

POTOCZNE MYŚLENIE O ZDROWIU I CHOROBI¹

KRZYSZTOF PUCHALSKI

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy

ABSTRACT

Colloquial way of thinking about health and disease

Public health policies aiming to create a healthy lifestyle of society are supported by mass communication. It can be improved by the knowledge of media recipients ways of thinking. The paper is an attempt to synthetic analysis of what Poles think about health issues – how they value it, how they perceive health and illness, what health depends on, how they judge their attitude to knowledge about the impact of lifestyle on health, how they assess their own health care and how their knowledge translates into actions. The material are results collected from numerous surveys conducted over the past several years in Poland, including those implemented by the author. Due to difficulties in comparing detailed statements, general picture of social awareness shown is of a general nature. The analysis revealed many inconsistencies in thinking about health issues – although it is generally depended on the individual and their lifestyle, it is also quirk of fate, even though it is generally highly respected value, its good condition is not that valued. The analysis revealed too many mental obstacles to healthy living – including rare thinking about their impact on health, the belief of healthy living, numerous excuses of passive attitude to health. It also showed the uncertainty of medicine authority and subjective judgement criteria in this area. The complexity of the colloquial thinking about health suggests the need to make good use of interactive media channels, including direct doctor-patient relations and online communication.

Key words: awareness, colloquial thinking, health, lifestyle

¹ Praca powstała w ramach tematu IMP 7.2/2013 pt. „Rola Internetu w kształtowaniu relacji lekarz–pacjent, finansowanego z dotacji MNiSW na działalność statutową Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi (kierownik projektu: dr hab. J. Pyżalski).

✉ Adres do korespondencji: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź

Wstęp

Jednym ze szczególnie istotnych wyzwań dla polityk zdrowia publicznego we współczesnych społeczeństwach, wyraźnie artykułowanym od końca lat 70. ubiegłego stulecia (Gniazdowski 1990, s. 9–22), jest skłonienie obywateli do większej troski o własne zdrowie. Wynika to zarówno z obecnego stanu wiedzy epidemiologicznej o czynnikach ryzyka dominujących chorób (znacząca część spośród tych czynników, które mogą wydawać się łatwe do modyfikacji, ulokowana jest w codziennych działaniach, nawykach i stylach życia ludzi), jak i z ograniczonych możliwości powszechnego zaoferowania obywatelom zdrowych warunków życia i szerokiego dostępu do świadczeń coraz droższej medycyny naprawczej. Zdolność tej ostatniej do zapewnienia społeczeństwu zdrowia daleka jest od pokładanych w niej nadziei, rozbudzanych medialnymi doniesieniami o przełomowych odkryciach nauk medycznych. Blisko ośmiu na dziesięciu dorosłych Polaków wyraża przekonanie, że nowe technologie zastosowane w medycynie pozwolą im zachować dobre zdrowie. Podobnie 3/4 społeczeństwa sądzi, że technologie medyczne pozwolą im dłużej żyć. Optymistami w tych kwestiach najczęściej są osoby młode (Philips Polska 2010, s. 17). Jednocześnie co drugi Polak ocenia, że technologiczny postęp medycyny znacząco przyczynił się do poprawy jego ogólnego dobrostanu/samopoczucia. Jest to najniższy odsetek na tle dziesięciu krajów UE oraz Stanów Zjednoczonych, gdzie średnio 3/4 obywateli wskazuje ów postęp wśród trzech najważniejszych czynników dobrostanu (CSA-Europ Assistance Health Barometer 2012, s. 35).

Oczekiwana od obywateli troska o własne zdrowie polega głównie, ogólnie rzecz ujmując, na ograniczeniu lub rezygnacji z takich zachowań, jak m.in. palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, niezdrowe nawyki żywieniowe, niebezpieczny sposób prowadzenia pojazdów, ryzykowne kontakty seksualne. To także systematyczne uprawianie aktywności ruchowej, zbilansowana dieta, regularne kontrolowanie stanu własnego zdrowia poprzez badania profilaktyczne, konstruktywne reagowanie w sytuacjach nadmiernego stresu, korzystanie w chorobie z pomocy medycznej i stosowanie terapii zaleconej przez eksperta. Niedostatek oczekiwanych zachowań oraz realizacja tych nieaprobowanych zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju chorób (lub innych zdarzeń) w największym stopniu odpowiedzialnych za niepełnosprawność i przedwczesne zgony, obniżających jakość życia obywateli oraz produktywność gospodarki, generujących obciążenia dla systemów zabezpieczeń społecznych i finansów państwa.

Postulaty zaktywizowania Polaków do większej dbałości o zdrowie – oprócz potrzeby wzmocnienia innych jego determinant (m.in. podnoszenia ogólnego poziomu wykształcenia, poprawy warunków życia i relacji międzyludzkich, usprawnień systemu opieki medycznej oraz niwelowania nierówności społecznych w dostępie do tych zasobów) – znajdują dodatkowe uzasadnienie zarówno

w niezadowolającym, na tle wielu innych państw europejskich, stanie zdrowia i długości życia społeczeństwa (zob. np. Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz 2012, s. 45–55; OECD 2013, s. 25–27), jak też w empirycznej charakterystyce wspomnianych zachowań ważnych dla zdrowia (w naukach medycznych i coraz częściej w języku potocznym ogólnie nazywanych stylem życia).

Trudno jest precyzyjnie scharakteryzować związany ze zdrowiem styl życia społeczeństwa, bo różne badania ujmują go w odmienny sposób i często pokazują różną skalę zjawisk. Ujmując rzecz ogólnie (na podst. m.in.: Boguszewski 2012a; Pankowski 2009b; Boguszewski 2007; Czapiński 2013, s. 172–278; Korzeniowska, Puchalski 2012, s. 55–71; Puchalski, Korzeniowska 2004, s. 107–126; Philips Polska 2010), można zauważyć, że blisko co piąta dorosła osoba w Polsce nie robi nic, by leczyć się, gdy zachoruje, ani by chronić lub wzmacniać stan swojego zdrowia. Ponad dwukrotnie liczniejsza grupa uważa, że z czasem większość problemów zdrowotnych rozwiązuje się sama, więc nic nie trzeba z tym robić. Z kolei 3/5 społeczeństwa, jak tylko może, unika wizyt u lekarza – mając przy tym świadomość, że powinno odwiedzać go częściej. Około 60% przyznaje, że nie próbowało niczego zmieniać w swoim stylu życia z myślą o zdrowiu. Osoby, które podejmują jakieś zmiany, rzadko czynią to „dla zdrowia” i w zdecydowanej większości nie są w tym wytrwałe ani konsekwentne. Dane dotyczące wybranych zachowań pokazują m.in., że aktualnie częściej niż co druga dorosła osoba w naszym kraju ma nadwagę lub jest otyła (głównie mężczyźni), przy czym w minionej dekadzie odsetek ten systematycznie wzrastał. Także blisko co druga nie ma w swej codziennej diecie warzyw lub owoców (choć zalecane spożycie to kilka porcji dziennie). Jednocześnie około 3/5 społeczeństwa, prawie niezmiennie od wielu lat, nie uprawia rekreacyjnie żadnej aktywności fizycznej, a co trzeci obywatel spędza codziennie przed telewizorem ponad trzy godziny. Telewizję jako formę relaksu wybiera blisko 60% Polaków – dwukrotnie więcej niż aktywność fizyczną/sportową. Prawie co trzecia osoba pali tytoń (w niektórych grupach zawodowych co druga), a pomimo wielu kampanii antytytoniowych i restrykcyjnych uregulowań prawnych spadek rozpowszechnienia palenia w minionej dekadzie postępował niezwykle powoli (zwłaszcza wśród kobiet). Co czwarty Polak nigdy nie chodzi profilaktycznie do dentysty. Zaledwie kilka osób na sto prowadzi styl życia złożony z kilku regularnych aktywności prozdrowotnych i nie jest to specyfika naszego kraju, bo np. badania amerykańskie pokazują podobną skalę (Reeves, Rafferty 2005, s. 854–857). Tego typu danych, ilustrujących niekorzystny – w ocenie medycznej – styl życia, można oczywiście przytoczyć znacznie więcej.

W praktyce zdrowia publicznego prozdrowotne zmiany stylu życia osób dorosłych – bo o nich będzie tu mowa – próbuje się osiągać głównie poprzez kształtowanie świadomości społecznej. Służyć temu mają działania komunikacyjne (edukacja zdrowotna, marketing społeczny), wzbogacone o stymulacje i ułatwienia dla zdrowego życia wprowadzane, metodami demokratycznymi, w szeroko pojętym środowisku: fizycznym, organizacyjnym, ekonomicznym, kulturowym, spo-

łecznym (promocja zdrowia). Stąd świadomość obywateli w dziedzinie zdrowia i choroby (ich poglądy, przekonania, oceny, preferencje, dążenia, postawy) staje się przedmiotem zainteresowania zarówno polityków zdrowotnych, ekspertów edukacji i promocji zdrowia, jak i osób zajmujących się komunikacją społeczną w mediach.

W artykule spróbuję pokazać, jak większość Polaków myśli o zdrowiu i chorobie. Koncentruję się na tych aspektach, które pomagają lepiej zrozumieć niezadowolający – w ocenie polityki zdrowotnej – stan aktywności społeczeństwa. Próbuję odsłonić te obszary świadomości, które – przy akceptacji wspomnianych celów – mogą wymagać przekształceń w celu zaktywizowania obywateli do większej dbałości o zdrowie. Jednocześnie ich ukazanie może pomóc w konstruowaniu tych przekazów zdrowotnych, które będą bliższe myśleniu adresatów, a przez to łatwiej przez nich akceptowane, lepiej przyswajane, przekładane na działania. Także bezpośrednie uświadomienie społeczeństwu powszechnej w nim, lecz na co dzień niedostrzeganej charakterystyki myślenia, może pobudzać do korekt własnego stosunku do zdrowia.

Materiał empiryczny wykorzystany w tej publikacji pochodzi z badań typu sondażowego, na ogół reprezentatywnych dla dorosłych Polaków lub innych dużych kategorii społecznych, prowadzonych w minionych kilkunastu latach. Celem nie jest tu jednak precyzyjna charakterystyka społeczeństwa i poszczególnych jego grup (różne badania przynoszą nieco odmienne ustalenia, trudne do uzgodnienia z racji metodologicznych), stąd wymóg reprezentatywności ma ograniczone znaczenie. Chcę natomiast pokazać ogólną skalę omawianych zjawisk, a przede wszystkim liczne zawilości potocznego stosunku do zdrowia. Używam tu wymiennie określeń typu „myślenie potoczne o zdrowiu/chorobie”, „potoczna wiedza/świadomość zdrowotna”, „wiedza zdroworozsądkowa” lub „przekonania życia codziennego na temat zdrowia/choroby”, traktując je jako bliskoznaczne i w tym miejscu niewymagające rozróżnienia. Gdy piszę o „świadomości społecznej”, mam na myśli te elementy (treści) myślenia/wiedzy/świadomości poszczególnych osób, które są wspólne (podobne) dla większości społeczeństwa.

Trzy podejścia do kształtowania świadomości w sferze zdrowia

Działania komunikacyjne, których celem jest prozdrowotne kształtowanie stylu życia społeczeństwa poprzez wpływ na jego świadomość, realizowane są zarówno w bezpośrednich relacjach lekarz–pacjent, jak też za pośrednictwem masowych mediów (tradycyjnych oraz elektronicznych). Przykładowo 42% pacjentów odwiedzających lekarzy pierwszego kontaktu w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego deklaruje, że uzyskiwało od nich zalecenia dotyczące stylu życia (GUS 2011b, s. 209), także blisko 60% lekarzy rodzinnych twierdzi, że informuje pacjentów o zachowaniach zwiększających ryzyko chorób (Lewtak, Poznańska 2012, s. 697–704), podobnie wszyscy lekarze medycyny pracy uwa-

zają, że powinni zajmować się promocją zdrowia, a blisko 2/3 chce informować pracowników na temat zdrowego trybu życia (Korzeniowska 2003, s. 495–501). W komunikacji medialnej, według deklaracji respondentów w tradycyjnych sondażach, telewizja jest najczęściej używanym i preferowanym źródłem ogólnych informacji o zdrowiu (Korzeniowska 2010, s. 116–126). Z drugiej strony co trzeci obywatel (co drugi w wieku do 35 lat), gdy ma wątpliwości dotyczące zdrowia, najpierw szuka informacji w internecie (Philips Polska 2010, s. 16). Internet jest wybierany dwu- lub trzykrotnie częściej niż inne media wtedy, gdy obywatele nie poszukują wiedzy ogólnej, lecz użytecznej w konkretnej sytuacji (Puchalski 2012, s. 119–139). Znacznie większą rolę internetu ukazują sondaże *on-line* – według nich sieć jest głównym źródłem wszelkich informacji zdrowotnych wśród internautów (IRIS 2011, s. 28).

Przekazy komunikacji zdrowotnej znajdują uzasadnienie i są konstruowane na podstawie jednego z trzech paradygmatów.

Pierwszy przyjmuje, czasami odwołując się do badań, że większość ludzi ma „niską” świadomość zdrowotną (m.in. nie ceni zdrowia, mało wie, co szkodzi zdrowiu i co mu sprzyja, nie zna skutków wielu zachowań, objawów chorób). W związku z tym trzeba obywateli uczyć wartości i sposobów postępowania uznanych za poprawne, przekazując im w tym celu uproszczoną wiedzę o konsekwencjach chorób, ich przyczynach, rozpoznawaniu, leczeniu i zapobieganiu. Zakłada, że informacje te, oparte na lękach związanych z chorobą, same w sobie powinny skłaniać ludzi do pożądanego zachowań. Uznaje też, że przyswojenie tego typu wiedzy jest głównym czynnikiem przemian stylu życia. Prawdopodobnie to działania oparte na tym paradygmacie (niewątpliwie wsparte postępującym wzrostem poziomu wykształcenia społeczeństwa) mogły okazać się skuteczne w przekształcaniu ogólnej wiedzy Polaków o uwarunkowaniach stanu zdrowia, jednak ich skutki w sferze zmiany wartości, postaw oraz zachowań nie są już oczywiste.

Drugi paradygmat, odmiennie niż poprzedni, uznaje, że choć ludzie na ogół cenią zdrowie, znają główne choroby i ogólnie wiedzą, jak zdrowo żyć, to jednak z jakichś powodów nie postępują poprawnie (np. Olszanecka-Glinianowicz, Chudek 2013, s. 559–565). Tu wskazuje się na potrzebę stosowania przekazów bardziej „wyrafinowanych” pod względem motywacyjnym (np. komunikaty odwołujące się do zróżnicowanych emocji, przekazujące wiedzę *know-how* lub bardziej szczegółową, przedstawiające korzyści w miejsce strat), konstruowanych nie tyle na podstawie znajomości świadomości adresatów (diagnozy ich preferencji, obszarów niedoinformowania), ile wiedzy z zakresu zaawansowanych metod wywierania wpływu społecznego. Tu zastosowanie ma raczej marketing społeczny (wzorowany na komercyjnym), bardziej niż tradycyjnie pojęta edukacja zdrowotna (Gujski, Schymalla 2013, s. 174–179).

Trzeci zwraca uwagę na specyfikę refleksji „zwykłego człowieka” i jej odmienną od profesjonalnych sposobów myślenia. Przyjmuje, że myślenie potoczne (zarówno uogólnione, jak też właściwe dla wyodrębnionych środowisk

społecznych) cechuje się własną logiką i sobie właściwą racjonalnością, często irracjonalną z medycznego punktu widzenia (Ostrowska 2011a, s. 73–94). Uznaje, że treści i formy przekazów mobilizujących do dbania o zdrowie powinny być konstruowane nie tylko na podstawie wiedzy medycznej na temat uwarunkowań stanu zdrowia lub marketingowej dotyczącej wywierania wpływu społecznego – choć obie są bardzo istotne – lecz także trzeba dostosować komunikat do złożonej, ale empirycznie rozpoznanej, charakterystyki potocznego myślenia o zdrowiu. Chodzi o to, by przekaz nie tylko odwoływał się do występujących w nim uzasadnień, pojęć, wartości, lecz przede wszystkim podążał za jego logiką i zmiennością.

Mimo rosnącego zainteresowania uczonych oraz praktyków komunikacji społecznej potocznym myśleniem o zdrowiu stan usystematyzowanej wiedzy na jego temat pozostawia wiele do życzenia. Są liczne tego powody. To przede wszystkim niedostatki koncepcji teoretycznych, które by wskazywały, jakie aspekty świadomości potocznej są szczególnie istotne z punktu widzenia ich wpływu na zachowania związane ze zdrowiem. Po drugie, to duża zależność uzyskiwanych wyników od metod i narzędzi badawczych (głównie sposobu formułowania pytań w sondażach), co przy ogólnym ilościowym niedostatku badań tej problematyki znacznie utrudnia uzgadnianie, uogólnianie oraz interpretację danych. To także trudności z przenoszeniem ustaleń dokonanych w jednej populacji na inną – zwłaszcza obecnie, gdy coraz więcej sondaży realizowanych jest za pomocą ankiet *on-line*, dających wyraźnie odmienne wyniki od badań za pomocą wywiadu bezpośredniego. Kolejną kwestią to podporządkowanie wielu badań celom komercyjnego marketingu, co prowadzi do znaczących utrudnień w dostępie do niektórych wyników. Innym powodem jest mała trafność empiryczna założeń na temat świadomości zdrowotnej, które przyjmowane są u podstaw projektów badawczych (w ustalaniu szczegółowej problematyki, doborze metod, konstrukcji narzędzi, interpretacji ustaleń). Autorzy wielu badań pomijają fakt jakościowej odmienności uporządkowanego myślenia profesjonalnego od swobodnie przejawiającej się refleksji potocznej, co prowadzi do narzucania respondentom logiki i racjonalności badacza (na ogół zbliżonej do medycznej) i utrudnia dotarcie do ukrytej specyfiki ich myślenia.

Charakterystyka potocznego myślenia o zdrowiu/chorobie

Choć wiedza potoczna składa się ze spostrzeżeń przypadkowych i osobistych (każdy człowiek ma inne doświadczenia życiowe, na inne sprawy zwraca swoją uwagę), to własne odczucia i przemyślenia ludzie skłonni są traktować jako typowe i zbieżne z doświadczeniami innych osób, a jednocześnie bardziej słuszne niż jakieś odmienne przekonania innych. Wiedza ta jest fragmentaryczna, nieuporządkowana i niespójna (bo pochodząca ze zróżnicowanych źródeł) – czego zazwyczaj nie zauważa się w życiu codziennym. Nie troszczy się o dobre uzasadnie-

nie przyjmowanych prawd, w swoich wyjaśnieniach zadawała się pojedynczymi faktami. Ten styl myślenia jest często apodyktyczny, zabarwiony silnymi emocjami, pełen sądów wartościujących, zdecydowanych ocen. Umożliwia człowiekowi tworzenie takich obrazów świata (bardziej stałych lub odmiennych w różnych sytuacjach), które są użyteczne i wygodne dla niego w codziennym życiu, dostarczają wskazówek do działania w konkretnych okolicznościach (Sztompka 2012, s. 22–23; Hołówka 1986).

Te ogólne cechy zdroworozsądkowego myślenia ujawniają się w podejściu społeczeństwa do spraw zdrowia i choroby.

Wartość zdrowia

Sondaże diagnozujące, jak dużą wartość obywatele przypisują abstrakcyjnie pojętemu zdrowiu, zazwyczaj pokazują, że gdy jest ono oceniane samodzielnie, w oderwaniu od innych potencjalnych wartości, wtedy prawie wszyscy przyznają mu najwyższe oceny i żadna inna wartość nie zdobywa tylu takich ocen. Na ogół jest także najczęściej wybierane (przez około 2/3–3/4 społeczeństwa) jako jedna z najważniejszych wartości wtedy, gdy istnieje możliwość dokonania wyboru spośród wielu innych (jest częściej wskazywane niż np. rodzina czy praca – także wysoko cenione) (Czapiński 2013, s. 232). Jednakże gdy ludzie mogą sobie pozwolić na wybór większej liczby wartości, wtedy – paradoksalnie – mniej osób dokonuje wyboru zdrowia (rezygnuje z niego co dziesiąta osoba wcześniej je wybierająca), natomiast wzrasta zainteresowanie innymi wartościami (Puchalski 2009, s. 149–163).

Powszechność uznania zdrowia za jedną z najwyższych wartości maleje, gdy przestaje być ono rozumiane w sposób ogólny, abstrakcyjny, a zostaje pojęte konkretnie – jako dobry stan własnego zdrowia (przykładowo, „dobry stan zdrowia” wskazuje zazwyczaj mniej osób niż ogólnie nazwane „szczęście rodzinne” – Boguszewski 2013, s. 2; Boguszewski 2010, s. 7). Wiele osób skłonnych jest nie tylko nie doceniać własnego zdrowia – choć cenią one zdrowie w ogóle – lecz również deklarować gotowość poważnego narażenia go. Ćwierć wieku temu deklaracje takie składał częściej niż co drugi pracownik przemysłu (badani byli skłonni narażać własne zdrowie zwłaszcza dla zdrowia innych osób, głównie najbliższych, lecz także dla innych wartości, najczęściej związanych z rodziną) (Korzeniowska 1990, s. 283–293).

Zdrowie, pomimo wysokich ocen jego wartości, relatywnie rzadko staje się perspektywicznym celem, zwłaszcza tym nieodległym. Przykładowo, wśród swych dążeń i pragnień na najbliższe 5–10 lat zdrowie (w tym: leczenie, długie życie) wymienia, w pytaniu swobodnym, co trzeci Polak (Boguszewski 2008c, s. 2). Ale przy określaniu bliższych planów, m.in. na nadchodzący rok, o zdrowiu myśli tylko co czwarta–szósta osoba (spośród 1/2–3/4 obywateli posiadających jakiegokolwiek plany). Jednocześnie przytłaczająca część tych zamierzeń ogranicza

się do zaprzestania palenia tytoniu albo jest wielce ogólna (Kowalczuk 2010, s. 5; Boguszewski 2008a, s. 5; Wciórka 2005, s. 3). Także tylko nieliczna grupa uznaje zdrowie za coś, co świadczy o osiągnięciu sukcesu w życiu (Orlińska 2005, s. 2; Boguszewski 2005, s. 2).

Pojęcie zdrowia i ocena jego stanu

Społeczeństwo jest zróżnicowane, gdy chodzi o sposób pojmowania zdrowia, i opisuje je wielce nieprecyzyjnie. Zdecydowana większość nie redukuje go do braku choroby. Choć dla wielu osób ów brak jest ważnym elementem zdrowia, to częściej łączą je z poczuciem dobrostanu (dobrym samopoczuciem, harmonią psychiczną) oraz witalnością (energią, sprawnością) – różnie opisywanymi w szczegółach. Zdrowie w odbiorze potocznym jest zatem zjawiskiem wielowymiarowym, na które składa się kilka szczegółowych charakterystyk (jedna z nich może stać się główną) (Puchalski 1997, s. 100–121).

Zdrowie jest zazwyczaj postrzegane przez filtr subiektywnych doświadczeń i indywidualnych ocen. Tę jego subiektywną charakterystykę potwierdza m.in. fakt, że około 2/3 obywateli uznaje siebie za zdrowych, gdy odczuwa dobrostan zamiast dolegliwości, a tylko niewielkie odsetki odwołują się do wyników badań medycznych. Większość społeczeństwa posługuje się zatem odmiennym pojęciem zdrowia niż to, do którego nawiązuje medycyna (obiektywne pomiary struktur i funkcji organizmu). Także gdy medycyna akcentuje walkę o przedłużanie życia, to w myśleniu potocznym długość życia rzadko pojawia się jako charakterystyka zdrowia (D’Houtaud, Field 1984, s. 30–59). Nie oznacza to, że Polacy marginalizują znaczenie długości życia – oznacza tylko tyle, że większość rzadko myśli o niej w kontekście zdrowia. Podobnie, choć prawie wszyscy wysoko cenią atrakcyjny wygląd, w tym zgrabną sylwetkę (Pankowski 2009a, s. 2–3), to już niewiele osób wiąże wygląd ze zdrowiem. Bardzo rzadko wskazywany jest w sondażach jako charakterystyka zdrowia, a relatywnie często zdrowie narażane jest dla uzyskania atrakcyjnego wyglądu. Przykładowo co piąta osoba (z reprezentacji pracowników dużych firm), która znalazła w internecie informacje o sposobach modelowania sylwetki i jednocześnie wiedziała, że mogą one zaszkodzić zdrowiu, zastosowała je (Puchalski 2012, s. 131).

Wspólnym punktem uwagi medycyny i większości społeczeństwa jest choroba. Jednak w potocznym ujęciu choroba pojmowana jest w aspekcie indywidualnych odczuć. Zdrowie to brak takiej choroby, którą jednostka uznaje za poważną, wywołującą niepokój lub poczucie dyskomfortu, jest doświadczana jako uciążliwa w codziennym życiu, albo zaburza funkcjonowanie w jakichś ważnych sferach aktywności. Jednocześnie wyniki sondaży sugerują, że społeczeństwo w ostatnich latach coraz bardziej oswaja się z tymi chorobami, które wcześniej generowały duży niepokój. Coraz mniej osób boi się groźnych chorób, choć chorobami nowotworowymi, najczęściej wywołującymi lęk, nadal niepo-

koi się 3/4 Polaków pytanym o stosunek do wybranych schorzeń (Boguszewski 2012b, s. 9). Być może jest to głównie skutek sugestii wyrażonej w sondażu – bo w ogólnym (otwartym) pytaniu o obawy, zaniepokojenie zdrowiem (własnym lub najbliższych) wyraża już tylko 2/5 społeczeństwa (Felisiak 2008, s. 4).

W odczuciu wielu osób zacierają się granice pomiędzy zdrowiem a chorobą. Choroby mogą być lżejsze lub cięższe, można mieć ich mniej lub więcej, doświadczać ich z różną intensywnością, można także „aż” chorować lub „tylko” mieć dolegliwości. Podobnie o zdrowiu można myśleć jako o czymś, czego ma się mniej lub więcej, co jest słabsze lub mocniejsze, co można tracić („płacić zdrowiem” za coś), ale i wzmacniać – tak zdaje się myśleć 2/3 Polaków (Puchalski 2005, s. 416). Ponadto dla pewnej grupy zdrowie i choroba nie wykluczają się, ta druga może być elementem „życia w dobrym zdrowiu”. Częściej niż co trzeci Polak nie uznaje się za osobę chorą, pomimo dolegliwości lub diagnozy poważnej choroby. Można szacować, że 2/3 społeczeństwa przyjmuje mało wymagające kryteria uznania siebie za zdrowych. Osoby te czują się zdrowe, dopóty są w stanie wywiązywać się ze swych ról i zadań (zawodowych, domowych, towarzyskich). Natomiast relatywnie nieliczna zbiorowość, gdy ocenia swoje zdrowie, ma jakieś większe wymagania lub aspiracje. Być może stąd 1/2–3/4 społeczeństwa (od czasu zmiany systemowej liczba takich osób wzrasta) nie tylko dobrze ocenia, lecz i jest zadowolona ze swojego zdrowia (Czapiński 2013, s. 177; Badora 2014, s. 7). Gdy osoby oceniające swoje zdrowie jako „średnie” lub „takie sobie” zostaną pozbawione możliwości dokonania takiej niezdecydowanej oceny, wtedy na ogół klasyfikują się do kategorii „dobry” stan zdrowia, a tylko nieliczne do „zły”.

Jest też mniej liczna grupa, która różne drobne symptomy interpretuje jako chorobę i nie zalicza siebie do zdrowych. Swoją stan zdrowia jako zły ocenia na ogół kilkanaście procent dorosłych Polaków (GUS 2011a, s. 45; Ostrowska 2014, s. 33–39). Ale już co trzecia osoba (oczywiście im starsza, tym częściej) od lat niezmiennie uznaje, że leczenie i ochrona zdrowia to jedna z kluczowych aktywności w jej codziennym życiu, że poświęca na to najwięcej czasu i energii (więcej osób wskazuje tylko życie rodzinne i pracę) (Boguszewski 2008b, s. 2).

Przekonania dotyczące uwarunkowań stanu zdrowia

Wiele badań pokazuje, że Polacy uzależniają stan zdrowia od różnych czynników jednocześnie. Na ogół najrzadziej wyrażają przekonanie, że główną rolę odgrywa tu system opieki medycznej (choć samemu leczeniu i profilaktycznym wizytom u lekarza przypisują już większą rolę). Częściej zazwyczaj dostrzegają wpływy środowiska (przyrodniczego, także społeczno-cywilizacyjnego), natomiast najczęściej rolę stylu życia. Interesujące, że ogólnie określonymu stylowi życia społeczeństwo rzadziej przypisuje istotną rolę wśród determinant zdrowia niż kilku osobno wyróżnionym, prozdrowotnym lub ryzykownym zachowaniom (zob. Pączkowska 2008, s. 26).

Zdecydowana większość skłonna jest przyznawać, że za powstawanie chorób i zły stan zdrowia – rozumianego ogólnie lub jako zdrowie całego społeczeństwa – odpowiedzialne są różne niezdrowe zachowania (m.in. palenie tytoniu, niewłaściwy sposób odżywiania się, brak aktywności fizycznej, lekceważenie chorób, nadużywanie alkoholu). Także dobre zdrowie postrzegane jest najczęściej jako rezultat prozdrowotnych działań jednostki (Boguszewski 2012, s. 5; Borowiec, Lignowska 2012, s. 95–111). Ludzie dostrzegają rolę tych behawioralnych czynników zwłaszcza wtedy, gdy ktoś im zasugeruje ów wpływ (np. w treści komunikatu).

Mimo deklarowanych przekonań o ważnej roli stylu życia (kilku jego składowych) i od lat powszechnie podzielanych twierdzeń, że zdrowie człowieka zależy głównie od niego (Korzeniowska 2004, s. 129–138; Puchalski 1997, s. 159), wiele osób (częściej niż co druga) uznaje jednocześnie poglądy fatalistyczne. Uważa m.in., że niewiele można zrobić, by zapobiec chorobom, że zdrowy styl życia przed nimi nie uchroni, że zdrowie i choroby wynikają z przeznaczenia lub planu boskiego (Popadiak-Kuligowska 2013, s. 227–242; Moskał 2010).

Z kolei, zwłaszcza gdy ludzie myślą o uwarunkowaniach własnego stanu zdrowia, a nie o abstrakcyjnym pojęciu (i gdy nie dostają żadnych sugestii), wtedy rzadziej wiążą je ze swoim postępowaniem. Przyczyn nieuchronnego pogarszania się zdrowia poszukują głównie w starzeniu się lub we wpływach szeroko pojętego środowiska (tu dużego znaczenia nabiera zwłaszcza stres, generowany tempem życia). Niespełna 1/3 społeczeństwa zauważa niewielkie pogorszenie swojego zdrowia w perspektywie minionych kilku lat (Philips 2010, s. 13–14), ale już dwukrotnie mniej spodziewa się takiego pogorszenia w najbliższych latach (Korzeniowska i wsp. 2007, s. 37).

Należy zaznaczyć, że jest grupa (około 1/5–1/4 społeczeństwa, zazwyczaj osoby starsze, o niższym statusie społeczno-ekonomicznym i gorszej ocenie zdrowia), która uzależnia swoje zdrowie głównie od praktyk medycznych, lekarzy i leków, natomiast marginalizuje rolę innych uwarunkowań.

Stosunek do informacji o wpływie stylu życia na zdrowie

Zdecydowana większość obywateli rzadko zwraca uwagę na to, jak ich zachowania wpływają na ich zdrowie. Wprost deklaruje tak około 2/3 społeczeństwa (prawdopodobnie to liczba zaniżona, bo przecież „nie wypada” do tego się przyznać). Znaczna część tych osób twierdzi, że choć czasami interesuje się informacjami o wpływie stylu życia na zdrowie, to w praktyce szybko je zapomina i nie robi z nich użytku (Korzeniowska, Puchalski 2010, s. 52; Popadiak-Kuligowska 2013, s. 235). Przykładowo tylko kilkanaście procent Polaków deklaruje, że na stałe zmieniło nawyki żywieniowe, gdy dowiedziało się, że określony rodzaj żywności jest niezdrowy lub nawet niebezpieczny. Co czwarta osoba nie przejęła się takimi informacjami i nie zmieniła sposobu odżywiania się, niewiele liczniejsza

grupa martwiła się tym problemem, ale ostatecznie też nic nie zrobiła, podobnie liczna tylko przez krótki czas unikała takiej żywności (European Commission 2010, s. 58).

Co druga osoba ma ograniczone zaufanie do eksperckich informacji o wpływie stylu życia na zdrowie. Wprost deklaruje, że nie wie, komu wierzyć, bo opinie ekspertów są podzielone. Większość podaje też w wątpliwość nawet najbardziej jednoznaczne przekazy, jak choćby te dotyczące ryzyka związanego z paleniem tytoniu. W ogólnopolskim sondażu co drugi niepalący obywatel i częściej niż dwóch na trzech palących zgodziło się, że jest dużo przesady w tym, co mówi się o szkodliwości palenia (Puchalski 2013, s. 215–222). Komunikaty takie, a zwłaszcza odczuwany ich nadmiar, wywołują u części społeczeństwa negatywne emocje (tamże).

Powszechne są też „spiskowe” przekonania, jakoby przekazy dotyczące zdrowego stylu życia i poszczególnych zachowań upowszechniane były głównie po to, by przy tej okazji coś ludziom sprzedać, a nie by ochraniać lub wzmacniać ich zdrowie.

Ograniczone zaufanie społeczeństwa do wiedzy o zdrowiu ujawnia się zarówno w odniesieniu do informacji przekazywanych mu w sposób tradycyjny, jak i za pośrednictwem internetu. To ostatnie łączy się z niskimi ocenami wiarygodności tego medium, ujawnianymi zwłaszcza w sondażach *off-line* (Puchalski 2012, s. 131).

Chociaż profesjonaliści medyczni (głównie lekarze) są na ogół najczęściej preferowanym źródłem informacji o zdrowym i ryzykownym stylu życia, to tylko co czwarta osoba przyznaje, że swoją wiedzę na ten temat buduje przede wszystkim na przekazach pochodzących od lekarzy. Podobnie często wiedza ta pochodzi od osób bliskich (rodziny, znajomych) oraz z tradycyjnych mediów (telewizji, prasy). Lekarz nie jest też powszechnie uważany za najważniejszy autorytet w dziedzinie zdrowego życia (widzi go w tej roli – przy wskazaniach jednego autorytetu – mniej niż co trzecia osoba). Równie często jednostki polegają na sobie, na własnych odczuciach i doświadczeniach, a także na opiniach swoich najbliższych (Headlines Porter Novelli 2012). W kontekście dużego znaczenia przypisywanego odżywianiu wśród determinant zdrowia warto też odnotować, że relatywnie rzadko autorytetem, a nawet zaufaniem, cieszą się producenci i dystrybutorzy żywności (z wyjątkiem rolników), a także firmy farmaceutyczne (European Commission 2010, s. 44; On Board PR 2011, s. 6), coraz częściej zachęcające społeczeństwo do suplementacji jedzenia, której niewiele osób przyznaje znaczący wpływ na zdrowie (Felisiak 2014, s. 18–20).

Wiedza a preferowane działania

Problem odżywiania się ukazuje kolejne zjawiska. W świadomości wielu osób zdrowe jedzenie staje w konflikcie ze smacznym. Jako najważniejszą cechę preferowanego jedzenia – mimo powszechnego uznania jego znaczenia dla zdrowia

– czterokrotnie więcej Polaków wskazuje to, by było ono smaczne, niż by było zdrowe (TNS Pentor 2005). Podobnie w posiłkach przygotowywanych dla własnych dzieci dorośli znacznie częściej zwracają uwagę na to, by jedzenie dziecka smakowało, niż by było ono zdrowe (CBOS 2006, s. 24).

Konflikt zdrowia ze smakiem w przypadku jedzenia szczególnie wyraźnie widać na przykładzie stosunku do posiłków mięsnych. O ile tylko nieliczne osoby uważają, że mięso smażone jest zdrowe, to blisko 3/4 społeczeństwa szczególnie je lubi, a 1/3 chciałaby nawet jeść je częściej (mimo że jest ono powszechnie spożywane). Odwrotnie jest z mięsem gotowanym – chociaż blisko 3/4 uznaje je za zdrowe, to już tylko połowa szczególnie je lubi i nieliczne osoby chcą jeść je częściej. Ponadto zaledwie 3% polskich mężczyzn deklaruje, że chciałoby zjeść na obiad mięso gotowane, natomiast smażone zjadłby już co drugi i najlepiej żeby była to wieprzowina (TNS Pentor 2005).

Inny przykład pokazuje, że chociaż w deklaracjach (sondaż wśród pracowników biurowych z dużych miast) najczęściej pożądaną cechą jedzenia w pracy jest to, by było ono zdrowe, a już dwukrotnie rzadziej smaczne, to przy zamawianiu posiłków decydującą staje się szybkość dostawy i niska cena (nawet już nie smak potraw). Na wcześniej deklarowane zdrowie zwracają uwagę zaledwie nieliczne osoby (LightBox 2010). Zatem w konkretnych sytuacjach życia codziennego teoretyczna wiedza o wpływie jedzenia na zdrowie staje się mało istotna dla większości Polaków. Znacznie ważniejsze okazują się kwestie praktyczne (cena, oszczędność czasu) i oczekiwania przyjemnych doznań (smak).

Spółeczeństwo okazuje się podzielone, gdy chodzi o oceny, czy dbanie o zdrowie sprawia przyjemność, czy wymaga wyrzeczeń. Połowa czerpie przyjemność z działań prozdrowotnych i ponad połowa odczuciem przyjemności usprawiedliwia różne swoje ryzykowne praktyki (Puchalski 2006, s. 548–553). Także blisko połowie respondentów troska o zdrowie kojarzy się z koniecznością ograniczania różnych przyjemności. Poszczególne osoby również prezentują ambiwalentne oceny, bo przyjemny może być dla nich zarówno jeden, jak i drugi typ działań (np. palenie tytoniu i aktywność fizyczna).

Ocena własnego stosunku do zdrowia

Blisko 3/4 społeczeństwa potwierdza, że zdrowo się odżywia (Wądołowska 2010, s. 2; Felisiak 2014, s. 17). Ponadto co trzeci Polak uważa, że odżywia się zdrowiej niż kilka lat temu, a tylko co dziesiąty, że przeciwnie (TNS OBOP 2008, s. 3). Inne badania, prowadzone w podobny sposób od wielu lat, pokazują te oceny bardziej precyzyjnie. Blisko co czwarty obywatel prawie niezmiennie przyznaje w nich, że je głównie to, co mu smakuje, nawet gdy jest to niezdrowe. Pozostałe 3/4 sądzi, że odżywia się zdrowo. Jednakże tylko kilkanaście procent zwraca na to szczególną uwagę, natomiast większość (około 60%) ocenia, że jej „normalny” sposób odżywiania się jest zdrowy (GfK Polonia 2008; GfK Polonia 2011).

Uznanie własnego sposobu odżywiania się za zdrowy nie wydaje się trudne. Zdaniem większości zdrowe są trzy posiłki dziennie, tradycyjnie przygotowane w domu. To także spożywanie urozmaiconych produktów, owoców i warzyw, ponadto ograniczanie tłuszczu i cukru (European Commission 2006, s. 19; IPSOS 2009). Do realizacji takich wzorów żywieniowych, bez wnikania w szczegóły ukryte za tymi stwierdzeniami, może bez trudu przyznać się wiele osób.

Przekonania o zdrowym sposobie odżywiania się ujawniają się zwłaszcza wtedy, gdy respondenci odnoszą się do stwierdzenia „zdrowo się odżywiam”. Gdy mają się ustosunkować do przeciwnej tezy, wtedy ponad 2/5 (osób w wieku produkcyjnym) przyznaje, że odżywia się niezdrowo, ponadto co dziesiąta nie umie tego ocenić (Korzeniowska i wsp. 2007, s. 28). Zatem okazuje się, że duża grupa nie ma jednoznacznej opinii na temat wpływu własnego odżywiania się na zdrowie.

Podobnie jak w przypadku jedzenia, około 3/4 społeczeństwa uważa, że prowadzi zdrowy tryb życia (Boguszewski 2012, s. 9). Analogicznie też co trzeci obywatel ocenia, że obecnie żyje bardziej zdrowo niż kilka lat temu (TNS OBOP 2008, s. 2). Jednocześnie liczne grupy przyznają się do różnych ryzykownych praktyk. Oceny własnego stylu życia w aspekcie zdrowia są zatem ambiwalentne – ogólnie uznawany jest on za zdrowy przez większość społeczeństwa, natomiast niewiele mniej osób, gdy myśli o szczegółowych zachowaniach, dostrzega u siebie jego niezdrowe aspekty.

Dobre oceny własnego stosunku do zdrowia możliwe są dzięki temu, że w świadomości społecznej dominuje mało wymagający, „przyjazny” model zdrowego życia (podobnie jak w przypadku jedzenia). Polega on głównie (jak pokazują różnorodne sondaże) na omówionym już zdrowym jedzeniu, spacerach lub jakiejś aktywnej rekreacji, wysypianiu się, higienie osobistej, nienadużywaniu leków, niepaleniu papierosów, umiarkowaniu w picu alkoholu, odpowiednim ubieraniu się w zależności od pogody, wykonywaniu badań profilaktycznych, leczeniu w przypadku choroby. Nie musi on obejmować tych wszystkich zachowań, bo wystarczą tylko dwa–trzy z nich, realizowane z dowolną intensywnością. Spełnienie takich kryteriów, zwłaszcza przy osobistej ich interpretacji, raczej nie sprawia kłopotów. Czasami wystarczy czegoś „nie nadużywać”, by uznać, że żyje się zdrowo (zob. Polskie Badania Internetu 2011).

Natomiast osoby, które widzą swoje niezdrowe działania (lub niedostatek zdrowych), też mają ich wytłumaczenie (Puchalski, Korzeniowska 2004, s. 107–126). Podważają prawdziwość wiedzy o ich znaczącej roli dla zdrowia, także dobre intencje przekazów na ten temat. Ponadto umniejszają znaczenie stylu życia na tle innych uwarunkowań zdrowia i nie odnoszą wiedzy medycznej do siebie (np. „mojemu zdrowiu bardziej szkodzą inne rzeczy niż takie zachowania”) oraz deklarują swój dystans wobec niej (np. „tyle rzeczy może zaszkodzić zdrowiu, że przestałem się tym przejmować”). Łączą to z negatywną postawą wobec przekazów o szkodliwości zachowań dla zdrowia (np. „złoszczą mnie zakazy i zalecenia dotyczące takich zachowań”) oraz poczuciem pozytywnych funkcji niezdrowych

praktyk (np. „lubię to robić”, „zachowania takie pozwalają mi się odprężyć”). Tym samym negują potrzebę zmiany stylu życia („dieta, ruch czy badania nie uchronią mnie przed chorobami, które są mi przeznaczone”) oraz możliwość dokonania takiej zmiany (np. „mam zbyt mało silnej woli, by prowadzić zdrowy styl życia”, „nie mam na to czasu”). Ponadto niezdrowe działanie traktowane jest przez wiele osób jako ugruntowany nawyk (np. „przyzwyczailem się tak postępować”, „nie lubię zmieniać przyzwyczajeń”) oraz powszechny w społeczeństwie wzór zachowania (np. „postępuję tak, jak większość ludzi w naszym kraju, którzy też nie dbają o zdrowie”).

Trzeba jednak odnotować, że w Polsce coraz częściej dostrzegana jest popularność zdrowego stylu życia. O ile w 1993 roku modę na zdrowie zauważała zaledwie co piąta osoba, to w 2007 roku już co trzecia, a w 2012 roku częściej niż co druga (Boguszewski 2012, s. 8). Moda taka rzadko przekłada się na bezpośrednio doświadczane sugestie lub oczekiwania ze strony innych, by postępować prozdrowotnie (Borowiec, Lignowska 2012, s. 106 i nast.; Omyła-Rudzka 2014, s. 6). Częściej, choć także relatywnie rzadko, otoczenie społeczne symbolicznie wspiera osoby podejmujące działania sprzyjające zdrowiu (Korzeniowska, Puchalski 2010, s. 62 i nast.). Niedostatki takiego wsparcia okazują się natomiast ważnym czynnikiem hamującym aktywność prozdrowotną (Łuszczynska, Bukowska-Durawa 2011, s. 76).

Zakończenie

Powyższy obraz jest uśrednioną charakterystyką myślenia całej dorosłej części społeczeństwa polskiego, bez rozróżnienia specyfiki poszczególnych grup w jego strukturze. Tymczasem wiele badań pokazuje, że odmiennie przedstawiają się niektóre z omawianych poglądów, ocen i postaw wśród osób różniących się poziomem wykształcenia, a także wiekiem, płcią, dochodem, charakterem pracy zawodowej czy stanem zdrowia. Chociaż zależności te są prezentowane w literaturze, to wiele kwestii szczegółowych nadal pozostaje do ustalenia. Mało jest też podbudowanych empirycznie wniosków ogólnych.

Kolejną sprawą jest potrzeba głębszego poznania treści, jakie kryją się za powierzchownymi deklaracjami składanymi w sondażach. W tym, jak również w lepszej diagnozie różnic międzygrupowych, pomoc może odwołanie się do danych z badań jakościowych. Te ostatnie póki co są niestety nieliczne (np. Cianciara 2012; Ostrowska 2011b, s. 105–112; Dzwonkowska-Godula 2013; Knol-Michałowska, Goszczyńska, Petrykowska 2012, s. 141–162).

Innym wyzwaniem jest ustalenie, czy w myśleniu jednostek przekonania dotyczące zdrowia układają się w jakieś względnie spójne całości, które spaja wewnętrzna logika (tworzą coś, co można nazwać „stylem myślenia o zdrowiu”, „poznawczą reprezentacją zdrowia”, „osobistą teorią zdrowia” itp.), czy na ogół są raczej zbiorem słabo powiązanych sądów. Jeżeli są lub bywają spójne, to wo-

kół jakich centralnych treści tworzą się ich konfiguracje i czy można wskazać typy myślenia właściwe większym grupom społecznym. Ustaień na ten temat jest dotychczas niewiele (np. Popadiak-Kuligowska 2013; USP Zdrowie 2013; Puchalski, Korzeniowska, Piwowarska-Pościk 1999) i trudno je uzgodnić.

Rozpoznania wymagają też przemiany świadomości zdrowotnej – zarówno na poziomie jednostek, jak i społeczeństwa. W tym pierwszym aspekcie chodzi o próby ustalenia, jak różne odmienne sytuacje społeczne, w których znajduje się jednostka, modyfikują jej stosunek do spraw zdrowia. Z kolei na poziomie populacji warto byłoby określić, które elementy świadomości zdrowotnej pozostają stałe od wielu lat, mimo zmian społecznych, a które się przeobrażają i w jakich kierunkach. Istotnym czynnikiem takich przemian jest rozwój internetu, który staje się coraz ważniejszym medium w komunikacji zdrowotnej.

W tym kontekście ważne jest rozpoznanie stosunku do zdrowia użytkowników sieci. Internauci – zapewne nie wszyscy, lecz ci, którzy biorą udział w coraz bardziej popularnych sondażach *on-line* – prezentują w wielu aspektach odmienne sposoby myślenia o zdrowiu niż społeczeństwo badane poprzez wywiady bezpośrednie. Tak wynika z prób uzgodnienia danych z obu typów badań. Stąd wyzwaniem jest nie tylko wyjaśnienie tego fenomenu (może to skutek jakichś cech, które skłaniają do uczestnictwa w ankietach *on-line*), ale też sprawdzenie, w jaki sposób myślenie użytkowników sieci (zwłaszcza poszukujących w niej tematyki zdrowia/choroby oraz tych, dla których sieć staje się głównym źródłem takich informacji) odróżnia się od pozostałej części społeczeństwa. Warto tu zauważyć – wbrew nośnym medialnie opiniom jakoby „dr Google” zastąpił już lekarza – że z internetu korzysta w Polsce 2/3 obywateli (głównie tych młodszych, lepiej wykształconych, rzadziej odczuwających problemy zdrowotne), a wśród nich szacunkowo 3/5 korzysta w różny sposób z zawartych tam informacji o zdrowiu (Gwozdecka-Wolniaszek, Mateusiak 2013, s. 185–215; Puchalski 2012). Są to oczywiście zjawiska dynamiczne, związane z przemianami technologicznymi i społeczno-kulturowymi. Sieć zmienia relacje pomiędzy nadawcą i odbiorcą, personalizuje i przyspiesza wymianę informacji, łączy informację ze wsparciem społecznym, podnosi znaczenie problemu wiarygodności przekazu, kreuje masowe mody i autorytety, ukazuje nowe wzory i możliwości działania – różnie oceniane z edukacyjnego (medycznego) punktu widzenia (Pyżalski 2012). Potrzebne są niewątpliwie głębsze diagnozy tych zjawisk i ich roli w przemianach komunikacji o zdrowiu i chorobie.

Zanim zostaną lepiej rozpoznane powyższe kwestie, komunikacja w zdrowiu publicznym mogłaby w znacznie większym stopniu korzystać z istniejących ustaleń (co czyni komercyjny marketing w „przemysle zdrowotnym”). Wydaje się, że choć w kształtowaniu zdrowego stylu życia coraz częściej opiera się ona na teoriach skutecznej perswazji i wywierania wpływu, to jednak nadal odwołuje się głównie do dogmatu o głównej roli przekazywania społeczeństwu wiedzy na temat chorób, połączonej ze strachem. Rzadko natomiast dostosowuje swoje

przekazy do empirycznie rozpoznanej specyfiki myślenia adresatów. Specyfikę tę można ogólnie podsumować w poniższy sposób.

Polacy, gdy uznają się za zdrowych, raczej rzadko interesują się sprawami zdrowia. Choć z jednej strony wiele osób deklaruje chęć pogłębiania swej wiedzy, to z drugiej nie szuka aktywnie takich informacji, pomija lub pobieżnie odbiera te, na które trafia przypadkowo, szybko je zapomina. Większość nie odnosi zdobytych informacji do siebie i rzadko myśli o wpływie swoich zachowań na zdrowie. Powszechnym przekonaniem o dużym wpływie stylu życia na zdrowie i odpowiedzialności jednostki za jego stan towarzyszą sądy o jego zależności od planu boskiego lub zrządzenia losu. Mimo że większość społeczeństwa jest zaznajomiona z ogólną wiedzą medyczną, jakie postępowanie sprzyja zdrowiu i jakie chorobom, to jednocześnie jest przekonana, że prowadzi zdrowy styl życia i na co dzień nie myśli o potrzebie zmiany niezdrowych zachowań. Te ostatnie znajdują ponadto wiele subiektywnie istotnych usprawiedliwień, eksponujących pozytywne funkcje niezdrowych przyzwyczajęń oraz trudności związane z prowadzeniem zdrowego życia. Bo chociaż zdrowie jest powszechnie bardzo wysoko cenioną wartością, to jego dobry stan nie jest już tak cenny – w wyborach życia codziennego konkurują z nim inne dostępne wartości i cele. Większość Polaków myśli o swym zdrowiu bardziej w optyce osobistych doświadczeń oraz ocen różnych swoich potencjałów (energii, sprawności, samopoczucia) niż wiedzy medycznej. Z tym wiąże się skłonność do pozytywnej oceny stanu własnego zdrowia, nawet mimo schorzeń – a to odwraca od niego uwagę. Odległa perspektywa groźnych chorób czy krótszego życia jest raczej obca myśleniu społeczeństwa. Jednocześnie bywa kwestionowany autorytet medycyny (zwłaszcza gdy jeszcze nie jest konieczne wejście w rolę pacjenta), a informacje o zdrowym życiu i radzeniu sobie z dolegliwościami na co dzień czerpane są z innych źródeł – emocjonalnie i społecznie bliższych (rodzina, telewizja, apteka). Powszechne jest poczucie zagubienia w natłoku sprzecznych informacji oraz przekonanie o marketingowych funkcjach wielu przekazów dotyczących zdrowia.

Opierając się na powyższych ustaleniach, warto postulować, by komunikacja służąca kreowaniu zdrowego stylu życia wyzbyła się wiary, że kluczem do sukcesu jest wystraszenie społeczeństwa ryzykiem groźnie nazwanych chorób i przyspieszonego zgonu oraz przekazanie *ex cathedra* kilku medycznych zaleceń, z jakich zachowań należy zrezygnować, a jakie podjąć. Prawdopodobnie będzie lepiej, gdy przekaz zostanie „zakotwiczony” na tych kwestiach, które są bliskie i ważne dla odbiorcy, wzbudzają jego zainteresowanie, wywołują jego obawy. Stąd oprócz przekazywania informacji w tradycyjnych kontekstach edukacji zdrowotnej (instytucje medyczne, telewizja) warto stymulować refleksję obywateli dotyczącą spraw zdrowia w różnorodnych sytuacjach życia codziennego, w jakich się oni znajdują (tzw. marketing wielokanałowy). Ważne, by przekazywane informacje w jak największym stopniu dawały się odnieść do osobistych doświadczeń odbiorcy, zamiast do abstrakcyjnie ujętego zdrowia. Ponadto, by potrzebę działań prozdrowotnych uzasadniać poprzez odniesienia także do warto-

ści innych niż zdrowie, a przekazy medyczne wspierać autorytetami spoza medycyny (w tym „zwykłych ludzi”). Warto ukazywać adresatom niedostatki ich stylu życia w tych sferach, w których mają możliwość dokonania zmian oraz pomagać im w poszukiwaniu sposobów przezwyciężenia niechęci do zmiany. Te przykładowe postulaty sugerują potrzebę dialogu pomiędzy światem medycyny a nieprofesjonalistami („zwykłymi ludźmi”) oraz wykorzystania interaktywnych form komunikacji. Stąd m.in. można przewidywać, że większa rola w prozdrowotnych przeobrażeniach stylu życia społeczeństwa będzie przypadać interakcjom lekarz–pacjent, a jeszcze bardziej różnym formom komunikacji *on-line*, natomiast znaczenie mediów tradycyjnych stopniowo będzie się zmniejszać.

Bibliografia

- Badora B. (2014). Polacy o swoim szczęściu, pechu i zadowoleniu z życia, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2005). Osobiste sukcesy i porażki Polaków w mijającym roku, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2007). Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2008a). Postanowienia i plany Polaków na rok 2008, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2008b). Codzienna aktywność Polaków. Autoportret i obraz środowiska społecznego w latach 1988, 1998 i 2008, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2008c). Aspiracje Polaków w latach 1998 i 2008, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2010). Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2012a). Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2012b). Zdrowie psychiczne Polaków, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Boguszewski R. (2013). Wartości i normy, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Borowiec A., Lignowska I. (2012). Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce? *Kultura i Społeczeństwo*, nr 3.
- CBOS (2006). Zwyczaje żywieniowe Polaków. Wyniki badania sondażowego. Warszawa, www.mlecznystart.pl/files/piliki_do_pobrania/raport_cbos.doc (dostęp: 16.12.2013).
- Cianciara D. (2012). Raport Siemens 2012. Zdrowie – męska rzecz. Siemens Sp. z o.o., Warszawa.
- CSA-Europ Assistance Health Barometer (2012). Healthcare in Europe and in the USA, http://www.europ-assistance.com/sites/default/files/2012_csa-europ_assistance_health_barometer-global_report.pdf (dostęp: 12.02.2014).
- Czapiński J. (2013). Indywidualna jakość i styl życia. Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków – raport. [Special issue] *Contemporary Economics*, nr 7, DOI: 10.5709/ce.1897-9254.107.
- D’Houtaud A., Field M.G. (1984). The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health and Illness*, nr 6.

- Dzwonkowska-Godula K. (2013). „Grunt to zdrowie” – obyczajowość społeczeństwa polskiego dotycząca zdrowia, referat na XV Ogólnopolskim Zjeździe Socjologicznym, Szczecin, prezentacja PowerPoint.
- European Commission (2006). Health and food. Special Eurobarometer 246/64.3. Report.
- European Commission (2010). Food-related risks, Special Eurobarometer 354/73.5. Report.
- Feliksiak M. (2008). Nadzieje i obawy związane z rokiem 2008, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Felisiak M. (2014). Zachowania żywieniowe Polaków, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- GfK Polonia (2008). Zwyczaje żywieniowe Polaków (edycja 2008). Warszawa, prezentacja PowerPoint.
- GfK Polonia (2011). Polska na widelcu – raport na temat zwyczajów żywieniowych Polaków. Warszawa, prezentacja PowerPoint.
- Gniazdowski A. (1990). Zachowania zdrowotne – strategiczny problem ochrony zdrowia. W: A. Gniazdowski (red.). Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego (s. 9–22). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Gujski M., Schymalla I. (2013). Rola mediów w promocji zachowań prozdrowotnych. W: B. Samoliński, F. Raciborski (red.). Zdrowe starzenie się: biała księga (s. 174–179). Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- GUS (2011a). Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Warszawa.
- GUS (2011b). Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r. Warszawa.
- Gwozdecka-Wolniaszek E., Mateusiak J. (2013). O stronach internetowych, przekazach medialnych i innych źródłach wiedzy o zdrowiu i chorobie. W: M. Górnik-Durose (red.). Kultura współczesna a zdrowie (s. 185–215). Sopot: GWP.
- Headlines Porter Novelli (2012). Źródła wiedzy i autorytety – zdrowy styl życia Polaków, II część raportu z badania, komunikat prasowy, 2.08.2012, <http://media.headlines.pl/pr/219379/zrodla-wiedzy-i-autorytety-zdrowy-styl-zycia-polakow-ii-czesc-raportu-z-badania-headlines-porter-novelli> (dostęp: 10.09.2012).
- Hołówka T. (1986). Myślenie potoczne. Heterogeniczność zdrowego rozsądku. Warszawa: PIW.
- IPSOS (2009). Odżywianie, waga, tryb życia Polaków. Trendy w zwyczajach żywieniowych Polaków, <http://www.ipsos.pl/odzywianie-waga-tryb-zycia> (dostęp: 11.07.2013).
- IRIS (2011). Global Health Survey, <http://www.arc.com.pl/download.php?id=2> (dostęp: 16.11.2013).
- Knol-Michałowska K., Goszczyńska E., Petrykowska A. (2012). Fora internetowe jako źródło wsparcia społecznego dla kobiet ciężarnych uzależnionych od nikotyny. *Studia Edukacyjne*, nr 23, s. 141–162.
- Korzeniowska E. (1990). Pozycja zdrowia w społecznych systemach wartości pracowników przemysłu. W: A. Gniazdowski (red.). Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego (s. 283–293). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Korzeniowska E. (2003). Rozumienie przez lekarzy medycyny pracy koncepcji promocji zdrowia zatrudnionych i własnej roli w programach tego typu. *Medycyna Pracy*, nr 54 (6), s. 495–501.
- Korzeniowska E. (2004). Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm. *Medycyna Pracy*, nr 55 (2), s. 129–138.
- Korzeniowska E. (2010). Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład polski. W: E. Korzeniowska, K. Puchalski (red.). Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej (s. 116–126). Riga: Stradins University.

- Korzeniowska E., Puchalski K., Pyżalski J., Wojtaszczyk P., Iwanowicz E. (2007). Opracowanie i upowszechnienie metod promocji zdrowia dostosowanych do specyficznych potrzeb pracujących o niskim poziomie wykształcenia. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (raport niepublikowany).
- Korzeniowska E., Puchalski K. (red.) (2010). Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej. Riga: Stradins University.
- Korzeniowska E., Puchalski K. (2012). Edukacja zdrowotna pracowników – wyzwania związane z poziomem wykształcenia. *Medycyna Pracy*, nr 63 (1), s. 55–71.
- Kowalczyk K. (2010). Cele i dążenia życiowe Polaków, komunikat z badań. Warszawa: CBOS.
- Lewtak K., Poznańska A. (2012). Uwarunkowania prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny*, nr 66, s. 697–704.
- LightBox (2010). Co Polacy jedzą w pracy?, badanie zrealizowane przez Instytut Badania Opinii Publicznej Homo Homini, prezentacja PowerPoint.
- Łuszczyńska A., Bukowska-Durawa A. (2011). Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych? Tysiąc kobiet, tysiąc barier. Raport Siemens. Warszawa.
- Moskal W. (2010). Szczupłe i niezbadane. *Gazeta Wyborcza*, 15.10.2010, http://wyborcza.pl/1,75476,8516882,Szczuple_i_niezbadane.html (dostęp: 6.04.2013).
- OECD (2013). Health at a Glance 2013. OECD Indicators, OECD Publishing 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (dostęp: 20.01.2014).
- Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J. (2013). The level of health education in the Polish population. *Annales of Agricultural and Environmental Medicine*, nr 20 (3), s. 559–565.
- Omyła-Rudzka M. (2014). Czy Polacy jedzą za dużo? komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- On Board PR (2011). „Jak cię widzą, tak cię piszą”, czyli o Polaków zaufaniu do firm farmaceutycznych, raport. Warszawa.
- Orlińska J. (2013). Sukces życiowy i jego determinanty, komunikat z badań. CBOS, Warszawa.
- Ostrowska A. (2011a). Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet). *Studia Socjologiczne*, nr 3, s. 73–94.
- Ostrowska A. (2011b). Profilaktyka dla ubogich. Przypadek profilaktyki raka szyjki macicy. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 9 (2), s. 105–112.
- Ostrowska A. (2014). Oceny stanu zdrowia i ich zmiany w badaniach Europejskiego Sondażu Społecznego. W: P.B. Sztabiński, F. Sztabiński (red.). Polska–Europa. Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego 2002–2012 (s. 33–39). Warszawa: Wyd. IFiS PAN.
- Pankowski K. (2009a). Jak cię widzą, tak cię piszą – Polacy o znaczeniu wyglądu w życiu, komunikat z badań. Warszawa: CBOS.
- Pankowski K. (2009b). Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało, komunikat z badań. Warszawa: CBOS.
- Pączkowska M. (2008). Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań. Warszawa, http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDkQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.csioz.gov.pl%2Ffile.php%3Fs%3DcD8zOA%3D%3D&ei=ih6ZUPaMGceRhQeo54GQDw&usq=AFQjCNFnrhxIP17s4dvAWflvGfTEgx9BQ&sig=2=9I_MegtUxtrudN_0KNODiQ (dostęp: 6.11.2012).
- Philips Polska (2010). Philips Index 2010. Badanie jakości życia Polaków.
- Polskie Badania Internetu (2011). Internetowe serwisy o zdrowiu: zawartość, popularność, profil użytkowników, poszukiwane informacje, prezentacja PowerPoint, <http://pbi.org.pl/raporty/zdrowieserwisy.pdf> (dostęp: 2.02.2013).
- Popadiak-Kuligowska T. (2013). Potoczne definicje zdrowia – konteksty definiowania pojęcia. W: A. Wartecka-Ważyńska, J. Wrzeńska (red.). Zdrowie i zabezpieczenie społeczne w badaniach młodych naukowców (s. 227–242). Poznań: Wyd. Wyższej Szkoły Handlu i Usług.

- Puchalski K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Puchalski K. (2005). Potoczne definiowanie zdrowia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia, Sectio D*, Vol. LX, Suppl. XVI, 430, s. 414–417.
- Puchalski K. (2006). Motywy działań ważnych dla zdrowia i ich społeczne zróżnicowanie. *Zdrowie Publiczne*, nr 116 (4), s. 548–553.
- Puchalski K. (2009). O wartości zdrowia na podstawie wyników badań sondażowych. W: A. Bąk, Ł. Kubisz-Muła (red.) (2009). *Metody, techniki i praktyka badań społecznych* (s. 149–163). Bielsko-Biała: Wyd. Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej.
- Puchalski K. (2012). Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej. *Studia Edukacyjne*, nr 23, s. 119–139.
- Puchalski K. (2013). Opinie Polaków dotyczące palenia tytoniu – czy wpływają na zahamowanie spadku jego rozpowszechnienia? *Problemy Higieny i Epidemiologii*, nr 94 (2), s. 215–222.
- Puchalski K., Korzeniowska E. (2004). Dlaczego nie dbamy o zdrowie? Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności zdrowotnej. W: W. Piątkowski (red.). *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny* (s. 107–126). Lublin: Wyd. UMCS.
- Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L. (1999). *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Pyżalski J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Kraków: Impuls.
- Reeves M.J., Rafferty A.P. (2005). Health lifestyle characteristics among adults in the United States 2000. *Archives of Internal Medicine*, nr 165 (8), s. 854–857.
- Sztompka P. (2012). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- TNS OBOP (2008). *Zdrowe życie w Polsce, sondaż*. Warszawa.
- TNS Pentor (2005). *Zwyczaje żywieniowe Polaków – raport Knorra, 2005*, <http://pentor-arch.tnsglobal.pl/19956.xml> (dostęp: 11.07.2013).
- USP Zdrowie (2013). *Raport Style zdrowia Polaków 2013*.
- Wądołowska K. (2010). *Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków*. Warszawa: CBOS.
- Wciórka B. (2005). *Postanowienia i plany na rok 2005, komunikat z badań*. Warszawa: CBOS.
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (red.) (2012). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

STRESZCZENIE

Polityki zdrowia publicznego służące kreowaniu prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa wspierane są przez masową komunikację. Usprawnić ją może znajomość sposobów myślenia adresatów przekazów. Praca jest próbą syntetycznego ukazania, co Polacy myślą o sprawach zdrowia – jaką przyznają mu wartość, jak pojmują zdrowie i chorobę, od czego uzależniają stan zdrowia, jaki mają stosunek do wiedzy o wpływie stylu życia na zdrowie, jak oceniają własną dbałość o zdrowie oraz czy ich wiedza przekłada się na działania. Materiałem są zgromadzone wyniki licznych badań sondażowych, prowadzonych w minionych kilkunastu latach w Polsce, w tym realizowanych przez autora. Z uwagi na trudności porównania szczegółowych ustaleń, ukazany obraz świadomości społecznej ma charakter ogólny. Analiza ukazała wiele niespójności w myśleniu o sprawach zdrowia – m.in. choć powszechnie jest ono uzależniane od jednostki i jej stylu życia, to jednocześnie od zrzędzenia losu, choć ogólnie jest wysoko cenioną wartością, to jego dobry stan już nie jest tak ceniony. Ujawniła też wiele mentalnych przeszkód w realizacji zdrowego życia – m.in. rzadkie myślenie o własnym wpływie na zdrowie, przekonanie,

że żyje się zdrowo, liczne usprawiedliwienia biernego stosunku do zdrowia. Pokazała również niepewność autorytetu medycyny i subiektywne kryteria ocen w tej sferze. Skomplikowanie potocznego myślenia o zdrowiu sugeruje potrzebę dowartościowania interaktywnych kanałów przekazu, w tym w bezpośrednich relacjach lekarz–pacjent oraz komunikacji *on-line*.

Słowa kluczowe: świadomość społeczna, myślenie potoczne, zdrowie, styl życia

