie mniej kosztowna niż późniejsze leczenie).

Obok motywów sformułowanych w kategoriach celów i obaw stosunkowo ważnym czynnikiem dla połowy badanych okazało się czerpanie przyjemności z realizacji działań prozdrowotnych (58%) oraz tendencja do spontanicznego zachowywania się w taki sposób (49%).

Równie powszechnymi były niejako przeciwstawne motywy, odwołujące się do racjonalnej wiedzy na temat zdrowia i jego uwarunkowań. Do działania prozdrowotnego blisko co drugiego pracownika skłaniały zalecenia lekarzy bądź samodzielnie zdobywane informacje dotyczące zdrowego życia.

Ważne miejsce zajmuje także motywacja odwołująca się do wartości prorodzinnych. Blisko połowa respondentów wyraża wprost taką tezę, ale jest ona prawdopodobnie zawarta także w dążeniu do długiego utrzymania sprawności zawodowej. Poza tym pracownicy przedsiębiorstw bardzo niechętnie przyznają, że ich działaniami zdrowotnymi kierują inne motywy, wynikające z kontekstu społecznego. Na wpływ wzorów zdrowego życia, nabytych w procesach socjalizacji pierwotnej, powołuje się tu najwięcej, bo ponad 40% badanych. Ale już mało liczne zbiorowości przyznają, że realizują zachowania prozdrowotne w wyniku aktualnych, bezpośrednich wpływów społecznych, takich jak namowa ze strony bliskich osób, moda na zdrowe życie, udostępnienie zorganizowanej formy zajęć czy potrzeba kreowania własnego obrazu w oczach innych.

Wszystkie najbardziej popularne motywy w znamienity sposób częściej przywołują osoby deklarujące, że stale (10% ogółu badanych) lub raczej często (23%) myślą o wpływie swoich zachowań na stan zdrowia, w porównaniu z respondentami, którzy czynią to raczej rzadko (46%) lub w ogóle (21%)*. Dotyczy to motywów wybieranych przez ponad po-

*Tego typu pozamedyczne działania prozdrowotne (zarówno w planach, jak w realizacji) zdecydowanie częściej wskazywali lepiej wykształceni i lepiej oceniający swoje zdrowie.

**Nierozstrzygniętym oczywiście pozostaje problem, w jakim stopniu odmienna problematyka obu badań, zastosowana technika i typ pytań oraz przemiany zachodzące w świadomości społecznej (bo w niewielkim chyba zakresie odmienna populacja) wpłynęły na różnice w wynikach.

***Motywy te przedstawiono w oparciu o przywołane w rozdziale „Podstawa teoretyczna” wypowiedzi osób charakteryzujących się wysokim poziomem aktywności na rzecz zdrowia. Z uwagi na konstrukcję zastosowanych pytań nie jest możliwe rozpoznanie, które motywy są charakterystyczne dla poszczególnych, omówionych wcześniej, zachowań.

* Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia z 43% do 15% spada odsetek deklarujących, że w ogóle nie myślą o wpływie własnych zachowań na zdrowie, natomiast z 15% do 36% wzrasta tych, którzy często lub stale myślą na ten temat ($p = 0,0001$).



Tabela 2. Motywy uzasadniające działania prozdrowotne. Przy każdym stwierdzeniu respondent określał, czy jest ono trafne w jego przypadku, czy nie
Table 2. Motivation for health-conducive actions. Respondents commented each statement whether it was adequate in his or her case

Motywy Motivation	% wskazań Indications %	N
Chciałem jak najlepiej zadbać o to, co najcenniejsze, czyli o swoje zdrowie I wished to take care of something most valuable, namely of my health	75	1108
Zależało mi, by móc dłużej i sprawniej pracować It was keen on being able to work better and longer	72	1099
Chociaż dobrze się czułem, chciałem mieć więcej energii, lepiej wyglądać Though I felt good I wanted to look better and be fitter	67	1105
Uznałem, że przy obecnym złym stanie opieki zdrowotnej jedyną moją szansą jest dbanie o własne zdrowie I thought it important in the context of current bad situation in the health care system to stay healthy	66	1104
Dbanie o zdrowie uznałem za tańsze niż późniejsze leczenie I acknowledged that it was cheaper to take care of my health now then to pay for the treatment in a later stage of life	66	1100
Zachowania takie sprawiały mi przyjemność, lubię tak postępować I find this kind of activity a pleasure, I like to behave in such a manner	58	1102
Zauważyłem, że gorzej wyglądam, łatwiej się męczę, przybynam na wadze lub coś mi nie służy I noticed that I look worse, I get tired sooner, I get fatter, some things were not good for me	57	1109
To było dla mnie zupełnie naturalne, taki się już urodziłem It came naturally, I was born this way	49	1100
Lekarze zalecali, by tak postępować Doctors advised me this life style/activity	49	1105
Interesowałem się sprawami zdrowia, dużo czytałem i słyszałem na ten temat I was interested in health issues, I read a lot about it	48	1107
Robiłem to dla dobra najbliższych, dzieci i rodziny I did it in the best interest of my family, spouse and kids	48	1107
Zdecydowałem się dopiero, gdy stwierdzono u mnie pogorszenie stanu zdrowia, zachorowałem I decided to make a change when I was diagnosed with an illness/deterioration of health	43	1117
Myślałem, że mogę poważnie zachorować i obawiałem się tego I was afraid that I might get seriously sick	42	1115
Nauczyłem się tego w młodości w domu, w szkole I was thought to act this way in my youth, at school, etc.	41	1104
Chciałem spróbować czegoś nowego I wanted to try out sth. new/different	28	1097
Namówili mnie moi najbliżsi lub znajomi My friends, relatives talked me into it	24	1101
Chciałem pokazać innym, że potrafię to zrobić I wanted to show others that I am capable of doing it	24	1100
Pojawiła się okazja, bo zorganizowano zajęcia umożliwiające takie zachowania The opportunity presented itself for activities enabling such behaviour have been organised	23	1104
Chciałem być w zgodzie z modą na zdrowe życie I wanted to follow the healthy life style fashion	22	1100
Moja religia, światopogląd wymagał bym tak postępował My religion and beliefs demand of me such a behaviour	19	1105
Inne Other reasons	2	1102

łową populacji, ale również, co oczywiste, zainteresowania sprawami zdrowia, obawy o możliwość poważnego zachorowania, a także wzorów nabytych w młodości oraz mody na zdrowe życie.

Poszukiwanie różnicowania częstości wyboru poszczególnych motywów ze względu na cechy położenia społeczne badanych (tab. 3) potwierdziło to zjawisko w przypadku 14 spośród 20 pozycji. Aczkolwiek zaobserwowano tu istotne statystycznie związki, to generalnie były one słabe.

Osoby ze starszych grup wiekowych systematycznie częściej w relacji do młodszych podejmują działania prozdrowotne, by móc dłużej i sprawniej pracować. Częściej także uznają, że dbanie o zdrowie będzie tańsze niż późniejsze leczenie oraz, że troska o nie jest sposobem radzenia sobie w sytuacji złego stanu opieki medycznej. Częściej motywem jest dla nich również zainteresowanie sprawami zdrowia oraz troska o najbliższych, dzieci, rodzinę (jej częstość maleje w najstar-

szej grupie, co wydaje się łatwe do wytłumaczenia zmianami zachodzącymi w sytuacji rodzinnej wraz ze starzeniem się). Starsze osoby nieco częściej odwołują się do motywacji religijno-swiatopoglądowej, rzadziej do możliwości korzystania ze zorganizowanej formy zachowań prozdrowotnych.

Kobiety częściej niż mężczyźni podejmują działania prozdrowotne dla wzmocnienia swojej energii lub poprawy wyglądu – zarówno w sytuacjach, gdy nie odczuwają związanych z tym problemów, jak w przypadkach, gdy pojawia się dyskomfort w tej dziedzinie. Częściej motywem jest dla nich zainteresowanie sprawami zdrowia oraz pojawienie się choroby (ostatniej obserwacji nie potwierdziła jednak analiza odpowiedzi na osobne pytanie, dotyczące tej właśnie kwestii). Minimalnie częściej deklarują, że postępują korzystnie dla zdrowia po to, by móc dłużej i sprawniej pracować.

Wykształcenie okazało się zmienną w najszerszym zakresie różnicującą częstość wskazań na poszczególne motywy.



Tabela 3. Motywy działań prozdrowotnych w relacji do cech położenia społecznego
Table 3. Reasons for undertaking healthy behaviour in the relation to social position of the respondent

Motywy The reason	Wiek Age df = 3	Płeć Sex df = 1	Poziom wykształcenia Educational status df = 3	Autoocena sytuacji materialnej Self observed financial situation df = 3
Chciałem jak najlepiej zadbać o to co najcenniejsze, czyli o swoje zdrowie I wanted to take care in the best possible manner of the most precious thing in life, my health			p < 0,0001 $\chi^2 = 26,15$	
Zależało mi, by móc dłużej i sprawniej pracować It was important to me to be able to work longer and more effectively	p < 0,0001 $\chi^2 = 23,52$	p < 0,05 $\chi^2 = 3,84$	p < 0,05 $\chi^2 = 9,77$	
Chociaż dobrze się czułem, chciałem mieć więcej energii, lepiej wyglądać Though I felt good I wanted to look better and be fitter		p < 0,0001 $\chi^2 = 15,79$		
Przy złym stanie opieki zdrowotnej jedyną moją szansą było dbanie o własne zdrowie I thought it important in the context of current bad situation in the health care system to stay healthy	p < 0,05 $\chi^2 = 8,19$		p < 0,05 $\chi^2 = 9,65$	
Dbanie o zdrowie uznałem za tańsze niż późniejsze leczenie I acknowledged that it was cheaper to take care of my health now then to pay for the treatment in a later stage of life	p < 0,0001 $\chi^2 = 18,74$		p < 0,05 $\chi^2 = 9,21$	
Zachowania takie sprawiają mi przyjemność, lubię tak postępować I find this kind of activity a pleasure, I like to behave in such a manner			p < 0,005 $\chi^2 = 14,12$	p < 0,005 $\chi^2 = 12,51$
Zauważyłem, że gorzej wyglądam łatwiej się męczę, przybywam na wadze, coś mi nie służy I noticed that I look worse, I get tired sooner, I get fatter, some things were not good for me		p < 0,0001 $\chi^2 = 20,11$	p < 0,05 $\chi^2 = 9,47$	
To było dla mnie zupełnie naturalne, taki się urodziłem It came naturally, I was born this way			p < 0,05 $\chi^2 = 10,42$	
Interesowałem się sprawami zdrowia, dużo słyszałem i czytałem na ten temat I was interested in health issues, I read a lot about it	p < 0,0001 $\chi^2 = 16,71$	p < 0,0001 $\chi^2 = 27,23$	p < 0,0001 $\chi^2 = 22,81$	
Robiłem to dla dobra najbliższych, dzieci, rodziny I did it in the best interest of my family, spouse and kids	p < 0,001 $\chi^2 = 12,15$		p < 0,0001 $\chi^2 = 17,38$	p < 0,0001 $\chi^2 = 16,32$
Zdecydowałem się dopiero, gdy stwierdzono u mnie pogorszenie zdrowia, zachorowałem I decided to make a change when I was diagnosed with an illness/deterioration of health		p < 0,005 $\chi^2 = 8,27$		p < 0,005 $\chi^2 = 12,79$
Nauczyłem się tego w młodości, w domu, w szkole I was thought to act this way in my youth, at school, etc.			p < 0,05 $\chi^2 = 9,54$	
Zorganizowano zajęcia umożliwiające takie zachowania The opportunity presented itself for activities enabling such behaviour have been organised	p < 0,05 $\chi^2 = 7,96$			
Moja religia, światopogląd wymaga, bym tak postępował My religion and beliefs demand of me such a behaviour	p < 0,05 $\chi^2 = 9,56$		p < 0,005 $\chi^2 = 13,56$	

W tabeli przedstawiono zróżnicowania na poziomie istotności statystycznej p < 0,05.
 In the table outcomes of statistical significance p < 0.05 have been presented.

Wzrost poziomu wykształcenia powoduje słaby, ale systematyczny wzrost częstości motywowania swoich działań pojawieniem się problemów, dotyczących wyglądu i kondycji oraz przyjemnością czerpaną z samego faktu realizacji omawianych zachowań. Maleje natomiast częstość przywoływania motywacji regijno-światopoglądowej.

Wzrost wykształcenia sprzyja również wskazaniom na inne motywy – z zastrzeżeniem, że w grupie osób, które ukończyły studia popularność omawianej motywacji wyraźnie spada. Dotyczy to chęci zadbania o „szlachetne zdrowie”,

utrzymania sprawności zawodowej, dokonania późniejszych oszczędności na leczeniu oraz działań pod wpływem zainteresowania sprawami zdrowia.

Charakteryzując specyfikę poszczególnych grup warto odnotować, że osoby o wykształceniu podstawowym najczęściej ze wszystkich (dwukrotnie częściej niż te z wyższym) odwołują się do motywacji światopoglądowo – religijnej. Relatywnie często w porównaniu z innymi eksponują też fakt, że zachowania prozdrowotne są w ich przypadku efektem wczesnej socjalizacji, a także działaniem o charakterze spon-



tanicznym* (choć oba te uzasadnienia minimalnie częściej przywołuje grupa ze średnim wykształceniem).

Osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym relatywnie częściej na tle pozostałych grup podejmują działania prozdrowotne, uzasadniając to dobrem swoich najbliższych, najrzadziej natomiast mówią o spontaniczności swoich działań i czerpaniu z nich przyjemności.

Grupa o średnim wykształceniu charakteryzuje się najczęstszymi wskazaniami większości omawianych motywów. W najbardziej wyraźny sposób dotyczy to chęci zadbania o zdrowie jako rzecz najcenniejszą, dużego zainteresowania sprawami zdrowia, chęci oszczędzania na późniejszym leczeniu oraz spontanicznego sposobu działania.

Osoby z wyższym wykształceniem najczęściej na tle innych aktywizują się wtedy, gdy dostrzegają u siebie problemy z wyglądem i kondycją, a także wtedy, gdy zachowania prozdrowotne sprawiają im przyjemność. Najrzadziej natomiast odwołują się do uzasadnień religijno-światopoglądowych, nawyków z młodości, obawy przed złym stanem opieki medycznej oraz potrzeby utrzymania zdolności do pracy.

Związek motywacji z autoocena sytuacji materialnej ujawnił się w trzech przypadkach. Osoby gorzej oceniające swoją zasobność finansową częściej decydują się działać prozdrowotne dopiero w sytuacji choroby oraz dla dobra swoich najbliższych (choć w najuboższej grupie częstość obu tych motywów nieco spada), natomiast rzadziej postępują prozdrowotnie dlatego, że zachowania takie sprawiają im przyjemność.

CHOROBA JAKO CZYNNIK MOTYWACYJNY

W opinii potocznej choroba – zarówno fakt jej wystąpienia, jak silna obawa o taką możliwość – uważana jest często za podstawowy czynnik decydujący o tym, że troszczymy się o zdrowie. Rolę tego czynnika ukazały ustalenia na temat osób reaktywnych, a także dane dotyczące częstości wyboru omawianych tu motywów. Te ostatnie pokazały jednak, że ani pogorszenie stanu zdrowia lub choroba, ani obawa o możliwość poważnego zachorowania nie były najczęściej wskazywanymi motywami. Ewentualne obawy respondentów częściej dotyczyły przewidywanych skutków choroby, wyglądu, kondycji, wagi ciała czy samopoczucia niż wystąpienie poważnego schorzenia.

Pytanie wprost o te kwestie pokazało, że podobnie liczna grupa podejmuje prozdrowotne zmiany w swoim trybie życia wtedy, gdy cieszy się dobrym zdrowiem, jak wtedy, gdy zaczyna niepokoić się ów stan. Pod wpływem wystąpienia poważnych problemów zmienia swoje zachowania dwukrotnie mniej osób niż obejmuje grupa, która w zasadzie nigdy nie podejmuje działań prozdrowotnych (tab. 4).

* Motywacja taka w tej grupie świadczyć może o rozpowszechnieniu w niej bezrefleksyjnych form działania, co byłoby zgodne z obserwacją, że najniżej wykształceni najczęściej deklarują ograniczoną refleksję na temat wpływu własnych zachowań na zdrowie.

W sytuacji dobrego stanu zdrowia prozdrowotne zmiany zachowań częściej podejmują osoby, które są przekonane, że mają duże możliwości dbania o własne zdrowie i że dobrze sobie radzą z ewentualnymi trudnościami w tym zakresie. Osoby przekonane, że ich sytuacja życiowa ogranicza im tego typu możliwości częściej podejmują działania prozdrowotne w sytuacji mniej lub bardziej wyraźnego zaniepokojenia o swoje zdrowie ($\chi^2P = 55,75$, $df = 9$, $p = 0,0000$). Te ostatnie też częściej wyrażają obawę, że mogą poważnie zachorować w najbliższych latach, natomiast rzadziej deklarują brak tego typu obaw lub tylko niewielkie zaniepokojenie odnoszące się do dalekiej przyszłości ($\chi^2P = 49,36$, $df = 9$, $p = 0,0000$). Generalnie ponad 1/4 pracowników przedsiębiorstw przyznaje, że raczej nie obawia się zachorować na jakąś poważną czy groźną chorobę. Niewielką obawę, że może to nastąpić, ale dopiero w odległej przyszłości, deklaruje 45% badanych, natomiast 22% obawia się, że może poważnie zachorować w najbliższych latach (7% udzieliło innej odpowiedzi).

Częstość obaw o możliwość zachorowania ze zrozumiałych względów nasila się wraz z wiekiem. Dotyczy to zwłaszcza obaw o możliwość wystąpienia choroby już w najbliższych latach ($\chi^2P = 57,59$, $df = 9$, $p = 0,0000$). Wiek nie różnicuje natomiast tego, jak rozkładają się działania prozdrowotne, podejmowane w sytuacji dobrego zdrowia oraz w związku z jego niedostatkami. Tutaj znaczącą rolę w generowaniu różnic odgrywa wykształcenie i ocena własnej sytuacji materialnej.

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta odsetek osób, które podejmują prozdrowotne zmiany w swoim życiu nawet wtedy, gdy dobrze oceniają swoje zdrowie (od 16% wśród wykształconych na poziomie podstawowym do 47% na wyższym). Spada natomiast odsetek tych, które nigdy nie podejmują takich zmian (odpowiednio z 33% do 9%). Z kolei dopiero wystąpienie poważnych problemów zdrowotnych dwukrotnie częściej mobilizuje do działania osoby

Tabela 4. Deklaracje nt. prozdrowotnych zmian w trybie życia podejmowanych w związku ze stanem zdrowia (N = 1132)

Table 4. The declaration concerning changes in life style beneficial for health undertaken in connection to the state of health (N = 1132)

Treść deklaracji The particular declaration	%
Podejmuję działania nawet wtedy gdy moje zdrowie jest całkiem dobre I undertake such activities even though my health is good	39
Podejmuję działania raczej wtedy, gdy pojawia się coś niepokojącego w moim zdrowiu I undertake such activities when I notice that there is a slight deterioration in my health	39
Podejmuję działania dopiero wówczas, gdy z moim zdrowiem jest naprawdę źle I undertake such activities only when there is a serious deterioration in my health	7
Nigdy nie podejmuję takich działań I do not ever take up such activities	15
Ogółem Total	100



z wykształceniem podstawowym i zasadniczym niż średnim i wyższym. Natomiast już podobnie liczne grupy we wszystkich szczeblach wykształcenia reagują zmianami stylu życia pod wpływem niewielkiego zaniepokojenia o swoje zdrowie ($\chi^2P = 66,96$, $df = 9$, $p = 0,0000$).

Podobne różnice związane są ze zróżnicowaniem oceny własnej sytuacji materialnej ($\chi^2P = 35,28$, $df = 9$, $p = 0,0000$). Osoby najwyżej ją oceniające trzykrotnie częściej niż grupa przeciwna deklaruje, że podejmują różne prozdrowotne działania nawet wtedy, gdy są całkiem zdrowe (odpowiednio 57% i 18%). Z 10% do 24% wzrastają natomiast odsetki tych, którzy nigdy nie wprowadzają związanych ze zdrowiem zmian w swoim trybie życia. Spadek zasobności portfela wiąże się również z częstszymi deklaracjami, że działania prozdrowotne wynikają z obserwacji mniejszych lub większych zaburzeń w stanie zdrowia (z 33% wśród najbogatszych do 58% wśród najuboższych)*.

Osoby, które podejmują działania prozdrowotne wtedy, gdy są zdrowe, częściej niż działające w sytuacji zaniepokojenia o zdrowie, a jeszcze częściej niż zmieniające swój tryb życia dopiero w ostateczności, kierują się przede wszystkim takimi z omówionych wcześniej motywów, jak: przyjemność związana z zachowaniami prozdrowotnymi, zainteresowanie sprawami zdrowia, wzory nabyte w młodości, poszanowanie wartości zdrowia, dążenie do wzmocnienia energii lub poprawy wyglądu, oszczędności na leczeniu, spontaniczny sposób postępowania i moda na zdrowe życie. Pozostałe motywy równie często pojawiają się zarówno wśród osób dbających o zdrowie, gdy są zdrowe, jak wśród tych, co czynią to dopiero w sytuacji niepokoju, a także poważnej obawy o jego stan (wyjątkiem jest tu oczywiście jeszcze działanie pod wpływem pogorszenia stanu zdrowia, wybierane przez 30% pierwszej grupy, 56% drugiej i 67% trzeciej – $p = 0,0000$).

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Przedstawione dane skłaniają do wniosku, że realizacja zdrowego stylu życia (utożsamianego głównie z prawidłowym odżywianiem, aktywnością fizyczną, rekreacją i radzeniem sobie ze stresem) stała się w świadomości podopiecznych służby medycyny pracy prawie powszechnie uznawanym sposobem troski o własne zdrowie. Zdecydowanie więcej osób skłonnych jest szukać wsparcia dla swojego zdrowia w tym właśnie obszarze, niż poprzez kontakty z opieką medyczną (badanie stanu zdrowia, stosowanie zalecanej terapii). Oczywiście dotyczy to pracowników przedsiębiorstw, a więc ludzi generalnie zdrowych – w sensie społeczno-funkcjonalnym (zdolnych do wypełniania właściwych im ról i zadań społecznych).

Można zaryzykować tezę, że taki stan świadomości jest efektem szerszych przemian społecznych zachodzących

w naszym kraju. Badania sprzed kilkunastu lat (4) pokazywały bowiem, że stan własnego zdrowia relatywnie rzadko wiązany był ze zmianami we własnych codziennych zachowaniach, a raczej uzależniany od zdobycia takich wartości jak nieszkodząca zdrowiu praca, mieszkanie itp. Także niewielkie stosunkowo grupy (ok. 1/5 badanych populacji pracowniczych) były przekonane o posiadaniu możliwości znaczącego wpływu na własne zdrowie. Obecnie tylko 1/4 badanych sądzi, że ich sytuacja życiowa znacznie ogranicza im możliwości dbania o stan własnego zdrowia, natomiast pozostali uważają, że radzą sobie z większością problemów w tym zakresie*.

Prozdrowotne zmiany w codziennych zachowaniach równie często podejmowane są w związku z dostrzeżeniem jakichś niepokojących objawów w stanie własnego zdrowia, co z dążeniem do jego umocnienia w sytuacjach, gdy brak jest jakichkolwiek powodów do obaw. Analiza motywów owych zmian skłania nawet do wniosku, że ta druga sytuacja jest bardziej powszechna. Do zdrowego życia częściej wydają się motywować pozytywne aspekty zawarte w tym pojęciu (najwyższa wartość, zdolność do działania, witalność, przyjemność itp.) niż te, które związane są ze spodziewaną lub zaistniałą jego utratą (problemy funkcjonalno-estetyczne, wystąpienie choroby, leczenie itp.). Wśród tych ostatnich bardziej powszechne są obawy dotyczące ewentualnej potrzeby korzystania z opieki medycznej (wysokie koszty, zła jakość) niż związane z samym pogorszeniem stanu zdrowia.

Osoby, które troszczą się o zdrowie, gdy nic im nie dolega, relatywnie częściej niż pozostałe czynią to ze względu na czerpaną z tego przyjemność, zainteresowanie sprawami zdrowia oraz pod wpływem wzorów zachowań nabytych we wczesnej socjalizacji. Z kolei pracownicy działający pod wpływem pogorszenia stanu zdrowia relatywnie częściej, co oczywiste, powołują się na ów fakt, a także na zalecenia lekarzy oraz namowę ze strony najbliższych.

Działania podejmowane przy dobrym zdrowiu charakterystyczne są raczej dla osób generalnie znajdujących się w uprzywilejowanej pozycji, tj. lepiej wykształconych, bogatszych, raczej młodszych i przekonanych o dużych możliwościach wpływu na stan swojego zdrowia. Osoby te częściej wiążą troskę o własne zdrowie z takimi działaniami, jak radzenie sobie ze stresem, wzmocnianie kondycji fizycznej czy prawidłowe odżywianie. Z kolei pracownicy o niższym poziomie wykształcenia i dochodów oraz starsi bardziej skłonni są troszczyć się o jego stan poprzez kontakty z medycyną oraz zazwyczaj dopiero w sytuacji zaniepokojenia o zdrowie**.

Wskazana odmiennosć owych społeczno-zdrowotnych korelatów sprawia, że promocja zdrowia bywa krytykowana za tworzenie i umacnianie nierówności w zdrowiu. Idee promocji zdrowia, akceptowane i realizowane są bowiem czę-

* Warto tu jednak odnotować, że w grupie najbardziej zamożnych częściej niż co dziesiąta osoba reaguje dopiero wtedy, gdy zauważy poważne problemy ze swoim zdrowiem, co ma miejsce częściej niż w grupach uboższych (z wyjątkiem najbardziej ubogich, spośród których czyni tak co szósta osoba).

* Nie są to oczywiście w pełni porównywalne dane z uwagi na stosowanie odmiennych narzędzi oraz odniesienia do nieco inaczej wyodrębnianych zbiorowości.

** Podobną prawidłowość potwierdzają również badania dotyczące innych populacji (5).



ściej przez osoby lepiej wykształcone, bogatsze, dla których troska o zdrowie i tak jest elementem codziennego życia, przyjemnością, działaniem wynikającym z zainteresowań, a nie trudnym do realizacji zachowaniem w sytuacji choroby lub silnego dyskomfortu. Wydaje się jednak, że wnioski z takiej krytyki powinny dotyczyć nie tyle sensu promowania zdrowia, ile sposobów działania w tym zakresie.

W związku z powyższym obie odmiennie grupy wymagają nieco odmiennego potraktowania w działaniach podejmowanych pod szyldem promocji zdrowia.

Pierwszą grupę uznać można za potencjalnych liderów zmian zachodzących w postawach wobec zdrowia, tworzących wzory nowych zachowań w tej dziedzinie – które, poprzez mechanizmy socjalizacji i wpływu społecznego, oddziaływać będą również na osoby zorientowane na chorobę i medycynę. Warto zatem wzmacniać tego typu postawy i zachowania, wspierać je i stymulować ich rozwój. Wsparciem takim są niewątpliwie programy promocji zdrowia realizowane na terenie zakładów pracy. Tym bardziej, że aż 90% badanych pracowników wyraża oczekiwanie dla takich działań ze strony firmy (3).

W obszarze tym personel medycyny pracy ma do odegrania dwie zasadnicze role. Pierwsza to rola rzecznika programów promocji zdrowia w zakładach pracy. Druga wiąże się z prowadzeniem edukacji zdrowotnej.

Badanie postaw lekarzy specjalistów medycyny pracy wobec promocji zdrowia (7) pokazało, że ta pierwsza rola podejmowana jest tylko poprzez nieliczne osoby. Lekarze bardzo rzadko próbują pozyskać pracodawców do wdrażania tego typu programów, a wydaje się, że przy aktualnym braku systemowej (prawnej, fiskalnej itp.) stymulacji do realizowania programów prozdrowotnych w firmach, zaangażowanie tej grupy zawodowej mogłoby przyczynić się do znaczącej poprawy sytuacji. Tym bardziej, że dotąd nie ujawniły się inne grupy realnie zainteresowane tym obszarem działania.

Także druga ze wskazanych ról, podejmowana nie tylko przez personel służby medycyny pracy, pozostawia wiele do życzenia, co widać choćby na przykładzie edukacji antytytoniowej w zakładach pracy (8). Jeżeli jest ona prowadzona, to dotyczy głównie ogólnych informacji na temat szkodliwości palenia i odbywa się poprzez ulotki czy plakaty. Brakuje natomiast zindywidualizowanych i użytecznych informacji przedstawianych w interaktywny sposób.

W obu odmiennych grupach adresatów promocji zdrowia co innego oznacza socjotechniczny postulat zindywidualizowania przekazów edukacyjnych. W tej pierwszej polega on głównie na zrozumieniu indywidualnych sposobów myślenia i motywów klienta – by pomóc mu w podejmowaniu prozdrowotnych decyzji. W tej drugiej przede wszystkim na rozpoznaniu jego stanu i sformułowaniu adekwatnych do tego zaleceń dotyczących m.in. zmian w zachowaniach. W pierwszej grupie większe znaczenie ma rozpoznanie **potrzeb**, w drugiej natomiast **problemów**. W pierwszej więcej do zrobienia będzie miał socjolog i psycholog zdrowia, w drugiej niewątpliwie lekarz. W pierwszej bardziej adekwatnym

może okazać się taki model promocji zdrowia, który nazywany jest edukacyjnym (9), w drugiej natomiast model behawioralny.

Problem odpowiedniego ukierunkowania edukacji zdrowotnej jest o tyle istotny, że ponad połowa badanych pracowników przedsiębiorstw deklaruje brak wiary w sprzeczne często przekazy na temat zdrowego życia. Stąd kluczową kwestią jest nie tyle mnożenie ogólnych komunikatów na temat czynników zdrowia lub chorób (zwłaszcza w grupie nieobawiającej się zachorowania), co budowanie refleksyjnych i aktywnych postaw sprzyjających prozdrowotnym wyborom w codziennym życiu. To oczywiście jest polem do współpracy medyków z profesjonalistami od wywierania wpływu społecznego.

Personel służby medycyny pracy może być natomiast najlepszym partnerem dla tej grupy osób, które troszczą się o swoje zdrowie pod wpływem choroby i orientują swoje działania na korzystanie z diagnozy oraz pomocy medycznej. Tutaj bowiem profesjonalna wiedza medyczna – dotycząca przecież głównie problemów zdrowotnych – zbiega się z oczekiwaniami klientów. Diagnoza stanu zdrowia może być zatem doskonałym punktem wyjścia do przekazywania pracownikom zindywidualizowanych zaleceń, dotyczących prozdrowotnych zmian w stylu życia, związanych z ich problemami zdrowotnymi (blisko połowa badanych podejmuje zachowania zdrowotne m.in. pod wpływem sugestii lekarzy).

Edukacja to oczywiście tylko jedna strona promocji zdrowia. Drugą jest wsparcie dla oczekiwanych zachowań, a więc model interwencji środowiskowej (9). Można zaryzykować tezę, że lepszym wsparciem dla pierwszej grupy będzie poszerzanie oferty różnorodnych możliwości realizowania działań sprzyjających zdrowiu, dla drugiej natomiast zwiększanie dostępności do świadczeń skierowanych na rozwiązywanie problemów zdrowotnych. Budowanie wsparcia w obu tych zakresach to w dużej mierze obszar polityki zdrowia publicznego, na którą służba medycyny pracy ma raczej ograniczony wpływ. Nie umniejsza to jednak roli, jaką w tym zakresie mogą odegrać programy promocji zdrowia, realizowane przy znaczącym udziale personelu medycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Puchalski K.: Korzyści oraz przeszkody związane z promocją zdrowia w świadomości lekarzy medycyny pracy. *Med. Pr.* 2003; 54 (3): 207–213.
2. Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L.: Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999.
3. Korzeniowska E.: Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych przedsiębiorstw. *Med. Pr.* 2004; 55(2): 129–138.
4. Puchalski K.: Zdrowie w świadomości społecznej. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997.
5. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 1999.



6. Piwowarska-Pościk L., Puchalski K., Rosin J.: Ocena występowania nierówności w korzystaniu z opieki zdrowotnej w populacji pracujących. Raport z realizacji zadania badawczego nr SPR I.3.3. w ramach Strategicznego Programu Rządowego pn. „Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy” [maszynopis]. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1996.
7. Pyżalski J., Wojtaszczyk P.: Aktywność lekarzy służby medycyny pracy w zakresie promowania zdrowia pracujących. *Med. Pr.* 2004; 55 (3): 227–232.
8. Puchalski K., Korzeniowska E.: Rozwiązywanie problemu palenia tytoniu w zakładach pracy w Polsce. *Med. Pr.* 2001; 52 (6): 459–464.
9. Ewles L., Simnett I.: *Promoting Health: A Practical Guide*. Wyd. 2. Scutari Press, London 1992.

