

ANTONINA OSTROWSKA

## Styl życia a zdrowie – bilans dekady

### STAN ZDROWIA POLAKÓW W LATACH 90.

Fakt, że artykuł ten jest pisany pod koniec 1999 r., skłania do spojrzenia na problem zdrowotności Polaków z perspektywy mijającej dekady. Szczególnie interesujące i warte socjologicznej analizy wydają się te aspekty problemu, które łączyć można z zachodzącymi u nas w tym czasie przemianami społeczno-ekonomicznymi. Możliwość śledzenia wpływu makroprocesów społecznych na zdrowie społeczeństwa, dynamika wskaźników zdrowia, a także nie zawsze oczekiwany kierunek ich zmian sprawiają, że lata 90. są niezwykle ciekawym okresem dla badaczy zdrowia publicznego (Kirschner 1999).

Zgodnie ze stanowiskiem większości badaczy, czynnikiem, który nasilniej kształtuje stan zdrowia całych populacji poszczególnych krajów, jest poziom ich rozwoju ekonomicznego i zamożność. Dochód narodowy mierzony wielkością PKB na głowę mieszkańca wyjaśnia ponad 75% zmienności wartości wskaźników stanu zdrowia różnych populacji (Włodarczyk 1995). Raporty UNDP wskazują także na istotną rolę istniejących zróżnicowań zamożności; mniejsza jej rozpiętość jest predyktorem lepszego stanu zdrowia ludności ogółem. Na poziomie makro wskaźników nie bez znaczenia są także takie czynniki, jak system polityczny i związane z nim kierunki oddziaływań polityki społecznej, choć wielkość tego wpływu jest trudniejsza do oszacowania. Niewątpliwie jednak jest, że poważne zmiany społeczno-ekonomiczne okresu transformacji w Polsce nie mogły pozostać bez wpływu na sferę zdrowotności społeczeństwa.

Przełom lat 80. i 90. zaznaczył się w Polsce pogarszającymi się wyraźnie wskaźnikami stanu zdrowia społeczeństwa. W latach 1989–1991 zanotowano zwłaszcza znaczny wzrost współczynników umieralności ogółem, głównie

mężczyzn w wieku 15–64 lata. Wzrost ten wynikał przede wszystkim z powodu umieralności na skutek zgonów nagłych oraz, w mniejszym stopniu, z powodu chorób układu krążenia. W okresie tym nasilają się także problemy uzależnień; w latach 1989–1991 wyraźnie wzrastają wskaźniki spożycia alkoholu oraz liczby osób leczonych po raz pierwszy z powodu psychoz alkoholowych i narkomanii (Sierosławski 1995). Od lat 70. zapadalność na gruźlicę cechował systematyczny spadek, w 1991 r. jednak pojawiła się tendencja zwyżkowa (*Sytuacja zdrowotna...*, 1993). Pogarszającym się wskaźnikom zdrowia towarzyszy obniżanie się samopoczucia; na skali optymizmu–pesymizmu związanego z sytuacją kraju w najbliższej przyszłości w czerwcu 1990 r. pesymistycznie oceniało sytuację 25% społeczeństwa, w styczniu 1992 zaś – 62,6% (CBOS 1993).

Obniżające się wskaźniki zdrowia społeczeństwa interpretowano przede wszystkim jako społeczny koszt transformacji ustrojowej zapoczątkowanej w Polsce w tym okresie (Ostrowska 1999a). Wbrew jednak pesymistycznym oczekiwaniom i prognozom opartym na doświadczeniach krajów zachodnich przeżywających kryzysy gospodarcze, które przewidywały, że procesy „zdrowotnego” przystosowania społeczeństwa do nowych sytuacji potrwają znacznie dłużej, już w latach 1992–1993 zarysowała się w Polsce tendencja stopniowego obniżania się lub przynajmniej stabilizacji wielu niekorzystnych wskaźników charakteryzujących stan zdrowia społeczeństwa. Zjawisko to jest widoczne przede wszystkim w spadku współczynników umieralności. Bez względna liczba zgonów w 1994 r. obniżyła się w stosunku do 1991 r. o ponad 17 tys., przy czym zjawisko to było szczególnie widoczne wśród ludzi młodych – między 20. a 44. rokiem życia, a więc dotyczące tzw. przedwczesnej umieralności (Zatoński 1996). Spośród przyczyn rozpoznanych jako „trzej główni zabójcy” największą dynamiką spadku charakteryzowały się zgony z powodu chorób układu krążenia (od 609 do 532 na 100 tys. ludności w latach 1991–1995 (*Sytuacja zdrowotna...*, 1996). Umieralność niemowląt, uważana za czuły wskaźnik sytuacji zdrowotnej, zmalała z 17,9 zgonów na 1000 żywych urodzeń w 1991 r. do 10,2 w roku 1997. Wyraźnemu i systematycznemu obniżeniu zaczęły ulegać także liczby noworodków z niską masą urodzeniową, będące z kolei wskaźnikiem warunków życia ciężarnych kobiet (44 tys. w 1990 r. i 26,8 tys. w 1997 [Kirschner 1999]).

Ten nieoczekiwany „przyspieszony” zwrot w tendencjach zdrowotności naszego społeczeństwa skłania do podjęcia próby identyfikacji czynników które mogły wpłynąć na taki stan rzeczy. Należy dodać, że pomiary zdrowia subiektywnego w rozpatrywanym okresie (Cichomski i Sawiński 1995; Ostrowska 1997) także wskazują na obecność tendencji do poprawy ocen stanu zdrowia i wzrastającego zeń zadowolenia.



Analizując kontekst społeczny, w jakim nastąpiło opóźnienie umieralności z perspektywy makrosocjalnej, warto wskazać, że nie widać na początku analizowanego okresu ani też w bezpośrednio poprzedzających go latach innych korzystnych przemian świadczących o ogólnej poprawie warunków życia ludności, choć zaczynamy obserwować pewną poprawę wskaźników ekonomicznych w gospodarce<sup>1</sup>. W latach 1991–1992 notujemy początek wzrostu PKB, wzrostu produkcji przemysłowej, spadku inflacji i deficytu budżetowego. Jednak jeszcze w 1993 r. następuje spadek zatrudnienia i wzrost bezrobocia, które wynosi w tym czasie 2,89 mln osób i zaczyna się obniżać dopiero w roku następnym. Na zbliżonym poziomie na początku lat 90. pozostają wydatki na służbę zdrowia (5–5,3% PKB), choć następuje zmniejszenie jej bazy. Wskaźnik łóżek szpitalnych w latach 1990–1993 obniża się z 57,2 do 55,8 na 10 tys. mieszkańców, a liczba przychodni leczenia otwartego zmniejsza się o ok. 9%. W skali ogólnokrajowej nie widać też zmian polegających na istotnej poprawie bezpieczeństwa pracy; w latach 1991–1993 wskaźniki częstości wypadków przy pracy uległy wprawdzie nieznacznemu obniżeniu (9,6 do 9,1 na 100 tys. zatrudnionych, aby następnie wzrosnąć (do 10,3%) w roku 1996 (*Wypadki...*, 1997).

W świetle tych obiektywnych wskaźników sytuacja życiowa społeczeństwa jest daleka od jednoznaczności. Natomiast w ocenach subiektywnych daje się zauważyć w analizowanym okresie pewne symptomy poprawy. Można założyć, że niezależnie od sytuacji obiektywnej znaczną rolę w odczuwanej poprawie warunków życia przypisać można coraz lepszym mechanizmom przystosowawczym do nowych warunków i lepszej orientacji w nowych możliwościach. Mirosława Marody (1996) upatruje około 1993 r. początek wzrostu poczucia stabilizacji społecznej wynikającej z „oswajania nowej rzeczywistości” społeczno-ekonomicznej. Przestaje być ona postrzegana jako stan przejściowy i prowizoryczny, zachęcający do strategii nastawionych na przetrwanie, a staje się codzienną rzeczywistością, dostępną już doświadczeniu życia w niej.

Owo oswojenie rzeczywistości ma niewątpliwie znaczny wpływ na zmniejszenie stresów odczuwanych przez społeczeństwo, a związanych z niepewnością sytuacji, w której się żyje. Zredukowanie tych stresów z kolei – to zmniejszenie roli potężnego czynnika patogenego, leżącego u podstaw niemal wszystkich chorób cywilizacyjnych. Warto w tym miejscu przywołać choćby teorię salutogenezy Aarona Antonovsky’ego (1995) tłumaczącą funkcjonowanie

<sup>1</sup> Przytaczane dane na temat sytuacji społeczno-gospodarczej kraju (jeżeli nie wskazano innego źródła) pochodzą z roczników statystycznych GUS za lata 1991–1998.

uogólnionych zasobów odpornościowych. U podstaw jej leży pojęcie poczucia koherencji, „poczucia pewności, że 1) bodźce napływające ze środowiska mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; 2) dostępne są zasoby, które pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; 3) wymagania te są wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”. Niszczące dla zdrowia działanie stresu może więc być redukowane poprzez poczucie, że potrafimy zrozumieć sens stresorów, których działaniu jesteśmy poddawani, że mamy przekonanie o przewidywalności tego, co dzieje się wokół nas, i że posiadamy umiejętności radzenia sobie z wymogami życia. Jeżeli więc społeczeństwu polskiemu – zgodnie z obserwacją Marody – udało się uzyskać na początku lat 90. wzrost poczucia koherencji, czynnik ten należałoby uwzględnić jako współodpowiedzialny za poprawę wskaźników zdrowia.

Innym czynnikiem, o którym warto tu wspomnieć (choć odnosi się on tylko do pewnego segmentu społeczeństwa), może być „ochronne działanie” tzw. szarej strefy. Zjawisko to, rozpatrywane zwykle jako przejaw patologii społeczno-ekonomicznej, niewątpliwie absorbowало częściowo skutki ubożenia pewnej części społeczeństwa, ratując oficjalnie topniejące budżety gospodarstw domowych. Według istniejących oszacowań 30% dochodów szarej strefy pozostało w grupie pracujących „na czarno”. Praca ta stanowiła źródło podstawowych dochodów bezrobotnych i sposób dorabiania przez pracowników (Beskid 1997), prawdopodobnie w istotny sposób zmniejszając wykazywane w statystykach obszary biedy i związane z nią negatywne konsekwencje dla zdrowia.

Jednym z systemowych sposobów uporania się ze wzrastającą liczbą bezrobotnych na początku lat 90. było uelastycznienie systemu emerytalnego, dzięki czemu wiele osób skorzystało z możliwości przejścia na renty i wcześniejsze emerytury (Ostrowska i Sikorska 1996). Niektórzy badacze zdrowia publicznego w czynniku tym upatrywali zmniejszenie stresów związanych z wykonywaniem pracy zawodowej u tych osób i w konsekwencji obniżenia ryzyka zawału, częstej przyczyny zgonów. Gwałtowne zmniejszenie umieralności z tych przyczyn nastąpiło jednak przede wszystkim w znacznie młodszych grupach wieku, które raczej nie podlegały możliwości przejścia na wcześniejszą emeryturę. Wyjaśnienie to mogłoby więc tylko częściowo tłumaczyć zaistniałą sytuację. Na początku lat 90. sytuacja materialna emerytów nie przedstawia się zresztą korzystnie i bezstresowo: wysokość realnych wynagrodzeń i emerytur rozpoczyna swój wzrost dopiero w 1993 r. Warto także pamiętać o wynikach licznych badań, świadczących, że przejście na emeryturę nie jest przez większość osób oceniane jako zjawisko wyłącznie pozytywne i bezstresowe (Pądich 1996).



Od roku 1994 notujemy już wyraźną poprawę wielu wskaźników makroekonomicznych, świadczących o dokonującym się wzroście gospodarczym: wskaźnik PKB w ciągu czterech lat wzrósł o 24,6%, nastąpiło ożywienie gospodarcze i wzrost stopy życiowej ludności. Przeciętne wynagrodzenie wzrosło wówczas o 15,7%, renty i emerytury – o 12%. Stopniowemu obniżeniu ulegała też stopa bezrobocia – od 16% w roku 1994 do 10,6% w 1997. Obniżał się tym samym poziom stresu społecznego i poczucie zagrożenia, rosły zaś wskaźniki satysfakcji z życia, poczucie optymizmu (CBOS 1996) i zadowolenie ze swojej sytuacji materialnej (Beskid 1997). Ożywieniu gospodarczemu towarzyszyły istotne dla zdrowia działania na rzecz ochrony środowiska; widać wyraźną poprawę warunków ekologicznych. Dotyczy ona praktycznie wszystkich najważniejszych ich parametrów: zmniejsza się wyraźnie emisja pyłów, dwutlenku siarki i ołowiu oraz liczba miast nie posiadających oczyszczalni ścieków (Kirschner 1999). Dalszej poprawie ulegają wskaźniki umieralności i długości życia. W roku 1997 przeciętna długość życia dla mężczyzn wynosiła 68,5 lat, a dla kobiet 77,0, i były to najwyższe wysokości, jakie kiedykolwiek zanotowano w Polsce.

Połowa lat 90. przynosi więc znacznie więcej makrospołecznych uzasadnień dla poprawy zdrowia i samopoczucia społeczeństwa. Normalizacja sytuacji, poprawa poziomu życia i warunków środowiskowych, coraz skuteczniejsze mechanizmy przystosowawcze i zmniejszanie się stresu społecznego stanowią podstawę dalszej, postępującej poprawy wskaźników zdrowia i samopoczucia społeczeństwa.

Niezależnie od ogólnych wskaźników poziomu życia społeczeństwa, próba identyfikacji zmiennych odpowiedzialnych za długość życia nawiązywać musi do wszystkich czynników indywidualnych i społecznych, które są odpowiedzialne za kształtowanie zdrowia. Przedstawione wcześniej zjawiska i procesy społeczne wpływają na ogólny poziom życia i zdrowia ludności, stanowią jednak tylko pewną makrospołeczną ramę wyznaczającą strukturę możliwości dla indywidualnych obszarów decyzji związanych ze zdrowiem.

Zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy epidemiologicznej za czynniki bezpośrednio wpływające na zdrowie (w kolejności ich doniosłości) uważa się: styl życia, czynniki środowiska społecznego, czynniki biologiczne, opiekę zdrowotną, czynniki środowiska fizycznego (zob. Ostrowska 1997). Każdy z nich na swój sposób wpływa na stan zdrowia społeczeństwa, przy czym różnią się one między sobą zarówno siłą oddziaływania, jak i jego dynamiką. Można więc przypuszczać, że zdecydowana poprawa opieki zdrowotnej (choć nie jest główną determinantą stanu zdrowia) szybciej doprowadzi do pożądaných zmian niż oddziaływanie środowiskowe, choć ogólnie ich rola jest większa. Ani

obiektywne wskaźniki, ani oceny służby zdrowia w latach 90. nie wskazują jednak na poprawę w jej funkcjonowaniu. Z kolei czynniki biologiczne (genetyczne) najtrudniej i najwolniej poddają się zmianie czy oddziaływaniu, a więc także one nie mogły w ciągu ostatnich lat wpłynąć w wyraźniejszy sposób na statystykę długowieczności. W przypadku stylów życia – które w największym zakresie kształtują pole zdrowia – pozostaje pytanie: jak wiele ich elementów musi ulec zmianie i na ile te zmiany muszą być głębokie, aby ich efekt zdrowotny był widoczny w skali społecznej? Po jakim czasie od wprowadzenia zmian zaobserwujemy poprawę zdrowia? Badania epidemiologiczne prowadzone od wielu lat w różnych krajach pokazują, że to właśnie zmiany w stylu życia mogą mieć najbardziej znaczący wpływ na kondycję zdrowotną społeczeństwa. Wyniki kontrolnych badań klinicznych wskazują ponadto, że spośród czynników stylu życia widoczne efekty w stosunkowo krótkim czasie (szczególnie w przypadkach najbardziej nas trapiących chorób układu krążenia) mogą być uzyskane poprzez zmianę sposobu odżywiania (Zatoński 1996) oraz zmniejszenie konsumpcji alkoholu (Kopczyński i Halik 1997).

Klasyczne prospektywne badanie zachodnie („Alameda County”) mające na celu zbadanie związku między stylem życia a długością życia wykazało istotne znaczenie takich elementów, jak 7–8 godzin nocnego snu, codzienne spożywanie śniadania, niejedzenie między posiłkami, utrzymywanie w normie wagi, aktywność fizyczna w czasie wolnym, umiarkowane spożycie alkoholu i niepalenie nigdy papierosów. Różnice w przeciętnym trwaniu życia między osobami w średnim wieku, które realizowały sześć z tych czynności i mniej niż trzy – wynosiły 11 lat dla mężczyzn i 7 lat dla kobiet (Berkman i Breslow 1983). Inne znane badania („European Health and Behaviour Research Survey”) prezentują dłuższą listę czynników, wprowadzając do niej także m.in. unikanie stresu i umiejętności jego rozładowania oraz wykonywanie okresowych badań profilaktycznych (Wardle i Steptoe 1991). W Polsce popularne kampanie z zakresu promocji zdrowia koncentrują się przede wszystkim na czterech elementach: odpowiednia dieta, unikanie alkoholu i tytoniu oraz aktywność fizyczna. Szczególnie duże znaczenie przykładają się do zwalczania palenia tytoniu i propagowania diety eliminującej tłuszcze zwierzęce i cholesterol, a zalecającej spożywanie produktów bogatych w błonnik, wapń, przeciwutleniacze i flawonidy (owoce, warzywa, produkty mleczne). Wiąże się to przede wszystkim z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, które są w Polsce główną przyczyną przedwczesnych zgonów.

Inspiracją dla socjologicznych badań nad prozdrowotnym stylem życia stała się przede wszystkim koncepcja stylu życia Maxa Webera, na mocy której zachowania te winny być rozpatrywane w kontekście sytuacji życiowej, w jakiej



ludzie się znajdują, a która przesądza o ich możliwościach wyboru i dostępnych opcjach zachowań. Sytuacja ta, to – zgodnie z Weberem – przede wszystkim miejsce zajmowane przez jednostki w strukturze klasowej, ale warto uwzględnić tu także płeć, cykl życia, miejsce zamieszkania itd. (Ostrowska 1999b). Warunki życia, dostęp do opieki zdrowotnej, prozdrowotne zachowania i style życia są różne w różnych segmentach struktury społecznej. Niewątpliwie więc w różny sposób i z różną dynamiką oddziałują na ogólny stan zdrowia społeczeństwa, a w konsekwencji także przeciętną długość życia<sup>2</sup>.

Potwierdzeniem istnienia u nas znacznych nierówności w zdrowiu związanych z pozycją społeczną są wyniki badań stanu zdrowia ludności Polski (GUS 1997). Jeżeli jako czynnik dobrze charakteryzujący pozycję społeczną przyjąć wykształcenie, to widać wyraźnie, że wraz ze wzrostem wykształcenia maleją przeciętne liczby chorób przewlekłych na osobę, jak również średnia liczba schorzeń wskazywana przez osoby chore. Osoby z niższych grup wykształcenia nie tylko częściej chorują, także ich choroby kumulują się w większym stopniu. Szczególnie wyraźne różnice pojawiają się na styku grupy osób posiadających wykształcenie podstawowe lub niższe – a wszystkimi pozostałymi. Wykształcenie podstawowe stanowi więc granicę wyznaczającą przedziały lepszego i gorszego stanu zdrowia, choć oczywiście nie tylko wykształcenie jest za te różnice odpowiedzialne (Ostrowska 1999b).

Rozpatrując czynniki, które mogły się przyczynić w ciągu krótkiego okresu do poprawy wskaźników zdrowia społeczeństwa, skoncentruję się przede wszystkim na wybranych elementach stylu życia – na sferze zachowań związanych ze zdrowiem, a także ze zróżnicowaniami istniejącymi w tym względzie, generowanymi przede wszystkim przez czynniki pozycji społecznej.

## CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE PROZDROWOTNE STYLE ŻYCIA W OKRESIE PRZEMIAN

Zainicjowane w roku 1990 przemiany polityczne i ekonomiczne, a szczególnie wprowadzanie zasad gospodarki wolnorynkowej, otwarcie na Zachód i aspiracje do członkostwa we wspólnocie europejskiej stały się istotnym czynnikiem modyfikującym style życia Polaków. Postępujące zmiany społeczno-ekonomiczne dostarczają coraz nowych opcji wyboru i systematycznie zmieniają strukturę szans ich realizacji. Pojawienie się wyraźniejszej stratyfikacji

<sup>2</sup> Statystyki umieralności w Polsce nic nam niestety nie mówią o długości życia poszczególnych warstw społecznych. Karty zgonów będące podstawą statystyk umieralności nie uwzględniają u nas żadnych parametrów społecznych.

cji społecznej (postępujący wzrost różnic w dochodach, a także silniejszy ich związek z wykształceniem i kwalifikacjami) oraz wachlarz nowych wzorów i możliwości w zakresie wyborów składających się na styl życia wpływają także na różnicowanie się zachowań związanych ze zdrowiem. Na kształtowanie nowych wzorów tych zachowań mają również istotny wpływ przychodzące z Zachodu mody na aktywność prozdrowotną i smukłą wysportowaną sylwetkę, od dawna kultywowane tam przede wszystkim przez przedstawicieli klas wyższych i średnich. Wolny rynek sprzyja jednocześnie „urynkowieniu” zdrowia. Lista produktów i form aktywności niezbędnych dla dobrego zdrowia staje się coraz dłuższa. Zdrowie, zdrowe ciało, zdrowy wygląd jest tematem wszechobecnym w telewizji, czasopismach, supermarketach. Potężną dźwignią zmian zarówno na korzyść (margaryna), jak i niekorzyść zdrowia (papierosy) staje się reklama, która nie istniała w poprzednim systemie, a która przez „łatwowiernego” konsumenta jest traktowana bardzo dosłownie.

Prozdrowotne wybory niekoniecznie muszą korespondować z wyższym dochodem, jednak w opinii Polaków zdrowy styl życia jest rzeczą kosztowną i czasochłonną – wymagającą pieniędzy i wyrzeczeń; 42% respondentów wyraziło przekonanie, że społeczeństwo polskie jest zbyt biedne, aby realizować prozdrowotny styl życia (CBOS 1995). Statystyki wskazują jednak pojawienie się pewnych pozytywnych przemian, szczególnie widocznych w strukturze odżywiania, a także przemian we wzorach konsumpcji alkoholu. Trudno tu oczywiście powiedzieć, czy i w jakim stopniu na poprawę tę miał wpływ wzrost świadomości zdrowotnej i przejmowanie odpowiedzialności za własne zdrowie, na ile zaś mechanizmy rynkowe i struktura cen. Warto jednak zwrócić uwagę, że działania te były połączone; kampanie reklamowe wielu nowych produktów wskazywały nie tylko na ich korzystne ceny, ale także aspekty zdrowotne (np. tłuszczów roślinnych, jogurtów). Były one na ogół poparte wypowiedziami ekspertów medycznych, co przy wysokim autorytecie i znacznej gotowości Polaków do oddawania swego zdrowia pod opiekę medycyny musiało pełnić dodatkowe, wzmacniające funkcje. Można także przypuszczać, że pewną pozytywną rolę odegrała reklama w kwestii spożycia alkoholu. Lansowała ona picie piwa w sytuacjach, w których ludzie tradycyjnie sięgali po wódkę. Zaowocowało to wzrostem konsumpcji piwa i spadkiem konsumpcji mocnych alkoholi, zmniejszając tym samym przeciętne spożycie czystego alkoholu.

Z punktu widzenia promocji zachowań prozdrowotnych negatywnie należy natomiast ocenić reklamy papierosów, odwołujących się do atrakcyjnych wartości społecznych, szczególnie dla ludzi młodych: wolności, niezależności, przygody. Sprawilo to, że zagraniczne marki papierosów stały się przejawem gustu i stylu życia znamionującego sukces w amerykańskim stylu.



Mimo załączanych do nich informacji ministra zdrowia o szkodliwości palenia tytoniu są one niewątpliwie odpowiedzialne za ciągle wysokie spożycie papierosów, a także obniżający się wiek inicjacji ich palenia.

Wiele spośród tych niekoniecznie nastawionych na ochronę zdrowia działań rynku wzmacniały planowane kampanie z zakresu edukacji zdrowotnej, choć ich zasięg nie był tak intensywny i masowy. Zaktualizowany w 1966 r. Narodowy Program Zdrowia, określający m.in. zadania państwa w sferze kształtowania prozdrowotnych stylów życia i podnoszenia jego jakości, stymulował rozwój lokalnych programów na rzecz zdrowia. Powstały liczne programy prozdrowotne, adresowane do określonych środowisk – szkół, zakładów pracy, szpitali, społeczności lokalnych. Jednak trudności finansowe, słabość struktur poziomych i brak aktywnych środowisk lokalnych sprawiał, że działania te ciągle nie osiągnęły znaczącej widzialności społecznej.

Innym czynnikiem wymuszającym dbałość o własne zdrowie stał się pogłębiający się w latach 90. kryzys opieki zdrowotnej. Powszechnej pozytywnej ocenie rynku towarów i usług nie towarzyszą pozytywne oceny usług medycznych lub też są one wyraźnie zróżnicowane ze względu na sektor – prywatny i państwowy. W Polsce na ogół pozytywnie oceniano usługi lekarzy prywatnych, nawet gdy obszar ich działalności w stosunku do zakresu usług publicznej służby zdrowia była znikomy. W latach 90. konsekwentnie ocenia się prywatną służbę zdrowia korzystniej; pozytywnej ocenie w przypadku państwowej służby zdrowia podlega wyłącznie jej dostępność finansowa. Oceny jej funkcjonowania ulegają ponadto systematycznemu pogorszeniu. W roku 1993 – a więc gdy zaczynają się poprawić oceny innych sektorów – ocenia pozytywnie służbę zdrowia 43% osób, ale już tylko 25% w roku 1996 (CBOS 1998b). Pokazuje to wyraźnie, że w okresie postępującej stabilizacji sytuacji społecznej i przystosowania do nowego systemu społeczno-ekonomicznego, problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i uciążliwości związane z korzystaniem z niego nie ulegają zmniejszeniu.

W latach 1996–1998, mimo braku zasadniczych działań reformatorskich, można zaobserwować niewielką poprawę stosunku do publicznej służby zdrowia. Może się to wiązać ze wzrostem sektora coraz bardziej kosztownych usług prywatnych, przez co bardziej docenia się usługi bezpłatne. Rozszerzająca się oferta usług prywatnych odciąża także nieco napór na państwową służbę zdrowia, przez co jej usługi stają się dostępnejsze. W sumie jednak niesatysfakcjonująca i powszechnie krytykowana działalność państwowej służby zdrowia (spotęgowana chaosem po wprowadzeniu w 1999 r. reformy – choć ewentualny wpływ tego faktu uwidoczni się dopiero w następnej dekadzie!) poza frustracją

wielu jej użytkowników mogła sprzyjać większej dbałości o zachowanie własnego zdrowia, skoro na pomoc systemu ochrony zdrowia nie zawsze można liczyć.

Wśród czynników zachęcających do realizacji prozdrowotnego stylu życia warto wymienić także dokonującą się – jak sędzę – w pewnej części społeczeństwa zmianę w postrzeganiu wartości i roli zdrowia dla codziennej aktywności, sprawności, realizowanych zadań i wyzwań. Rola zdrowia jest coraz częściej brana pod uwagę jako czynnik kształtujący indywidualne kariery, modyfikator szans i osiągnięć życiowych (Ostrowska 1997). Przeciwwagą dla tak postrzeganej wartości zdrowia stanowi jednak pojawiające się czasem przekonanie o niezgodności prozdrowotnych zachowań z kulturowym wzorcem przyjemnego życia. Wymagają one wysiłku, samokontroli, wyrzeczeń i ograniczeń w „używaniu życia” (Kawczyńska-Butrym 1995).

Oczywiście wszystkie przedstawione czynniki i okoliczności kształtujące sprzyjającą zdrowiu konsumpcję nie dotyczyły w jednakowym stopniu całego społeczeństwa. Poszczególne jego segmenty reagowały różnie na coraz to nowe towary, usługi, mody, informacje i w różnym stopniu mogły z nich skorzystać. Wpływały na to zarówno odmienne czynniki statusowe, kulturowe, jak i odmienny stosunek do przekształcającej się rzeczywistości lub raczej zdolność do wyzbycia się pewnych negatywnych elementów „dziedzictwa przeszłości”.

Z punktu widzenia możliwości dokonywania prozdrowotnych wyborów do ważnych charakterystyk realnego socjalizmu zaliczyć należy znaczną uniformizację stylów życia, wynikającą zarówno z egalitaryzacji wprowadzanej z przyczyn ideologicznych, jak i ograniczonych możliwości rynku towarów i usług, oraz znaczny stopień uzależnienia obywateli od wszelkiego rodzaju formalnych instytucji państwowych. Sprzyjały temu zasady regionalizacji dostępu do wielu świadczeń (lekarz, przychodnia, szpital). Zasada socjalistycznego państwa opiekuńczego działającego poprzez wyspecjalizowane instytucje zdejmowała z obywatela odpowiedzialność za wiele sfer jego życia (także zdrowia), podejmując za niego decyzje, które w warunkach demokratycznych są przedmiotem indywidualnego wyboru. Następowало więc daleko posunięte uzależnienie życia jednostek od instytucji. W obszarze zdrowia i medycyny sytuacja ta prowadziła także do wzmocnienia autorytetu medycyny i oczekiwań związanych z jej możliwościami. Nie stanowiło to oczywiście sprzyjającego czynnika do dbania o swoje zdrowie poprzez własną aktywność z zakresu prozdrowotnego stylu życia. Zmiana tej sytuacji po roku 1989 dawała więc wielu osobom szansę na realizację zablokowanych preferencji i aspiracji, wielu jednak – stwarzała autentyczne trudności związane z koniecznością dokonywania wyborów i ponoszeniem za nie odpowiedzialności.



## REALIZACJA PROZDROWOTNEGO STYLU ŻYCIA

Statystyki zbiorowego spożycia wskazują na wiele korzystnych zmian w strukturze odżywiania społeczeństwa, szczególnie w zakresie eliminacji czynników ryzyka chorób układu krążenia. Wyraźny jest spadek konsumpcji czerwonego mięsa (szczególnie wołowego) na rzecz drobiu. Zmniejsza się konsumpcja mleka pełnotłustego, a także tłuszczów zwierzęcych na rzecz roślinnych. Można zaobserwować postępujący wzrost spożycia owoców, szczególnie wyraźny w przypadku owoców cytrusowych, bogatego źródła przeciwutleniaczy (Sekuła i in. 1997). Warto dodać, że praktycznie cały przyrost konsumpcji tych owoców, dostępnych obecnie w sprzedaży przez cały rok, dokonał się w latach 1989–1992 i przez niektórych specjalistów od zdrowia publicznego był postrzegany jako istotny czynnik zanotowanego w tym okresie nieoczekiwanego zmniejszenia umieralności (Zatoński 1996).

W efekcie tych przemian w jadłospisach Polaków korzystnie zmieniła się proporcja spożywanych kwasów tłuszczowych wielonienasyconych do nasyconych, nastąpił spadek spożycia produktów o wysokiej zawartości cholesterolu, wzrost zaś tych zawierających przeciwutleniacze i flawonidy. Syntetyczną miarą dokonanych zmian jest porównanie struktury wartości energetycznej spożywanej żywności. W roku 1989 proporcja energii z artykułów pochodzenia zwierzęcego do roślinnego kształtowała się jak 36,2:63,8%, w roku 1992 34,5:65,5%, w roku 1995 natomiast – 30:70% (Sekuła i in. 1997). Także w świadomości społecznej istnieje powszechne przekonanie, że Polacy odżywiają się zdrowiej. W badaniu CBOS (1998a) prawie połowa respondentów zadeklarowała, że ich sposób odżywiania jest zdrowszy niż 10 lat wcześniej, a więc przed wprowadzeniem gospodarki wolnorynkowej. Warto tu także zauważyć, że ogólne kierunki zmian spożycia były podobne w gospodarstwach o niskich i wysokich dochodach (Beskid 1997).

Badania spożycia alkoholu wskazują, że po gwałtownym, niemal dwukrotnym, wzroście jego konsumpcji w latach 1989–1991 (od 6 do 10–11 litrów czystego spirytusu na osobę rocznie), od roku 1992 obserwuje się zmniejszenie jego spożycia i stabilizację na poziomie 8,5–9 litrów na osobę rocznie (Zieliński, Sierosławski 1997). Spadek ten dokonuje się w tym samym czasie, w którym pojawiają się pierwsze symptomy poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, a także wzrost optymizmu i wzrastającego przystosowania do nowych reguł. Obniżeniu uległ przede wszystkim odsetek osób pijących najwięcej (powyżej 12 litrów rocznie), a więc takich, dla których alkohol stanowi poważne zagrożenie zdrowia<sup>3</sup>. Należy jednak także odnotować wzrost częstości spożycia alkoholu

<sup>3</sup> Za picie niebezpieczne dla zdrowia (a nie tylko ryzykowne) uważa się przekroczenie poziomu

wśród osób pijących stosunkowo najmniejsze jego ilości (do 1,2 litra rocznie), przede wszystkim konsumentów piwa.

Analizując problem palenia tytoniu (będące najpoważniejszym, pojedynczym czynnikiem zagrożenia zdrowia ludności), trzeba stwierdzić, że liczba palących jest w Polsce ciągle wysoka, a jej spadek – choć widoczny – jest jednak powolny. Zmienia się natomiast struktura palaczy; wzrasta odsetek osób nigdy nie palących i maleje częstość palenia wśród mężczyzn. Wzrasta jednak odsetek palących kobiet. Obniża się także wiek inicjacji palaczy. W połowie lat 90. sięgało po tytoń 18% chłopców i 8% dziewcząt w wieku 11–15 lat (Woinarowska 1999). Na zmniejszenie negatywnych następstw zdrowotnych palenia miała jednak pewien wpływ działalność regulacyjna państwa, polegająca na wprowadzeniu w 1991 r. norm zawartości ciał smołowych i nikotyny w dopuszczanych do sprzedaży papierosach (Zatoński 1996). W drugiej połowie lat 90. realizowane były liczne masowe kampanie edukacyjne i programy nastawione na ograniczenie palenia tytoniu (np. „Rzuć palenie razem z nami” „Gazety Wyborczej”). Istniejące dane pozwalają stwierdzić, że wpłynęły one na zmniejszenie odsetka palaczy o ok. 10%.

Wyniki badań socjologicznych przeprowadzonych zarówno na początku, jak i w połowie dekady (zob. Ostrowska 199b), wskazują, że prozdrowotne style życia – przez które rozumielibyśmy pewien spójny wzór zachowań – nie są często realizowane przez Polaków. W przypadku większości osób można raczej mówić o obecności w ich życiu pojedynczych zachowań związanych ze zdrowiem. Różne grupy społeczne w rozmaity sposób łączą zachowania „pro- i antyzdrowotne”, co nie znaczy oczywiście, że nie są one elementami innych spójnych całości składających się na style życia tych grup wraz z innymi zachowaniami odzwierciedlającymi ich „sposób bycia w społeczeństwie”. Analiza sposobów dbania o zdrowie pokazuje jednak, że zarysowują się pośród nich dwie niezależne tendencje.

Pierwszy, dominujący, typ tworzą działania prozdrowotne, na które składają się zachowania związane z medycyną, drugi wymiar – zachowania związane z prozdrowotnym stylem życia<sup>4</sup>. Niezależność obu rodzajów zachowań świadczy o braku jednego, zuniformizowanego wzorca dbania o zdrowie, w którym współgrałby aktywny, prozdrowotny styl życia z aktywnym korzystaniem z medycyny (choć możliwości takiej nie wyklucza przecież ani gorszy stan zdrowia, ani podeszły wiek). Większa skłonność do dbania

10 litrów czystego alkoholu rocznie w przypadku mężczyzn i 7,5 litra w przypadku kobiet.

<sup>4</sup> Wyniki odpowiednich analiz wykonanych na danych z badania CBOS (1993) i IFiS PAN z 1995 r. znajdzie czytelnik w mojej książce *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia* (Ostrowska 1999).



o zdrowie w oparciu o kontakty z medycyną wskazuje na istnienie w społeczeństwie polskim silniejszej tradycji i większej popularności modelu „walki z chorobami” niż budowania potencjału zdrowia.

Najsilniejszą tendencją do zachowań prozdrowotnych realizowanych jako pewien konsekwentny styl życia zaobserwowano wśród osób, które zidentyfikować można jako nową klasę średnią. Pojawianiu się ich sprzyjała relatywnie wyższa pozycja społeczno-zawodowa, wykształcenie, fakt zamieszkiwania w większych miastach, a także zespół specyficznych odczuć i orientacji życiowych. Składały się nań: wiara we własne możliwości, gotowość do aktywnego budowania własnej kariery, posiadanie celu życiowego, poczucie zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych i brak obaw o sytuację materialną w przyszłości.

Pod koniec lat 90. wzrosła częstotliwość realizacji poszczególnych zachowań prozdrowotnych (spośród zmian korzystnych niewątpliwie należy odnotować wzrost odsetka osób deklarujących abstynencję od alkoholu i tytoniu; wzrósł on odpowiednio o 6,7 i 7,1%), wiele z nich jednak pozostało na poziomie zanotowanym w połowie dekady. Nie uległa też zasadniczej zmianie samoocena stanu zdrowia i samopoczucia psychicznego. Być może więc, po zmianach zachodzących ze znaczną dynamiką w pierwszej połowie lat 90. obserwujemy okres pewnej stabilizacji tendencji; szybko dokonujące się zmiany na rynku towarów i usług miały wyraźniejszy wpływ na style życia na początku dekady niż obecnie. Pojawiające się nowości zostały zaabsorbowane, lecz nie pobudziły już dalszego wyraźnego wzrostu. Prawdopodobnie dalsze zmiany w kierunku powszechniejszej realizacji prozdrowotnego stylu życia (które, miejmy nadzieję, nastąpią) będą już powolniejsze, a ich siłą napędową stanie się w większym stopniu wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa niż elementy rynkowe.

Realizacja wielu elementów prozdrowotnego stylu życia kształtuje się jeszcze na zbyt niskim poziomie, szczególnie w niższych warstwach społecznych. Różnicami tymi zajmę się w dalszej części artykułu. Teraz przyjrzyj się, jak ogólnie przedstawia się w naszym kraju – w świetle badań przeprowadzonych przez IFIS PAN w 1999 r. – realizacja zachowań związanych ze zdrowiem. Przedmiotem naszego zainteresowania będą przede wszystkim elementy praktyk higienicznych i sposobu odżywiania, aktywność fizyczna, odpoczynek, używki, reakcje na stres i korzystanie z opieki medycznej.

Na wstępie trzeba stwierdzić, że z codzienną higieną osobistą jest różnie; 41,6% osób myje codziennie całe ciało i tyle samo czyni to kilka razy w tygodniu. Codzienne mycie głowy (włosów) jest zwyczajem tylko 10,8% osób, natomiast aż 26% czyni to tylko kilka razy w miesiącu.

Wśród produktów żywnościowych spożywanych codziennie lub prawie codziennie pojawiają się przede wszystkim ziemniaki (94,4%), czerwone mięso (73,3%), mleko i przetwory mleczne (74,3%) oraz – co warto podkreślić – soki owocowe, owoce i surówki (73,7). Ciągle znacznie niższe od czerwonego mięsa jest jednak spożycie ryb (22,2) i drobiu (53,6), a ziemniaki nie obawiają się konkurencji innych gotowanych warzyw (53,2). Przede wszystkim tłuszcze roślinne spożywa 41,4% osób, natomiast wyłącznie zwierzęce 13,4%. Jedynie co piąta osoba zażywa witaminy lub preparaty witaminowe. Istotny z punktu widzenia zdrowego odżywiania wymóg jedzenia śniadania przed wyjściem z domu spełnia 75,8 badanych; prawidłową wagę ciała utrzymuje 56,6%, a 21,7% ma niewielką nadwagę (do 5 kg).

Na ogół dość kalorycznej – jak można wywnioskować – diecie towarzyszy raczej umiarkowana aktywność fizyczna. Tylko połowa badanych zażywa trochę ruchu (spacer, gimnastyka); 11,4% uprawia bardziej intensywne ćwiczenia fizyczne.

Polacy na ogół (87,7%) śpią dostatecznie długo, tzn. przynajmniej siedem godzin na dobę, choć nie jesteśmy w stanie nic powiedzieć o jakości tego snu. Poza tym, 38,3% osób co najmniej kilka razy w tygodniu kładzie się, odpoczywa biernie w ciągu dnia. Natomiast 29,7% pracuje zawodowo więcej niż 8 godzin dziennie.

Papierosy pali codziennie 37,1%, okazjonalnie zaś 6,0%. Ponad połowa stałych palaczy pali paczkę papierosów dziennie. Pewne trudności stwarza dostarczenie wiarygodnych danych dotyczących spożywanego alkoholu; o dość częstym piciu mówi 8,5% badanych o raczej rzadkim 50,1%, ale oczywiście są to wielkości orientacyjne. Badacze konsumpcji alkoholu w naszym kraju stwierdzają natomiast, że dokonuje się u nas zmiana wzorca picia. Wzrasta odsetek osób pijących różne alkohole, ale często nie jest to więcej niż odpowiednik 100 g wódki (Zieliński i Sierosławski 1997).

O stałym zażywaniu środków uspokajających mówi orientacyjnie co dziesiąty badany (zażywa je codziennie 3,3%, kilka razy w tygodniu – 7,1% osób). Chodzi tu o leki popularnie określane jako działające „na uspokojenie nerwów”, a zażywanie ich wiąże się zwykle z potrzebą redukcji napięcia i stresu. Najczęściej wymienianymi sposobami łagodzenia stresu czy zdenerwowania jest poszukiwanie wsparcia i zrozumienia u bliskiej osoby (41,8%), sięgnięcie po papierosa (30,2%), modlitwa (22,0%). Dziś (Lazarus 1997) uważa się, że z punktu widzenia zdrowotnych następstw najbardziej skuteczne i dojrzałe są strategie odwołujące się do wsparcia społecznego i podtrzymania emocjonalnego.

Ostatnią grupę zachowań związanych ze zdrowiem stanowią dla nas zachowania medyczne, realizowane poprzez kontakt ze służbą zdrowia. Ponad



80% badanych odwiedzało lekarzy w ciągu ostatnich dwóch lat, a ponad 1/3 z nich co najmniej kilkanaście razy. Trudności z uzyskaniem wizyty lekarskiej sprawiają, że większość osób (57,6%), którym coś dolega, decyduje się na wizytę dopiero w ostateczności. Z kolei 11,1% deklaruje, że udaje się do lekarza natychmiast, gdy uznaje to za potrzebne. Warto dodać, że odsetki osób przejawiających te dość skrajne zachowania były niemal takie same w 1995 r. Zwiększyła się natomiast proporcja osób realizujących badania kontrolne, choć nie jest ona wciąż dostatecznie wysoka. Prawie połowa Polaków (49,5%) stwierdza, że nie chodzi na takie badania, gdy czuje się zdrowa.

Podobny odsetek kobiet nie wykonuje w ogóle samobadania piersi pod kątem zmian nowotworowych, a co czwarta robi to zbyt rzadko.

Reasumując, warto wskazać, że prozdrowotne zachowania Polaków nie są jeszcze dostatecznie powszechne i dotyczy to wszystkich analizowanych wymiarów. Trzeba też przyznać, że niewątpliwie dokonało się już wiele korzystnych zmian, szczególnie w aspekcie odżywiania i używek. Ciągłe jednak jemy zbyt kalorycznie, spożywamy zbyt dużo cholesterolu, przejawiamy zbyt mało aktywności fizycznej, nie potrafimy uporać się ze stresem, zbyt często sięgamy po papierosy, zbyt rzadko zaś po mydło.

Poszukując wspólnych wymiarów przedstawionych wyżej zachowań można wyodrębnić dwa współlistniejące niezależne od siebie wzory zachowań sprzyjających zdrowiu (choć oczywiście niekoniecznie nastawionych intencjonalnie na realizację tego celu). Tabela 1 przedstawia wyniki analizy czynnikowej dla wybranych zachowań.

Pierwszy wzór zachowań określają przede wszystkim częste praktyki higieniczne, właściwa dieta, aktywność fizyczna, a także rozbudowane kontakty z innymi ludźmi – potencjalne źródłem wsparcia – oraz aktywne spędzanie wolnego czasu (zainteresowania, hobby). Wzór ten można określić jako aktywnie promujący zdrowie. Drugi rodzaj zachowań jest najwyraźniej charakteryzowany poprzez kontakty z medycyną i raczej „oszczędzający” tryb życia – a także co warto podkreślić – negatywny stosunek do używek. Ani unikanie papierosów, ani alkoholu nie cechowały natomiast zwolenników wzoru pierwszego. Drugi jest zatem wzorem dbania o zdrowie poprzez kontakty z medycyną i raczej unikanie zachowań postrzeganych jako szkodliwe niż aktywna realizacja aktywności pozytywnej, nastawionej na budowanie potencjału zdrowia. Tę rozdzielność obu wzorców sygnalizowały już dane badania IFiS PAN z 1995 r., mówiliśmy jednak wtedy raczej o realizacji określonych zachowań prozdrowotnych niż spójnego wzorca tych zachowań, który można by określić mianem prozdrowotnego stylu życia. Przeprowadzone obecnie analizy wskazują na jego wyodrębnianie.

Tabela 1. *Wzory zachowań sprzyjających zdrowiu. Wagi czynnikowe w dwóch wymiarach\**

Częstość realizowanych zachowań	I	II
Mycie całego ciała	0,65	–
Spożywanie soków, owoców, surówek	0,59	–
Mycie głowy (włosów)	0,57	–
Kontakty towarzyskie	0,49	–
Uprawianie sportu	0,47	–
Posiadanie hobby, zainteresowań	0,47	–
Spożywanie ryb	0,45	–
Spożywanie drobiu	0,43	–
Kontakty z rodziną	0,41	–
Wizyty u lekarza	–	0,66
Dążność do szybkiego kontaktu z lekarzem	–	0,52
Przyjmowanie witamin	–	0,49
Palenie papierosów	–	–0,48
Realizacja badań profilaktycznych	–	0,47
Konsumpcja alkoholu	–	–0,45
Dodatkowa praca, dorabianie	–	–0,41
Praca powyżej 8 godzin dziennie	–	–0,41
Odpoczynek bierny, leżenie w ciągu dnia	–	0,36

\* W tabeli przytoczone są wagi czynnikowe uzyskane metodą głównych składowych. Pominięto w niej wartości wag dla zmiennych „lokujących” się stosunkowo najniżej w każdym z czynników. Przedstawione w tabeli dwa czynniki wyjaśniały odpowiednio 16,5% i 13,3% wariacji. W wyniku analizy wyodrębniono także trzy dalsze czynniki, wyjaśniające 7,8%, 7,0% i 6,6% wariacji, których nie analizuję w tym artykule.

Już sam układ przedstawionych wymiarów sugeruje, że pierwszy z nich będzie realizowany przez osoby młodsze, aktywniej nastawione do życia, drugi natomiast – przez osoby starsze, o gorszym stanie zdrowia, a tym samym, być może, bardziej przywiązanych do tradycyjnych, opartych na medycynie sposobów dbania o nie, niż akceptujących zasadę „twoje zdrowie w twoich rękach”. Nie są to jednak jedyne różnice. Analiza regresji wielorakiej zmiennych społeczno-demograficznych na realizację obu wyodrębnionych wzorów wskazuje także wyraźniejszą dyspozycję kobiet do realizacji wzoru opartego na medycynie przy jednoczesnym braku wpływu zmiennych statusowych oraz związek wzoru aktywnych zachowań prozdrowotnych z tymi zmiennymi.

Realizacji zachowań wchodzących w skład wzoru aktywnej budowy zdrowia sprzyjają więc przede wszystkim relatywnie młodszy wiek i wyższe wykształcenie i w znacznie mniejszym stopniu sytuacja materialna i wielkość



Tabela 2. Związek zachowań medycznych i zachowań prozdrowotnych z wybranymi cechami położenia społecznego. Standaryzowane współczynniki regresji wielorakiej (wagi beta)\*

Zmienne wyjaśniające	Wagi beta	
	Zachowania prozdrowotne	Zachowania medyczne
Wiek	-0,23	0,31
Płeć (M-1, K-2)	0,05	0,33
Wykształcenie	0,24	0,03
Dochód na osobę w rodzinie	0,07	0,02
Wielkość miejsca zamieszkania	0,09	0,05
Ocena samopoczucia	0,13	-0,02
Ocena stanu zdrowia	0,10	-0,23
R <sup>2</sup>	0,24	0,30

\* Zmiennymi wyjaśnianymi w modelach przedstawionych w tabeli są wagi czynnikowe (*factor scores*) uzyskane na podstawie czynników wyspecyfikowanych w tabeli 1. Zmienne wyjaśniające to: wiek (liczba ukończonych lat); płeć (mężczyźni 1, kobiety 2); wykształcenie będące skalą od 1 (nieukończona szkoła podstawowa) do 7 (ukończone studia wyższe); dochód na osobę w rodzinie obliczony na podstawie deklaracji dotyczących średniej dla ostatnich trzech miesięcy; wielkość miejsca zamieszkania kodowana od 1 (wieś) do 7 (miasta powyżej 500 tys. mieszkańców); oceny stanu zdrowia i samopoczucia, będące pięciopunktowymi skalami od 1 (bardzo złe) do 5 (bardzo dobre).

miejsca zamieszkania. Wzór ten jest więc wyraźniej zdeterminowany cechami społecznymi niż wzór zachowań medycznych, o którego wyborze decydują raczej parametry demograficzne i zdrowotne. Na uwagę zasługuje znacznie większa rola wykształcenia niż sytuacji materialnej dla realizacji prozdrowotnego stylu życia. Oznacza to znacznie wyraźniejszy wpływ kapitału wiedzy, jaki zapewnia wykształcenie (bardziej rozległa świadomość zdrowotna) niż wpływ kapitału materialnego zapewniającego więcej dostępnych wyborów. Oczywiście mówimy tu tylko o tej części obszaru zdrowia, który jest wyjaśniany elementami stylu życia. Sytuacja materialna wpływa jednak bezpośrednio na zdrowie poprzez jego część, którą determinują czynniki środowiskowe (warunki bytowe, bezpieczeństwo socjalne, ekspozycja na czynniki szkodliwe itd).

Wyraźny związek realizacji prozdrowotnego stylu życia z wykształceniem skłania do poszukiwania różnic w tym względzie pomiędzy poszczególnymi grupami społeczno-zawodowymi. Pytanie o różnice w realizacji prozdrowotnego stylu życia między nimi jest jednocześnie pytaniem o to, jakie segmenty

społeczeństwa przyczyniają się przede wszystkim do poprawy ogólnych wskaźników zdrowotności. Jeżeli przyjmujemy, że zarejestrowana w tej dekadzie poprawa zdrowia i przedłużanie się przeciętnej długości życia były nie tylko efektem przemian zachodzących na poziomie makro, lecz także przemian w indywidualnych zachowaniach i stylach życia – odpowiedź na to pytanie jest istotna zarówno dla studiów nad nierównościami w zdrowiu, jak i rozważań nad społecznymi efektami transformacji w Polsce. Analiza odpowiednich danych wskazuje faktycznie na istnienie znacznych różnic pomiędzy poszczególnymi grupami społeczno-zawodowymi w zakresie realizacji stylu życia sprzyjającego zdrowiu.

Tabela 3. Czynnikiowy wskaźnik prozdrowotnego stylu życia a grupy społeczno-zawodowe

Grupa społeczno-zawodowa	Wysokość czynnikowego wskaźnika		
	wysoki	niski	średni
Inteligencja	20,1	32,1	47,8
Pozostali umysłowi	13,1	43,7	43,2
Prywatni przedsiębiorcy	13,1	55,0	31,9
Pracownicy handlu/usług	25,4	44,6	30,0
Robotnicy wykwalifikowani	30,2	46,9	22,9
Robotnicy niewykwalifikowani	41,4	32,0	26,6
Rolnicy	56,2	35,9	7,9

Tabela 3 przedstawia procentowy rozkład zachowań reprezentujących prozdrowotny styl życia w niskim, średnim i wysokim stopniu<sup>5</sup>. Zwraca w niej uwagę nie tylko fakt stopniowo malejącej popularności prozdrowotnego stylu życia w poszczególnych grupach społeczno-zawodowych poczynając od inteligencji, a kończąc na rolnikach, ale także dystans, jaki dzieli rolników od innych grup. Także zachowania określone przez nas jako medyczne są w większości przypadków rzadsze wśród rolników. Oznacza to w konsekwencji utrwalanie się wśród nich niekorzystnych parametrów zdrowia i pogłębianie istniejących nierówności. W porównaniu z inteligencją, która najbardziej konsekwentnie dba o zdrowie, rolnicy dwukrotnie rzadziej wykonują badania

<sup>5</sup> Trzy wyróżnione poziomy odnoszą się do rozkładu wag czynnikowych przypisanych respondentom (*factor loadings*) w wymiarze reprezentującym prozdrowotny styl życia (zob. tab. 1). W kategorii najniższej znaleźli się respondenci usytuowani w tym wymiarze poniżej 0,5 odchylenia standardowego od średniej, respondenci o wartościach zawierających się 0,5 odchylenia standardowego po obu stronach średniej reprezentują średni poziom, natomiast osoby charakteryzujące się wartościami powyżej 0,5 odchylenia standardowego zaliczono do poziomu wysokiego.



profilaktyczne, a kobiety-rolniczki trzykrotnie rzadziej kontrolują piersi pod kątem zmian nowotworowych; prawie trzykrotnie rzadziej rolnicy spożywają soki, owoce i surówki, natomiast dwukrotnie częściej ziemniaki. Codzienne mycie całego ciała jest sześciokrotnie rzadsze wśród rolników niż inteligentów. Ten ostatni wynik nie do końca można usprawiedliwić gorszym wyposażeniem ich gospodarstw w łazienki (w 1998 r. dysponowało nimi 71,3% gospodarstw domowych rolników [GUS 1999]). Warto natomiast zwrócić uwagę, że charakter pracy w rolnictwie naraża na stały kontakt z wszelkiego rodzaju zanieczyszczeniami – kurzem, brudem, potem, związkami chemicznymi.

Zaniedbania w ochronie zdrowia na wsi sięgające okresu przedwojennego, trudne warunki życia, ograniczona partycypacja w dobrach kultury i systemie kształcenia, a także związana z tym niska świadomość zdrowotna prowadzą w konsekwencji do obniżenia się potencjału zdrowotnego ludności rolniczej. Sprzyjają temu procesy starzenia się populacji wiejskiej i niejednokrotnie fatalistyczne postawy związane ze zdrowiem i chorobą (Piątkowski i Ostrowska 1994). Sytuację pogarszają trudności ekonomiczne, jakich doświadcza większość gospodarstw chłopskich po 1989 r., a wszystko to sprawia, że nie tylko wzory prozdrowotnego stylu życia, ale także jakkolwiek dbałość o zdrowie występuje tu rzadziej niż w innych warstwach społecznych.

\*\*\*

Lata 90. są niewątpliwie okresem korzystnych zmian w sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego. Zmiany te są związane zarówno z rozwojem sytuacji gospodarczej kraju, jak i coraz lepszymi mechanizmami przystawiania do życia w nowych warunkach. Spośród czynników indywidualnych istotne znaczenie ma upowszechnianie się prozdrowotnych elementów stylu życia i wzrastające poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie.

Ten optymistyczny obraz nie powinien jednak stanowić przesłanki do upajania się sukcesem. Niepokojące są ciągle społeczne nierówności w zdrowiu, utrwalane nierównościami w determinantach zdrowia. Za coraz efektywniejszymi zachowaniami prozdrowotnymi pracowników umysłowych nie nadążają analogiczne zachowania pracowników fizycznych, a szczególnie rolników. Tak więc również w sferze konsumpcji związanej ze zdrowiem widać podział na „wygranych” i „przegranych”. Można wyrazić obawę, że niwelacja tych różnic nie będzie postępować samoistnie, choćby w wyniku przemian rynkowych, które zainicjowały prozdrowotną konsumpcję w Polsce. Doświadczenia krajów zachodnich wskazują na stabilizację różnic społecznych w sferze zdrowia. Stwierdzono, że w krajach tych od początku lat 80. zanotowana poprawa stanu

zdrowia społeczeństwa dokonuje się niemal wyłącznie poprzez poprawę stanu zdrowia klas średnich i wyższych (Townsend i Davidson 1990; Vagero 1992).

Znacząca w kształtowaniu zdrowia i prozdrowotnych stylów życia rola wykształcenia sugeruje, że najlepszą strategią mającą na celu dalszą poprawę zdrowia społeczeństwa i zmniejszenie nierówności w tej sferze byłoby inwestowanie w edukację obywateli. Wykształcenie jest dziś istotnym kapitałem, który nie tylko determinuje społeczno-ekonomiczne szanse jednostek i ich miejsce w społeczeństwie, ale także długość ich życia. Nie bez znaczenia jest tu oczywiście także odpowiednia polityka państwa polegająca na tworzeniu właściwych podstaw legislacyjnych i alokacji środków na prozdrowotne cele czy – ogólnie – istnienie demokratycznych mechanizmów wpływu na tę politykę, gwarantujących zasadę równości szans zdrowotnych.

Znoszenie nierówności w zakresie zdrowia jest obecnie jednym z istotniejszych problemów i zadań polityki zdrowotnej w krajach Europy Zachodniej. W Polsce mówi się przede wszystkim o konieczności poprawy stanu zdrowia całego społeczeństwa. Wynika to niewątpliwie z faktu, że pomimo sukcesów ostatniej dekady wskaźniki naszego zdrowia ciągle odbiegają od zachodnio-europejskiego standardu. Pewną odpowiedzialność za ten stan rzeczy ponoszą jednak także oficjalne statystyki medyczne, jakimi na ogół posługuje się polityka zdrowotna naszego kraju; są to wskaźniki zdrowia ogólnego bądź wskaźniki zróżnicowane ze względu na zmienne demograficzne i przekroje terytorialne. Poza zasięgiem polityki zdrowotnej pozostają tym samym społeczno-ekonomiczne determinanty zdrowia.