

Krzysztof Puchalski

ZACHOWANIA ANTYZDROWOTNE I ICH MOTYWY W ŚWIADOMOŚCI PRACOWNIKÓW PRZEDSIĘBIORSTW*

UNHEALTHY BEHAVIOURS AND REASONS FOR IT IN THE THINKING OF EMPLOYEES

Z Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca przedstawia przekonania pracowników przedsiębiorstw w Polsce na temat niekorzystnego wpływu ich własnych zachowań na stan zdrowia oraz motywów antyzdrowotnego postępowania. **Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono w 2002 r. techniką wywiadu kwestionariuszowego w grupie 1134 pracowników 250 przedsiębiorstw (pow. 100 zatrudnionych) z terenu całego kraju. **Wyniki.** Ponad połowa badanych pozytywnie ocenia wpływ swojego postępowania na zdrowie ale tylko 12% nie podejmuje antyzdrowotnych zachowań. Wśród swych najbardziej szkodliwych działań badani wskazują niedostatek wypoczynku (50%), brak troski o kondycję fizyczną (38%), palenie tytoniu (34%), niezdrowe odżywianie (33%) i lekceważenie objawów choroby (28%). Jako ich przyczyny akcentują różne aspekty przyzwyczajenia, czerpaną z nich przyjemność i relaksacyjną funkcję, poczucie braku ograniczeń oraz unikanie myślenia o szkodliwości tych zachowań. **Wnioski.** Edukacja zdrowotna w większym stopniu powinna odnosić się do indywidualnych motywów szkodliwych zachowań zamiast koncentrować się na przekazywaniu ogólnej wiedzy. Med. Pr. 2004; 55 (5): 417–424

SŁOWA KLUCZOWE: promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, zachowania zdrowotne, zdrowie pracujących

ABSTRACT

Background: This paper outlines the beliefs of Polish employees about adverse effects of their own behavior on the health state along with underlying reasons for its health-damaging forms. **Materials and Methods:** The research was carried out in 2002 as a questionnaire-based interview. It covered a random sample of 1134 employees working in 250 enterprises that hire over 100 people. **Results:** More than a half of respondents positively evaluated the influence of their behavior on health, but only 12% of them did avoid any type of health-damaging behavior. The respondents believed that in their conduct the following factors were most detrimental to their health: shortage of rest (50%), neglect of physical fitness (38%), smoking (34%), unhealthy nutrition (33%) and disregard to morbid symptoms (28%). Among the reasons for unhealthy behavior they emphasized various habitual aspects, the wish to derive pleasure, relaxation, and sense of freedom, and also avoidance of thinking about adverse effects of such a behavior. **Conclusions:** Health education should to a much greater degree take into account individual motives for health-damaging behavior instead of focusing on dissemination of general knowledge. Med Pr 2004; 55 (5): 417–424

KEY WORDS: health promotion, health education, health behavior, health at workplace

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

Nadesłano: 6.09.2004

Zatwierdzono: 27.09.2004

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

WSTĘP

Artykuł prezentuje przekonania pracowników przedsiębiorstw w Polsce na temat tego, czy i w jaki sposób oni sami szkodzą swojemu zdrowiu oraz co skłania ich do realizacji antyzdrowotnych zachowań. Jest kontynuacją wątku podjętego we wcześniejszej pracy (1), dotyczącego postrzegania przez tę samą grupę działań sprzyjających własnemu zdrowiu oraz powodów ich realizacji.

W pierwszej kolejności przedstawione zostaną subiektywne oceny badanych w zakresie wpływu ich postępowania na stan zdrowia. Analizowany będzie problem, które spośród swoich zachowań uznają za najbardziej szkodliwe oraz, czy podjęcie zmian w tych obszarach traktowane jest przez nich jako działanie o istotnym znaczeniu do utrzymania lub poprawy własnego stanu zdrowia. Następnie przyjrzymy się, w jaki sposób pracownicy przedsiębiorstw tłumaczą powody swojego antyzdrowotnego postępowania. Zobaczymy, na ile przekonania te są wspólne, na ile zaś odmienne dla poszczegól-

nych grup różniących się cechami położenia społeczno – demograficznego, szczególnie poziomem wykształcenia. W zakończeniu pojawiają się wnioski, jakie z przedstawionych ustaleń wynikają dla praktyki edukacyjnej służącej kształtowaniu zachowań zdrowotnych.

MATERIAŁ I METODY

Badanie, którego fragment wyników jest tutaj szczegółowo prezentowany, przeprowadzone zostało w 2002 r. techniką wywiadu kwestionariuszowego wśród 1134 losowo dobranych osób z dwóch grup wiekowych: 25–35 oraz 45–55 lat, zatrudnionych w 250 przedsiębiorstwach wylosowanych z terenu całego kraju, liczących powyżej 100 pracowników i niebędących w stanie likwidacji**. Podstawowe ustalenia całego badania przedstawia inna praca (2).

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

** Badanie wpisane było w problematykę starzenia się społeczeństwa i przeciwdziałania skutkom tego zjawiska wśród zatrudnionych. Zrealizował je zespół: E. Korzeniowska, K. Puchalski, J. Pyżalski, P. Wojtaszczyk z Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, przy współpracy Zakładu Badań Naukowych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego w Warszawie.



Zagadnienia prezentowane w tym artykule nie były podejmowane w innych znanych, porównywalnych opracowaniach naukowych o charakterze ilościowym, stąd brak możliwości uzgadniania zgromadzonych wyników. Natomiast analizy jakościowe z podobnego zakresu (3) wykorzystane zostały przy konstruowaniu zastosowanych tu narzędzi badawczych (pytań kwestionariusza).

WYNIKI

Postrzegany wpływ własnych zachowań na zdrowie

Większość pracowników przedsiębiorstw (52%) pozytywnie ocenia wpływ własnych codziennych zachowań na stan swojego zdrowia. Mniej, bo 42% uznaje, że jest on raczej niekorzystny (pozostałe 6% udzieliło innej odpowiedzi). Częściej niż co druga osoba niekorzystnie oceniająca własne postępowanie przyznaje jednocześnie, że zachowuje się jak większość ludzi w naszym kraju, którzy nie dbają o zdrowie*. Oceny te mają jednak charakter ogólny, nie są elementem refleksji towarzyszącej własnym zachowaniom. Świadczy o tym fakt, że w odpowiedzi na inne pytanie („Jak często zastanawia się P., czy codzienne zachowania wpływają na P. zdrowie?”) aż 67% badanych przyznaje, że albo w ogóle nie myśli na temat wpływu swoich zachowań na zdrowie (21%), albo czyni to raczej rzadko (46%). Tylko 1/3 stwierdza, że dość często (23%), lub stale (10%) ma to na uwadze. Częstotliwość podejmowania refleksji na temat wpływu własnych zachowań na zdrowie nie wiąże się z dokonaną oceną kierunku tego wpływu – osoby często myślące na ów temat w podobny sposób oceniają ten wpływ jak respondenci w ogóle lub rzadko zastanawiający się nad związkiem sposobu postępowania i zdrowia.

Pomimo dominacji ogólnie pozytywnych ocen własnego zachowania aż 88% badanych przyznaje, że zdarza im się postępować w sposób szkodliwy dla zdrowia, opisany poprzez zachowania antyzdrowotne zamieszczone w kafeterii innego pytania (tab. 1)**.

Wśród trzech własnych zachowań, które najbardziej zagrażają zdrowiu co druga badana osoba wskazuje niedostatek wypoczynku, natomiast co trzecia brak troski o dobrą kondycję fizyczną, palenie tytoniu, niezdrowe odżywianie i lekceważenie objawów choroby.

Powyższe ustalenia można odnieść do danych na temat zachowań uznanych przez badaną grupę za ważne dla poprawy zdrowia (1). Na tej podstawie można stwierdzić, że w świadomości badanych stan ich zdrowia ściśle związany jest ze sposobem odżywiania oraz z aktywnością (lub jej brakiem) w zakresie wypoczynku, budowania sprawności fizycznej, reagowania na potencjalne lub aktualne objawy choroby oraz z zachowaniami dotyczącymi palenia tytoniu.

* Wśród pozytywnie oceniających swój sposób postępowania z punktu widzenia jego wpływu na zdrowie podobny pogląd wyraża już tylko 1/3 tej grupy ($\chi^2 P = 23,1$; $df = 1$; $p = 0,000$).

** Podobnie respondenci oceniają zachowania swoich współpracowników. Tylko co piąta osoba twierdzi, że w jej otoczeniu raczej nie zdarza się, by ktoś szkodził swojemu zdrowiu łamiąc przepisy bhp, rezygnując ze zwolnienia lekarskiego, przepracowując się itp.

Tabela 1. Zachowania oceniane przez pracowników przedsiębiorstw (N = 1134) jako najbardziej niekorzystne dla ich zdrowia

Table 1. Behavior viewed by employees as most harmful to their health

Działanie wskazane wśród maksymalnie trzech uznanych za najbardziej niekorzystne Behavior pointed out as one of the most harmful to health (among three maximum)	%
Za mało wypoczywam Shortage of rest	50
Nie dbam o kondycję fizyczną Neglecting physical fitness	38
Palę tytoń Smoking	34
Niezdrowo się odżywiam Unhealthy diet	33
Lekceważę objawy choroby Disregarding morbit symptoms	28
Piję alkohol nie zawsze z umiarem Abuse of alcohol (at times)	8
Nie stosuję się do zaleceń lekarzy Not following doctor's advice	5
Nie zachowuję ostrożności na drodze Careless driving	5
Biorę za dużo leków Overdosing of medications	2
Nie zabezpieczam się przed HIV i chorobami wenerycznymi Lack of precautions against HIV and VD	2
Nie przestrzegam zasad bhp Reaking health and safety rules	1
Inne Other	1
Nigdy nie postępuję w taki sposób I never act like this	12

Obszary te obecne są zarówno wśród najczęściej wskazywanych działań zagrażających zdrowiu, jak też wśród zachowań traktowanych jako najbardziej sprzyjające mu.*** Należy jednak zauważyć, że własny sposób odżywiania postrzegany był dwukrotnie częściej jako czynnik ważny w dążeniu do poprawy zdrowia, niż jako zachowanie, które mu zagraża. Odwrotnie palenie tytoniu, którego niekorzystny wpływ na własne zdrowie wskazuje prawie dwukrotnie większa grupa osób niż ta, która w odpowiedzi na inne pytanie sygnalizowała potrzebę unikania palenia i dymu tytoniowego.

W tym miejscu pojawia się problem, czy osoby dostrzegające u siebie zachowania niekorzystne dla własnego zdrowia sądzą jednocześnie, że zmiana tych zachowań byłaby w ich sytuacji działaniem istotnym dla jego poprawy?

Tylko co czwarta osoba wskazująca palenie tytoniu wśród głównych behawioralnych zagrożeń własnego zdrowia uznaje jednocześnie, że rezygnacja z tego nałogu byłaby jednym z trzech podstawowych działań służących poprawie jego stanu. Natomiast spośród niepalących lub nieumieszczających palenia wśród głównych własnych zachowań antyzdrowotnych unikać dymu tytoniowego lub rzucić palenie chciałoby niewiele mniej, bo 17%. Chociaż różnice te okazały się statystycznie istotne ($p = 0,003$), to są niewielkie.

*** Wśród rozpatrywanych tutaj zachowań antyzdrowotnych nie uwzględniono problemu stresu. Natomiast dobre radzenie sobie ze stresem uznane zostało przez 35% badanych za jedno z trzech najważniejszych działań prozdrowotnych. Tylko co drugi respondent przyznaje, że na ogół dobrze radzi sobie ze stresem.



Inaczej jest z problemem nadmiernego spożycia alkoholu. Tutaj osoby wskazujące u siebie ów problem czterokrotnie częściej niż pozostałe ($p = 0,000$) mówią o potrzebie redukcji picia wśród głównych działań pożądaných dla swego zdrowia. Poradzić sobie z piciem chciałoby 28%, uznając się za nadmiernie pijących i tylko 6% niewskazując nadużywania alkoholu wśród swoich głównych zachowań antyzdrowotnych.

Z kolei troskę o kondycję fizyczną jako pożądaną dla siebie działanie prozdrowotne częściej wskazują te osoby, które nie przyznają się do braku dbałości o nią (51%) niż pozostałe (39%). Najczęściej zaś potrzebę aktywności fizycznej ekspozują ci pracownicy, którzy nie podejmują jakichkolwiek zachowań antyzdrowotnych (60% tej grupy). Uświadomiona potrzeba dążenia do dobrej kondycji fizycznej częściej jest domeną osób w jakimś stopniu aktywnych już w tym obszarze, niż tych, które niedostatkami dbałości o tę kondycję traktują jako swój problem ($p = 0,000$).

Przyznanie się do antyzdrowotnego postępowania w sferach odżywiania oraz odpoczynku nie różnicuje wskazań na potrzebę zmiany niekorzystnego stanu rzeczy w tych obszarach.

Społeczno-demograficzne zróżnicowanie wskazań na zachowania antyzdrowotne okazało się niewielkie. Wiek* różnicował tylko palenie tytoniu, nieco częściej przywołane przez osoby starsze ($\chi^2 P = 14,8$; $df = 2$, $p = 0,000$). Płeć tylko w przypadku nadmiernego spożycia alkoholu wykazywała silny związek (mężczyźni podkreślali ten czynnik pięciokrotnie częściej – $p = 0,000$), natomiast różnice w wyborze kilku innych zachowań – mężczyźni wskazują częściej palenie ($\chi^2 P = 8,2$; $df = 2$, $p = 0,01$) i niezdrowe odżywianie ($\chi^2 P = 9,4$; $p = 0,009$), natomiast wśród kobiet niedostatek wypoczynku ($\chi^2 P = 7,5$; $p = 0,02$) i troska o kondycję ($\chi^2 P = 11,2$; $p = 0,004$) – okazały się niewielkie. Z kolei wzrost poziomu wykształcenia decydował o systematycznym spadku popularności wskazań na palenie tytoniu (z 63% do 21% w skrajnych grupach – $p = 0,000$) oraz nadmierne spożycie alkoholu (z 18% do 8% – $p = 0,000$) jako na główne własne działania antyzdrowotne. Podobnie osoby mniej zażadne częściej wskazywały, że szkodzą swojemu zdrowiu paląc tytoń ($\chi^2 P = 36,7$; $df = 6$, $p = 0,000$), nadużywając alkoholu ($\chi^2 P = 23,2$; $p = 0,000$) i niewłaściwie się odżywiając ($\chi^2 P = 17,7$; $p = 0,006$).

Przyczyny zachowań szkodliwych dla zdrowia

Osoby deklarujące, że zdarza im się szkodzić swojemu zdrowiu (88% ogółu) zapytane zostały o przyczyny takich zachowań („Proszę wskazać przyczyny zachowań niekorzystnych dla zdrowia w P. sytuacji, odpowiadając tak lub nie przy podanych stwierdzeniach”). Przyczyny te, uszeregowane ze względu na ich popularność w badanej grupie, przedstawiono w tabeli 2.

Generalnie należy stwierdzić, że wśród najczęściej wskazywanych uzasadnień zachowań antyzdrowotnych dominują cztery grupy.

Po pierwsze, najwięcej osób postępuje niekorzystnie dla zdrowia pod wpływem przyzwyczajenia, traktując to często jako rzecz normalną, przyjętą w społeczeństwie wzór zachowania (choć zdecydowanie rzadziej spotkać można przyznanie się do ulegania bezpośrednim wpływom społecznym – kolegów z pracy, rodziny).

Po drugie, taki sposób postępowania daje wielu osobom poczucie komfortu psychicznego, pozwala odczuwać przyjemność lub odprężenie. Jest często zachowaniem traktowanym jako metoda radzenia sobie ze stresem.

Po trzecie, znaczna grupa manifestuje w ten sposób swoją niezależność i swobodę wyboru, dystansuje się w stosunku do ogólnych norm, zaleceń i spotykanych ograniczeń.

Po czwarte, liczne osoby wypierają ze swojej świadomości problem niekorzystnego oddziaływania własnych zachowań na zdrowie, pomniejszają znaczenie ich wpływu w relacji do innych czynników (ale jednocześnie raczej nie podziеляją przekonań, że owe zachowania w ogóle nie wpływają na zdrowie).

W świadomości poszczególnych osób wskazane cztery typy dominujących uzasadnień występują zazwyczaj we wzajemnym powiązaniu.

Większość analizowanych tutaj motywów działań antyzdrowotnych istotnie częściej przywołują osoby deklarujące brak lub tylko sporadyczną refleksję na temat wpływu własnych zachowań na zdrowie, niż osoby, które dość często myślały na ten temat lub stale go mają na uwadze. Oczywiście jest rzeczą że ci pierwsi, prawie trzykrotnie częściej niż drudzy, wśród przyczyn własnych działań antyzdrowotnych wskazują właśnie fakt, że tylko sporadycznie myślą o wpływie owych zachowań na zdrowie ($p = 0,000$). Jednakże częściej również (różnice ok. 20 pkt. proc. pomiędzy skrajnymi grupami) pojawiają się w tej grupie deklaracje o przyzwyczajeniu do takiego postępowania ($p = 0,004$), czerpanie z niego przyjemności ($p = 0,02$), uzyskiwaniem poczucia swobody ($p = 0,002$), wzorowaniu się na większości ($p = 0,000$), reagowaniu złością na zakazy czy zalecenia ($p = 0,000$) oraz o preferencji dla aktualnego korzystania z życia ($p = 0,000$). Ponadto osoby, które w ogóle nie myślą o wpływie własnych zachowań na zdrowie zdecydowanie częściej powołują się również na swoje bardzo mocne ($\chi^2 P = 53,6$, $p = 0,000$) lub słabe ($\chi^2 P = 9,44$, $p = 0,02$) zdrowie jako usprawiedliwienie działań antyzdrowotnych.

Należy tu odnotować, że respondenci unikający myślenia o wpływie własnych zachowań na zdrowie nie tylko mają bardziej rozbudowaną motywację do działań antyzdrowotnych, co pokazano wyżej, ale jednocześnie posługują się bardziej ograniczonym zakresem motywów dla działań sprzyjających zdrowiu. Jak sygnalizowano w innym miejscu (1), im rzadziej badani zwracają uwagę na zdrowotne konsekwencje swoich zachowań, tym w znamienity sposób rzadziej wskazują rów-

* Zróżnicowania ze względu na wiek mogą być tutaj słabo zaznaczone ze względu na specyficzny dobór respondentów (25–35 oraz 45–44 lat).



Tabela 2. Subiektywne uzasadnienia realizacji działań niekorzystnych dla zdrowia (przy każdym stwierdzeniu respondent określał, czy jest ono prawdziwe w jego sytuacji, czy nie)

Table 2. Individual justifications of behaviours harmful to health (in each question the respondent marked whether or not it is true in his case)

Uzasadnienie działań antyzdrowotnych Justification for unhealthy behavior	% wskazań „tak” % of “yes” answers	N = 100%
Przyzwyczailem się tak postępować I got used to acting like this	62	971
Niektóre takie zachowania sprawiają mi prawdziwą przyjemność, lubię to robić Some of this behaviour are a real pleasure to me, I enjoy doing it	56	973
Zachowuję się tak, bo chcę czuć się swobodnie, nie ograniczać się I act like this cause I want to feel free, I do not want to limit myself	54	975
Zachowania takie pozwalają mi odprężyć się, poradzić sobie ze stresem This behavior helps me to relax, cope with stress	52	970
Bardzo rzadko zastanawiam się, czy moje zachowania szkodzą zdrowiu I rarely think whether my behavior is harmful to health	52	979
Mojemu zdrowiu bardziej szkodzą inne rzeczy niż takie zachowania There are things much more dangerous to my health than my behavior	47	976
Postępuję tak jak większość ludzi w naszym kraju, którzy nie dbają o zdrowie I act just the same as other people in my country, who do not care about their health	42	970
Złoszczą mnie wszelkie zakazy i zalecenia dotyczące takich zachowań All the limitations and directions concerning this kind of behavior cross me	38	974
Ważniejsze jest dla mnie korzystanie z życia teraz, niż zdrowie na starość It is more important to me to take advantage of the life now then staying healthy when I am old	31	973
Takie zachowania przyjęły się w mojej rodzinie This kind of behavior is a custom in my family	26	967
Falszywa jest opinia, że takie zachowania szkodzą zdrowiu It is a lie that this behavior is dangerous	18	966
Mam tak mocne zdrowie, że nic mi nie zaszkodzi I have such strong health that nothing can harm it	15	971
Biorę przykład z lekarzy, którzy też postępują niezdrowo I follow the doctors who also behave unhealthy	15	971
Robię tak pod wpływem moich kolegów z pracy I do it influenced by my peers, co-workers	11	969
Mam tak słabe zdrowie, że już nic mi nie może zaszkodzić My health is so poor that nothing can harm it	7	966

N - liczba osób przyznających się do działań antyzdrowotnych i dokonujących oceny zasadności poszczególnych stwierdzeń.

N - the number of respondents admitting to misconduct and marking particular statement.

niez te wszystkie czynniki, które okazały się najbardziej popularnymi uzasadnieniami aktywności prozdrowotnej.

Refleksja dotycząca wpływu własnego postępowania na stan zdrowia istotnie ($p = 0,000$) związana jest z poziomem wykształcenia respondentów. Wraz z jego wzrostem, z 43% wśród osób z ukończoną szkołą podstawową do 15% wśród tych o wykształceniu wyższym spadają odsetki deklarujących, że w ogóle nie myślą o związkach zachowań ze zdrowiem. Z 15% do 36% wzrasta natomiast odsetek tych, które często lub stale mają na uwadze ów problem.

Obie wyżej wskazane zależności (dotyczące związku omawianej refleksji z częstością przywoływania analizowanych motywów i wpływu wykształcenia na tę refleksję) sprawiają, że poziom wykształcenia okazał się tą zmienną społeczno-demograficzną, która w największym zakresie decyduje o zróżnicowaniu częstości wyboru poszczególnych motywów działań antyzdrowotnych (tab. 3).

Tylko najbardziej popularne uzasadnienie antyzdrowotnych zachowań („lubię tak postępować”) oraz najrzadziej wskazywane („mam tak słabe zdrowie, że już nic mu nie może zaszkodzić”) okazały się równie często występować w świadomości wszystkich grup badanych, niezależnie od ich poziomu wykształcenia. Ogólnie można stwierdzić, że im niższe wykształcenie tym w sposób statystycznie istotny czę-

ściej wskazywane są wszystkie pozostałe motywy. Tak więc osoby niżej wykształcone mają więcej subiektywnych powodów by zachowywać się w sposób niekorzystny dla swojego zdrowia.

Osoby o wykształceniu podstawowym w sposób ponadprzeciętny częściej uzasadniają swoje antyzdrowotne postępowanie przede wszystkim uleganiem różnym wpływom społecznym: naśladowaniem większości społeczeństwa, niezdrowo postępujących lekarzy, kolegów z pracy czy kultywowaniem niekorzystnej dla zdrowia tradycji rodzinnej. Wśród osób z tej grupy relatywnie często pojawia się również przekonanie, że ważniejsze jest korzystanie z życia teraz, niż zdrowie na starość i że niektóre zachowania antyzdrowotne są źródłem prawdziwej przyjemności. Dla grupy z wykształceniem podstawowym charakterystyczna jest zatem motywacja, którą nazwać można konformistyczno-hedonistyczną.

Z kolei osoby z ukończoną szkołą zasadniczą w zasadzie dzielą powyższy typ motywacji, ale także dokładają do niej element „fałszywej świadomości” (najczęściej ze wszystkich wyrażają pogląd, że takie zachowania nie szkodzą zdrowiu, relatywnie często uważają, że bardziej im szkodzą inne rzeczy, reagują złością na zalecenia dotyczące tych zachowań, rzadko myślą o ich wpływie na zdrowie). Hedonizm



Tabela 3. Subiektywne uzasadnienia działań antyzdrowotnych w relacji do wykształcenia – w % (wartości procentowe opisują osoby, które zgodziły się z danym stwierdzeniem)**Table 3.** Individual justification of unhealthy behaviour in relation to education – the percentage (the percentage shows the amount of respondents who agreed to each statement)

Uzasadnienie Justification	Wykształcenie Education				χ^2 P df = 3
	podstawowe Primary	zasadnicze zawodowe Vocational	średnie Secondary	wyższe University	
Przyzwyczałem się tak postępować I got used to acting like this	69	63	60	61	Nieistotny Insignificant
Niektóre takie zachowania sprawiają mi prawdziwą przyjemność, lubię to robić Some of this behavior are a real pleasure to me, I enjoy doing it	71	51	51	61	12,67 p < 0,01
Zachowuję się tak, bo chcę czuć się swobodnie, nie ograniczać się I act like this cause I want to feel free, I do not want to limit myself	69	60	53	50	10,23 p < 0,05
Zachowania takie pozwalają mi odprężyć się poradzić sobie ze stresem This behavior helps me to relax, cope with stress	62	59	49	48	9,33 p < 0,05
Bardzo rzadko zastanawiam się, czy moje zachowania szkodzą zdrowiu I rarely think whether my behavior is harmful to health	64	64	50	45	23,03 p < 0,0001
Mojemu zdrowiu bardziej szkodzą inne rzeczy niż takie zachowania There are things much more dangerous to my health than my behaviour	60	54	46	41	12,22 p < 0,01
Postępuję tak jak większość ludzi w naszym kraju, którzy nie dbają o zdrowie I act just the same as other people in my country, who do not care about their health	68	53	42	32	35,47 p < 0,0001
Złuszczą mnie wszelkie zakazy i zalecenia dotyczące takich zachowań All the limitations and directions concerning this kind of behavior cross me	50	48	38	29	24,08 p < 0,0001
Ważniejsze jest dla mnie korzystanie z życia teraz, niż zdrowie na starość It is more important to me to take advantage of the life now then staying healthy when I am old	59	42	27	24	37,54 p < 0,0001
Takie zachowania przyjęły się w mojej rodzinie This kind of behavior is a custom in my family	41	34	25	21	17,48 p < 0,001
Falszywa jest opinia, że takie zachowania szkodzą zdrowiu It is a lie that such behavior is dangerous	21	24	18	12	13,64 p < 0,005
Mam tak mocne zdrowie, że nic mi nie zaszkodzi I have such strong health that nothing can harm it	24	19	14	11	8,88 p < 0,05
Biorę przykład z lekarzy, którzy też postępują niezdrowo I follow the doctors who also behave unhealthy	33	22	14	7	38,86 p < 0,0001
Robię tak pod wpływem moich kolegów z pracy I do it influenced by my peers, co-workers	27	19	7	5	45,66 p < 0,0001
Mam tak słabe zdrowie, że już nic mi nie może zaszkodzić My health is so poor that nothing can harm it	10	9	5	5	Nieistotny Insignificant

tej grupy w porównaniu z niżej wykształconymi ma bardziej zracjonalizowany wymiar (rzadziej akcentują przyjemność odczuwaną przy realizacji antyzdrowotnych działań, a raczej traktują je jako sposób radzenia sobie ze stresem).

Motywacja grupy o wykształceniu średnim w najmniejszym stopniu odbiega od przekonań charakterystycznych dla ogółu badanych. Natomiast absolwenci szkół wyższych relatywnie rzadziej powołują się na wszelkie wpływy społeczne, relatywnie częściej w to miejsce akcentują przyjemność związaną z niektórymi działaniami antyzdrowotnymi. Stosunkowo rzadziej na tle innych grup prezentują też ową „fałszywą świadomość”, charakterystyczną dla osób z wykształceniem zawodowym.

Wpływ oceny własnej sytuacji materialnej ujawnia się w przypadku ośmiu uzasadnień i wykazuje prawidłowość, że poprawa tej oceny rzadziej skłania do poszukiwania uspra-

wiedliwień dla niekorzystnych zachowań. Generalnie, im lepiej oceniamy własną majątność tym rzadziej unikamy refleksji nad wpływem zachowań na zdrowie (χ^2 P = 24,4; df = 3, p = 0,000), rzadziej przekonani jesteśmy, że bardziej niż antyzdrowotne zachowania szkodzą nam inne rzeczy (χ^2 P = 18,4; p = 0,001), że postępujemy jak większość ludzi zaniebujących swoje zdrowie (χ^2 P = 17,9; p = 0,001), że robimy to pod wpływem kolegów z pracy (χ^2 P = 10,9; p = 0,005) i że ważniejsze jest dla nas aktualne korzystanie z życia niż zdrowie na starość (χ^2 P = 12,4; p = 0,01).

Płeć rzadko różnicuje w statystycznie istotny sposób częstość uzyskanych odpowiedzi. Najbardziej znacząca różnica polega na tym, że mężczyźni częściej jako powód swoich zachowań antyzdrowotnych wskazują fakt, że ważniejsze jest dla nich korzystanie z życia teraz, niż zdrowie na starość (χ^2 P = 22,6; df = 1, p = 0,000). Częściej również



zachowują się tak, by czuć się swobodnie ($\chi^2P = 11,8$; $df = 1$, $p = 0,000$).

Myślenie o powodach zachowań antyzdrowotnych jest zasadniczo niezależne od wieku badanych. Stwierdzono jedynie trzy bardzo słabe różnice pomiędzy grupą młodszych i starszych pracowników. Starsi minimalnie częściej wyrażają przekonanie, że ich zdrowiu bardziej szkodzą inne rzeczy niż takie zachowania ($\chi^2P = 8,0$; $df = 1$, $p = 0,005$) oraz, że opinia o szkodliwości takich zachowań jest fałszywa ($\chi^2P = 9,1$; $df = 1$, $p = 0,005$). Minimalnie częściej postępują antyzdrowotnie także pod wpływem kolegów z pracy ($\chi^2P = 7,8$; $df = 1$, $p = 0,01$).

OMÓWIENIE

Chociaż pracownicy przedsiębiorstw powszechnie przyznają, że podejmują różnego typu działania szkodliwe dla ich zdrowia, to jednocześnie w większości uznają, że generalnie sposób ich postępowania jest dla ich zdrowia korzystny. Jako najlepiej służące zdrowiu najpowszechniej przywoływane było prawidłowe odżywianie, natomiast wśród własnych działań uznawanych za najbardziej niekorzystne dla zdrowia najczęściej wskazywanym okazał się niedostatek wypoczynku. Ogólnie na obraz zachowań ważnych dla zdrowia, zdaniem badanych, składa się także postępowanie w dziedzinie aktywności fizycznej, palenia tytoniu, zmagania ze stresem i reakcji na symptomy choroby. Natomiast stosunek do nadużywania alkoholu, przestrzegania zaleceń lekarskich, zasad bhp, bezpieczeństwa w ruchu drogowym czy w kontaktach seksualnych nie okazał się istotny w kontekście myślenia o własnym stanie zdrowia.

Świadomość własnego antyzdrowotnego postępowania zazwyczaj nie idzie w parze z dążeniem do jego zmiany. Jedynie osoby nadużywające alkohol wyraźnie częściej niż inne wyrażają potrzebę rezygnacji z tego zachowania. Natomiast potrzebę lepszej troski o własną kondycję fizyczną częściej nawet wykazują ci, którzy nie dostrzegają u siebie jej braku.

Do działań niekorzystnych dla zdrowia składania badanych wiele różnych motywów. Wśród nich dominującymi są: niechęć do zmiany własnych przyzwyczajeń postrzeganych często jako realizowane przez większość społeczeństwa, przyjemność towarzysząca takiemu sposobowi postępowania i związane z nim poczucie odprężenia, poczucie niezależności i dystansu w stosunku do popularyzowanych norm i zaleceń oraz różne aspekty braku wiary w znaczący wpływ własnych zachowań na stan zdrowia, połączone z unikaniem refleksji na ten temat.

Zdecydowana większość pracowników rzadko zastanawia się nad wpływem własnych zachowań na stan zdrowia. Prawdopodobnie dzięki temu mogą oni w większości prezentować pozytywną ocenę swojego postępowania. Osoby rzadziej myślące o jego związku ze zdrowiem wykazują bardziej rozbudowaną motywację do działań antyzdrowotnych oraz

mniej rozwiniętą w dziedzinie postępowania sprzyjającego zdrowiu.

Zarówno sporadyczna refleksja dotycząca związku zachowań ze zdrowiem, jak też rozbudowana motywacja do działań szkodliwych dla zdrowia jest domeną grup o niskim poziomie wykształcenia. Ich zachowania subiektywnie oceniane jako antyzdrowotne (wśród których charakterystyczne jest palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu) motywowane są głównie bezrefleksyjnym konformizmem wobec obserwowanych wzorów społecznych (co dotyczy zwłaszcza osób z wykształceniem podstawowym) oraz, z drugiej strony, zindywidualizowanymi przekonaniami na temat wpływu zachowań na zdrowie, odbiegającymi od treści spopularyzowanego przekazu nauk medycznych (co odnosi się głównie do osób o wykształceniu zasadniczym). Jak pokazują inne niezależne badania, właśnie w tych grupach kumulują się zachowania szkodliwe dla zdrowia oraz niekorzystne jego wskaźniki (4). Generalnie poziom wykształcenia okazuje się zmienną najsilniej różnicującą społeczeństwo w aspekcie zdrowia i związanych z nim zachowań.

WNIOSKI

Zestawienie znanych konkluzji, że niskie wykształcenie sprzyja niekorzystnym wskaźnikom stanu zdrowia i takim sposobom postępowania wobec niego z coraz częściej prezentowaną tezą, że realizowana w praktyce edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jest mało skuteczna w stosunku do tej grupy, a przez swój bardziej skuteczny wpływ na lepiej wykształconych raczej pogłębia społeczne nierówności w zdrowiu, kieruje szczególną uwagę na poszukiwanie możliwości adekwatnego oddziaływania na zachowania zdrowotne osób o niskim poziomie wykształcenia (i często niskim statusie materialnym).

Badania sugerują, że w przypadku grup o niskim statusie bardziej skutecznym sposobem oddziaływania jest nie tyle edukacja zdrowotna, co polityka społeczna. Jednakże z punktu widzenia działań personelu medycznego (m.in. ograniczone możliwości wywierania wpływu na politykę społeczną, tradycja i praktyka kształtowania zachowań zdrowotnych zogniskowana na edukowaniu podopiecznych), postaw osób o niższym wykształceniu (m.in. ich skłonność do dbania o zdrowie w oparciu o kontakty z medycyną – co czyni personel medyczny istotnym aktorem procesu kształtowania ważnych dla zdrowia zachowań tej grupy), wzrastającej roli świadomości zdrowotnej wśród uwarunkowań aktywności zdrowotnej ogółu społeczeństwa (4) oraz z punktu widzenia przedstawionego w artykule materiału warto również zwrócić uwagę na możliwości doskonalenia działań edukacyjnych podejmowanych przez profesjonalistów medycznych w stosunku do pracowników przedsiębiorstw. Aby zwiększyć ich potencjalną skuteczność, warto w praktyce tego typu oddziaływań uwzględnić kilka zjawisk, pomijanych najczęściej przez osoby realizujące edukację zdrowotną.



Po pierwsze, osoby niekorzystnie postępujące względem własnego zdrowia są mało podatne na wykorzystywanie przekazywanych im informacji. Rzadko myślą na temat związku swoich zachowań ze zdrowiem, a więc również mają mało okazji, by przekładać nabywaną wiedzę na wynikające z niej działania.

Po drugie, posiadanie poprawnej (z medycznego punktu widzenia) wiedzy na temat behawioralnych zagrożeń zdrowia często nie idzie w parze z dążeniem do ich wyeliminowania z własnego sposobu postępowania. Znajomość tych zagrożeń nie jest więc wystarczającym bodźcem do podjęcia realnych działań na rzecz zdrowia.

Po trzecie, pracownicy kierują się w swoich działaniach nie tyle wiedzą medyczną czerpaną z oficjalnych przekazów edukacyjnych, co w większym stopniu potocznymi przekonaniami, kształtującymi się w interakcjach życia codziennego. Jest to wiedza ugruntowana w indywidualnym doświadczeniu, intuicji, powiązana z innymi sferami życiowych doświadczeń, poparta subiektywnie cenionymi autorytetami lub tzw. społecznym dowodem słuszności. W starciu z tego typu legitymizacją autorytet ogólnej, bezosobowej wiedzy medycznej znajduje się często na drugorzędnej pozycji.

Po czwarte, potoczne przekonania służą zazwyczaj psychologicznej obronie realizowanych sposobów postępowania, subiektywnym usprawiedliwieniom własnych działań, utwierdzaniu się w słuszności własnych sposobów myślenia, zachowaniu wewnętrznej integralności. Natomiast klasyczny przekaz edukacyjny służyć ma najczęściej odwrotnym celom – zanegowaniu dotychczasowego sposobu myślenia i zmianie zachowania. Powszechnie spotykany psychologiczny opór przed zmianą i dążenie do zachowania spójności przekonań może być zatem istotnym powodem odrzucenia treści zawartych w komunikatach edukacji zdrowotnej.

Po piąte, zachowania obiektywnie wpływające na zdrowie podejmowane są także z powodów, które w świadomości ich podmiotów niewiele mają wspólnego ze zdrowiem. Co więcej, kierowane bywają także wartościami konkurencyjnymi wobec zdrowia. Tradycyjne przekazy edukacyjne odwołują się natomiast przede wszystkim do argumentów natury zdrowotnej.

Po szóste, motywacja do działań związanych ze zdrowiem posiada często nie tyle charakter intelektualny, racjonalny (nawet w sensie owej potocznej racjonalności), co emocjonalny. Zachowania antyzdrowotne dla wielu osób są np. ważnym źródłem przyjemności oraz pozwalają manifestować własną niezależność. Wiele przekazów edukacyjnych spotyka się z odrzuceniem, bo wywołuje negatywne emocje skłaniając do rezygnacji z tego typu doznań czy wartości.

Po siódme, niejako wbrew dążeniom do niezależności, zwłaszcza niżej wykształcone osoby silnie ulegają wpływom społecznym. Podporządkowują się postrzegającym przez siebie społecznym wzorom zachowań, które w wielu sytuacjach stoją w sprzeczności z postulatami edukacji zdrowotnej.

Po ósme, motywacja do zachowań antyzdrowotnych (podobnie jak prozdrowotnych) posiada zazwyczaj wieloaspek-

towy charakter. Racjonalne przekonania (tak w sensie wiedzy medycznej, jak potocznej) nie zawsze ze sobą zgodne, łączą się z emocjami oraz wpływami społecznymi, także często wzajemnie przeciwstawnymi. Realizowane zachowania są zatem wypadkową wielu różnych przekonań, posiadanych informacji, ocen, odczuć, przypuszczeń, wyobrażeń, oczekiwań, dążeń i wreszcie możliwości. Tak złożone zjawisko trudne jest do zmiany pod wpływem odosobnionego komunikatu edukacyjnego.

Na koniec należy także podkreślić, że sposób postępowania zależy nie tylko od takich czy innych treści, które mogą zostać zawarte w przekazach edukacyjnych i tym samym stać się elementem świadomości edukowanych osób, ale także od czynników, które są całkowicie niezależne od działań zdrowotnych edukatorów (status materialny, pozycja społeczna, wiek, uregulowania prawne, dostępność usług itp.).

Powyższe argumenty skłaniają do przyjęcia, że w praktyce medycznej istnieje potrzeba dokonania przewartościowań w zakresie dominujących metod wpływania na styl życia związany ze zdrowiem. Dotyczy to głównie zmiany proporcji pomiędzy ogólnymi przekazami edukacyjnymi, mówiącymi o szkodliwości takich czy innych zachowań a zindywidualizowanym traktowaniem podopiecznych, opartym na empatycznym zrozumieniu uwarunkowań i motywów ich postępowania*, w kierunku tego drugiego podejścia. O ile bowiem przedstawiciele lepiej wykształconych grup zazwyczaj częściej zdolni są do samodzielnego wyboru zdrowszego sposobu życia w oparciu o wiedzę ogólną, o tyle gorzej wykształceni częściej potrzebować mogą pomocy w tym zakresie (uświadomienia problemów związanych z ich własnym zdrowiem, wskazania przystępnych sposobów porady sobie z nimi, wspierania indywidualnej motywacji do ich przewycięzania itp.). Nie należy przy tym zapominać, że choć zachowania antyzdrowotne jednostek są niewątpliwie obciążeniem dla systemu społecznego, to z owego indywidualnego punktu widzenia ważną rzeczą jest poszanowanie prawa tych jednostek do preferowania wartości innych niż zdrowie (oczywiście jeżeli nie są do tego zmuszane, a więc jest to ich nieskrępowany wybór).

Z drugiej strony warto pamiętać, że ważnym wsparciem dla prozdrowotnych wyborów dokonywanych przez podopiecznych i dla działań edukacyjnych realizowanych przez personel medyczny są niewątpliwie dobrze prowadzone programy promocji zdrowia w zakładach pracy. Właśnie dzięki nim można uruchomić takie mechanizmy wpływu społecznego (m.in. kreować odpowiednie wzory zachowań), które skutecznie oddziałują na omawiane zachowania oraz budować infrastrukturę społecznoorganizacyjną, która ułatwiać będzie realizację pożądaných wzorów.

* Ponad połowa badanych uskarża się na niespójność treści spotykanych przekazów edukacji zdrowotnej (5).



PIŚMIENNICTWO

1. Puchalski K.: Działania prozdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników średnich i dużych przedsiębiorstw. *Med. Pr.* 2004; 55 (3): 233–242.
2. Korzeniowska E.: Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm. *Med. Pr.* 2004; 55 (2): 129–138.
3. Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowska-Pościk L.: Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999.
4. Ostrowska A.: Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne – bilans dekady. *Promocja Zdrowia. Nauki Społ. Med.* 2000; 19: 46–65.
5. Puchalski K., Korzeniowska E.: Dlaczego nie dbamy o własne zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych. W: Piątkowski W. [red.]. *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny.* Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004 [w druku].

